



Nazolabial Kistli Hastaların Tanı ve Tedavi Sonuçları

Diagnosis and Treatment Results of Patients with Nasolabial Cysts

İhsan DELİOĞLU¹, Emrah SAPMAZ²

¹Elbistan Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği Elbistan, Kahramanmaraş, Türkiye

²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Tokat, Türkiye

ÖZ

Amaç: Nazolabial kistler anterior maksiller alanda ortaya çıkan benign nonodontogjenik kistlerdir. Standart tedavisi intraoral sublabial yaklaşımla kist eksizyonu olarak tanımlanmıştır. Nazolabial kiste sahip olan ve cerrahi yaptığımız hastaları literatür ışığında yeniden gözden geçirmeği amaçladık

Gereç ve Yöntem: 2014 Ekim 2024 Ocak ayları arasında nazolabial kist nedeni ile opere ettiğimiz dokuz hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamına kistin boyutu ve komşuluğu için bilgisayarlı tomografi çekirildi. Tüm hastalara genel anestezi altında intraoral sublabial yaklaşımla kist eksizyonu yapıldı. Hastalar nüks açısından 12 ay süresince takip edildi.

Bulgular: Hastaların yedisi kadın ikisi erkekti ve yaşları ortalama 42.22 (± 11.81) idi. Hastaların tamamında yüzde asimetriye neden olan şişlik şikayeti vardı. Kistlerin en küçüğünün büyüklüğü 18 mm en büyüğünün çapı 40 mm idi (ortalama 29 \pm 8.84) Koronal planda çekilmiş paranasal bilgisayarlı tomografilerde, kemiklerde erazyona neden olmayan düzgün yüzeyle kistik lezyonlar tespit edildi. Hastaların ortalama 6.7 (± 2.99) aylık takiplerinde nükse rastlanmadı.

Sonuç: Nazolabial kistler nadir görülen kistler olsa da, yüzde asimetriye neden olmuş nazal vestibülde kitle şikayeti ile gelen hastaların ayırıcı tanısında düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nazolabial kist, tanı, tedavi

ABSTRACT

Aim: Nasolabial cysts are benign nonodontogenic cysts that occur in the anterior maxillary area. The standard treatment is defined as cyst excision via intraoral sublabial approach. We aimed to review the patients who had nasolabial cysts and underwent surgery in the light of the literature.

Material and Method: Nine patients who underwent surgery for nasolabial cyst between October 2014 and January 2024 were included in the study. All patients underwent computed tomography for the size and neighborhood of the cyst. All patients underwent cyst excision via intraoral sublabial approach under general anesthesia. Patients were followed up for 12 months for recurrence.

Results: Seven of the patients were female and two were male with a mean age of 42.22 (± 11.81) years. All patients complained of swelling causing facial asymmetry. The size of the smallest cyst was 18 mm and the diameter of the largest cyst was 40 mm (mean 29 \pm 8.84). Paranasal computed tomographies in the axial plane showed smooth-surfaced cystic lesions without erosion of the bones. No recurrence was observed at a mean follow-up of 6.7 (± 2.99) months.

Conclusion: Although nasolabial cysts are rare, they should be considered in the differential diagnosis of patients presenting with a mass in the nasal vestibule causing facial asymmetry.

Keywords: Nasolabial cysts, diagnosis, treatment

Corresponding Author: Emrah SAPMAZ

Address: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak

Burun Boğaz Anabilim Dalı Tokat, Türkiye

E-mail: emrhils@yahoo.com

Başvuru Tarihi/Received: 29.02.2024

Kabul Tarihi/Accepted: 20.03.2024



GİRİŞ

Nazolabial kistler anterior maksiller alanda ortaya çıkan benign nonodantejenik kistlerdir. Nonodantejenik kistlerin yaklaşık %0.7'sini oluşturmaktadırlar (1). Sıklıkla anterior nazal tabanda submukoza olarak yerleşirler ve büyüdükleri zaman inferior konkayı medialize ederler (2). İlk kez 1882 de Emile Zuckerkandl literatüre Klestadt'ın kisti olarak tanımlamıştır (3). Kadınlarda ve sol tarafta daha sık görülmekle beraber %10 oranında bilateral olarak rapor edilmiştir (4).

Nazolabial alanda submukoza olarak başlayıp kemik dışında büyüyerek sıklıkla ağrısız şişlik şikayetine neden olurlar nadiren nazal tıkanıklık ve kozmetik deformiteye neden olabilirler (5). Enfekte oldukları zaman ağrılı şişlik olarak da karşımıza çıkabilirler (6).

Fizik muayenede nazolabial alanda nispeten hareketli, yumuşak, düzgün yüzeyle kitle olarak palpe edilebilirler. Tanıda görüntüleme yöntemlerinden USG, BT, MRI'dan faydalanılabilir (7). Histolojik olarak ilk kez 1898 yılında Brown-Kely tarafından incelenmiştir (6).

Tedavisinde literatürde iki ayrı yaklaşım tariflenmiştir. Birincisi intraoral sublabil yaklaşımıyla kistin tamamının çıkarılması, diğeri ise 1999 yılda Su ve ark.'nın tanımladıkları intranasal endoskopik marsupializasyondur (8). Bizde bu çalışmamızda kliniğimize baş vuran bu hastaların tanı tedavi ve sonuçlarını literatür ışığında değerlendirerek paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Üniversitemiz Klinik Uygulamalar etik kurulu izni alınarak (24-KAEK-056) 2014 Ekim-2024 Ocak ayı arasında kliniğimize başvuran nazolabial kist eksizyonu yapılan dokuz hastanın dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tamamına operasyon öncesi yapılacak işlemler hakkında bilgilendirme yapılarak onamları alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak gerçekleştirildi. Dosyalardan demografik veriler, geliş şikayetleri, tedavileri ve tedavi sonrası takipleri hakkında bilgiler elde edildi. Hastaların tamamına fizik muayene sonrası görüntüleme yöntemi olarak paranazal sinüz bilgisayarlı tomografisi çekildi. Hastaların bir tanesinin dış merkezde çekilmiş manyetik rezonans görüntülemesi vardı. Hastaların yedi tanesinden yumuşak doku ultrasonografisi çektilmişti. Hastaların tamamına genel anestezi altında intraoral sublabil insizyon

yapılarak kitle tamamen çıkartıldı. Nazal kaviteye uzanan kistler çıkartıldıktan sonra mukozanın tekrar nazal tabana oturması için ekstrafor tampon konuldu. Çıkartılan material histopatolojik inceleme için patoloji birimine gönderildi. Nüks edip etmediğinin takibi için hastalar yaklaşık üçer ay arayla bir yıl boyunca takiplere çağırıldı.

BULGULAR

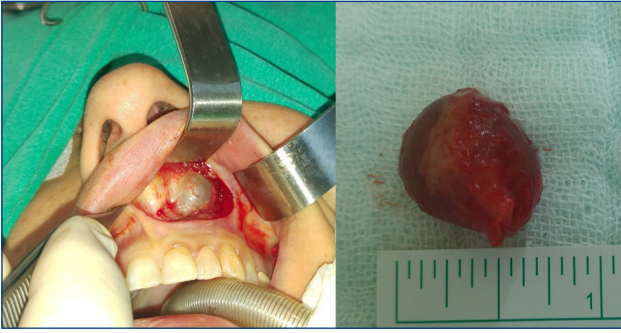
Hastaların yedisi kadın ikisi erkekti ve yaşları ortalama 42.22 (± 11.81) idi. İki hasta hariç tamamı yüzde ağrısız şişlik şikayeti ile kliniğimize baş vururken iki hasta ise şişlik yanında ağrıdan da şikayetçi idi (**Tablo 1**). Aksiyal ve/veya koronal planda çekilmiş paranazal sinüz bilgisayarlı tomografi görüntülemelerinde kemiklerde erezyona neden olmayan, düzgün yüzeyle kistik lezyonlar tespit edildi (**Resim 1**). Kistlerin en küçüğünün büyüklüğü 18 mm en büyüğünün çapı 40 mm idi (ortalama 29 ± 8.84). Hastaların beşinin kitlesi sağda, dördünün kitlesi sol taraftan kaynaklanmaktaydı (**Tablo 1**). Hastaların ikisi hariç tamamının kistleri tamamen çıkartıldı (**Resim 2**). Enfekte olan hastaların kistleri nazal kaviteye komşu oldukları alandan di-seke edilirken rüptüre oldu. Cerrahi sırasında kist çapı dört cm olan hastada nazal kaviteye komşu olduğu alandan nazal kaviteye girildi ve bu alan primer suture edilerek onarıldı. Hastaların ortalama 6.7 (± 2.99) aylık takiplerinde nüks rastlanmadı.



Resim 1. Koronal planda çekilmiş paranazal bilgisayarlı tomografide kemiklerde erezyona neden olmayan düzgün yüzeyle kistik lezyon

Tablo 1. Demografik veriler ve hastaların özellikleri

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Taraf	Boyut (mm)	Ameliyat	Geliş Sebebi	Takip Süresi (ay)
1.	20	Kadın	Sağ	25	Endblok.	Yüzde şişlik	6
2.	45	Kadın	Sağ enfekte	32	Kist rüptüre oldu	Yüzde ağrılı şişlik	9
3	55	Kadın	Sol	28	Endblok	Yüzde şişlik	3
4	35	Kadın	Sağ	18	Enblok	Yüzde şişlik	3
5	42	Erkek	Sol enfekte	33	Kist rüptüre oldu	Yüzde ağrılı şişlik	6
6	47	Erkek	Sağ	40	Enblok (nazal kaviteye girildi)	Yüzde şişlik	9
7	57	Kadın	Sol	19	Enblok	Yüzde şişlik	5
8	48	Kadın	Sağ	31	Enblok	Yüzde şişlik	8
9	31	Kadın	Sol	30	Enblok	Yüzde şişlik	12



Resim 2. Tamamen Eksize edilen kist

TARTIŞMA

Nazolabial kistlere tanımlandıkları günden günümüze kadar birçok farklı isimlendirme yapılmıştır. Bunlar arasında glandüler retansiyon kisti, kanal kisti, mukoid kist, seromuköz kist, konjenital fibroepitelyal kist, nazovestibüler kist, maksiller kistler yer almaktadır. Rao ve ark. tarafından nazolabial kist olarak tanımlandıktan sonra bu isimle isimlendirilmişlerdir (9). Oluşum mekanizması olarak literatürde iki ayrı teori bulunmaktadır. Bunlardan biri intraüterin medial ve lateral nazal duvar ile maksiller proçesin fizyonundaki defekt sonucu geliştiğidir (10). Diğeri ise ki günümüzde daha doğru olduğu kabul edilen nazolakrimal kanalın inferior kalıntısından geliştiğidir (11).

Hastaların çoğunlukla 2 ile 5. dekatlar arasında olduğu rapor edilmiştir. Bizim hastalarımızda yaşları bu aralıkta idi. Literatürde kistlerin daha sık kadın cinsiyette ve sol tarafta olduğu yer almaktadır. Bizim hastalarımızda çoğunluğunu kadınlar oluştururken, literatürden farklı olarak yerleşim yeri olarak sağ taraf idi (12). Genellikle yüzde asimetriye neden olan, yavaş büyüyen şişlik şeklinde klinik verirler ve nazal tabana doğru büyüyecek olurlarsa nazal obstrüksiyona da neden olabilirler. Bizim hastalarımızın tamamı asimetriden şikayetçi iken sadece iki hastada nazal tıkanıklık şikayeti vardı. Enfekte olmaları durumunda nazal kaviteye veya oral kaviteye fistilüze olabileceği bildirilse de bizim hastalarımızda böyle bir durumla karşılaşmadık ama cerrahi sırasında kist duvarları perforé oldu (6). Aynı zamanda bir hastada da eksizyon sırasında kist duvarı ile nazal kavite mukozasını ayırırken nazal kavite içerisine girildi. Primer suture edilerek defekt onarıldı.

Tanı, klinik ve radyolojik görüntülemelerin korelasyonu sonucunda konulabilir. Cerrahi sonrası histopatolojik inceleme ile kesinleştirilir. Muayenede iyi sınırlı kısmen hareketli fuluktuasyon veren kitleler olarak karşımıza çıkar. Yerleşim yerini, çevre dokularla ilişkisini, kemiklerde hasara neden olup olmadığını anlamanın en iyi yolu bilgisayarlı tomografi görüntüleme yöntemidir. Kemik dokuda erezyona neden olan bir lezyon tespit edilirse nazoalveolar kistler ilk planda düşünülmelidir (13).

Tedavisinde bir çok teknik bildirilmiş olmasına rağmen günümüzde en sık yöntem intraoral sublabial yaklaşımla cerrahi eksizyondur. Bununla birlikte endoskopik intranasal marsüpiyalizasyon yönteminin tedavi başarısının, cerrahi eksizyona benzer olduğu literatürde bildirilmiştir. 6 Bizde, hastalarımızın tamamını intraoral sublabial yaklaşımla tedavi ettik. Nadirde olsa hastalarda yüzde dolgunluk, dilde uyuşma, hematoma, oronazal fistül gibi komplikasyonlar bildirilse de 6 hastalarımızın hiçbirinde bir komplikasyonla karşılaşmadık. Tedavi sonrası kist duvarı tamamen eksize edilmiş ise nüks şansının çok düşük olduğu rapor edilmiştir (14). Bizde hastalarımızda kist duvarını rüptüre ettiğimiz iki hastada dahil takiplerde nüks rastlamadık.

SONUÇ

Nazolabial kistler nadir görülen kistler olsa da yüzde asimetriye neden olmuş nazal vestibülde kitle şikayeti ile gelen hastaların ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

ETİK BEYANLAR

Etik Kurul Onayı: Çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Tarih: 29/2/2024, Karar No: 24-KAEK-056)

Aydınlatılmış Onam: Bu çalışmaya katılan hasta(lar)dan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkarı dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Sato M, Morita K, Kabasawa Y. Bilateral nasolabial cysts: a case report. *J Med Case Rep.* 2016;10:246-51.
2. Yanagisawa E, Scher DA. Endoscopic view of a nasoalveolar cyst. *Ear Nose Throat J* 2002;81:137-8.
3. Klestadt WD. VIII Nasal cysts and the facial cleft cyst theory. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1953;62:84-92.
4. Mantu KV, Mitra R. A rare case of nasolabial cyst; a case report. *Int J Appl Den Sci.* 2015;1:13-5.
5. Cebi IT, Karataş A, Yüce T, Şalvız M, Koçak A, Selçuk T. Bilateral Nasolabial Cyst as a Rare Case Report. *Turk Arch Otorhinolaryngol* 2016;54:79-81.
6. Sheikh AB, Chin OY, Fang CH, Liu JK, Baredes S, Eloy JA. Nasolabial cysts: a systematic review of 311 cases. *Laryngoscope.* 2016;126:60-6.
7. Yuen H-W, Julian C-YL, Samuel C-LY. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. *British J Oral Maxillofacial Surg* 2007;45:293-7.
8. Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. *Laryngoscope.* 1999;109:1116-8.



9. Karadađ D, Beriat GK, Akıncı T, Yinanç MA. Nazolabial kist: MRG bulguları. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 2011;31:731-4
10. Allard R. Nasolabial cyst: review of the literature and report of 7 cases. *Int J Oral Surg* 1982;11:351-9.
11. Dghoughi S. Bilateral nasolabial cyst. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2017;118:385-8.
12. Sahin C. Nasolabial cyst. *Case Rep Med* 2009; 2009:1-2
13. Enoki AM, Pizarro GU, de Sampaio Morais M, Fernandes DPP, Oliveira PRG. Nasolabial bilateral cyst as cause of the nasal obstruction: Case report and literature review. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia* 2012;16:121-5.
14. Choi JH, Cho JH, Kang HJ, et al. Nasolabial cyst:a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J.* 2002;81:94-6.