

PAPER DETAILS

TITLE: NASOPALATIN KANAL KISTI (BİR OLGU SUNUMU)

AUTHORS: Özge ÇETİN,Merva SOLUK TEKKESİN,Merva SOLUK TEKKESİN,Ahmet

TUSKAN,Ahmet Can TUSKAN

PAGES: 59-64

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/93727>

NASOPALATİN KANAL KİSTİ (BİR OLGU SUNUMU)

Nasopalatine Canal Cyst (A case report)

Özge ÇETİN¹, Merva Soluk TEKKEŞİN², Ahmet Can TUSKAN¹

Makale Gönderilme Tarihi: 15/02/2011

Makale Kabul Tarihi: 07/04/2011

ÖZ

Nasopalatin kanal kisti, oral kavitede görülen en yaygın gelişimsel non-odontojenik kistlerdendir. Çoğunlukla asemptomatiktir ve rutin radyografik incelemede fark edilir. Genellikle orta keser dişlerde eksen sapmalarına neden olur ancak kök rezorpsiyonu bulgusuna nadiren rastlanır. Yüzde asimetriye neden olacak bir deformite oldukça az görülen bir belirtidir. Bu olgu sunumunun amacı, bu iki nadir bulgunun birlikte görüldüğü bir vakanın sunulmasıdır.

Anahtar kelimeler: *Nasopalatin kanal kisti, kök rezorpsiyonu, nasolabial sulkus*

ABSTRACT

Nasopalatin duct cyst is the most common non-odontogenic developmental cyst in the oral cavity. NPDC is generally asymptomatic and is noticed on a routine radiographic examination. It usually causes axial deviation in incisors but root resorption is rarely seen. A deformity causing facial asymmetry is seldom noticed as a symptom. The purpose of this report is to present these two unlikely symptoms together in a single case.

Keywords: *Nasopalatine duct cyst, root resorption, nasolabial sulcus*

¹ İstanbul Üniversitesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.D.

² İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Patoloji B.D.

Giriş

Nasopalatin kanal kisti (NPKK), oral kavitede en sık görülen nonodontojenik kisttir. İnsiziv kanal kisti, median palatin kisti, median anterior maksiller kist olarak da adlandırılmaktadır. İlk kez 1914'te Meyer tarafından tanımlanan bu lezyonlar önceleri fissural kistler olarak adlandırılırken, günümüzde Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflamasında maksillanın gelişimsel, epitelyal, non odontojenik kistleri sınıfında yer almaktadır (1,2,3). Embriyoda nasal ve oral kaviterler arasında bağlantı sağlayan nasopalatin kanalın embriyojenik epitelyal kalıntılarının proliferere olup kistik rejenerasyon göstermesiyle oluştuğu düşünülmektedir (4,5,6). NPKK için karakteristik bulgu, çoğunlukla palatal orta hattın iki yanında ve bazen labial mukozada simetrik görülen ağrısız şişliktir. Sıklıkla asemptomatik olup rutin radyolojik incelemede iyi sınırlı, yuvarlak, oval veya kalp şeklinde radyolusent görünüm ile fark edilir. Orta keser dişlerin eksen eğimlerinin sapmasına ve nadiren köklerde rezorbsiyona rastlanır. Yüzeye yakın olan kistlerde mukozada mavi görünüm ve fluktuant yapı izlenebilir. İnsiziv sinire baskı yapması durumunda hissizlik veya yanma hissi oluşabilir (4,5,7,8). NPKK her yaşta görülebilmekle birlikte 40-60 yaşlarında daha sık gözlemlendiği ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık görüldüğü bildirilmektedir (9). Ayırıcı tanıda en önemli unsur lezyonun normal anatomik insiziv forameninden ayırt edilmesidir (8). NPKK görülen olgularda dişler canlılığını koruduğundan dişlere vitalite testi yapılarak radiküler kist ve periapikal granulom ile de ayırıcı tanısının yapılması gereklidir. Tedavide çoğunlukla enükleasyon, çok büyük olgularda marsupyalizasyon tercih edilir. Rekürrens oranı çok düşüktür.

Bu olgu raporunda nasopalatin kistlerin

nadiren sebep olduğu bulgulardan kök rezorbsiyonu ve şişlik sebebiyle nasolabial oluğun derinliğini kaybetmesi bulgularının birlikte bulunduğu olgumuzu sunmaktayız.

Olgu Sunumu

Sistemik herhangi bir hastalığı olmayan 34 yaşındaki kadın hasta, yaklaşık 1 sene- dir var olan palatinal mukoza ve nasolabial bölgedeki ağrılı şişlik şikâyetiyle Temmuz 2010'da İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğine başvurdu. Ağız dışı muayenede sol nasolabial oluğun derinliğini kaybettiği, ağız içi muayenede üst köpek dişleri arasını kapsayan alanda palatinal ve vestibülde fluktuant bir şişlik, orta ve yan keser dişlerde orta derecede mobilite olduğu görüldü. Panoramik radyografi ile yapılan radyolojik incelemede 5x3 cm boyutlarında iyi sınırlı radyolusent alan görüldü. Orta keser dişlerin lezyona bağlı olarak eğilerek köklerinin birbirinden uzaklaştığı ve köklerde rezorbsiyon varlığı dikkat çekti (Şekil 1).



Şekil 1. Operasyon öncesi alınan panoramik radyografi.

Vitalometrik incelemede orta keser dişlerin devital, yan keser dişlerin vital olduğu tespit edildi. 6ml Ultracaine DS Fort ile

çift taraflı olarak üst çene vestibülünden lokal infiltrasyon anestezisi ve palatinalden insiziv kanal anestezileri yapıldı. Dişeti kenarı insizyonu ve 1. küçükazıların distalinden dikey rahatlatıcı insizyonlar yapıldı. Tam kalınlık bukkal ve palatal mukoperiostal flep kaldırıldı. Vestibülde ve palatinalde lezyonun kemiği perfore ederek direkt periost ile ilişki içinde olduğu görüldü. Alt sınırda orta keser dişlerin arasından alveol krete yaklaşan lezyonun üst sınırda burun tabanı ile komşuluğu bulunmaktaydı. 6x5x3 cm boyutlarındaki lezyonun enükleasyonunu takiben vestibülde kemik desteğini kaybederek mobil halde bulunan orta ve yan keser dişler çekildi. Son olarak, mukoperiostal flep yerine yerleştirilip 3/0 ipek sütürle dikildi. Operasyon sonrası, 2x1 amoksisilin+klavulanik asid 1g tablet ile non – steroid antiinflamatuvar grubu naproksen sodyum 550 mg. tablet ve günde 3 kez klorheksidin glukonat gargara reçete edildi. 8. gün hasta tekrar çağrılarak dikişler alındı.

Hasta operasyon sonrası 1. ay çağrılarak ağız içi muayenesi ve 3. ay çağrılarak ağız içi ve radyolojik muayenesi yapıldı. Herhangi bir patolojik bulgu bulunmadı (şekil 2 ve 3).

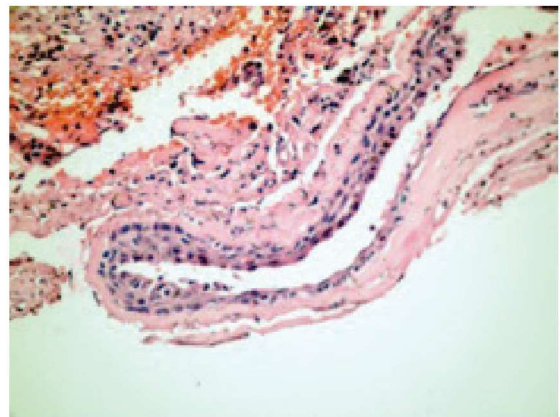


Şekil 2. Operasyon sonrası 1. ay ağız içi görünüm.

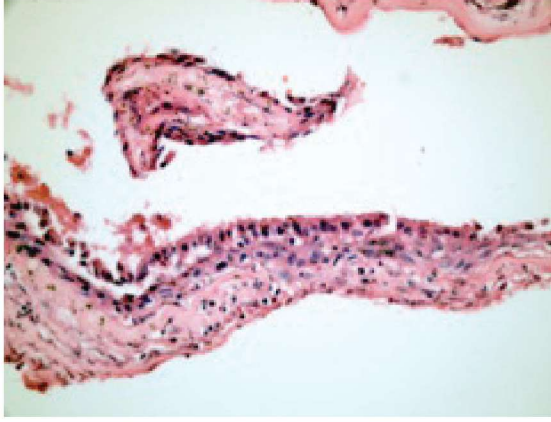


Şekil 3. Operasyon sonrası 3. ay panoramik radyografi.

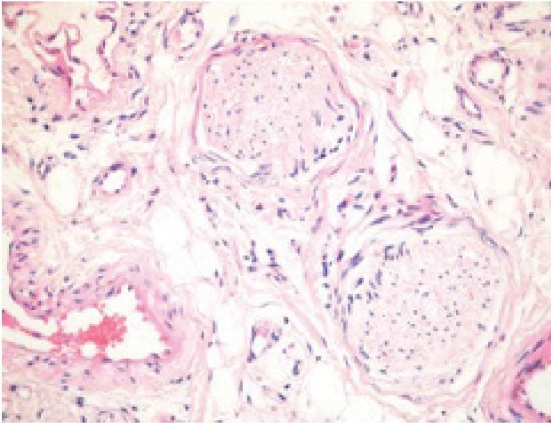
Operasyon esnasında çıkarılan kistik lezyona, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Patoloji Bilim Dalı'nda yapılan histopatolojik incelemede nasopalatin kanal kisti tanısı konuldu. Histomorfolojik olarak fibrosit ve fibroblastlardan oluşan çeper biçiminde bağ dokusunun iç yüzünü nonkeratinize, ince, yer yer silyalı görünümde çok katlı yassı epitel döşemekteydi (şekil 4 ve 5). Kist duvarında damar ve sinir kesitleri izlenmiş olup, hafif derecede lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu görülmekteydi (şekil 6).



Şekil 4. Bağ dokusunun iç yüzünü döşeyen ince çok katlı yassı epitel (H&E x400).



Şekil 5. Döşeyici epitel bazı alanlarda silyalı epitel görünümündedir (H&E x400).



Şekil 6. Kist duvarında bulunan damar ve sinir kesitleri (H&E x400).

Tartışma

Nasopalatin kanal kisti, nasopalatin kanalın embriyojenik epitelyal kalıntılarından proliferasyonu sonucu oluşan gelişimsel nonodontojenik kisttir. Sıklıkla 40-60 yaş arasında ve erkeklerde görüldüğü bildirilmektedir. Ancak nadiren de olsa küçük yaşta hastalarda da rastlanabilmektedir (10). Travma, enfeksiyon gibi tetikleyici faktörler bildirilmekle birlikte spontan gelişim, üzerinde en fazla durulan etyolojik faktördür. Bildirilen bu vakada hastada herhangi bir

travma hikayesi bulunmamaktaydı. Kistin, kanal kalıntılarından spontan kistik dejenerasyonu sonucu oluştuğu düşünüldü.

Genellikle labial ve palatal mukozada görülen ağrısız şişlik nasopalatin kanal kistin karakteristik bulgusudur. Ancak kist enfekte olursa veya lokal büyümeye bağlı olarak nasopalatin sinir baskılanırsa kist ağrılı özellik gösterebilir. Labiale doğru oluşan genişleme sebebiyle nasolabial sulkusun derinliğinin azalması nadir karşılaşılabilen bir bulgudur. Bu raporda sunulan vakada şişlik nedeniyle sol nasolabial sulkusun derinliğinin kaybolmuş olduğu görüldü. Hastada mevcut olan ağrıya enfeksiyonun neden olduğu düşünüldü.

NPKK genellikle unilateral, nadiren bilateral yerleşim gösterir (11). Radyografik olarak yuvarlak, oval veya kalp şeklinde gözlenebilir. Geniş lezyonlar sıklıkla dişlerin köklerinin birbirinden uzaklaşmasına neden olurken, nadiren kök rezorbsiyonuna yol açmaktadırlar (9). Swanson ve ark.'a göre kök rezorbsiyonu, lezyonun boyutu ve yaşı ile ilişkili görülmemektedir (12). Hatta bu vakada izlendiği gibi yüzde belirti veren lezyonlar literatürde oldukça nadir bulunmaktadır (13). Bizim vakamızda röntgende ilgili bölgede oval şekilli radyolusent alan görülmekteydi. Kesici dişlerin köklerinde rezorbsiyon ve eksen eğimlerinde sapma vardı.

Radyografik olarak bazen nasopalatin kanal kistin normal anatomik insiziv forameninden ayırt edilmesi kolay olmamaktadır. Roper-Hall, insiziv kanal çevresinde 6mm'den daha küçük görülen ağrısız radyolusent alanların normal olarak düşünülmesi gerektiğini savunmaktadır (14). Swanson ve ark.'a göre 6mm'den küçük radyolusent alana sahip olgularda herhangi bir semptomun varlığı cerrahi müdahale için endikasyon oluşturmaktadır (12). Aspirasyon tekniği ayı-

rıcı tanıda yardımcı olmaktadır (15). Bunun yanı sıra vital dişlerde gereksiz endodontik tedavinin önlenmesi için kistle ilişkili görülen dişlere vitalite testi yapılmalıdır. Sunulan bu vakada NPKK tanısı konmasına rağmen vitalite testinde dişler devital bulunmuş ancak zaten keser dişlere çekim endikasyonu konulduğundan operasyon esnasında çekilmiştir. Bazı büyük kistlerde, kistin sıvı basıncına bağlı olarak dişler vitalitelerini kaybedebilirler. Bizim vakamızda da travma hikayesi bulunmamaktaydı, dişler basınca bağlı olarak vitalitelerini kaybetmiş olabilir.

Nasopalatin kanal kistinin tedavisinde çoğunlukla enükleasyon veya bazı büyük kistlerde marsupyalizasyon tercih edilmektedir. %11 oranında düşük rekürens oranına sahiptir. Bu vakada enükleasyon tercih edildi ve 6 aylık takip sonucunda rekürens izlenmedi.

Sonuç

NPKK, oral kavitede en sık karşılaşılan non-odontojenik kisttir. Bu nedenle diş hekimleri septomlarına ve tedavisine aşına olmalıdır. Sıklıkla palatinal veya labial mukozada şişlik görülmektedir. Dişler çoğunlukla canlılığını koruduğundan, NPKK olgularında gereksiz endodontik tedaviden kaçınılmalıdır. Ancak dişlerin devital olabileceği ve köklerde rezorbsiyona neden olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histologic typing of odontogenic tumours. 2. Bs, Cenova Springer-Verlag, 1992, p.39.
2. Meyer AW. A unique supernumerary paranasal sinus directly above the superior incisors. J Anat, 1914; 48: 118-29.
3. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA.

Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1994; 77: 276-80.

4. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology, Clinical Pathologic Correlations. 5. bs. Missouri: Saunders, 2008, s. 251-53.

5. Neville BW, Damn DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3. bs., Missouri: Saunders, 2002, s. 28-31.

6. Albayram MS, Sciubba J, Zinreich J. Radiology quiz case. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2001; 127: 1283-85.

7. Staretz LR, Brada BJ, Schott TR. Well-defined radiolucent lesion in the maxillary anterior region. J Am Dent Assoc, 1990; 120(3): 335-36.

8. Vasconcelos RF, Ferreira de Aguiar MC, Castro WH, Cacalcanti de Araujo V, Mesquita RA. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. Oral Dis, 1999; 5: 325-28.

9. Elliott KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. Laryngoscope, 2004; 114: 1336-40.

10. Ely N, Sheehy EC, McDonald F. Nasopalatine duct cyst: A case report. Int J of Paediatr Dent, 2001; 11: 135-37.

11. Cicciu M, Grossi GB, Borgonovo A, Santoro G, Pallotti F, Mariona C. Rare bilateral nasopalatine duct cysts: a case report. Open Dent J, 2010; 4: 8-12.

12. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. J Oral Maxillofac Surg, 1991; 49: 268-71.

13. 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, 2008; 106: e46-e50.

14. Roper-Hall HT. Cysts of developmental origin in the premaxillary region with special reference to their diagnosis. Br Dent J, 1938; 65: 405-34.

15. Berlove IJ. Anterior median palatine cyst. N Y Dent J, 1956; 16: 381-84.

Yazışma Adresi

Özge ÇETİN

İstanbul Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız Diş Çene Hastalıkları ve

Cerrahisi A.D.

34093 Çapa/ İstanbul

Tel: 414 20 20 (3289)

e-posta: ozgecetin@hotmail.com