

## NAZOPALATİN KANAL KİSTİ: BİR OLGU SUNUMU

### NASOPALATINE DUCT CYST: A CASE REPORT

Şeref EZİRGANLI<sup>1</sup>

Hasan Hüseyin KÖŞGER<sup>2</sup>

Mustafa KIRTAY<sup>1</sup>

#### ÖZET

İnsiziv kanal kisti olarak da bilinen nazopalatin kanal kisti nazopalatin kanalın embriyojenik epitelyal artıklarından meydana gelen gelişimsel bir kisttir. Oral kavitedeki en yaygın gelişimsel nonodontojenik kistlerden biridir ve yaklaşık nüfusun % 1'inde meydana gelir. Her hangi bir yaşta meydana gelebilir, fakat vakaların çoğunda hayatın dördüncü ve altıncı dekatları arasında rastlanır. Üst çenenin ön bölgesinde orta hatta insiziv foramenin üzerinde simetrik bir şişlik olarak bulunan oldukça yaygın bir kisttir. Lezyon enfekte olmadıkça genelde semptomsuzdur ve genellikle dental tedaviler sırasındaki rutin radyografik incelemelerde saptanır. Kanalın travmaya uğraması ya da bakteriyel enfeksiyonu ve komşu minör tükürük bezlerinin müköz retansiyonu muhtemel etiyolojik faktörler arasında olabilir, fakat bunların her birinin rolü şüphelidir. Bu vaka raporunda semptomsuz bir nazopalatin kanal kistinin cerrahi tedavisi sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Nazopalatin kanal kisti, insiziv kanal kisti, non-odontojenik kist, cerrahi tedavi

#### SUMMARY

Nasopalatine duct cyst also termed as incisive canal cyst is a developmental cyst arises from embryologic epithelial remnants of nasopalatine duct. It is one of the most common developmental non odontogenic cysts of the oral cavity occurring in about 1 % of the population. It may occur at any age but the majority of cases occur between fourth and sixth decades of life. This is a relatively common cyst that may present as a symmetric swelling in the midline of anterior maxilla near the incisive foramen. The lesion is generally asymptomatic unless infected and is usually diagnosed during routine radiographic examination for dental treatment. Trauma or bacterial infection of the duct and mucous retention of adjacent minor salivary glands may have been as possible etiologic factors, but the role of each has been questioned. In this case report, surgical treatment of an asymptomatic nasopalatine duct cyst was presented.

**Key Words:** Nasopalatine duct cyst, incisive canal cyst, nonodontogenic cyst, surgical treatment

**Makale Gönderiliş Tarihi** : 05.12.2009

**Yayına Kabul Tarihi** : 27.01.2010

<sup>1</sup> Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Dt.

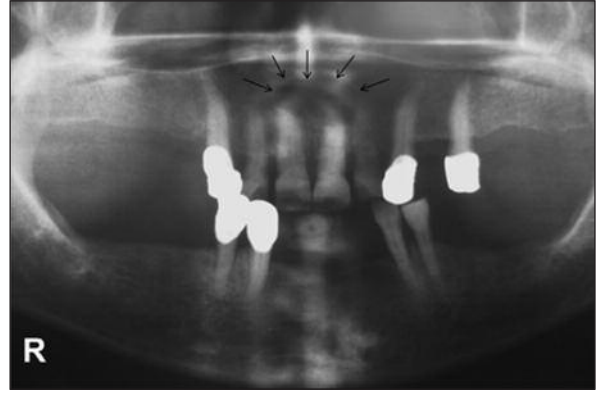
<sup>2</sup> Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

## GİRİŞ

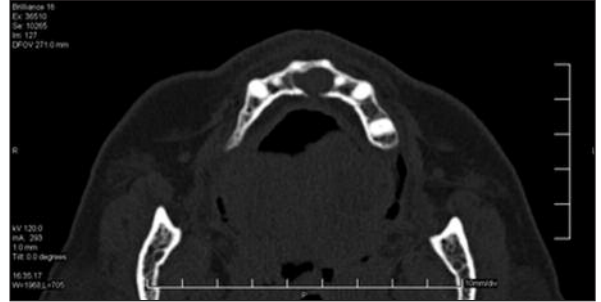
Nazopalatin kanal varlığı ilk kez 1881'de Lebo-ucq<sup>8</sup> tarafından yeni doğan iki çocukta tanımlanmıştır. Nazopalatin kanal bağ dokusu, yağ dokusu, müköz tü- kürik bezleri, kan damarları (nazopalatin arter ve ven) ve nazopalatin sinirden oluşur<sup>11</sup>. Nazopalatin kanal kisti (NPKK) ilk kez 1914'de Meyer tarafından ta- nımlanmıştır<sup>6,9</sup>. İnsiziv kanal kisti olarak da bilinen NPKK, üst çenenin ön bölgesinde orta hatta nazopa- latin kanal içerisinde nazopalatin kanal artıklarından gelişir<sup>3,5,11,12</sup>. Primer ve sekonder palatal proçesler ara- sında yer alan insiziv kanal, burun tabanı ile insiziv papilla arasında seyreder<sup>5</sup>. İnsiziv kanalla olan pozis- yonlarına göre çeşitli isimler alan nazopalatin, insiziv kanal, median palatin, palatin papilla ve median al- veolar kistler benzer lezyonun varyasyonlarıdır<sup>3</sup>. NPKK oral kavitenin odontojenik olmayan en yaygın kistlerinden biridir<sup>14</sup>. Yaklaşık % 1 oranında ve en fazla hayatın 4. ve 6. dekatları arasında görülür. Er- keklerde kadınlardan daha fazla oranda görülür<sup>6,10,12</sup>. Radyografide orta hatta iyi sınırlı, yuvarlak radyölü- sent lezyon olarak görülür. Kesici dişlerin apeksi hi- zasında lokalizedir. Yavaş gelişirler. Genellikle 1 cm civarında boyuta sahiptir, ancak daha büyük boyutlara da ulaşabilir<sup>5</sup>. NPKK'leri normalde enfekte olmadıkça semptomsuzdurlar<sup>15</sup>. Tedavisi nazopalatin kanalın içindeki damar ve sinir ile birlikte çıkartılmasıdır. Nüks nadir görülür ve muhtemel nedeni tamamen te- mizlenememesidir<sup>2</sup>.

## OLGU BİLDİRİMİ

Diş eksikliği nedeniyle başvuran 59 yaşındaki bayan hastadan protez öncesi alınan panoramik rönt- gende, üst çenenin ön bölgesinde iyi sınırlı radyölü- sent bir lezyona rastlanmıştır (Resim 1). Hastadan alınan bilgisayarlı tomografi görüntüsünde, lezyo- nun insiziv kanalı içine alacak şekilde 12.17x 7.93 mm boyutlarında ve kalp şeklinde olduğu görülmüş- tür (Resim 2). Lezyonun palatinal kemikte defekt oluşturduğu da görülmekteydi. Yapılan ağız içi mua- yenesinde rafe insizivumda eksüdasyon, renk deği- şikliği, ödem, hiperplazi gibi herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Sağlıklı bir görünüme sahipti (Resim 3). Hastadan alınan anamnezde, ilgili böl- gede ağrı şikayetinin olmadığı, herhangi bir trav- maya maruz kalmadığı ve hipertansiyon hariç sistemik bir hastalığının olmadığı ve tansiyonunun



Resim 1. Lezyonun panoramik görüntüsü



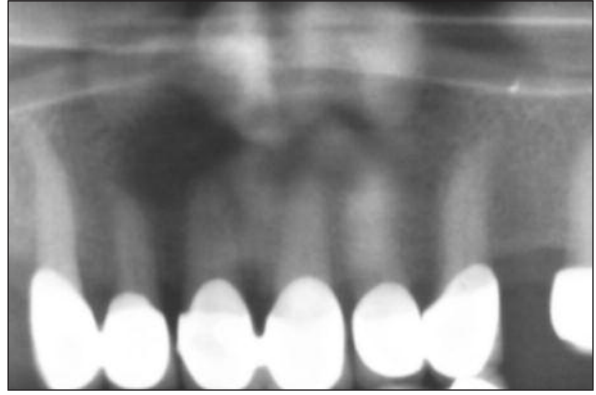
Resim 2. Lezyonun bilgisayarlı tomografi görüntüsü



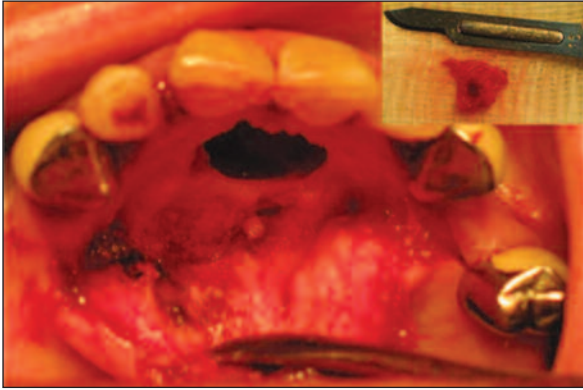
Resim 3. Operasyon öncesi ağız içi görüntüsü

da kontrol altında olduğu saptanmıştır. Kesici dişle- rinin vitalitesi kontrol edildiğinde, ön kesici dişlerin yan kesici dişlere göre daha geç cevap vermelerine rağmen canlı oldukları görülmüştür. Bu, lezyonun

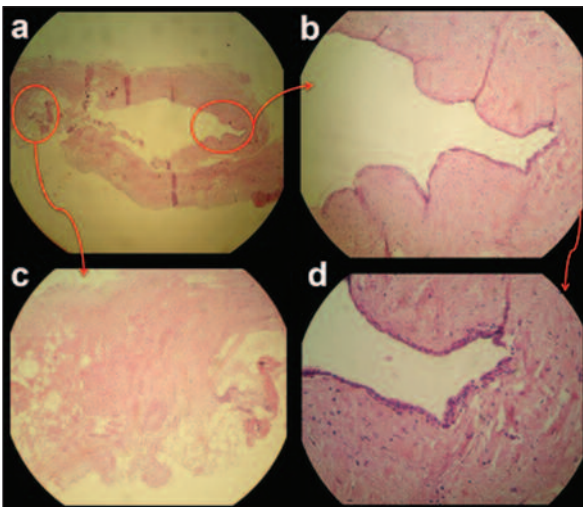
odontojenik olmadığı insiziv kanaldan kaynaklı olabileceği kanısı uyandırmıştır. Hastaya lokal anestezi altında cerrahi işlem uygulanmış ve lezyon kürete edilerek çıkartılmıştır. Lezyon çıkartıldıktan sonra kavite duvarı freze edilerek tamamen temizlendiğinden emin olunmuştur (Resim 4). Yapılan patolojik inceleme sonucu lezyonun nazopalatin kanal kisti olduğu saptanmıştır. Kist duvarının kübik epitelden oluştuğu, insiziv kanalın damar ve sinirlerini içerdiği histopatolojisinde görülmektedir (Resim 5). Hasta 6 ay takip edilmiş ve alınan panoramik röntgende ilgili bölgenin tamamen kemikleştiği ve hastanın herhangi bir şikayetinin olmadığı görülmüştür (Resim



Resim 6. Operasyondan 6 ay sonraki panoramik görüntüsünden bir kesit



Resim 4. Çıkarılan lezyon ve kavitenin operasyon sonrası görüntüsü



Resim 5. Kistin histopatolojik görüntüleri (H&E; a:x5, b:x20, c:x10, d:x40). a,c: Kist duvarı insiziv kanalın damar ve sinirlerini içeriyor. b,d: Kist duvarı kübik epitelden oluşuyor

6). Ardından hastadaki diş eksikliği protez yapılarak giderilmiştir.

#### TARTIŞMA

Çene yüz bölgesindeki epitelyal kistler odontojenik ve nonodontojenik kistler olmak üzere ikiye ayrılırlar<sup>7</sup>. Çene kistleri, odontojenik epitel kaynaklı (diş yapıları ile ilgili) olabilecekleri gibi, tamamen farklı bir embriyolojik kökenden de (ağız içi epitel gibi) kaynaklanabilirler. Odontojenik olmayan kistler embriyonel gelişim sırasında füzyon hattına sıkışan epitel artıklarından kaynaklanır. NPKK de bunlardan biridir<sup>1</sup>. NPKK insiziv kanal içerisindeki embriyojenik nazopalatin kanal epitel artıklarının proliferasyonu sonucu oluşur. Bakteriyel enfeksiyon, müköz retansiyon, epitel artıklarının ve travmanın kistin oluşumunda rolü olabilmesine rağmen, nazopalatin kanalın epitelyal artıklarından kist gelişimi için gerekli stimülasyon belli değildir<sup>4,12,15</sup>. Sunulan vakada da hastada herhangi bir enfeksiyon bulgusu ve travma hikayesi yoktu. Kistin oluşum nedeni belli değildi.

NPKK oral kavitedeki en yaygın gelişimsel nonodontojenik kistlerden biridir<sup>14</sup>. Normalde enfekte olmadıkça asemptomatiktir ve genellikle üst ön kesici dişlerin arkasında orta hatta semptomsuz bir şişlik olarak bulunur<sup>13,15</sup>. En yaygın semptomları, anterior palatinalde şişlik, akıntı ve ağrı varlığıdır ve sekonder enfeksiyonu takiben gelişebilirler. Fakat çoğu lezyon semptomsuzdur ve dental tedaviler si-

rasında çekilen rutin radyografilerde keşfedilir<sup>10,12,14,15</sup>. Diğer malign ve benign lezyonların NPKK'ni taklit ettikleri bilindiğinden, lezyon radyolojik olarak teşhis edilemediği için biyopsi tavsiye edilir<sup>10</sup>. Genellikle kist duvarında hafif, kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu mevcuttur. Kist duvarı psödostratifiye kolumnar silialı epitel, çok katlı yassı epitel, kolumnar veya kübik epitel ve bunların kombinasyonundan oluşabilir. Fibröz kist duvarının içerisinde bu yapılar görülür ve teşhise yardımcı olur<sup>2,3,5</sup>. Kistlere ilk yaklaşımda, radyolojik yöntem olarak panoramik radyografi standart kabul edilmektedir<sup>1</sup>. Radyolojik olarak NPKK her iki üst kesici dişlerin kökleri arasında iyi sınırlı olarak çevrelenmiş radyolüsent lezyonlar olarak bulunur<sup>2,10,15</sup>. Radyografinin süperpoze görüntüsünün tanıda hekimi yanlış yönlendirebileceği unutulmamalıdır. Her ne kadar bu durumu önlemek için bilgisayarlı tomografi alınması tavsiye edilmişse de santral dişlerin vitalitesi kontrol edilerek radiküler bir kist mi yoksa nazopalatin bir kist mi olduğu ayırt edilmelidir<sup>15</sup>. Kök rezorbsiyonu nadir rapor edilmiştir<sup>10</sup>. Oklüzal radyograflarda, kist nazopalatin kanalı da içine alacak şekilde yuvarlak veya kalp şeklinde radyolüsent lezyon olarak görülür<sup>14</sup>. Bazı kistler ise ters armut şeklindedir. Kistlerin çoğu 1-2.5 cm arasındadır ve ortalama 1.5-1.7 cm çapındadır. Destruktif lezyonların çapı 6 cm'ye kadar olabilir. Küçük NPKK'ni geniş insiziv forameninden ayırt etmek oldukça güçtür ve genellikle bu bölgedeki 6 mm'ye kadar olan radyolüsensiler eğer başka klinik bulgular ya da semptomlar yok ise normal foramen için üst sınır kabul edilir<sup>10</sup>. Nadir olarak NPKK insiziv papillanın yumuşak dokusu içerisinde kemikle herhangi bir ilişkisi olmadan da gelişebilir<sup>5,10</sup>. Bu lezyonlar genelde "insiziv papillanın kisti" olarak adlandırılır. Bu kistlerin genellikle kistin içeriğinden kaynaklı olarak mavi renk aldığı görülür<sup>10</sup>.

Periapikal (radiküler) kist ve periapikal granüloma varlığı nazopalatin kanal kistinden ayırt edilmelidir. Bu ayırım dişin canlılığının tespiti ile basit olarak yapılabilir. Çoğu vaka asemptomatiktir ve klinik olarak bu bölgede bir şişliğin olması nazopalatin kist varlığını düşündürür<sup>12</sup>.

NPKK'nin tedavisi için cerrahi enükleasyon tavsiye edilen tedavi yöntemi olmakla birlikte marsüp-

yalizasyon ile de başarılı sonuç alındığı görülmüştür<sup>5,6,10,14</sup>. Marsüpyalizasyon geniş kistlerde cerrahi sonrası kalıcı fistül oluşma riski var ise tavsiye edilebilir<sup>14</sup>. Sunulan olguda ise böyle bir risk görülmediğinden dolayı kist cerrahi olarak çıkartıldı. Cerrahi olarak, üst ön dişlerin palatal diş eti boyunca yapılan diş eti inzizyonunu takiben kaldırılan palatal flep en iyi yaklaşımdır<sup>10</sup>. Cerrahi tedavi sonrası nüks nadirdir ve % 0-11 arasında rapor edilmiştir<sup>4,10,14,15</sup>. Enükleasyondan sonra vakaların % 20-30'unda kavitenin kemikle tam olarak dolmadığı, skar dokusuyla dolduğu görülmüştür. Malign transformasyon gösteren iki vaka rapor edilmiştir fakat bu çok nadir bir komplikasyondur<sup>10</sup>. Bu olguda, enükleasyon sonrası kistten kalabilecek epitel artıklarını ortamdaki uzaklaştırmak ve böylece cerrahi sonrası olası nüksü engellemek için kavite duvarı freze edilmiş ve aynı zamanda kavitenin kan ile dolarak kemikleşmenin tam olması hedeflenmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Ağır H, Şen C, Işıl E, Ünal Ç, Üstündağ E, Keskin G. Çenenin odontojenik ve odontojenik olmayan kistleri: 25 olguda deneyimlerimiz. Kulak Burun Bogaz İhtisas Derg 18: 157-165, 2008.
2. Cardesa A, Slootweg PJ. Maxillofacial Skeleton and Teeth, Slootweg PJ. Pathology of the Head and Neck. Berlin: Springer Verlag, 2006, 109.
3. Cawson RA, Odell EW. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2008, 130-132.
4. Ertaş Ü, Gürbüz G, Büyükkurt C. İnsiziv kanal kisti (bir vaka deniyle). Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 10: 89-92, 2000.
5. Günhan Ö. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji. Ankara: Atlas Kitapçılık Tic Ltd Şti, 2001, 6.
6. Hegde RJ, Shetty R. Nasopalatine duct cyst. J Indian Soc Pedod Prev Dent 24: 31-32, 2006.
7. Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Shigehara H, Yanagi Y, Kishi K. MR imaging of epithelial cysts of the oral and maxillofacial region. Eur J Radiol 48: 178-182, 2003.
8. Leboucq H. Le canal naso-palatin chez l'omme. Arch Biol 2: 386-397, 1881.
9. Meyer AW. A unique supernumerary paranasal sinus directly above the superior incisors. J Anatomy 48: 118-129, 1914.
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology. Philadelphia: WB Saunders Co, 2002, 27-30.

11. Rodrigues MT, Munhoz EA, Cardoso CL, Junior OF, Damante JH. Unilateral patent nasopalatine duct: a case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol* 30: 137-140, 2009.
12. Regezi JA, Sciubba J, Jordan RCK. *Oral Pathology-Clinical-Pathologic Correlations*. Philadelphia: WB Saunders Co, 2003, 256-257.
13. Scolozzi P, Martinez A, Richter M, Lombardi T. A nasopalatine duct cyst in a 7-year-old child. *Pediatr Dent* 30: 530-534, 2008.
14. Tanaka S, Iida S, Murakami S, Kishino M, Yamada C, Okura M. Extensive nasopalatine duct cyst causing nasolabial protrusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 106: 46-50, 2008.
15. Tozođlu S, Yolcu Ü, Yıldırım Ü, Yavuz MS, Dayı E. Nasopalatin kanal kisti: iki olgu nedeniyle. *Türk Oral Maksillofasial Cerrahi Derg* 11: 32-36, 2007.

### **Yazıřma Adresi**

Dt. şeref EZİRĞANLI

Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas  
e-posta: seref.ezirganli@gmail.com

boş