

# Nazoalveolar Kist

Ayşe Enise Göker, Mustafa Kuzdere, Güven Yıldırım, Ayşe Hatipoğlu, Yavuz Uyar,  
Gürcan Sünnetçi, Mehmet Vefa Kılıç

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği

## ÖZET

Nazoalveolar kistler, nadir görülen gelişimsel yapılarıdır. Genellikle tek taraflı olarak ortaya çıkarlar ve odontojenik kökenli değildirler. Bu çalışmada, Ocak 2009 ile Ekim 2009 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde nazoalveolar kist tanısı konulan beş olgu retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastalar; cinsiyet, yaş, semptomlar, semptom süreleri, lezyonun yerleşimi, hastanede kalış süresi, klinik özellikler, histopatolojik bulgular, radyolojik bulgular, tedavi ve rekürrens açısından değerlendirildi. Nazoalveolar kistlerin kadınlarda, yetişkin yaş gurubunda ve sol tarafta daha sık görüldüğü gözlemlendi. Hastaları hekime getiren şikayetler, nazolabial olukta şişlik ve yüzde asimetri idi. Tüm hastalarda kistler sublabial yaklaşım ile çıkarıldı ve tanı histopatolojik olarak doğrulandı. Hastalar postoperatif birinci günde taburcu edildi ve ortalama 9 aylık düzenli takiplerinde nüks ile karşılaşılmadı.

**Anahtar kelimeler:** burun hastalıkları, nazal kavite, nazal tıkanıklık; nazoalveolar kist

## SUMMARY

### Nasoalveolar Cyst

Nasoalveolar cysts are rare developmental structures. These lesions are usually unilateral and they are non-odontogenic. In the present study we performed a retrospective review of five cases with nasoalveolar cysts, who were diagnosed in Okmeydanı Training And Research Hospital Otolaryngology Clinic between January 2009 and October 2009. The patients were evaluated with respect to their gender, age, presenting symptoms, duration of symptoms, localization of the lesion, length of hospitalization, clinical features, histopathological findings, radiological findings, treatment option and recurrences. We found that nasoalveolar cysts had a higher incidence in women, adults, and on the left side of the face. The symptoms of the patients were swelling at the nasolabial sulcus and facial asymmetry. In all patients the cysts were excised through a sublabial approach and diagnosis was confirmed histopathologically. The patients were discharged on postoperative first day and no recurrence was encountered during a 9-month average follow-up period.

**Key words:** nasal cavity, nasal obstruction, nasoalveolar cysts, nose diseases

## GİRİŞ

Nazoalveolar kist (Klestad'ın kisti) maksillofasiyal yumuşak dokulardan köken alan ender bir kisttir. Bu kistler nonodontojenik yumuşak doku lezyonları olup, tüm çene kistlerinin % 0.7'sini oluştururlar <sup>(1,2)</sup>. Sıklıkla üst dudak ve nazal vestibülde yerleşirler. Enfekte olmadıkça genellikle ağrısız şişlik, ender olarak da burun tıkanıklığına neden olurlar <sup>(3,4)</sup>. Kadınlarda erkeklerden 3 kat daha fazla görülür <sup>(5)</sup>. Çalışmamızda 01.01.2009 ile 01.10.2009 tarihleri arasındaki 9 aylık dönemde nazoalveolar

kist tanısı ile opere edilen 5 hastayı retrospektif olarak gözden geçirdik.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Hastaların dördü kadın, biri erkekti. Yaş aralığı 30 ile 35 yaş olup, ortalama yaş 30.2 idi. Polikliniğimize başvuran hastalardaki ana yakınma yüzdeki asimetri olup, 2 hastada ek olarak tek taraflı burun tıkanıklığı mevcuttu. Hastaların yapılan fizik muayenesinde, maksiller kanin fossa lokalizasyonunda, buldukları taraftaki nazolabial sulkusu silen, anterior rinosko-

**Alındığı Tarih:** 18.10.2012

**Kabul Tarihi:** 15.01.2013

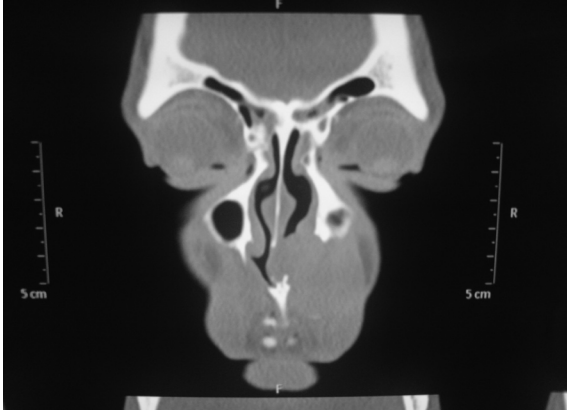
**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Ayşe Enise Göker, S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, Şişli / İstanbul

**e-posta:** ayseenise@hotmail.com

pide nazal vestibül tabanında kabarıklığa yol açan ve burun pasajını inferiordan daraltan kitle saptandı. Hastaların hepsinde görüntüleme yöntemi olarak paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (PNSBT) tercih edildi (Resim 1). Hastaların birinde önceki operasyona bağlı insizyon izi bulunmaktaydı (Resim 2). Hastaların 3'ünde sağ, 2'sinde sol nazal vestibülde ağız içinden bimanüel muayene ile iyi sınırlı, düzgün yüzeyli, kısmen hareketli, fluktuasyon veren, ağrısız kitle mevcuttu. Kitlelerin en küçüğü 2x2 cm ve en büyüğü 3x3 cm idi. Hastalardan dördüne primer olarak sublabial yaklaşımla kist eksizyonu, nüks ile gelen bir hastaya ise sekonder cerrahi uyguladık (Resim 3, 4, 5).

## BULGULAR

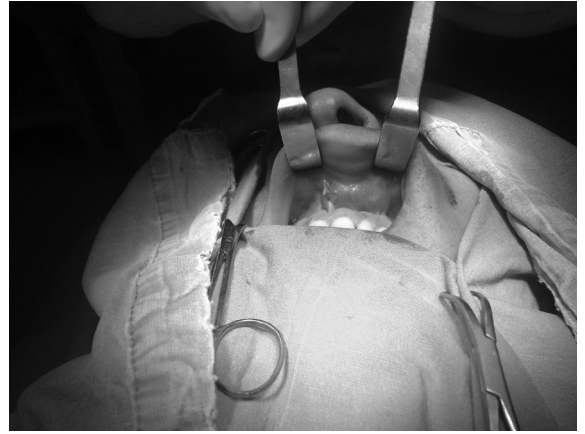
Hastaların hepsinde görüntüleme yöntemi olarak koronal planda çekilmiş PNSBT istendi.



Resim 1. Kitlenin koronal planda PNSBT görüntüsü.



Resim 2. Preop hastanın görüntüsü sol vestibülde genişleme ve insizyon izi görülmekte.



Resim 3. Aynı hastanın ağız içinden kitlesinin görünümü.



Resim 4. Aynı hastanın operasyon sırasında kitlesinin görünümü.



Resim 5. Farklı hastanın operasyon sırasında kitlesinin görünümü.

PNSBT’de düzgün sınırlı ve kemik defekti yapmayan kitle görüldü, ek bir radyolojik incelemeye gerek görmedik. Hastaların hepsi genel anestezi altında opere edildi. İnsizyon öncesi kanamayı azaltmak için jetokain infiltrasyonu yapıldı. Kistin bulunduğu taraftaki gingivobukkal sulkustan gingiva tarafında, operasyon sonrası sütür atmayı kolaylaştırmak için en az 5 mm mukoza bırakılarak, kist boyutuna uygun insizyon yapıldıktan sonra mukozanın hemen altındaki kiste ulaşıldı. Keskin ve künt diseksiyonla nazal vestibül tabanına ve alt konkaya kadar ilerleyen kistler çevre dokulardan ayrılarak tüm kist cidarı ile birlikte çıkartıldı. Oluşan boşluk salin solüsyonla yıkanarak mukoza 3/0 vikril ile sütüre edildi. Kistlerin histopatolojik incelemesi benign nazoalveolar kist geldi. Yaklaşık 1 yıldır takip edilen hastalarda rekürrense rastlamadık.

## TARTIŞMA

Nazolabial kist, mukoid kist, subalar kist, nazal vestibüler kist, nazal kanat kisti gibi isimler kullanılır. Nazoalveolar kist (NAK)’lerin gelişimsel etiyojisi için iki teori öne sürülmüştür. Bunlardan birincisi nazolakrimal kanalın artığından geliştiği, diğeri ise bu kistlerin embriyonik fissür kisti olduğudur. Tanımlandığı dönemde bu kistlerin mukozal salgı bezlerinin retansiyonu sonucu geliştiğine inanılmaktaydı (6). Klestadt (5) 1913 yılında bu lezyonların embriyogenik nazal mukozanın maksilla prosesi ve lateral-medial nazal prosenin birleşmesi sırasında arada kalan doku tarafından oluşturulduğu öne sürmüştür.

NAK orta yaş grubunda ve kadınlarda, erkeklerle oranla 3 kat fazla saptanmaktadır (7). Unilateral yerleşmeye eğilimli olup, en sık sol tarafta lokalize olurlar. Bilateral NAK % 11.2 olarak rapor edilmiştir (2). Hastalarımızın 4’ü kadın olup, ortalama yaş aralığı 30.2 idi.

Tanı klinik ve histopatolojik bulgularla konulur. Nazolabial kistler histopatolojik olarak fibröz kapsüllü, enfekte olmadıkça sarımtırak şeffaf sıvı içeren, beraberinde goblet hücreleri ve içi yalancı çok katlı silyalı kolumnar epitelle

döşeli yapılardır. Kist genişleyip intraluminal basıncı arttıkça, kolumnar epitelyum yerini çok katlı yassı epitele bırakır. Çalışmamızda yer alan tüm olguların histopatolojik sonuçları belirgin goblet hücreleri içeren yalancı çok katlı kolumnar epitelle döşeli kistik yapı ile karakterize nazolabial kist olarak bildirildi. NAK daha çok lateral burun kanadı komşuluğunda yerleşerek nazal alayı alt-iç kısımdan baskılayarak üst-dış kesime deviyet etmektedir (8).

Komşu kemik yapılarda destrüksiyona yol açmaz, ancak az miktarda deformasyon ve konvansiyonel radyolojik tetkiklerde izlenebilen kortikal-subkortikal alanda sınırlı sklerotik dansite artımlarına yol açabilirler (6). Raphael N. Aquilino ve ark.’nın (8), yaptıkları çalışmada, panoramik grafi gibi düz grafilerde patolojik bulguya rastlanmamış, manyetik rezonans (MR)’da kistin içeriğine göre değişiklik saptanmıştır. Tanıda kistin lokalizasyonu, yapısı, özellikle kistin çevre dokularla ilişkisi ve kemik erozyonu hakkında yeterli bilgi verdiği için BT yeterli bir seçenek olarak görülmüştür (4,8). MR’da kist içeriği BT’ye göre daha net olarak görüldüğü için şüpheli lezyonlarda BT’den sonra tercih edilmelidir (6).

Ayırıcı tanıda öncelikle dental bir sorunu takip ederek oluşan (abse, granülom vb gibi) enflamatuar hastalıklar akla gelmelidir. Bu lezyonlar komşu kemik yapılarda belirgin destrüksiyona neden olmakta ve MR’da etkilenen kemik yapılarda ödemle uyumlu sinyal değişikliklerine yol açmaktadır. Akla gelmesi gereken diğeri bir lezyon odontojenik kökenli kistlerdir. Ayırıcı tanıda non-odontojenik kökenli olan epidermoid-dermoid kistler, mukus retansiyon kistleri, mukoseller, postoperatif kistler, psödokistler ve parazitik kistlerde yer almaktadır (3,9). Nazoalveolar kistlerden şüphe edilen durumlarda değerlendirme için öncelikle fizik muayene ve sonrasında çekilen BT, MR’a oranla ucuz olması nedeniyle tercih edilmelidir. Düz grafide karakteristik bir bulgu yoktur (5,8,9). Biz de olgularımızda kistin lokalizasyonu, yapısı, özellikle kistin çevre dokularla ilişkisi ve kemik erozyonu hakkında yeterli bilgi verdiği için BT’yi tercih ettik ek bir radyo-

lojik tetkike gerek görmedik.

Bu kistler için standart tedavi seçeneği sublabial yaklaşımla yapılan cerrahi rezeksiyondur <sup>(6)</sup>. Bu işlem lokal veya genel anestezi altında yapılabilir. İnsizyon kitlenin üzerinden gingivobukkal sulkustan yapılır. Nazal tabana ulaşan kitlenin eksizyonu sırasında dikkatli olunmalı, perforasyon riski her zaman akılda tutulmalıdır <sup>(6)</sup>. Tedaviden sonra rekürrens şimdiki kadar hiç rapor edilmemiştir. Lopez-Rios ve ark. <sup>(6)</sup> sunduğu bir olguda malign dejenerasyon bildirilmiştir. Olgularımızın birinde, daha önce eksternal yaklaşımla kist eksizyonu yapılmış ve hastada 11 ay sonra rekürrens gelişmişti. Biz hastaya nüks nazoalveolar kist tanısıyla sublabial yaklaşımla kist eksizyonu uyguladık. Yaklaşık 6 aydır takip ettiğimiz olguda nükse rastlamadık. Sublabial yaklaşım dışındaki tedavi seçenekleri transnazal yaklaşımla endoskopik kist marsupializasyonu, kist aspirasyonu ve sklerozan madde enjeksiyonudur <sup>(10,11)</sup>.

Chao ve ark. <sup>(12)</sup>, Jae Yang ve ark. <sup>(13)</sup> 2 grup hasta üzerinde yaptıkları çalışmada transnazal endoskopik marsupializasyon ile sublabial yaklaşımı karşılaştırmışlar ve transnazal endoskopik marsupializasyonun NAK kist tedavisinde etkili olduğunu belirtmişler, sublabial eksizyona göre daha düşük maliyet ve daha az komplikasyona rastlamışlardır. Transnazal marsupializasyon uyguladıkları grupta, sublabial yaklaşım uygulanan gruba göre operasyon süresini daha kısa saptamışlar. Daha az komplikasyon ve postoperatif ağrı, yan etkilerin ise daha kısa süreli olduğunu görmüşlerdir. Her iki grupta da rekürrense rastlamamışlardır. Olgularımızın hepsinde sublabial yaklaşımla kist eksizyonu uyguladık ve takip ettiğimiz süre içinde herhangi bir komplikasyon ve nükse rastlamadık.

Sonuç olarak, nazal vestibülde kitle obstrüksiyon yakınması ile gelen hastalarda NAK akılda tutulmalıdır. Transnazal endoskopik marsupializasyon ya da sublabial yaklaşımla kist eksizyonu komplikasyonlarının az olması ve nüks gözlenmemesi nedeniyle ilk tedavi seçeneği

olarak kullanılabilir. Aksi takdirde nüks ve eksternal cerrahi yaklaşım ile insizyon izinin kalacağı unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Chinellato LE, Damante JH. Contribution of radiographs to the diagnosis of nasoalveolar cyst. *Oral Surg Oral Med Ora Pathol* 1984; 58: 729-735. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(84\)90044-6](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(84)90044-6)
2. Wesley RK, Scannel T, Nathan LE. Nasolabial cyst: presentation of a case with a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 42: 188-192. [http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391\(84\)80032-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0278-2391(84)80032-4)
3. El-din K, El-hamd AA. Nasolabial cyst: a report of eith cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 747-749. PMID:10748853
4. Hashida T, Usui M. CT image of nasoalveolar cyst. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38: 83-84. <http://dx.doi.org/10.1054/bjom.2000.0434> PMID:10783461
5. Klestadt WD. Nasal Cysts and the fasial cleft cyst theory. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1953; 62: 84-92. PMID:13041056
6. Lopez-Rios F, Lassaletta-Atienza L, Domingo-Carrasso C, Martinez-Tello FJ. Nasolabial cyst. Report of a case with extensive apocrine change. *Oral Surg Oral Med oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 404-406. PMID:9347505
7. Yuen HW, Julian CY, Samuel CL. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 45: 293-297. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2006.08.012> PMID:17030357
8. Aquilino RN, Bazzo VJ, Faria RJ, Eid NL, Bóscolo FN. Nasolabial cyst: presentation of clinical case with CT and MR images. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008; 74(3): 467-471. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992008000300025>
9. Ulubil SA, Aslan I, Basaran B, Baarer N. Radiology quiz case 2. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129:374-377. PMID:12622557
10. Tanimoto K, Kakimoto N, Nishiyama H, Murakami S, Kishino M. MRI of nasoalveolar cyst: Case report. *Oral Surg Oral Med oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 221-224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2004.08.002> PMID:15660096
11. David VC, O'Connell JE. Nasolabial cyst. *Clin Otolaryngol* 1986; 11: 5-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2273.1986.tb00099.x> PMID:3516463
12. Chao WC, Huang CC, Chang PH, et al. Management of nasolabial cysts by transnasal endoscopic marsupialization. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 135: 932-935. <http://dx.doi.org/10.1001/archoto.2009.111> PMID:19770428
13. Lee JY, Baek BJ, Byun JY, et al. Comparison of conventional excision via a sublabial approach and transnasal marsupialization for the treatment of nasolabial cysts: A prospective randomized study. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2009; 2: 85-89. <http://dx.doi.org/10.3342/ceo.2009.2.2.85> PMID:19565033 PMID:2702733