

Nazolabial Kist: MRG Bulguları

Nasolabial Cyst: MRI Findings: Case Report

Dr. Demet KARADAĞ,^a
Dr. Güçlü Kaan BERİAT,^b
Dr. Tuğba AKINCI,^a
Dr. Mehmet Ali YİNANÇ^a

^aRadyodiagnostik AD,
^bKulak Burun Boğaz AD,
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 07.05.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 11.09.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Demet KARADAĞ
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyodiagnostik AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
drdkaradag@yahoo.com

ÖZET Nazolabial (nasoalveolar) kistler nasal alar bölgenin nadir görülen non-odontojenik benign lezyonlardır. Bu lezyonlar asemptomatik olabilecekleri gibi nasal obstrüksiyon, ağrı ya da yüzde deformite yapabilirler. Nazolabial kistler genellikle unilateral görülürler ve kadınlarda daha sık rastlanırlar. Dördüncü ve beşinci dekadlar arasında sık olmakla birlikte her yaş grubunda görülebilirler. Yavaş ve ağrısız büyümeleri karakteristik olmasına rağmen enfekte olduklarında hızlı büyüyen ağrılı kitle ile kendilerini gösterebilirler. Ayırıcı tanıda diğer odontojenik ve non-odontojenik kitleler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu sunumumuzda, burundan nefes alma zorluğu ile hastanemize başvuran 36 yaşındaki kadın hastada nazolabial kistin manyetik rezonans görüntüleme (MR) bulguları takdim edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Burun boşluğu; burun mukozası

ABSTRACT Nasolabial (nasoalveolar) cysts are rare benign non-odontogenic lesions of nasal-alar region. These lesions may be asymptomatic or they may cause nasal obstruction, pain, and facial deformity.. Nasolabial cysts are generally unilateral and they are more common in women. Although they are more frequent in 4th and 5th decades they may be seen in any age group. They characteristically grow in a slow pattern and without pain but they may present as a rapidly growing painful mass when they are infected. Differential diagnosis includes other odontogenic and non-odontogenic masses. In this case report we present magnetic resonance imaging (MRI) findings of nasolabial cyst in a 36 year old woman who was admitted to our hospital with difficulty in nose breathing.

Key Words: Nasal cavity; nasal mucosa

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(3):731-4

Nazolabial (nasoalveolar) kistler, nasal alar bölgenin nadir görülen non-odontojenik benign karakterde lezyonlardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün çene kitleleri sınıflamasında nazolabial kistlere, non-odontojenik kistler arasında yer verilmiştir. Shear'ın¹ 1345 çene kisti olguları serisinde olguların yalnızca %0.7'si, Allard'ın² yaptığı 65.000 hastalık çalışmada ise araştırmaya konu olan kistlerin %0.01'den daha az bir kısmı nazolabial kist olarak bildirilmiştir. Nazolabial kistlerin patogenezi henüz kesin olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte bu kistlerin gelişimi ile ilgili birkaç teori öne sürülmüştür. İlk başlarda inflame mukoz glandlardan geliştiği,³ sonraları ise nasolakrimal kanalla ilişkili embriyonel hücre artıklarından geliştiği öne sürülmüştür.⁴⁻⁶

İntrauterin dördüncü-beşinci haftalar arasında, ikinci brakial arkın maksillar çıkıntısı; burun kökü ve nazal kanatları şekillendirir. Maksiller lateral palatin çıkıntı ve septum tabanı, sert damağı oluşturmak üzere orta hatta birleşirler. Bu sırada nazal boşluk oluşmaya başlar. Bu gelişim aşamalarında oluşan değişiklikler nazolabial kist gelişimine yol açar. Travma epitel proliferasyonuna ve dolayısıyla kist oluşumuna yol açan diğer bir faktördür.

Nazolabial kistler nazolabial alanın enfeksiyonları ya da diğer kitle lezyonları ile karışabildiği için klinik olarak önemli lezyonlardır. Bu olgu sunumumuzda bir nazolabial kist olgusu, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşındaki kadın hasta üç aydır devam eden burundan soluk almada güçlük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan kulak burun boğaz muayenesinde sağ nazal boşluk tabanında kitle tesbit edildi. Palpasyonda yumuşak kitlenin kısmen sağ nazal boşluğu daralttığı gözlemlendi. Anterior rinoskopi ve nazal endoskopik muayenede üzeri pembe beyaz renkte mukoza ile örtülü kitlenin sağ nazal boşluk tabanını kısmen doldurarak posteriora alt konkalar anteriorundan nasal vestibule kadar uzandı-

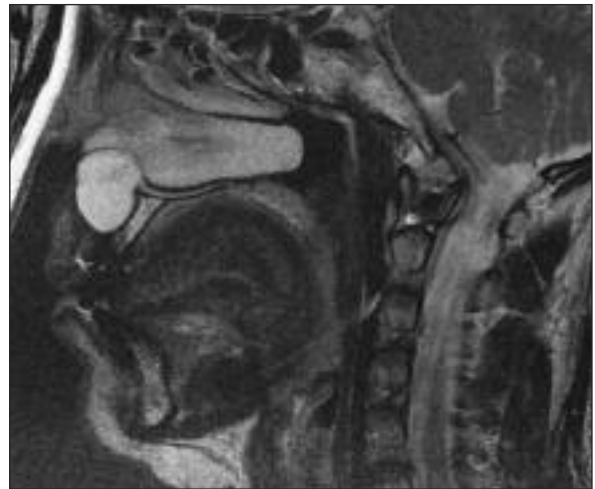
ğı gözlemlendi. Oral muayenede ise kitlenin ağız içinde sağ üst gingivobukkal mukozada 1x0.5 cm'lik bir alanda ağız içine doğru uzandığı görüldü. Kitlenin sınırlarının ve çevre dokularla ilişkilerinin belirlenmesi amacı ile hastaya kraniyofasiyal MRG planlandı. MRG'de, sağ alt nazal boşlukta T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens sinyal özelliğinde kistik lezyon izlendi (Resim1).

Fizik muayene ve MRG bulguları ışığında nasolabiyal kist ön tanısı ile genel anestezi altında midfasiyal degloving yaklaşımı ile kist eksizyonu planlandı. Ameliyat sırasında kitlenin tamamına hakim olmak amacı ile üst gingivobukkal mukozaya horizontal insizyon yapılarak kitlenin nasal kavite tabanı ve maksiler kemik anteriorundaki komşuluklarına hakim olundu. Kist eksizyonu maksiler kemik içinden künt diseksiyonla gerçekleştirildi. Sağ nazal boşluk alt duvarında oluşan mukozal defekt, kalan nazal mukozaların primer sutureasyonu ile kapatıldı.

Patolojik değerlendirme sonucunda kist dokusunun duvarı mukus salgılayan prizmatik epitel ile döşeli nazolabial kist olarak rapor edildi. Hastanın takibinde postoperatif ikinci hafta içinde nazal boşluk tabanı mukozal doku bütünlüğü tamamen sağlandı ve altı aylık takip süresince nüks ya da başka bir komplikasyon ile karşılaşmadı.



A



B

RESİM 1: A) Koronal T2 ağırlıklı MR görüntüde homojen hiperintens lezyonun sağ nazal boşlukta ağız boşluğu içerisine uzandığı izleniyor. B) Sagittal T2 ağırlıklı MR görüntüde lezyonun sınırları ve uzanımı net olarak izlenebiliyor.

TARTIŞMA

Nazolabial kistler ilk olarak 1882'de Zuckerkandl tarafından tanımlanmış, 1898 yılında ise Brown-Kelly tarafından histopatolojik olarak araştırılmıştır. Klestadt 1953'te etyolojisi ile ilgili araştırmalar yapmış ve nazolabial kistler onun adıyla anılmaya başlanmıştır. 1941'den günümüze birçok farklı isim almıştır. Bunlar arasında mukoid kist, kanal kisti, glanduler retansiyon kisti, seromukoz kist, kongenital fibroepitelyal kist, nazovestibuler kist, maksiller kist, subalar kist, fissür kisti yer almaktadır. 1951'de Rao, nazolabial kist ismini ilk olarak kullanmıştır ve söz konusu kistler bu isimle adlandırılmaya devam edilmektedir.^{4,5}

1953'te Klestadt nazolabial kistlerin orta-lateral nazal çıkıntı ve maksillar çıkıntı füzyon hattında yer alan embriyolojik ektodermal epitel artığından geliştiğini ileri sürmüştür. 1920'de ise Bruggeman bu kistlerin embriyolojik dönemde nasolakrimal kanalı oluşturan ve nasal-maksiller şişliklerin arasında bulunan nasolakrimal çentiğin ön alt parçasındaki embriyonel hücre artıklarından geliştiği fikrini ortaya atmıştır. 1969'da Roed-Peterson tarafından onaylanan ve günümüzde en fazla kabul gören bu hipotez nasolakrimal kanal epiteli ile nazolabial kist epitelinin aynı olmasına dayanmaktadır.⁶ Odontojenik kistlerden farklı olarak diş gelişimi ile ilişkileri olmadığından mandibulada izlenmezler.

Nazolabial kistler çoğunlukla unilateral olmasına rağmen %11.2 sıklıkta bilateral olabilir.⁶ Kadınlarda daha sık rastlanan nazolabial kistler her yaş grubunda görülmekle birlikte genellikle dördüncü dekatta tespit edilebilmektedir.

Nazolabial kistler klinik olarak genellikle asemptomatiktir. Semptomatik hastalarda lokal ağrı, burun kanatlarında ve yüzde asimetrik şişliğe yol açabilir. El-Hamd,⁷ nazolabial kisti 3-5 yılda yavaş ve ağrısız büyüyen şişlik olarak tanımlamış, komplikasyonlar arasında nazal blok ve kozmetik sorunlardan bahsetmiştir. Nazolabial kistler nasal boşluk ve dişlerle olan anatomik yakınlıkları nedeniyle kolayca enfekte olabilir ve enfekte kistler ağrılı ve fluktuasyon veren kitle şeklinde karşımıza

çıkabilir. Enfekte kistler zaman zaman spontan olarak burun ya da ağız boşluğuna drene olabilir.⁸ Ayırıcı tanıda diğer non-odontojenik kistler (median-alveolar ve palatin, globulomaksiller, nasopalatin), odontojenik lezyonlar (foliküler, periodental, residüel) ve neoplazmlar göz önünde tutulmalıdır.^{6,8} Enfekte kistler fronkül ile karışabilir. Literatürde sadece bir hastada nazolabial kistin karsinoma değişimi bildirilmiştir.³

Histopatolojik olarak nazolabial kistler psödostratifiye veya stratifiye silier silindirik epitel ile döşelidir. Roed-Petersen⁹ yaptığı bir çalışmada olguların %60'ında goblet hücresi tespit etmiştir. Enfekte kistlerde metaplaziye bağlı squamoz hücreler bulunabilir.³

Enfekte olmayan kist içeriği temiz görünümü ve sarıdır. Bazı kistlerde hemoraji veya kronik enflamasyon bulgularına rastlanabilir. Aldred ve Sugar'ın¹⁰ yaptığı çalışmada enfekte kist sıvısında kalsiyum oksalat kristalleri tespit edilmiştir.

Nazolabial kistlerin tanısı genellikle klinik bulgular ve fizik muayene ile konulur. Kitle iki parmak palpasyonu ile tespit edilebilir; fakat bilgisayarlı tomografi (BT) ve MR gibi görüntüleme yöntemleri ile kist lokalizasyonu ve çevre dokunun kistle ilişkisi net olarak değerlendirilebilir. BT, lezyonun neden olduğu kemik erozyonu hakkında, MRG ise kistin içeriği hakkında daha net bilgi verir. Pruna ve ark.,¹¹ ultrasonografi (US) ve Doppler US'nin lezyonun anatomik orjininin tespitinde ve lokal uzanımının değerlendirilmesinde faydalı olduğunu bildirmiştir. Pruna ve ark.¹¹ MR görüntülemesinde; T1 ağırlıklı sekansta intermediate intens, T2 ağırlıklı sekansta hiperintens ve lezyon kenarını hipointens olarak bildirmiş; Aquilino ve ark.⁴ T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens sinyal özelliği saptamışlar ve T1 ağırlıklı sekanslardaki hiperintens görünümün kistin protein içeriğine bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Bizim olgumuzda ise nazolabial kist, T1 ağırlıklı sekanslarda hafif hiperintens ve T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens sinyal özelliği göstermiştir. Amaral ve ark.¹² kist içine kontrast madde enjeksiyonu sonrası direkt grafi ile kistin çevre dokularla ilişkisini değerlendirmiş ve BT'nin ulaşamadığı yerlerde lezyonun uzanımını

değerlendirmede kullanışlı bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir. Nazolabial kistler nazolabial kıvrımdan oral ve nazal boşluğa doğru büyüyebilir, bazen büyük boyutlara ulaşabilir.¹³ Tedavide genellikle sublabil insizyon ile cerrahi eksizyon uygulanır.^{7,8} Nazolabial kanal obstrüksiyonu nedeniyle epifora, kronik dakriyosistit ve takiben nons-

pesifik nazal enfeksiyon gelişebilir. Bu durumda dakriyosistorinostomi altın standarttır.¹⁴

Nasal vestibuler alanda gelişen kitlelerin ayırıcı tanısında nazolabial kistler, nadir görülmekle birlikte göz önünde bulundurulmalıdır. MRG kitlenin uzanımı ve içeriği hakkında oldukça değerli bilgiler verir.

KAYNAKLAR

1. Shear M. Cysts of the Oral Regions. 2nd ed. Bristol: Wright; 1983. p.108-11.
2. Allard RH. Nasolabial cyst. Review of the literature and report of 7 cases. *Int J Oral Surg* 1982;11(6):351-9.
3. Curé JK, Osguthorpe JD, Van Tassel P. MR of nasolabial cysts. *AJNR Am J Neuroradiol* 1996;17(3):585-8.
4. Aquilino RN, Bazzo VJ, Faria RJ, Eid NL, Bóscolo FN. Nasolabial cyst: presentation of a clinical case with CT and MR images. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008;74(3):467-71.
5. Precious DS. Chronic nasolabial cyst. *J Can Dent Assoc* 1987;53(4):307-8.
6. Wesley RK, Scannell T, Nathan LE. Nasolabial cyst: presentation of a case with a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42(3):188-92.
7. el-Din K, el-Hamd AA. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol* 1999;113(8):747-9.
8. Choi JH, Cho JH, Kang HJ, Chae SW, Lee SH, Hwang SJ, et al. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J* 2002;81(2):94-6.
9. Roed-Petersen B. Nasolabial cysts. A presentation of five patients with a review of the literature. *Br J Oral Surg* 1969;7(2):84-95.
10. Aldred MJ, Sugar AW. Calcium oxalate crystals in a nasolabial cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 1986;44(2):149-52.
11. Pruna X, Inaraja L, Gallardo E, Serra J, Casamitjana F, Serrano A. Value of sonography in the assessment of space-occupying lesions of the anterior nasal fossa. *J Clin Ultrasound* 2000;28(1):14-9.
12. Amaral TM, de Freitas JB, de Fátima da Conceição J, de Aguiar MC, da Silva Fonseca LM, Mesquita RA. Nasolabial cyst with radiographic contrast medium: report of two cases. *Dentomaxillofac Radiol* 2005;34(4):256-8.
13. Cohen MA, Hertzanu Y. Huge growth potential of the nasolabial cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;59(5):441-5.
14. Kyrizakis DE, Lachanas VA, Benakis AA, Velegrakis GA, Aslanides IM. Bilateral nasolabial cysts associated with recurrent dacryocystitis. *J Laryngol Otol* 2005;119(5):412-4.