

Nazopalatin Kanal Kisti: Bir Olgu Sunumu

Nasopalatine Duct Cyst: A Case Report

Gözde Derindağ, İrfan Sarıca, Abubekir Harorlu

Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Ve Çene Radyolojisi Ana Bilim Dalı, Erzurum

ÖZET

İnsiziv kanal kisti olarak da bilinen nazopalatin kanal kisti nazopalatin kanalın (insiziv kanal) embriyojenik epitelyal artıklarından meydana gelen gelişimsel bir kisttir. Oral kavitedeki en yaygın gelişimsel nonodontojenik kistlerden biri olan nazopalatin kanal kistinin bu kistler arasında görülme sıklığı % 1'dir. Yaşam döngüsünün dördüncü ve altıncı dekatları arasında görülmekle birlikte, erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha sık görülür. Maksilla anteriorda orta hatta insiziv foramenin üzerinde ve genellikle rutin radyografik incelemelerde fark edilir. Genellikle unilaterale, nadiren bilateral yerleşim gösterir. Çoğunlukla asemptomatiktir ve en yaygın semptomlar maksilla anteriorun palatinalinde şişlik, akıntı ve ağrıdır. Çok sayıda etken kist epitel hücrelerinde proliferasyona neden olabilmekle birlikte, en sık travma ve enfeksiyonun etkili olduğu düşünülmektedir. Tedavisi çoğunlukla enükleasyon, çok büyük olgularda ise marsupyalizasyondur. Tedavi sonrası nüks nadir görülür ve nüksün muhtemel nedeni lezyonun tamamen temizlenmemiş olmasıdır. Anterior palatal bölgenin parestezisi, nazopalatin sinir uçlarının kist ile birlikte çıkarılmasıyla nadir görülen bir komplikasyondur. Tanı klinik öykü, klinik araştırma ve tamamlayıcı testlere dayanır.

Bu olgu sunumunda 56 yaşındaki kadın hastada semptomatik bir nazopalatin kanal kistinin ayrıntılı radyolojik incelemesini sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnsiziv kanal kisti, konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KİBT), nazopalatin kanal kisti, nonodontojenik kist, radyografik görüntüleme

ABSTRACT

The nasopalatine duct cyst (NPDC), also known as the incisive duct cyst, is a developmental cyst that arises from embryogenic epithelial tissue of the nasopalatine duct (incisive canal). The incidence of nasopalatine duct cyst, one of the most common developmental non odontogenic cysts in the oral cavity, among these cysts is 1%. Although seen between the fourth and sixth decades of the life cycle, men are three times more common than women. NPDC is on midline incisive foramen at maxillary anteriora is usually found on routine radiographic examinations. It's usually unilateral and rarely bilateral. It's mostly asymptomatic. The most common symptoms are discharge, pain and swelling on the palate side of the maxilla. Although many factors may cause the proliferation of cyst epithelial cells, it is thought that trauma and infection are most effective. Treatment is mostly enucleation, and in very large cases it is marsupialisation. Recurrence after treatment is rare and the probable cause of recurrence is not completely operated. Paresthesia of the anterior palatal region is a rare complication, with nasopalatine nerve endings removed with cysts. Diagnosis is based on anamnesis, clinical examination and complementary tests.

In this case report, was aimed to present a detailed radiological examination of a symptomatic nasopalatine duct cyst in a 56 year old female patient.

Keywords: *Incisive duct cyst, cone beam computed tomography (CBCT), nasopalatine duct cyst, nonodontogenic cyst, radiographic imaging*

GİRİŞ

İnsiziv kanal kisti olarak da bilinen nazopalatin kanal kisti nazopalatin kanalın (insiziv kanal) embriyojenik epitelyal artıklarından meydana gelen gelişimsel bir kisttir. Oral kavitedeki en yaygın gelişimsel nonodontojenik kistlerden biri olan nazopalatin kanal kistinin bu kistler arasında görülme sıklığı % 1'dir.¹ Yaşam döngüsünün dördüncü ve altıncı dekatları arasında görülmekle birlikte, erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha sık görülür. Tanı klinik öykü, klinik araştırma ve tamamlayıcı testlere dayanır.

Kist gelişimi için gerekli stimülasyon belli değildir ve kistin oluşumunu tetikleyen etkenlerin intrinsik veya ekstrinsik olabileceği belirtilmiştir. Çok sayıda etken kist epitel hücrelerinde proliferasyona neden olabilmekle birlikte, en sık travma ve enfeksiyonun etkili olduğu düşünülmektedir. Glandüler kanal tıkanıklığının yanı sıra irksal veya genetik faktörler literatürde belirtilen diğer muhtemel nedenlerdir.

Anatomik olarak nazopalatin kanalın içinde veya yakınındadır. Maksilla anteriorda orta hatta insiziv foramenin üzerinde ve genellikle rutin radyografik incelemelerde fark edilir. Genellikle unilateral, nadiren bilateral yerleşim gösterir.² Bilateral yerleşimde kist her zaman simetrik olmayabilir. Okluzal radyografilerde, kist nazopalatin kanalı da alacak şekilde yuvarlak, kalp (heart shape) veya ters armut şeklinde radyolüsent lezyon olarak görülür.¹ Kalp şeklindeki görünüş kistin spina nasalis anteriora süperpoze olması ile ortaya çıkar. Kistlerin çoğu ortalama 1,5-1,7 cm çapında olabildiği gibi destrüktif lezyonların çapı 6 cm'ye kadar çıkabilir.



Resim 1: Hastanın panoramik radyografisi

Çoğunlukla asemptomatiktir ve en yaygın semptomlar maksilla anteriorun palatinalinde şişlik, akıntı ve ağrıdır. Kist kanal içinde genişleyerek yumuşak doku altında şişlik yapabilir. Ayrıca kistlerin genellikle kistin içeriğinden kaynaklı olarak mavi renk aldığı görülür. Akıntı olduğu durumlarda hastalar tuzlu bir tattan şikâyet eder. Lezyon genellikle yavaş büyür ve çok nadiren büyük kemik yıkımlarına neden olur. Büyük kistler bazı vakalarda dişlerde yer değişikliğine sebep olur ve bu vakalarda nazal kavite ve maksiller sinüs perforasyonları gelişebilir. Kistin genişlemesi labial kortikal kemiğe nüfuz edebilir ve maksiller labial frenilumun altında veya bir tarafa şişme meydana getirebilir, nazal septumu deforme edebilir.^{3,4} Nazal tarafta yer alan kistlerde, bazen burun tabanında bir kabarıklık görülür. Buna “Gerber tümseği” denir.⁵ Nazopalatin sinire bası olursa hissizlik veya yanma hissi gelişebilir. Dişler genellikle canlıdır, kök rezorpsiyonu nadirdir. Nazopalatin kanal kistini doğru teşhis etmek için klinik muayenenin yanında radyolojik muayene de gereklidir.⁶

Tedavisi çoğunlukla enükleasyon, çok büyük olgularda ise marsupyalizasyondur. Tedavi sonrası nüks nadir görülür ve nüksün muhtemel nedeni lezyonun tamamen temizlenmemiş olmasıdır.⁷ Anterior palatal bölgenin parestезisi, nazopalatin sinir uçlarının kist ile birlikte çıkarılması nadir görülen bir komplikasyondur.

Bu olgu sunumunda 56 yaşındaki kadın hastada semptomatik bir nazopalatin kanal kistinin ayrıntılı radyolojik incelemesinin sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

56 yaşındaki kadın hasta üst çene ön bölgedeki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnez sonucu herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenildi. Ağız içi klinik muayenesinde maksilla anterior palatinal bölgede şişlik ve kızarıklık gözlemlendi. Palpasyonda hafif fluktuasyon dikkat çekti fakat hasta herhangi bir ağrı şikayetinde bulunmadı. Alınan panoramik radyografi sonucunda üst çenenin ön bölgesinde iyi sınırlı kalp şeklinde radyolüsent bir lezyon izlendi (Resim 1). Üst çeneden alınan okluzal radyografi sonucunda ön bölgede iyi sınırlı radyolüsent lezyon saptandı (Resim 2).



Resim 2: Hastanın üst okluzal radyografisi

Lezyonun yerleşiminin, boyutunun daha net bir şekilde öğrenilmesi ve ayırıcı tanısının yapılması amacıyla hastadan konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KIBT) çekildi. KIBT (NewTom-FP; Quantitative Radiology, Verona, Italy) standart olarak 110 kVp ve maksimum 15 mA konik ışınli hüzme tekniği ile çalışmaktadır. KIBT inceleme 0,5 mm aksiyal; 1 mm koronal, sagittal ve cross-sectional (çapraz) kesit görüntüleri üzerinde yapıldı. Alınan kesitlerde maksilla anterior bölgede 19,6 x 10,4 x 17,1 mm boyutlarında, sınırları düzenli, oval yapıda, nazal fossaya ve alveol kretin palatinaline ekspansiyon ve yumuşak dokuyla izodensite gösteren litik lezyon alanı (nazopalatin kanal kisti) izlendi (Resim 3-4-5). Cross-sectional ve koronal kesitlerde maksilla anterior palatinal kortikal kemikte ve nazal

fossa tabanında perforasyon gözlemlendi (Resim 4-5). İlgili lezyonun üst sağ ve sol santral kesici ve üst sol lateral kesici dişlerle komşulukta olduğu tespit edildi (Resim 4). Hastadan alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelenmesi sonucunda olgu nazopalatin kanal kisti olarak tanılandı. Hasta tedavisi için cerrahi kliniğine yönlendirildi.



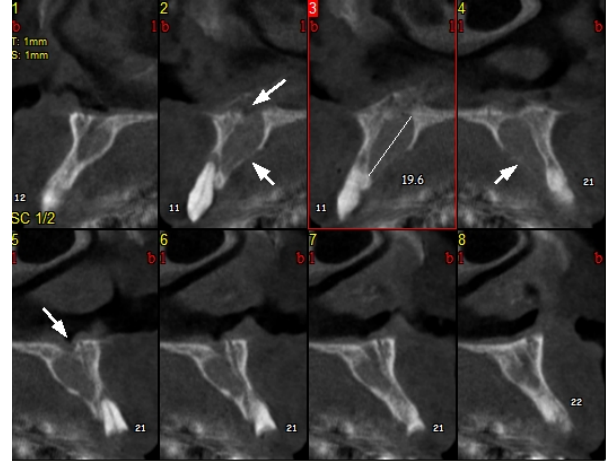
Resim 3: Nazopalatin kanal kistin KIBT' te 0,5 mm aksiyal kesit görüntüsü

TARTIŞMA

Nazopalatin kanal varlığı ilk kez 1881'de Leboucq tarafından yeni doğan iki çocukta tanımlanmıştır. Nazopalatin kanal bağ dokusu, yağ dokusu, müköz tükürük bezleri, kan damarları (nazopalatin arter ve ven) ve nazopalatin sinirden oluşur.⁸ Primer ve sekonder palatal çıkıntı arasında yer alan nazopalatin kanal (insiziv kanal), burun tabanı ile insiziv papilla arasında seyreder. Çene yüz bölgesindeki epitelyal kistler odontojenik ve nonodontojenik kistler olmak üzere ikiye ayrılırlar. Nazopalatin kanal kistin de aralarında bulunduğu odontojenik olmayan kistler embriyonel gelişim sırasında füzyon hattına sıkışan epitel artıklarından kaynaklanır.⁹ Nazopalatin kanal kisti ilk kez 1914'de Meyer tarafından paranazal sinüs olarak tanımlanmıştır. Median anterior maksiller kist olarak da adlandırılır ve eğer kist insiziv papilla çevresinde gelişirse papilla palatina kisti olarak isimlendirilir. Nazopalatin kanal kisti (insiziv kanal kisti), median palatin kisti, papilla palatina kisti ve median alveolar kistler, insiziv kanalla olan pozisyonlarına göre benzer lezyonun varyasyonlarıdır.¹⁰

Ayırıcı tanıda; radiküler (periapikal) kist, insiziv foramen, median palatinal kist ya da primordial kist düşünülmelidir. Radiküler kist ve periapikal granüloma varlığı nazopalatin kanal kistinden ayırt edilmelidir. Bu ayırım için vitalite testine başvurulur; periapikal kist veya

granüloma durumunda dişler vital değildir, nazopalatin kanal kistin olduğu durumlarda ise dişler genellikle vitaldir. Ayrıca bazı büyük nazopalatin kanal kistlerinde, kistin sıvı basıncına bağlı olarak dişlerin vitalitelerini kaybedebilecekleri unutulmamalıdır. Radyografik olarak nazopalatin kanal kistin geniş bir anatomik insiziv forameninden ayırt etmek gerekir. Bu ayırım için radyolüsent alanın boyutuna bakılmalıdır; genellikle bu bölgedeki 6 mm'ye kadar olan radyolüsent alan eğer başka bir klinik bulgu ya da semptom yoksa normal foramen için üst sınır kabul edilir.² İnsiziv kanal kisti ve median palatinal kist radyografilerdeki pozisyonlarından dolayı karıştırılabilir. Bu iki kist arasındaki fark insiziv kanal kisti kaynağı nedeni ile içinde insiziv kanal kaynaklı damar-sinir paketinin bulunmasıdır. Bununla birlikte, nazopalatin kanal kisti anterior sünnümerer dişlerden, yani mesiodenslerden kaynaklanan primordial kist ile de karıştırılabilir. Bu durumda herhangi bir sünnümerer diş var mı yok mu ona dikkat etmek gerekir.

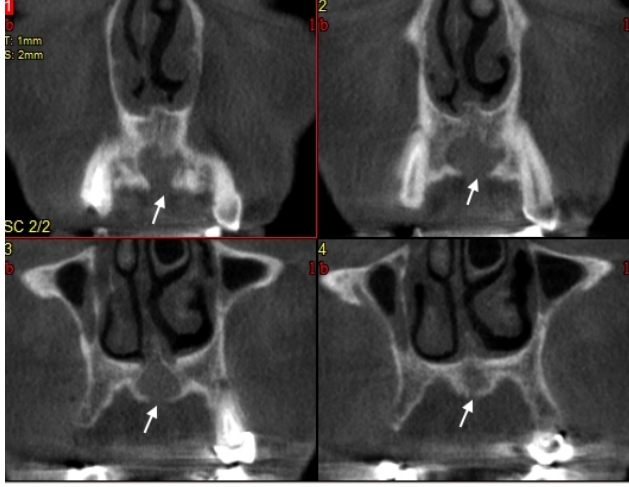


Resim 4: Nazopalatin kanal kistin KIBT' te 1 mm cross-sectional kesit görüntüleri

SONUÇ

Çenelerde görülen patolojik oluşumlar, ağrılı veya ağrısız olsun dikkatli bir radyolojik ve klinik inceleme yapılarak saptanmalıdır. Kistlere ilk yaklaşımda, radyolojik yöntem olarak panoramik radyografi standart kabul edilmektedir. Radyografinin süperpoze görüntüsünün tanıda hekimi yanlış yönlendirebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle değişik açılardan çekilmiş radyografiler ayırıcı teşhiste önemlidir. Ayrıca süperpozisyonları engellemek amacıyla bilgisayarlı tomografi de alınabilir.¹⁰ Nazopalatin kanal kistin görüntülenmesinde KIBT kistin doğru bir şekilde yerleşimini göstermesi, boyutunun belirlenmesi ve anatomik ilişkilerin tespitinde farklı 3 boyuta ait

görüntüleri ve 3D imaj oluşturma sağlaması açısından faydalı bir diagnostik metottur.



Resim 5: Nazopalatin kanal kistinin KIBT' te 1 mm koronal kesit görüntüleri

Diğer malign ve benign lezyonların nazopalatin kanal kistini taklit ettikleri bilindiğinden, lezyonun radyolojik görüntülenmesiyle birlikte patolojik inceleme de tavsiye edilir.

Kısa Not. Bu olgu sunumunun bir kısmı 13-15 Nisan 2017 tarihinde Eskişehir'de yapılmış olan Oral Diagnoz ve Maksillofasiyal Radyoloji Derneği 2. Uluslararası Kongresi 7. Bilimsel Toplantısı'nda poster sunumu şeklinde paylaşılmıştır.

KAYNAKLAR

1. 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(4): 46-50.
2. Ciccio 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.
3. White SC, Pharoah MJ. Cysts of the jaws. In: Rudolph P, ed. *Oral radiology principles and interpretation*. 5th ed. St. Louis, USA: Mosby; 2004; 400-401.
4. Srivastava S, Misra N, Agarwal R, Pandey P. Nasopalatine canal cyst: often missed. *BMJ Case Rep*. 2013.
5. Harorlı E. [Jaw bone cysts]. Akgül HM, Yılmaz AB, Bilge OM, Dağistan S, Çakur B, Çağlayan F, Miloğlu Ö, Sümbüllü MA, editör. *Ağız Diş Ve*

Çene Radyolojisi. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.; 2014. p.367-385.

6. Cecchetti F, Ottria L, Bartuli F, Bramanti NE, Arcuri C. Prevalence, distribution, and differential diagnosis of nasopalatine duct cysts. *Oral Implantol (Rome)*. 2012; 5(2-3): 47-53.
7. Cardesa A, Slootweg PJ. *Maxillofacial Skeleton and Teeth*, Slootweg PJ. Pathology of the Head and Neck. Berlin: Springer Verlag; 2006, 109.
8. 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* 2009; 30(2): 137-140.
9. Ağır H, Şen C, Işıl E, Ünal Ç, Üstündağ E, Keskin G. [Odontogenic and nonodontogenic jaw cysts: experience in 25 cases]. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2008; 18(3): 157-165.
10. Ezirganlı Ş, Köşger HH, Kırtay M. [Nasopalatine duct cyst: a case report]. *GÜ Dentistry Faculty Journal* 2010; 27(3): 195-199.

Yazışma Adresi:

Dt. Gözde DERİNDAG
Atatürk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD
Erzurum-Türkiye
gozde.derindag@atauni.edu.tr