

## BÜYÜK BOYUTLU NAZOPALATİN KANAL KİSTİ: OLGU SUNUMU#

### A LARGE NASOPALATINE DUCT CYST: CASE REPORT#

Dt Mustafa GÜMÜŞOK\*

Dt Murat ÖZLE\*\*

Dt Sercan KÜÇÜKKURT\*\*

Dr Emre BARIŞ\*\*\*

Prof.Dr Özlem ÜÇOK\*

**Makale Kodu/Article code:** 1450  
**Makale Gönderilme tarihi:** 25.12.2013  
**Kabul Tarihi:** 08.04.2014

#### ÖZET

İnsiziv kanal kisti olarak da bilinen Nazopalatin kanal kisti (NPKK), maksillanın en sık görülen gelişimsel, epitelyal, nonodontojenik kistidir. Anterior palatinal bölge orta hattında lokalize olan NPKK'ler, genellikle asemptomatikler ve rutin radyografik muayene esnasında rastlanırlar. İnsiziv kanal içerisindeki, nazopalatin kanalın embriyolojik epitelyal artıklarından gelişirler. Bu kistler yaşamın 4. ve 6. dekatları arasında daha sık görülürler. Ayırıcı tanısında en sık geniş insiziv foramen ve radiküler kistler göz önünde bulundurulur. Cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra rekürrensleri nadirdir. Olgu raporumuzda 57 yaşında erkek hastanın, panoramik radyografi ve konik ışıklı bilgisayarlı tomografi görüntüleri ile maksilla orta hatta, sağ kanin-sol kanin dişlerin kökleri arasında izlenen NPKK değerlendirilmiş ve tedavisi sunulmuştur.

**Anahtar Kelime:** Nazopalatin kanal kisti, maksilla, konik ışıklı bilgisayarlı tomografi

#### ABSTRACT

Nasopalatine duct cysts (NPDC), also known as incisive canal cysts, is the most common developmental, epithelial, non-odontogenic cyst of the maxilla. NPDCs are located in the anterior maxillary midline region. The cyst arises from embryonic epithelial remnants of the nasopalatine duct within incisive canals. Lesions are normally asymptomatic and are usually detected during the routine radiological examination. Diagnosis is most frequently performed in the fourth and sixth decades. NPDCs must be especially distinguished from large incisive foramen and radicular cyst of central incisors. Recurrence is rare following surgical removal. In this case report, a 57 years old male patient's NPDC is evaluated by panoramic radiography and cone beam volumetric tomography images which is existing in the maxillary midline; between right and left canine's roots and its treatment presented.

**Key Words:** The nasopalatine duct cyst, maxilla, cone beam volumetric tomography

#### GİRİŞ

Nazopalatin kanal kisti (NPKK), maksillanın en sık görülen gelişimsel, epitelyal ve nonodontojenik kistleridir.<sup>1</sup> İnsiziv kanal kisti olarak da bilinen NPKK, maksillada görülen tüm kistlerin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır.<sup>2-4</sup> NPKK, etrafı membranla çevrili, içeriği likit veya semisolid materyalle dolu olan patolojik bir kavite olarak tanımlanmaktadır.<sup>5</sup> Bu kist ilk kez 1914 yılında Meyer tarafından (paranasal bir sinüs

olarak) tanımlanmıştır.<sup>6</sup> En sık 40 ile 60 yaş arasında görülürken, erkeklerde kadınlara oranla daha sık rastlanmaktadır.<sup>2</sup> Genellikle asemptomatiktir ve rutin radyografik muayene esnasında teşhis edilirler.<sup>7,8</sup>

#### OLGU SUNUMU

Protetik amaçlı olarak fakültemize başvuran, anamnezinde herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenilen 57 yaşındaki erkek hastanın, panoramik radyografisinde maksiller anterior bölgede, maksiller

\*Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, ANKARA

\*\* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, ANKARA

\*\*\* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Oral Patoloji Anabilim Dalı, ANKARA

#İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 6. Uluslararası Bilimsel Kongresi'nde, 21 -23 Kasım 2013 tarihleri arasında poster olarak sunulmuştur



sağ kanin ve maksiller sol kanin dişlerin kökleri arasında uzanan, oval, iyi sınırlı, radyolüsent bir lezyon izlendi (Resim 1). Ekstraoral ve intraoral muayenesinde herhangi bir anormal bulguya rastlanmadı (Resim 2). Hastanın lezyona bağlı herhangi bir şikayeti yoktu.



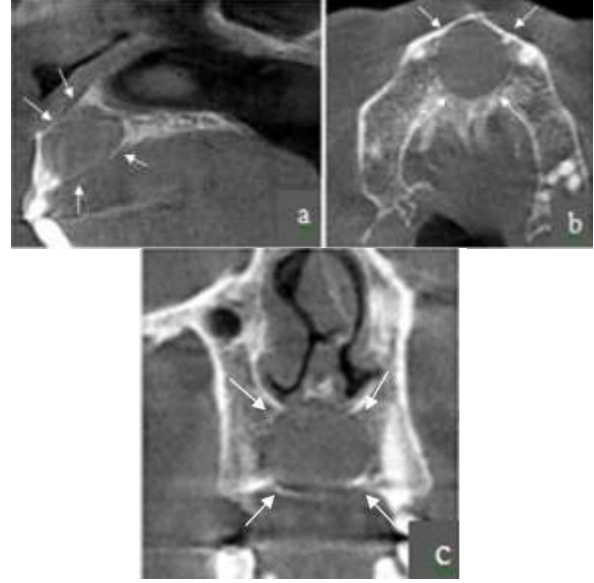
Resim 1. Hastaya ait panoramik radyografide, maksilla anterior bölgede iyi sınırlı, oval görünümlü radyolüsent lezyon.



Resim 2. Hastanın ağız içi görünümü

Maksiller kesici dişlere elektrikli pulpa testi ile yapılan vitalite testi sonucunda, dişlerin vital olduğu belirlendi. Lezyonun komşu diş ve dokularla ilişkisini daha ayrıntılı incelemek için, konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KIBT) görüntüleri alındı (Resim 3). KIBT 1 mm kalınlığında aksiyal, sagittal ve koronal kesitlerde yapılan incelemede lezyonun, median maksiller bölgede, yaklaşık 20x20x18 mm boyutlarında, yumuşak doku dansitesinde olduğu tesbit edildi. Lezyonun palatinal kemikte defekte yol açtığı ve diş köklerinde ise rezorbsiyon yapmadığı belirlendi.

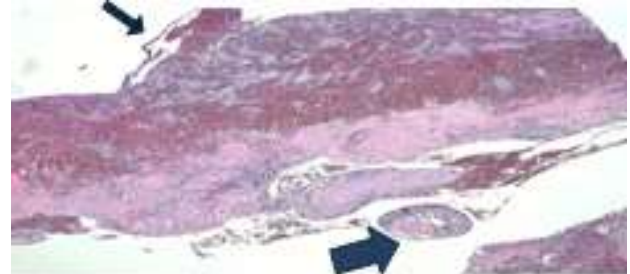
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'nda lezyon lokal anestezi altında opere edildi. Maksilla anterior bölgede tesbit edilen lezyon cerrahi olarak tamamen eksize edildi, kist kavitesi kürete edildi (Resim 4). Oral Patoloji Ana Bilim Dalı'nda yapılan histopatolojik inceleme sonucunda lezyona insiziv kanal kisti teşhisi konuldu (Protokol No: 1302) (Resim5).



Resim 3. Hastaya ait (Planmeca Promax 3D)® konik ışınli bilgisayarlı tomografi görüntülerinde; (a) sagittal, (b) aksiyal ve (c) koronal kesitlerde maksiller median bölgede izlenen radyolüsent görüntü.



Resim 4. (a) Lezyonun cerrahi eksizyonla tamamen çıkartılması, (b) patolojik olarak incelenen lezyon boyutları ve klinik görünümü.



Resim 5. Lezyonun histopatolojik görüntüsünde izlenen kist epiteli (ince ok) ve vasküler yapıları (kalın ok).

## TARTIŞMA

Anterior palatinal bölge orta hattında görülen NPKK, intraosseöz, gelişimsel bir kemik kistidir. NPKK'lerin etyolojisi çok açık değildir.<sup>1</sup> İnsiziv kanallar nazal septumun her iki yanından olmak üzere burun tabanından başlayarak aşağı doğru seyrederek ve insiziv papilla üstünde, palatinal kemikte bir foramen ile sonlanır.<sup>9</sup> İnsiziv kanal içerisinde genellikle primitif koku organı, embriyolojik nazopalatin kanal epitelyal artıkları, nazopalatin kan damarları ve nazopalatin sinirler bulunur.<sup>10</sup> NPKK'nin fetüs gelişimi sırasında ön maksilla ile nazal kavite arasında bağlantıyı sağlayan nazopalatin kanalın embriyolojik epitelyal artıklarından geliştiği düşünülmektedir.<sup>11</sup> Kistik formasyonun, yaşam sırasında spontan olarak veya travma, enfeksiyon gibi etkenlerin irritasyonu sonucu epitel hücrelerinin proliferasyonu ile gelişebileceği bildirilmiştir.<sup>6,12</sup> Hastamızın lezyon bölgesi ile ilgili geçirilmiş bir travma ve enfeksiyon tesbit edilememiştir.

NPKK'lerin teşhisi; radyolojik, klinik, histolojik bulgularla birlikte yapılması önerilmektedir.<sup>12</sup>

NPKK'ler genellikle asemptomatik olmalarına rağmen, semptomsuz kistin daha sonra enfekte olması ile şişlik, drenaj, ağrı, ülserasyon gibi semptomlar verebilir.<sup>4,8</sup> En yaygın klinik semptom olarak anterior palatinal mukozada şişlik bildirilmiştir.<sup>6,8</sup> Olgumuzda şişlik, fistül ağzı, ağrı, ülserasyon vb. gibi semptomlar izlenmemiştir.

NPKK görüntülenmesinde periapikal, okluzal, panoramik radyografiler ve bilgisayarlı tomografi (BT) sistemlerinden yararlanılabilir.<sup>1</sup> KIBT sistemleri maksillofasial bölgedeki sert dokuların görüntülenmesi amacıyla geliştirilmiştir. BT'ye kıyasla en büyük avantajı hastanın daha az radyasyon dozu ile sub-milimetre çözünürlükte görüntüler elde etmesidir.<sup>13</sup> Vakamızda panoramik radyografiye ilaveten lezyonun boyut ve komşuluklarının tespiti için KIBT kullanılmıştır.

Radyolojik olarak NPKK'ler; anterior maksilla-da, iyi sınırlı, yuvarlak, oval veya nazal spinanın süperpoze olmasına bağlı olarak kalp şeklinde radyolü-sensiler olarak izlenirler.<sup>1,14</sup> Maksiller keserlerin kökleri apikalinde lokalize olurlarken, nadiren kök rezorbsiyonu yaparlar. Kistler yaklaşık olarak 1,5 cm çapa sahiptirler.<sup>2</sup> İnsiziv foramen çapının 6 mm'yi geçmemesi beklenirken, bazen küçük çaplı NPKK'lerin teşhisini zorlaştırabilir.<sup>14</sup> Olgumuzda lezyonun çapı yaklaşık 2 cm olarak belirlenmiş, sınırları sağ ve sol

kanin dişlerin apikalleri ile insiziv foramen burun tabanına kadar uzandığı gözlenmiştir.

Santral kesici dişler NPKK'lere karşı vitalitelerini korurlar.<sup>1</sup> NPKK'lerin apikal kist veya apikal granülom ile karıştırılması sonucu vital santral kesici dişlere yapılacak olan gereksiz kanal tedavilerinden kaçınmak için, ayırıcı tanılar göz önünde bulundurulmalıdır. Başlangıç teşhisinde bu dişlerin pozitif vitalite testleri, negatif perküsyon bulguları, lezyonun pulpal ve periodontal kaynaklı olmadığı hakkında bilgi verebilir.<sup>15,16</sup> Santral kesici dişin apeksi etrafında periodontal aralığın genişlemesi ve lamina duranın yokluğu enflamatuvar bir lezyonu gösterir.<sup>10</sup> Olgumuzda anterior dişlerin vitalometrik muayenesinde, dişlerin tümü vital olarak tespit edilmiştir.

NPKK'lerin ayırıcı tanısında, geniş nazopalatinal kanal, santral kesici dişlerin radiküler kisti, dev hücreli granülom, süpernumere dişe ait (meziodens) foliküler kist, primordial kist, nazoalveolar kist, osteoitisin palatinal yönde fistülizasyonu, bukkonazal veya bukko-sinüzal açıklıklar göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>1</sup>

Histolojik olarak NPKK, tek başına çok katlı yassı epitel veya siliar silindirik hücreler gibi diğer epitel tipleri ile kombine olarak çevrilidir.<sup>8</sup> Fibröz duvarlar genellikle arter, ven, sinir içerir. Ayrıca minör tükrük bezi veya küçük kıkırdak dokularına rastlanabilir. Kistin enfekte olması durumunda, akut ve kronik enflamatuvar hücreleri izlenir.<sup>14</sup>

NPKK'lerin tedavisi cerrahi olarak enükleasyon ile gerçekleştirilir. Maksiller kesici dişlerin lingual gingival marjinlerinden insizyon ile flep kaldırılarak lezyona palatinalden ulaşılması tavsiye edilmektedir.<sup>9</sup> Çok geniş NPKK'lere cerrahi öncesi marsüpyalizasyon yapılması önerilmektedir.<sup>8,17</sup> Kanal içerisindeki nazopalatin damar sinir paketinin yüksek vaskülarizasyon göstermesinin göz önünde bulundurulması, cerrahi işlem sırasında kanama kontrolü açısından önemlidir. Lezyonların tamamen çıkartılmaları sonrası nüks etmeleri nadirdir.<sup>2</sup> Bizim olgumuzda, lezyona palatinal bölgeden ulaşıp, tamamen eksize edilmiştir.

## SONUÇ

NPKK'lerin teşhisi klinik, radyolojik ve histolojik tetkikler birlikte değerlendirilerek yapılmalıdır. Gereksiz endodontik tedavi veya diş çekiminden kaçınmak için, radiküler kist, geniş insiziv foramen gibi ayırıcı tanılar göz önünde bulundurulmalıdır.



## KAYNAKLAR

1. Cecchetti F, Ottria L, Bartuli F, Bramanti NE, Arcuri C. Prevalence, distribution, and differential diagnosis of nasopalatine duct cysts. *Oral Implantol (Rome)* 2012;5:47-53.
2. Francolí JE, Marque's NA, Ayte's LB, Escoda CG. Nasopalatine duct cyst: report of 22 cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E438-43.
3. Bereket C, Kaynar M. Süpernumere Dişle Birlikte Görülen Nazopalatin Kanal Kisti: Vaka Raporu. *Atatürk Üniv Dis Hek Fak Derg* 2013;23:98-102.
4. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49:268-71.
5. Reyes Velázquez JO, Palemón HSC, Jiménez Cruz N, Martínez CLE. Quiste del conducto nasopalatino: reporte de un caso. *Med Oral* 2006;8:168-71.
6. Meyer AW. A unique paranasal sinus directly above the superior incisors. *Journal of Anatomy*. 1914;48.
7. Ezirganlı Ş, Köşger HH, Kırtay M. Nazopalatin Kanal Kisti: Bir Olgu Sunumu. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2010; 27:195-9.
8. Vasconcelos R, de Aguiar MF, Castro W, de Araujo VC, Mesquita R. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. *Oral Dis* 1999;5:325-8.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral & Maxillofacial Pathology*. 2 ed. Philadelphia; W. B. Saunders: 2002: p. 27-30.
10. White SC, Pharoah MJ. *Oral Radiology: Principles and Interpretation*. 6 ed. St. Louis; Mosby: 2009: p. 358-60.
11. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*. 2 ed. St. Louis; Mosby: 2004: p. 62-3.
12. Dedhia P, Dedhia S, Dhokar A, Desai A. Nasopalatine Duct Cyst. *Case Rep Dent* doi: 10.1155/2013/869516.
13. Scarfe WC, Farman AG. What is cone-beam CT and how does it work? *Dent Clin North Am* 2008;52:707-30.
14. Nelson BL, Linfesty RL. Nasopalatine Duct Cyst. *Head and Neck Pathol* 2010;4:121-2.
15. Moss HD, Hellstein JW, Johnson JD. Endodontic considerations of the nasopalatine duct region. *J Endod* 2000;26:107-10.
16. Gnanasekhar JD, Walvekar SV, Al-Kandari AM, Al-Duwairi Y. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol OralRadiol Endod* 1995;80:465-70.
17. Elliott KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *Laryngoscope* 2004;114:1336-40.

### Yazışma Adresi

Dt. Mustafa GÜMÜŞOK  
Gazi Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi  
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı  
ANKARA  
e-mail: mustafagumusok@hotmail.com

