

کیست مجرای نازوپالاتین: گزارش مورد

ثمره عباسی^۱، علی حبیبی کیا^۲، سیف‌الله همت^۳، نغمه نیرومند^۴،

مسعود اسماعیلی^{۵*}، حامد ابراهیم نژاد^۶

چکیده

کیست مجرای نازوپالاتین، شایع‌ترین کیست غیر ادنتوژنیک رشدی - تکاملی حفره دهان است و ۱۰ درصد از کیست‌های فکی را تشکیل می‌دهد. این کیست از بقایای اپیتلیوم مجرای نازوپالاتین منشأ می‌گیرد. اکثر این کیست‌ها بدون علامت بوده و در صورت وجود علائم، شایع‌ترین علامت، تورمی کوچک در خلف پاپیلائی کام می‌باشد که نسبت به خط وسط همیشه به صورت متقارن قرار نمی‌گیرد. میزان عود این ضایعه ۲ درصد می‌باشد. در این گزارش، مردی ۲۱ ساله اهل اهواز معرفی می‌شود، که شکایت اصلی وی بی‌حسی، لق‌شدگی دندان‌های قدامی، تورم داخل دهانی و غیر قرینگی در صورت بود. در معاینه بالینی تورم بدون درد، در خط میانی کام سخت و وستیبول باکال، پوشیده‌شده با مخاط نرمال، لق‌شدگی و انحراف مزبالی تاج دندان‌های سانتال اینسایزور مشاهده شد. تصویربرداری پانورامیک، اکلوزال کراس سکشنال فک بالا، پری اپیکال دندان‌های قدامی فک بالا و توموگرافی کامپیوتری (CT)، رادیولوسنسی تک‌حفره با حدود مشخص، منظم و کورتیکال را در قدام فک بالا نشان داد. از ضایعه بی‌پسی به‌عمل آمد و تشخیص پاتولوژی نهایی، "کیست مجرای نازوپالاتین" بود. بنابراین در صورت وجود رادیولوسنسی تک‌حفره در قدام فک بالا، کیست مجرای نازوپالاتین را باید به‌عنوان یک تشخیص افتراقی مدنظر قرار داد. بررسی هیستوپاتولوژی ضایعه، ما را به تشخیص صحیح نایل نموده و از درمان‌های غیر ضروری بی‌نیاز می‌گرداند.

کلیدواژگان: کیست مجرای نازوپالاتین، کیست غیرادنتوژنیک، کیست رشدی-تکاملی.

۱-استادیار گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت.
۲- استادیار گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت.
۳- استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت.
۴- استادیار گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت.
۵- دستیار تخصصی گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت.
۶- متخصص رادیولوژی دهان، فک و صورت.

۱-گروه رادیولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، هرمزگان، ایران.
۲-گروه رادیولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳-گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، هرمزگان، ایران.
۴-گروه رادیولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۵-گروه رادیولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

*نویسنده مسئول:

مسعود اسماعیلی؛ گروه رادیولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۵۱۸۰۷۳۹۷

Email:masoud.esmaeli.65@gmail.com

مقدمه

قلبی شکل به نظر می‌رسد (۴، ۱۱-۱۳). این کیست اکثراً موجب متباعد شدن ریشه دندان‌های سانتال از یکدیگر می‌شود و گاهی تحلیل ریشه اتفاقی افتد (۴). شایع‌ترین تشخیص افتراقی یک اینسایزیو فورامن بزرگ است (۴). در مجموع، دیگر تشخیص‌های افتراقی شامل کیست رادیکولار (۴، ۸، ۱۳) کراتوسیستیک ادنتوژنیک تومور (KOT)، (۱۱۸) سنترال جاینت سل گرانولوما (CGCG)، (۵، ۹، ۱۳) می‌باشد.

از لحاظ هیستوپاتولوژی بافت پوشش اپیتلیالی کیست بسیار متنوع بوده (۱۱) و ترکیبی از اپیتلیوم مطبق سنگفرشی غیر کراتینیزه، استوانه‌ای مطبق کاذب، استوانه مطبق و مکعبی ساده را شامل می‌شود (۸، ۱۱). دیواره همبندی کیست ممکن است حاوی عروق و اعصاب نازوپالاتین و همچنین ساختارهای غده‌ای باشد (۱۴).

درمان مناسب برای این کیست انوکلتاسیون می‌باشد (۴، ۱۱)، که به منظور جلوگیری از آسیب به عصب نازوپالاتین، انوکلتاسیون از سمت کام انجام می‌گیرد (۴). اگر کیست بزرگ باشد و خطر از دست رفتن وایتالیتی دندان‌ها یا ایجاد شدن فیسچول بینی به دهان یا سینوس به دهان وجود داشته باشد، جراح ممکن است روش مارسوپالیزاسیون را انتخاب کند (۴، ۷). میزان عود این ضایعه ۲-۳۰ درصد گزارش شده است (۹، ۱۳، ۱۵) و تغییرات بدخیم نیز به ندرت گزارش شده است (۳، ۱۱).

مورد حال حاضر یک کیست مجرای نازوپالاتین در یک فرد ۲۱ ساله است که از نظر رده سنی، وقوع ضایعه قابل توجه است و می‌تواند به اشتباه یک ضایعه پری اپیکال تشخیص داده شود.

شرح مورد: بیمار مردی ۲۱ ساله اهل اهواز بود که با شکایت تورم در داخل دهان، غیر قرینگی در صورت، بی‌حسی و لق‌شدگی دندان‌های قدامی به بخش رادیولوژی فک و صورت دانشکده دندان پزشکی اهواز ارجاع داده شده بود. بیمار از حدود یک سال پیش، متوجه

کیست مجرای نازوپالاتین، اولین بار در سال ۱۹۱۴ توسط میر (Meyer) شرح داده شد (۲۱). این کیست شایع‌ترین کیست غیر ادنتوژنیک رشدی- تکاملی حفره دهان است (۳) و به نام‌های کیست کانال اینسایزیو، کیست پالاتین قدامی و کیست ماگزیلاری قدامی میانی نیز شناخته می‌شود (۴). باور بر این است که این کیست از بقایای اپیتلیوم مجرای نازوپالاتین منشأ می‌گیرد (۳، ۵). این کیست ۱۰ درصد از کیست‌های فکی را شامل می‌شود (۴) و ۱ درصد از کل جمعیت را درگیر می‌کند (۳، ۶). توزیع سنی آن وسیع بوده و در اکثر موارد در دهه چهارم و ششم زندگی کشف می‌شود (۴، ۷). در مطالعه‌ای گسترده بر روی ۳۳۴ مورد از کیست مجرای نازوپالاتین، میانگین سنی ۴۲/۵ سال بود (۸، ۱۶). شیوع این کیست در مردان سه برابر زنان می‌باشد (۴، ۹-۱۰).

اتیولوژی این کسیت ناشناخته است (۱، ۹، ۱۱)؛ هرچند عواملی چون ضربه، عفونت مجرا و به‌طور شایع دژنراسیون کیستیک خود به خود در بقایای مجرای نازوپالاتین به‌عنوان عوامل احتمالی در نظر گرفته شده‌اند (۳، ۱۱).

اکثر این کیست‌ها بدون علامت می‌باشند (۴، ۸) و یا علائم خفیفی ایجاد می‌کنند که برای زمان‌های طولانی قابل تحمل است (۴). در صورت وجود علائم، شایع‌ترین علامت، تورمی کوچک با حدود مشخص در خلف پاپیلای کام می‌باشد (۴، ۸، ۹، ۱۱) که نسبت به خط وسط همیشه به‌صورت متقارن قرار نمی‌گیرد (۴). فشار وارده از طرف کیست به اعصاب نازوپالاتین در مجاورت کیست می‌تواند سبب احساس سوزش یا بی‌حسی مخاط گردد (۴).

در نمای رادیوگرافیاکلوزال و پری اپیکال ناحیه دندان‌های سانتال اینسایزور فک بالا این کسیت به‌صورت یک رادیولوسنسی کیست مانند با حدود مشخص و کورتیکال به شکل دایره یا بیضی دیده می‌شود؛ گاهی اوقات به دلیل سوپرایمپوز شدن سایه خار بینی روی کسیت، ضایعه

در تصاویر توموگرافی کامپیوتری (CT)، نمای آگزیاال و کروناال، یک ضایعه رادیولوسنت در قدام ماگزیاال مشاهده شد که سبب تورم در دیوره لترال حفرات بینو قدام آلونلار پراسس ماگزیاال شده است. اروژن در کام، کف حفرة بینو و قدام ماگزیاال مشاهده می‌شود. انحراف سپتوم بینو به سمت راست مشهود است (تصویر ۴).

براساس یافته‌های کلینیکی (به غیر از لق‌شدگی دندان-ها) و رادیوگرافی، تشخیص‌های افتراقی اولیه شامل کیست رادیکولار، کیست مجرای نازوپالاتین و سترال جاینت سل گرانولوما (CGCG) بود. بعد از بیوپسی و در نهایت انجام عمل جراحی، بررسی هیستوپاتولوژی بر روی ضایعه به عمل آمد.

در بررسی میکروسکوپی، پوشش کیست به صورت اپیتلیالی مطبق سنگفرشی تا مکعبی ساده دیده می‌شود. در جدار هم‌بندی زیرین، ارتشاح متوسط سلول‌های التهابی مزمن لنفوسیت، پلاسماسل و هیستوسیت و بعضاً سلول‌های التهابی حاد نوتروفیلی و نیز مقاطع باندهای عصبی، شریانچه و ورید قابل رویت است. تشخیص نهایی کیست مجرای نازوپالاتین بود (تصویر ۵).

بیمار جهت پیگیری ۱ سال بعد از عمل جراحی مراجعه نمود. معاینه داخل دهانی عدم وجود لقی در دندان‌های قدامی را نشان داد و بی‌حسی مخاط کاملاً برطرف شده بود. رادیوگرافی پانورامیک و فتوگرافی از بیمار به عمل آمد. رادیوگرافی پانورامیک، ناحیه جراحی در حال ترمیم و فتوگرافی از چهره بیمار، عدم وجود آسیمتری را نشان داد (تصویر ۶).

وجود این تورم شده بود و شکایتی از درد و هیچ سابقه-ای از تروما نداشت.

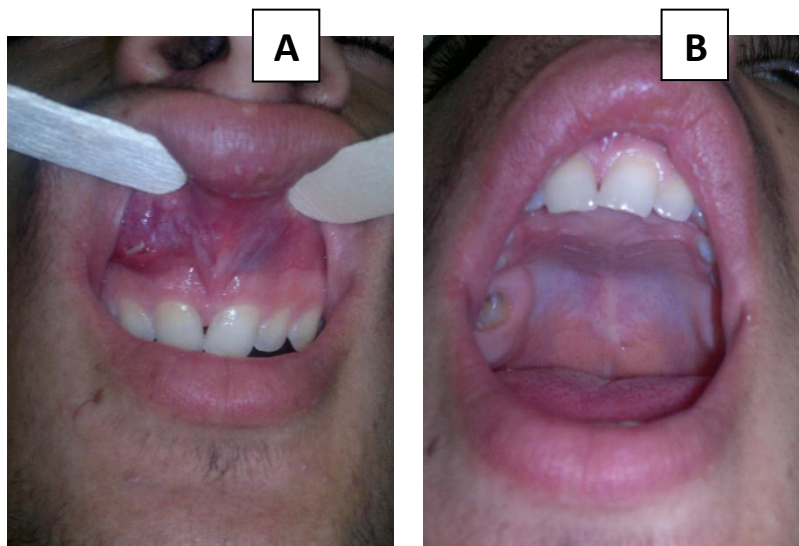
در معاینه خارج دهانی غیر قرینگی و تورم در ناحیه قدام ماگزیاال و چین نازولیبال سمت راست مشاهده شد. (تصویر ۱) هیچ‌گونه شواهدی از لنفادنوپاتی مشاهده نشد. تورم سفت، بدون درد، غیر مواج و بدون حضور نبض بود.

در معاینه داخل دهانی، تورم پوشیده‌شده با مخاط نرمال در وستیبول باکال دندان‌های سانترل و لترال اینسازور سمت راست مشاهده شد که به کام سخت گسترش پیدا کرده بود. انحراف مزیالی تاج دندان‌های سانترال اینسایزور و لق‌شدگی دندان‌های قدامی مشاهده شد (تصویر ۲).

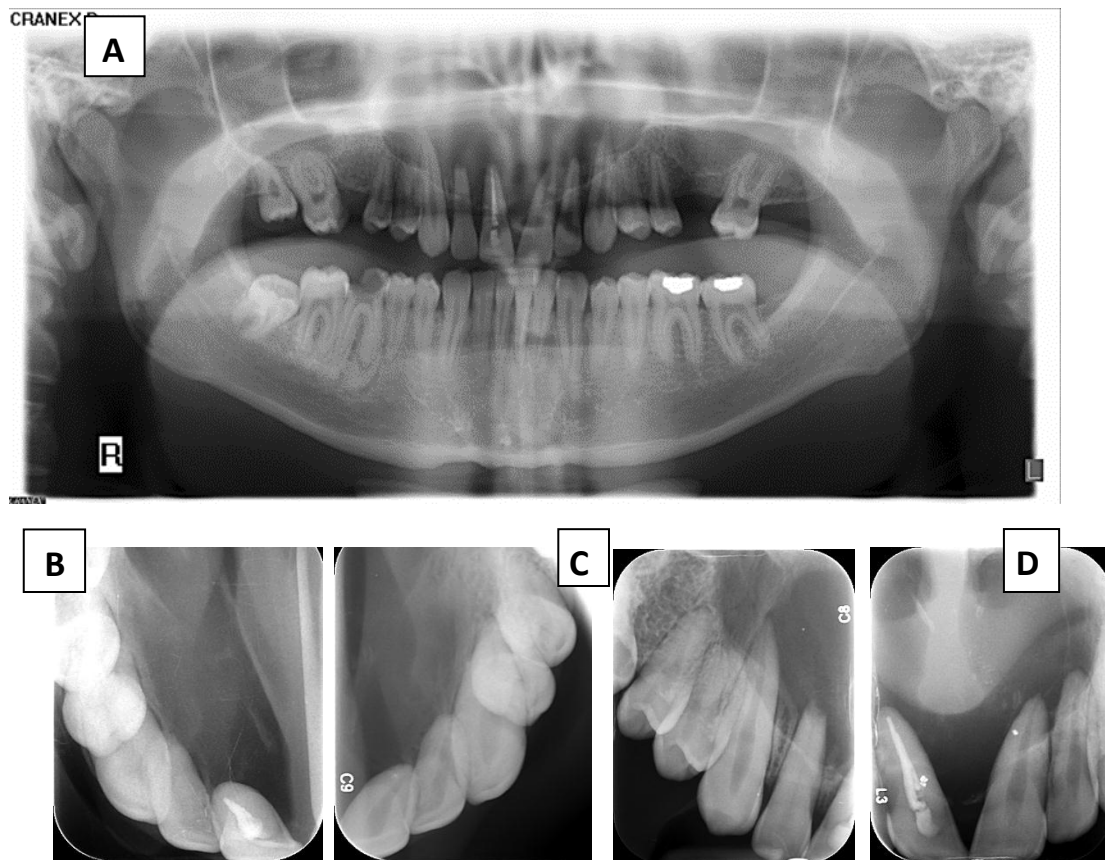
رادیوگرافی پانورامیک، اکلوزال کراس سکشنال فک بالا و پری اپیکال دندان‌های قدامی فک بالا، یک رادیولوسنسی منفرد، تک‌حفرة، قلبی‌شکل با حدود مشخص، منظم و کورتیکال را در قدام و در ناحیه خط وسط ماگزیاال نشان داد که حدوداً تا ناحیه پری اپیکال دندان‌های پرمولر دوم هر دو سمت امتداد یافته بود. ضایعه به حفرات بینو چپ و راست گسترش پیدا کرده بود. در تصاویر داخل دهانی لامینا دورا در اطراف دندان‌های قدامی دیده نمی‌شود و تحلیل اپکس ریشه دندان لترال اینسازور سمت راست مشهود است. دندان سانترال اینسازور سمت راست تحت درمان ریشه (RCT) قرار گرفته بود (تصویر ۳).



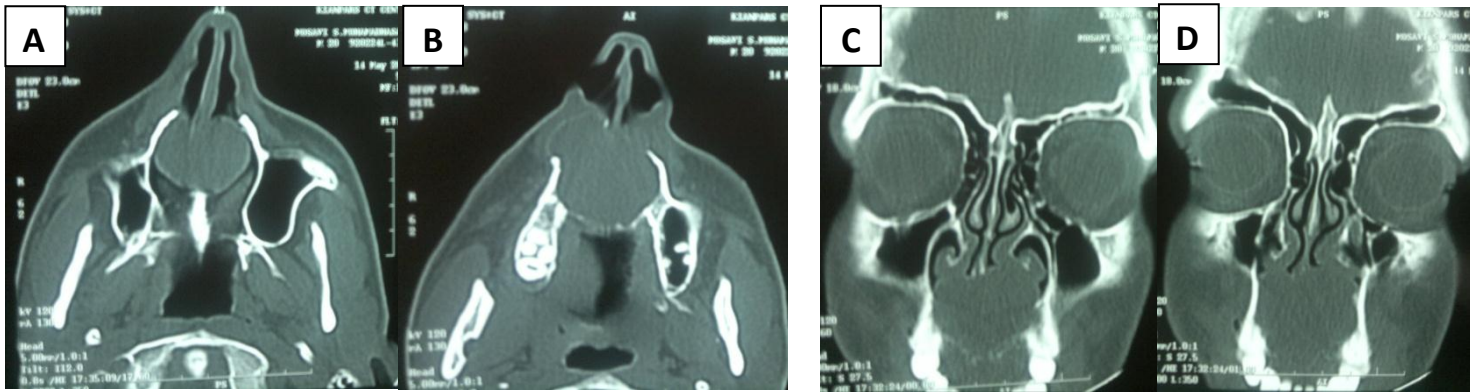
تصویر ۱: نمای کلینیکی چهره بیمار. غیر قرینگی و تورم در ناحیه قدام ماگزیلا و چین نازولیبیال سمت راست مشاهده می شود.



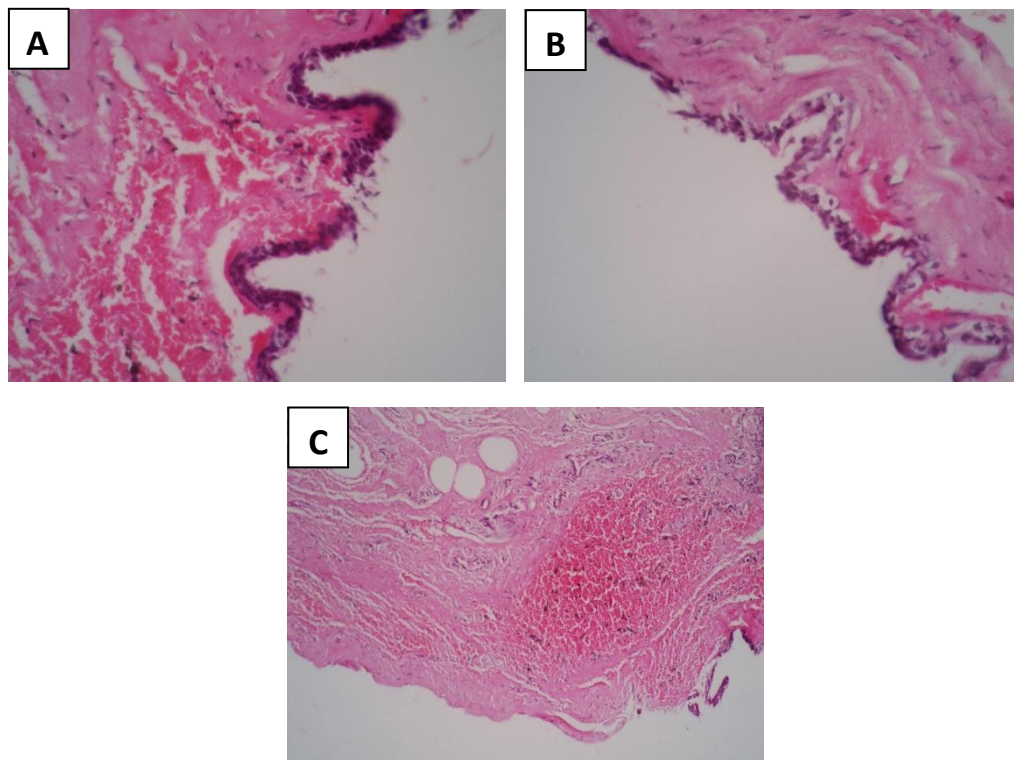
تصویر ۲: (A, B) تورم پوشیده شده با مخاط نرمال در وستیبول باکال دندانهای سانترو و لترال اینسازور سمت راست مشاهده می شود که به کام سخت گسترش پیدا کرده است، انحراف مزبالی تاج دندانهای سانتروال اینسازور مشاهده می شود.



تصویر ۳: (A, B) رادیوگرافی پانورامیک و اکلوزال کراس سکشنال فک بالا، یک رادیولوژی منفرد، تک حفره، قلبی شکل با حدود مشخص، منظم و کورتیکال را در قدام و در ناحیه خط وسط ماگزینا نشان داد که حدوداً تا ناحیه پری اپیکال دندانهای پرمولر دوم هر دو سمت امتداد یافته است. ضایعه به حفرات بینی چپ و راست گسترش پیدا کرده است. (C, D) رادیوگرافی پری اپیکال دندانهای قدامی فک بالا، لامینا دورا در اطراف دندانهای قدامی دیده نمی شود و تحلیل اپکس ریشه دندان لترال اینسازور سمت راست مشهود است (فلش سفید).



تصویر ۴: تصاویر توموگرافی کامپیوتری (CT). (A, B) نمای آگزیال، یک ضایعهٔ رادیولوسنت در قدام ماگزایلا مشاهده می‌شود که سبب تورم در دیواره لترال حفرات بینی و قدام آلونلار پراسس ماگزایلا شده است. (C, D) نمای کروئال، اروژن در کام، کف حفرهٔ بینی و قدام ماگزایلا مشاهده می‌شود. انحراف سپتوم بینی به سمت راست مشهود است.



تصویر ۵: تصاویر میکروسکوپی، (A, B, C) پوشش کیست به صورت اپیتلیالی مطبق سنگفرشی تا مکعبی ساده دیده می‌شود. در جدار هم‌بندی زیرین، ارتشاح متوسط سلول‌های التهابی مزمن لنفوسیت، پلاسماسل و هیستوسیت و بعضاً سلول‌های التهابی حاد نوتروفیلی و نیز مقاطع باندهل‌های عصبی، شریانچه و ورید قابل رویت است.



تصویر ۶: تصویر رادیوگرافی پانورامیک و فتوگرافی یک سال پس از عمل جراحی، (A) رادیوگرافی پانورامیک ناحیه جراحی در حال ترمیم و (B) فتوگرافی از چهره بیمار عدم وجود آسیمتری را نشان می دهد.

بحث

بدخیم می باشد (۲). تاکنون لقی دندانها همراه با کیست مجرای نازوپالاتین گزارش نشده است. از این رو، وجود لقی در دندانها همراه با کیست مجرای نازوپالاتین می تواند یک مورد نادر باشد. بیشتر بررسیها نشان دادند که کیست مجرای نازوپالاتین یک رادیولوسنسی با حدود مشخص، به شکل گرد، بیضی یا قلبی شکل است (۴، ۱۱-۱۳)، در بررسی بیمار کنونی نیز ضایعه، مشخصات مشابه داشت. با توجه به اینکه عواملی چون ضربه، عفونت مجرا و به طور شایع دژنراسیون کیستیک خود به خود در بقایای مجرای نازوپالاتین به عنوان عوامل احتمالی در نظر گرفته شده است (۳، ۱۱) و عدم وجود سابقه تروما، می توان علت های احتمالی را التهاب ناشی از درگیری پالپ دندان سانترال اینسایزور سمت راست و یا دژنراسیون کیستیک خود به خود در بقایای مجرای نازوپالاتین در نظر گرفت. همان طور که در این گزارش مشاهده می شود، وجود شواهدی از درمان ریشه (RCT) در موارد وجود کیست مجرای نازوپالاتین شایع است؛ چرا که این ضایعه ممکن است به طور شایعی به اشتباه ضایعه پالپ و پری اپیکال

کیست مجرای نازوپالاتین اولین بار در سال ۱۹۱۴ توسط میر (Meyer) شرح داده شد (۱، ۲). این کیست شایع ترین کیست غیر ادنتوزنیک رشدی-تکاملی حفره دهان است (۳). باور بر این است که این کیست از بقایای اپیتلیوم مجرای نازوپالاتین منشأ می گیرد (۳، ۵). این کیست ۱۰ درصد از کیست های فکی را شامل می شود (۴) و ۱ درصد از کل جمعیت را درگیر می کند (۳، ۶). توزیع سنی آن وسیع بوده و در اکثر موارد در دهه چهارم و ششم زندگی کشف می شود (۴، ۷). مورد حال حاضر، یک کیست مجرای نازوپالاتین در یک فرد ۲۱ ساله است که از نظر رده سنی وقوع ضایعه می تواند قابل توجه باشد. اکثر این کیست ها بدون علامتی باشد (۴، ۸). شایع ترین علامت تورمی کوچک، با حدود مشخص در خلف پایلای کام می باشد (۴، ۸، ۹، ۱۱). مورد گزارش شده از تورم، غیر قرینگی و بی حسی و لق شدگی دندان های قدامی شکایت داشت. سابقه درمان ارتودنسی و نیز شواهدی از وجود بیماری پریدونتال و اکلوزن تروماتیک وجود نداشت. لق شدگی دندانها از نشانه های کلینیکی ضایعات

ضایعه به روش انوکلتاسیون انجام شد، این روش درمان مناسبی برای این کیست می‌باشد (۴، ۱۱).

نتیجه‌گیری

کیست مجرای نازوپالاتین، شایع‌ترین کیست غیر ادنتوژنیک رشدی- تکاملی حفره دهان است و باید از سایر رادیولوژی‌های قدام ماگزیلا افتراق داده شود. تشخیص نهایی پس از بررسی هیستوپاتولوژی تأیید می‌شود. آگاهی کلینیسین‌ها از خصوصیات کلینیکی و رادیوگرافی کیست مجرای نازوپالاتین حایز اهمیت می‌باشد.

تشخیص داده شود (۱۲). ماهیت مهاجم این کیست‌ها را نباید نادیده گرفت؛ چرا که می‌تواند سبب تخریب وسیع شوند (۸). در تشخیص افتراقی این ضایعه می‌توان به کیست رادیکولار (۴، ۸، ۱۳)، کراتوسیستیک ادنتوژنیک تومور (KOT)، (۱۱، ۸) سنترال جاینت سل گرانولوما (CGCG)، (۱۳، ۹، ۵) اشاره کرد. از لحاظ هیستوپاتولوژی بافت پوشش اپیتلیالی کیست بسیار متنوع بوده (۱۱) و ترکیبی از اپیتلیوم مطبق سنگفرشی غیر کراتینیزه، استوانه‌ای مطبق کاذب، استوانه مطبق و مکعبی ساده را شامل می‌شود (۱۱، ۸). بررسی میکروسکوپی ضایعه کنونی نیز مطابق با این یافته‌ها است. جراحی

منابع

- 1-Hegde RJ, Shetty R. Nasopalatine duct cyst. J Indian SocPedodPrev Dent 2006 May; 24 (Suppl 1): S31-2.
- 2-Gnanasekhar JD, Walvekar SV, Al-KandariAM, Al-Duwairi Y. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod 1995 Oct; 80(4): 465-70.
- 3-Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. China: Saunders Elsevier; 2009. p. 28-31.
- 4-White SC, PharoahMJ. Oral radiology principlesand interpretation. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2009.p. 358-60.
- 5-Dedhia P, Dedhia S, Dhokar A, Desai A. Nasopalatine duct cyst. Case Rep Dent 2013 Jan; 2013: 869516.
- 6- Neville B. Developmental defects of the oral and maxillofacialregion. In: Textbook of Oral Pathology. Philadelphia: Saunders; 2012.
- 7-Torres LM, Benito JI, Morais D, Fernández A. Nasopalatine duct cyst. ActaOtorrinolaringologica 2008 May; 59(5): 250-1.
- 8-Perumal CJ. An unusually large destructive nasopalatine duct cyst. J Maxillofac Oral Surg 2013 Mar; 12(1): 100-4.
- 9-Cecchetti F, Ottria L, Bartuli F, Bramanti NE, Arcuri C. Prevalence, distribution and differential diagnosis of nasopalatine duct cysts. Oral Implantol (Rome) 2012 Apr; 5(2-3): 47-53.
- 10-Regezi J, Sciubba J, Jordan R. Oral Pathology (Clinical pathologic Correlations). 5th ed. China: Saunders Elsevier; 2008. P.251-3.
- 11-Cicciù M, Grossi GB, Borgonovo A, Santoro G, Pallotti F, Maiorana C. Rare bilateral nasopalatine duct cysts: a case report. Open Dent J2010 Feb; 4: 8-12.
- 12-Nelson BL, Linfesty RL. Nasopalatine duct cyst. Head Neck Pathol 2010 Jun; 4(2):121-2.
- 13-Escoda Francolí J, AlmendrosMarqués N, BeriniAytés L, Gay Escoda C. Nasopalatine duct cyst: report of 22 cases and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008 Jul; 13(7): E438-43.
- 14-Vasconcelos R, de Aguiar MF, Castro W, de Araújo VC, Mesquita R. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatineduct cyst. Oral Dis 1999 Oct; 5(4): 325-8.
- 15-Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th ed. USA: Mosby; 1997. P. 303-5.
- 16-Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine Duct Cyst. An analysis of 334 cases. J Oral MaxiofacialSurg 1991Mar; 49(3): 268-71.

Nasopalatine Duct Cyst: A Case Report

Samareh Abbasi¹, Ali Habibi Kia², Seyfollah Hemmat³, Naghmeh Niroomand⁴,
Masoud Esmaeili^{5*}, Hamed Ebrahimnejad⁶

1-Assistant Professor of Oral and Maxillofacial Radiology.

2-Assistant Professor of oral and Maxillofacial Radiology.

3-Assistant Professor of oral and Maxillofacial Radiology

4-Assistant Professor of oral and Maxillofacial Radiology

5-Postgraduate Student of Oral and Maxillofacial Radiology.

6-Oral and Maxillofacial Radiology

1-Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Hormozgan University of Medical Sciences, Hormozgan, Iran.

2-Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3-Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Hormozgan University of Medical Sciences, Hormozgan, Iran.

4-Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

5-Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Masoud Esmaeili; Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +989151807397

Email: masoud.esmaeili@yahoo.com

Abstract

Nasopalatine duct cysts are the most common of developmental non-odontogenic cysts in the oral cavity and represent 10% of maxillary cysts. The cyst arises from epithelial remnants from the nasopalatine duct. These cysts are usually asymptomatic, but the most commonly reported clinical symptom is swelling in the anterior part of the palate, just behind the palatal papilla. This swelling is not always on midline. The recurrence of this is rare (2%). In this report, a 21-year-old man from Ahvaz, with the chief complaints of numbness, anterior teeth mobility, intraoral swelling and facial asymmetry, is reported. On clinical examination, a nontender swelling on the midline of hard palate and buccal vestibule, covered by normal mucosa was seen. The crown of central incisors was displaced mesially. In panoramic, maxillary occlusal cross sectional, anterior maxillary periapical and computed tomography views, a well-defined unilocular radiolucency with corticated margins was seen in the anterior region of maxilla. Biopsy of the lesion was planned and final pathologic diagnosis was "nasopalatine duct cyst". Therefore, nasopalatine duct cyst is one of the differential diagnoses of unilocular radiolucencies in the anterior region of maxilla. Histopathologic examinations help us to reach the correct diagnosis and disburden us from unnecessary treatments.

Keywords: Nasopalatine duct cyst, Non-odontogenic cyst, Developmental cyst.

► Please cite this paper as:

Abbasi S, Habibi Kia A, Hemat S, Niroomand N, Esmaeili M, Ebrahimnejad H. Nasopalatine Duct Cyst: A Case Report. *JundishapurSci Med J* 2015;14(5):605-611.

Received: Apr17, 2014

Revised: June6, 2015

Accepted: July 29, 2015