

Cystis nasopalatina

En oversigt og præsentation af et patienttilfælde

Mette Bokelund

Den nasopalatinale cyste giver sjældent symptomer før den har nået en betydelig størrelse. Derfor opda- ges den oftest ved et tilfælde under en radiologisk undersøgelse med andet formål.

Selvom de radiologiske fund er meget karakteristi- ske, kan cysten i visse tilfælde forveksles med andre knogleforandringer, bl.a. en radikulær cyste pga. ra- diolucensens tætte relation til incisivernes rødder.

I artiklen gennemgås diagnostik og behandling af en nasopalatinal cyste, som havde nået en betydelig størrelse.

Den nasopalatinale cyste (cystis nasopalatina) menes første gang beskrevet af Meier i 1914 under beteg- nelsen »paranasal sinus« (1). Den er den hyppigst forekommende non-odontogene cyste i maksillen, uden at der af litteraturen fremgår tal for hyppigheden. Den udgør imidlertid mellem 4% og 11% af alle cyster i kæberne (2,3).

Udvikling

Cysten udvikles fra epitelrester fra ductus nasopalatinus. Hvad der initierer proliferationen af epitelresterne, og dermed cystedannelsen, er uvist. Traume, infektion eller spon- tan cystisk degeneration af epitel i canales incisivi er tidlige- re blevet nævnt som årsager (4,5). Flere forfattere mener dog at cysten ville være mere udbredt hvis traume var en ætiolo- gisk faktor. Det er derfor mest sandsynligt at cysten opstår spontant (2,6).

Klinik

Gennemsnitsalderen på tidspunktet for diagnosen af den nasopalatinale cyste ligger fra i starten af 30'erne til midt i 50'erne (2,4,6,7). Flere undersøgelser viser højere incidens af cysten hos mænd end hos kvinder. Årsagen hertil er ukendt (6-8).

Da de fleste patienter ikke har generende symptomer fra cysten, diagnosticeres tilstanden oftest ved en radiologisk undersøgelse foretaget af anden årsag (6).

Årsagen til at den nasopalatinale cyste oftest er uden symptomer, er sandsynligvis at den er meget langsomtvok- sende. Det hyppigst optrædende symptom er hævelse i den anteriore del af ganen i midtlinjen. Dette bemærkes som regel tidligere hvis patienten bærer en protese som dækker ga- nen. Sjældent ses hævelse i den faciale sulcus sv.t. frenulum labii superioris. Smerte kan opstå når ekspansion medfører tryk på n. nasopalatinus, eller i tilfælde af sekundær infek- tion. Derudover kan nogle patienter opleve afløb af sekret fra cysten (2,9,10).

Radiologi

Radiologisk betragtes en diameter på op til 6 mm af canales incisivi som en normal variation. Opklaringer på over 6 mm i diameter diagnosticeres med sikkerhed som en nasopalati- nal cyste, men diagnosen kan også stilles ved en mindre dia- meter hvis der optræder symptomer. Cysten fremstår som en velafgrænset radiolucens i eller tæt på midtlinjen, oftest med en radiopak marginal afgrænsning som repræsenterer en kortikal væg/lamel. Cysten fremstår enten rund, oval eller pæreformet. Sommetider er cysten hjerteformet, enten pga. overprojicering af spina nasalis anterior, eller fordi cysten under væksten breder sig på hver side af det nasale septum.

Lamina dura rundt om incisivernes apices forbliver næsten altid intakt, og rodresorptioner forekommer meget sjældent. Ved meget store cyster kan de centrale incisivers rødder blive disloceret lateralt (6,8).

Histologi

Arten af epitelbeklædning afhænger af cystens relation til de omkringliggende væv. De mest superior lokaliserede cyster er hovedsageligt beklædt med respiratorisk epitel, mens de mere inferior lokaliserede for det meste er beklædt med flerlaget uforhornet pladeepitel. Ofte er flere typer epitel repræsenteret i samme cyste. Da cysten opstår i canales incisivi, ses der i de fleste tilfælde nerver af moderat størrelse samt små arterier og vener i det subepiteliale bindevæv. Ofte ses der også et infiltrat af kroniske inflammationsceller i det omkringliggende bindevæv (11,12).

Behandling

Der er indikation for kirurgisk behandling hvis der er kliniske symptomer som hævelse, smerte eller afløb, eller hvis cysten har nået en betydelig størrelse. En cystektomi udført palatinalt fra er den almindeligste behandling. I meget sjældne tilfælde kan cystotomi være indiceret. Dette drejer sig især om meget store cyster med risiko for oronasale eller oroantrale fistler eller devitalisering af tænderne. For det meste ses klinisk og radiologisk heling af læsionen med gendannelse af knoglevæv i det tidligere cystelumen. Ved meget store cyster kan der ses delvis heling med bindevæv. Recidiv forekommer kun sjældent (8,13).

Patienttilfælde

En 58-årig mand blev henvist til Tandlægeskolen, Københavns Universitet, mhp. diagnostik og behandling af en formodet nasopalatinal cyste.

Patienten havde en hævelse fortil i den dybeste del af ganen, som var blevet opdaget ved et almindeligt tandeftersyn. Dette havde medført radiologisk undersøgelse af området, hvorved tilstanden blev diagnosticeret. På dette tidspunkt var det fem år siden at patienten sidst havde været til tandlæge, og han havde ikke selv bemærket hævelsen. Efterfølgende mente han dog at den måske havde været der i nogle år. Der var ingen andre symptomer.

Klinisk undersøgelse

Den kliniske undersøgelse viste en ca. 2 x 2 cm stor, blød hævelse med tendens til fluktuation sv.t. midten af palatum durum (Fig. 1). Der var ingen forandring af ganeslimhinden bortset fra tab af rugae palatinae. Alle tænderne i overkæben havde vitale pulpa elektrometrisk bedømt. Ingen af tæ-



Fig. 1. Præoperativt billede, visende en 2 x 2 cm stor, blød hævelse med tendens til fluktuation svarende til midten af palatum durum. (Foto: Søren Schou).

Fig. 1. Preoperative photo showing a 2 x 2 cm soft swelling with fluctuation situated in the midline of the hard palate. (Photo: Søren Schou).

derne var løsne eller perkussionsømme, og der var ingen patologiske pocher.

Radiologisk undersøgelse

Panoramaoptagelse – Optagelsen viste en velafgrænset cirkulær cystisk opklaring på ca. 3 x 2,5 cm ud for apices af overkæbeincisiverne (Fig. 2A). Der kunne identificeres et superficielt marginalt knoglesvind på de fleste af overkæbens tænder. Der var ingen endodontiske behandlinger og tilsyneladende ingen ubehandlede cariesangreb i regionen.

Symmetrisk halvaksial optagelse – Cysten fremstod på denne optagelse oval i anteroposterior retning, og rødderne på de centrale incisiver divergerede let (Fig. 2B). Der var ingen tegn på resorption af tænderne med relation til cysten.

Lateral optagelse af kæberne – Projektionen viste tydelig ekspansion af det anteriore ganeparti og tæt relation mellem cysten og cavitas nasi og rødderne af overkæbeincisiverne.

Behandling

Cysten blev fjernet ved en cystektomi. Indledningsvis blev der lagt et palatinalt randsnit fra regio 6+ til +6. Ganeslimhinden blev herefter rougineret til side. Palatum durum var ekspanderet og havde en 2 x 2 cm stor perforation. Cysten blev løsnet og fjernet i ét stykke. Der var ossøs perforation til cavitas nasi, men intakt slimhindeaflukning. En del af rødder-



Fig. 2. Præoperative røntgenoptagelser. A: Udsnit af panoramaoptagelse. Der ses i midtlinjen i overkæben en velafgrænset, cirkulær cystisk opklaring, med tydelig kortikal marginal afgrænsning. B: Intraoral halvaksial optagelse. Cysten ses at have disloceret rødderne af 1+1.

Fig. 2. Preoperative radiographs. A: Section of panoramic radiograph. Around the midline in the maxilla a well-demarcated circular cystic radiolucency is seen with a well-defined cortical lining. B: Upper standard occlusal projection. It is seen that the cyst has dislocated the roots of the central incisors.

ne af 1+1 var eksponeret i cystelumen, dog ikke apices. Efter suturering isattes en ganeplade. Denne ganeplade, som dækkede ganeslimhinden og tænderne, var fremstillet af blød acryl og blev anvendt de første fem dage postoperativt. Pladen blev en gang dagligt fjernet og indsat igen efter grundig rengøring.

Efterfølgende kontrol viste normal primær heling.

Histologisk undersøgelse

Vævet var opbygget af en bindevævsmembran der omgav et sammenklappet cystelumen. Cysten var beklædt med uforhøret pladeepitel, der dels var ganske tyndt, dels var tykkere og uregelmæssigt prolifererende. I bindevævskapslen sås i sidstnævnte område en ret kraftig kronisk inflammation, mens den i andre områder var opbygget af mere fibrøst, nærmest hyaliniseret kollagent bindevæv uden inflammation. Perifert sås flere steder en del små til middelstore kar og nervegrene samt fragmenter af uafkalket knoglevæv. Der var ingen tegn på malignitet.

Det histologiske billede var uspecifikt. Følgende histologiske diagnose blev stillet: Cystevæv med kronisk inflammation.

Diskussion

Da den nasopalatinal cyste er meget langsomtvoksende og sjældent medfører komplikationer, udgør det sjældent et væsentligt problem at de fleste tilfælde bliver diagnosticeret og behandlet sent i forløbet. Der er tilsyneladende kun beskrevet to tilfælde i litteraturen af malign udvikling fra en nasopalatinal cyste (14,15).

Cysten bliver sjældent forvekslet med andre tilstande, men der er dog flere forandringer som ligner den nasopalatinal cyste klinisk og/eller radiologisk.

Cysten kan således forveksles med en follikulær cyste i forbindelse med en mesiodens. Der er beskrevet flere tilfælde hvor en nasopalatinal cyste har været til stede samtidig med en mesiodens (8,16).

Den sjældne mediane palatinal cyste er svær at skelne fra den nasopalatinal cyste. Mange anser det for mest sandsynligt at de fleste forandringer med diagnosen median palatinal cyste i virkeligheden repræsenterer posterior beliggende nasopalatinal cyster (12).

Fejldiagnosticering og fejlbehandling kan forekomme hvis cysten klinisk og/eller radiologisk forveksles med en radikulær cyste. Dette kan fejlagtigt medføre endodontisk behand-

ling af tænder med vitale pulpaer. Dette sker især hvis cysten er sekundært inficeret, med spontane smerter og perkussionsømheden af en eller flere incisiver til følge. Derfor er vitalitetstest af tændernes pulpaer et vigtigt diagnostisk hjælpemiddel. Pulpavitalitet i overkæbeincisiverne, cystens symmetri omkring midtlinjen radiologisk og intakt lamina dura omkring tænderne er karakteristisk for den nasopalatine duct cyste og skulle være nok til at udelukke en endodontisk lidelse (5).

Tak til lektor, ph.d. *Søren Schou*, som udførte den kirurgiske behandling, for kommentarer til det endelige manuskript og til professor, dr.odont. *Jesper Reibel* for den histologiske beskrivelse.

English summary

Nasopalatine duct cyst. A survey and report of a case

The nasopalatine duct cyst is formed by spontaneous proliferation of epithelial remnants from the nasopalatine duct. It is usually asymptomatic and is detected mainly by coincidence on radiographs. Radiographically the cyst appears as a round or ovoid, well-demarcated radiolucency, frequently with a white marginal lining. It is situated anteriorly in the midline of the palate. The nasopalatine duct cyst can sometimes imitate a periapical cyst. Enucleation of the cyst is generally accomplished via a palatal flap approach and usually results in clinical and radiographic healing. Recurrence is rare.

In the present report, diagnosis and treatment of a nasopalatine duct cyst with a size of 3 x 2,5 cm in a 58-year-old man is described.

Litteratur

1. Terry BR, Bolanos OR. A diagnostic case involving an incisive canal cyst. *J Endod* 1989; 15: 559-62.
2. Anneroth G, Hall G, Stuge U. Nasopalatine duct cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15: 572-80.
3. Hertzanu Y, Cohen M, Mendelsohn DB. Nasopalatine duct cyst. *Clin Radiol* 1985; 36: 153-8.
4. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: An analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 268-71.
5. 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 Oral Radiol Endod* 1995; 80: 465-70.
6. Vasconcelos RF, Ferreira de Aguiar MC, Castro WH, Cavalcanti de Araújo V, Mesquita RA. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. *Oral Dis* 1999; 5: 325-8.
7. Nortjé CJ, Wood RE. The radiologic features of the nasopalatine duct cyst. An analysis of 46 cases. *Dentomaxillofac Radiol* 1988; 17: 129-32.
8. Allard RHB, van der Kwast WAM, van der Waal I. Nasopalatine duct cyst. Review of the literature and report of 22 cases. *Int J Oral Surg* 1981; 10: 447-61.
9. Albayram MS, Sciubba J, Zinreich SJ. Radiology quiz case. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 127: 1283-5.
10. Gulabivala K, Briggs FA. Diagnostic dilemma: an unusual presentation of an infected nasopalatine duct cyst. *Int Endod J* 1992; 25: 107-11.
11. Staretz LR, Brada BJ, Schott TR. Well-defined radiolucent lesion in the maxillary anterior region. *J Am Dent Assoc* 1990; 120: 335-6.
12. Shear M. *Cysts of the oral region*. Oxford: Wright; 1992.
13. Mealy BL, Rasch MS, Braun JC, Fowler CB. Incisive canal cyst related to periodontal osseous defects: Case reports. *J Periodontol* 1993; 64: 571-4.
14. Takeda Y. Intraosseous squamous cell carcinoma of the maxilla: probably arisen from non-odontogenic epithelium. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1991; 29: 392-4.
15. Takagi R, Ohashi Y, Suzuki M. Squamous cell carcinoma in the maxilla probably originating from a nasopalatine duct cyst: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 112-5.
16. Damm DD, Lee RJ, Rhoton RC. Concurrent nasopalatine duct cyst and bilateral mesiodens. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 65: 264-5.

Forfatter

Mette Bokelund, cand.odont.

Afdeling for Radiologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet