

Kista Nasolabial

Bestari Jaka Budiman, Wahyu Triana

Bagian Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS.Dr.M.Djamil Padang

Abstrak

Kista nasolabial merupakan suatu kista epitelial non odontogenik yang bermanifestasi sebagai massa kistik pada setengah lateral lantai vestibulum nasi di dasar ala nasi. Kista ini sangat jarang ditemukan, biasanya bersifat unilateral dan sering terdapat pada wanita dibanding laki-laki pada dekade keempat dan kelima. Diagnosis dapat ditegakkan dengan gejala klinik dan pemeriksaan histopatologi. Penatalaksanaan kista ini dapat dilakukan dengan berbagai teknik antara lain dengan ekstirpasi kista melalui insisi pada daerah sublabial atau dengan teknik marsupialisasi endoskopi transnasal

Dilaporkan suatu kasus kista nasolabial pada seorang wanita berusia 43 tahun yang ditatalaksana dengan ekstirpasi kista melalui insisi sublabial.

Kata kunci : Kista nasolabial, insisi sublabial, marsupialisasi endoskopi transnasal

Abstract

Nasolabial cyst is the one of epithelial non-odontogenic cyst which manifests as a cystic mass on the lateral half of the floor of the nasal vestibule at the base of the nasal ala. The cyst is very rare, commonly unilateral and greater incidence among women than men with fourth and fifth decade of life. The diagnosis of the cyst is established by clinical symptoms and histopathological finding. There were several technique in management of nasolabial cyst like extirpation cyst through sublabial incision or transnasal endoscopic marsupialization

There was a case of nasolabial cyst in a woman, 43 years old, which managed with excision cyst through sublabial incision.

Kata kunci : Nasolabial cyst, sublabial incision, transnasal endoscopic marsupialization

Korespondensi : dr. Wahyu Triana : dr.wahyutriana@gmail.com

PENDAHULUAN

Kista nasolabial merupakan suatu pembengkakan ektodermal yang bermanifestasi sebagai suatu massa pada setengah lateral dari lantai vestibulum nasi di dasar ala nasi.¹ Menurut *classification of cyst of the orofacial region* berdasarkan WHO tahun 1992, kista ini termasuk kista epitelial yang *non-odontogenik*.²

Kista ini pertama kali diperkenalkan oleh Zukerkandl pada tahun 1882.^{3,4} Selain kista nasolabial, juga dikenal dengan nama *Klestadt's cyst*, kista nasoalveolar, kista vestibulum nasi, *nasal wing cyst* dan kista mukoid hidung.^{3,5} Bila kista ini tidak mengenai alveolus, maka lebih dikenal dengan nama kista nasolabial.⁶

Kista nasolabial jarang ditemukan, tapi mudah diidentifikasi. Insiden kista ini hanya 0,7% dari seluruh kista pada rahang. Biasanya bersifat unilateral, hanya sekitar 10–11,2% kasus ditemukan bilateral. Prevalensi lebih sering pada dewasa dengan puncak pada dekade keempat dan kelima, serta sering pada wanita dibandingkan laki-laki dengan rasio 3 : 1.^{4,7,8}

Patogenesis terbentuknya kista nasolabial, diterangkan oleh 3 teori yaitu (1) kista terbentuk secara embriogenik akibat kegagalan penyatuan sel pada daerah maksilla, dinding medial dan lateral nasal, (2) kista terbentuk secara embriogenik dari sisa duktus nasolakrimal yang terperangkap, (3) kista terbentuk secara embriogenik dari sel endodermal duktus nasolakrimal. Bila terjadi trauma pada daerah sekitarnya, akan membentuk kista.⁹

Gejala klinik dari kista nasolabial umumnya asimtomatis. Kista tumbuh lambat dan memperlihatkan pembengkakan pada daerah sekitar bibir. Kista keluar dari lipatan nasolabial dan mengangkat ala nasi sehingga merubah bentuk nostril kemudian menyebabkan pembengkakan pada dasar hidung. Dalam rongga mulut, kista membentuk tonjolan pada sulkus labialis. Pada pemeriksaan bimanual, kista teraba fluktuatif. Pemeriksaan ini dilakukan dengan meraba pembengkakan pada dasar hidung dan sulkus labialis. Bila kista terinfeksi, dapat ditemukan sekret di dalam hidung. Kista juga dapat menyebabkan rasa tidak nyaman saat menggunakan gigi, obstruksi nafas dan asimetri pada wajah. Nyeri hanya dirasakan bila kista terinfeksi. Meskipun kista tidak menginvasi ke tulang, pada beberapa kasus dilaporkan terdapatnya destruksi pada apek gigi di sekitar kista.^{1,6,10}

Diagnosis kista nasolabial ini ditegakkan dengan gejala klinik dan pemeriksaan histopatologi. Meskipun kista dapat dipalpsi secara bimanual, gambaran kista yang lebih jelas dapat dilihat dari pemeriksaan tomografi komputer.¹ Selain tomografi komputer, *magnetic resonance imaging* (MRI) juga merupakan modalitas yang penting dalam mendeteksi kelainan pada jaringan lunak karena kemampuannya dalam membuat gambaran jaringan lunak dengan resolusi yang sangat baik.⁴

Diagnosis banding dari kista nasolabial ini meliputi abses pada periapikal, kista odontogenik, furunkel dan kista inklusi epidermal.^{1,11}

Penatalaksanaan kista nasolabial dapat berupa injeksi kista dengan agen sklerotik, ekstirpasi kista

dengan pendekatan sublabial atau dengan teknik terbaru yaitu marsupialisasi endoskopi transnasal.⁹ Ekstirpasi kista dengan pendekatan sublabial merupakan teknik standar dalam penatalaksanaan kista nasolabial.¹²

LAPORAN KASUS

Seorang wanita berusia 43 tahun datang ke poli THT RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 11 April 2011 atas rujukan dari rumah sakit daerah dengan diagnosis suspek kista vestibulum nasi sinistra. Dari anamnesis didapatkan keluhan bengkak di dasar hidung kiri bagian depan dirasakan sejak 1 bulan yang lalu, bengkak tidak nyeri, hidung tersumbat tidak ada, keluar cairan dari hidung tidak ada, pasien merasakan ada regangan pada bibir bagian atas bila berbicara atau tertawa lebar. Bengkak di dasar hidung ini sudah ada sejak ± 2 tahun yang lalu, tapi belum ada keluhan. Sebelumnya pasien pernah berobat ke rumah sakit umum daerah di bagian THT dengan keluhan bengkak di dasar hidung kiri dan sedikit nyeri, setelah mendapat pengobatan ± 1 minggu nyeri sudah hilang tapi bengkak masih ada. Riwayat sakit gigi tidak ada, terdapat riwayat pencabutan gigi seri rahang atas 2 tahun yang lalu dan setelah itu pasien menggunakan gigi palsu.

Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan pada telinga dan tenggorok. Wajah terlihat asimetris karena terdapat pembengkakan di bawah ala nasi sinistra (Gambar 1 dan 2). Palpasi secara bimanual pada daerah vestibulum nasi dan sulkus labialis sinistra teraba massa lunak dan fluktuatif. Pada rinoskopi anterior ditemukan gambaran kavum nasi dekstra lapang, konkka inferior dan media eutrofi, sekret tidak ada, massa tidak ada dan tidak ditemukan deviasi septum. Kavum nasi sinistra agak sempit, tampak pembengkakan pada bagian anteroinferior dari vestibulum nasi, ukuran 0,5 x 0,5 x 0,5 cm warna sama dengan kulit sekitarnya, tidak nyeri tekan dan perabaan fluktuatif. Konkka inferior dan media eutrofi, sekret tidak ada dan tidak terdapat deviasi septum.

Diagnosis kerja ditegakan suspek kista nasolabial sinistra dengan diagnosis banding kista radikuler dan kista dermoid.



Gambar 1: Foto pasien dari depan sebelum operasi tampak kista nasolabial di bawah ala nasi kiri. Asimetri pada wajah tidak jelas terlihat.



Gambar 2 : Foto pasien dari bawah sebelum operasi. Asimetri pada wajah jelas terlihat karena pembengkakan di bawah ala nasi dan labialis sinistra

Untuk menyingkirkan diagnosis banding tersebut dilakukan pemeriksaan tomografi komputer sinus paranasal potongan axial dan koronal dengan irisan 3 mm. Hasil tomografi komputer menunjukkan gambaran lesi hipodens berbentuk bulat, batas tegas dibagian anteroinferior vestibulum nasi sinistra, destruksi tulang tidak ada, sinus paranasal normolusen, kompleks osteomeatal terbuka, septum nasi di tengah, deviasi tidak ada, hipertrofi konkka tidak ada. (Gambar 3 dan 4)



Gambar 3: Tomografi komputer potongan koronal, tampak massa hipodens, berbentuk bulat, batas tegas pada bagian anteroinferior vestibulum nasi sinistra.



Gambar 4 : Tomografi komputer potongan axial, tampak massa hipodens pada daerah subkutan, berbentuk bulat di bagian anterior prosesus nasalis maksila

Pada pasien ini direncanakan akan dilakukan ekstirpasi kista melalui pendekatan sublabial. Untuk persiapan operasi dilakukan Pemeriksaan laboratorium darah lengkap, rontgen thorax, pemeriksaan elektrokardiografi dan konsul ke bagian penyakit dalam untuk toleransi tindakan. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb 12,6 g%, leukosit 5.900/mm³, Ht 38%, trombosit 207.000/mm³, PT 10,2", APTT 29,7". Gula darah random 89 mg%, ureum 2,2 mg%, kreatinin 1,1 mg%, natrium 136 mg%, kalium 4,5 mg%, klorida 104 mg%, SGOT 14 U/L, dan SGPT 16 U/L. Kesan hasil laboratorium dalam batas normal.

Pada tanggal 19 April 2011 dilakukan ekstirpasi kista dengan pendekatan sublabial dalam narkose umum. Pasien tidur terlentang di atas meja operasi dalam narkose dan terpasang *oral pack*. Lakukan prosedur aseptik dan antiseptik di sekitar lapangan operasi dan pasang duk steril. Lakukan infiltrasi pada sulkus gingivolabialis dengan epinefrin 1:200.000 kemudian dilanjutkan dengan insisi pada mukosa labialis sinistra ±1 cm dari garis tengah dengan menyisakan mukosa gingiva untuk memudahkan penutupan. Bebaskan mukosa lapis demi lapis secara tumpul sampai terlihat kista berwarna kekuningan. Kista dibebaskan dari jaringan sekitarnya secara tumpul dengan klem. Sewaktu membebaskan, kista pecah dan mengeluarkan cairan musin berwarna kekuningan. Jepit sisa kapsul kista dengan klem dan bebaskan dari jaringan sekitarnya lalu di potong dengan gunting. (Gambar 5). Jahit otot lapis demi lapis dengan benang catgut 3.0 dan dilanjutkan dengan penjahitan mukosa labialis secara kontinuis. Evaluasi kavum nasi sinistra, tampak perforasi pada mukosa di dasar vestibulum dengan ukuran 0,2 x 0,3 x 0,2 cm. Pasang tampon anterior pada kavum nasi sinistra dan operasi selesai.



Gambar 5 : Kapsul kista yang telah pecah

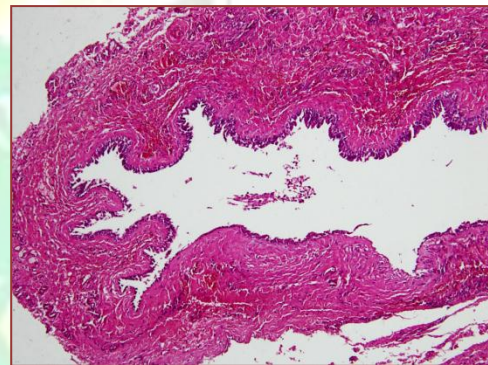
Pasca operasi pasien diberikan terapi seftriakson 2 x 1 gr intravena, deksametason injeksi 3 x 1 ampul dan tramadol drip 1 ampul dalam 500 cc ringer laktat selama 8 jam dan dilanjutkan dengan asam mefenamat 3 x 500 mg. Pasien tidur dengan bantal ditinggikan dan kompres es pada lapangan operasi.

Pada hari kedua pasca operasi, bengkak pada pipi kiri sudah berkurang. Tampon anterior pada kavum nasi kiri dilepaskan, masih tampak perforasi pada bagian anterior dasar vestibulum nasi. Perforasi tersebut dikaustik dengan larutan perak nitrat dan pasien dipulangkan dengan terapi Siprofloksasin tablet 2 x 500 mg, tinoridine Hcl tablet 3 x 50 mg dan asam mefenamat tablet 3 x 500mg.

Pada tanggal 27 April 2011 (7 hari pasca operasi) pasien kontrol ke poli THT untuk pertamakalinya, keluhan tidak ada dan pipi kiri masih sedikit bengkak. Pada pemeriksaan nasoendoskopi, masih tampak perforasi di dasar vestibulum. Pada tempat perforasi dilakukan lagi kaustik dengan larutan perak nitrat. Luka bekas insisi di gingiva kiri menutup, tapi sebagian benang masih belum lepas. Terapi yang diberikan masih sama dengan terapi sebelumnya.

Pada tanggal 13 Mei 2011 (24 hari pasca operasi) pasien kontrol yang kedua kalinya, keluhan tidak ada dan bengkak pada pipi kiri juga sudah hilang. Pada pemeriksaan nasoendoskopi, tidak tampak lagi perforasi pada dasar vestibulum dan luka pasca insisi juga sudah menutup sempurna.

Hasil pemeriksaan patologi anatomi menerangkan tampak kista dengan permukaan dilapisi oleh sebagian epitel respiratorius (*pseudostratified*), epitel berlapis gepeng dan sebagian lain epitel kuboid rendah, di bawahnya terdapat jaringan fibrokollagen dengan adanya bagian yang mengalami perdarahan serta pembuluh darah yang melebar. Gambaran ini sesuai dengan kista nasolabial. (Gambar 6)



Gambar 6 : Foto hasil pemeriksaan patologi anatomi kista nasolabial

DISKUSI

Telah dilaporkan suatu kasus kista nasolabial sinistra pada seorang perempuan berusia 43 tahun yang telah dilakukan ekstirpasi kista dengan pendekatan sublabial.

Kista nasolabial sangat jarang ditemukan. Lee HM (2002)¹ dalam penelitiannya selama 12 tahun hanya ditemukan 18 kasus kista nasolabial. Begitu juga Zahirrudin dkk (2009)⁵ dalam studinya melaporkan terdapat 5 kasus kista ini selama periode 7 tahun. Meskipun kista berasal dari epitel embrionik, kista sangat jarang terlihat pada masa kanak-kanak. Umumnya kista ditemukan pada dekade keempat dan kelima. Kista lebih sering ditemukan pada wanita dibanding laki-laki dengan perbandingan 3:1. Predileksi biasanya unilateral dan tidak bisa dibedakan predileksi pada kedua sisi kavum nasi. Pada beberapa kasus juga ditemukan bilateral sekitar 10-11,2% kasus.⁷

Patogenesis terjadinya kista nasolabial dapat diterangkan oleh 3 teori, dimana ketiga teori tersebut mengatakan bahwa kista ini terbentuk secara embriogenik. Pada pasien ini, dari ketiga teori tersebut patogenesis yang paling memungkinkan adalah teori ketiga yang menyatakan bahwa kista terbentuk secara embriogenik dari sel endodermal duktus nasolakrimal. Akibat rangsangan trauma sewaktu mencabut gigi rahang atas dan ditambah lagi dengan penggunaan gigi palsu

akan merangsang terbentuknya kista. Teori ini dikemukakan oleh Bruggemann pada tahun 1920 yang mengatakan bahwa kista nasolabial ini berasal dari duktus nasolakrimal, teori ini didukung oleh Penelitian Roed-Petersen tahun 1969. Studi ini juga menyebutkan bahwa trauma merupakan faktor pencetus terjadinya proliferasi epitel pada duktus tersebut. Teori ini didukung oleh bukti bahwa duktus nasolakrimal dilapisi oleh epitel kolumnar bertingkat (*pseudo-stratified columnar*), dimana epitel tersebut juga terdapat pada kista nasolabial.¹

Diagnosis kista pada pasien ini ditegaskan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, tomografi komputer dan pemeriksaan patologi anatomi. Dari anamnesis didapatkan adanya pembengkakan pada dasar hidung kiri bagian depan, pembesarannya lambat, tidak nyeri dan adanya riwayat pencabutan gigi seri rahang atas serta penggunaan gigi palsu pada tempat bekas pencabutan gigi tersebut. Menurut Lee HM¹ gejala klinis dari kista nasolabial yang tersering adalah pembengkakan pada daerah nasolabial (55,6%) diikuti oleh obstruksi hidung (27,8%) dan nyeri (16,7%). Hal ini sama dengan hasil penelitian Zahirrudin dkk⁵ dimana gejala pembengkakan pada wajah ditemukan sekitar 80% dari kasus kista nasolabial. Zahirrudin dkk⁵ juga mengatakan bahwa lamanya onset gejala sampai kunjungan pertama ke klinik berkisar antara 1-5 tahun (rata-rata 2,8 tahun).

Pada pemeriksaan fisik ditemukan adanya asimetri pada wajah, rinoskopi anterior ditemukan pembengkakan pada bagian anteroinferior dari vestibulum nasi kiri, tidak nyeri tekan dan fluktuatif. Menurut Patil K dkk⁷ mengatakan bahwa kista ini akan mengangkat ala nasi sehingga lipatan nasolabial akan menghilang. Kista juga dapat menyebabkan pembengkakan pada mukosa sulkus labialis dan mengakibatkan ketidaknyamanan dalam menggunakan gigi sedangkan vitalitas gigi tetap baik. Kista teraba lunak, fluktuatif dan dapat dipalpasi secara bimanual dengan meletakkan satu jari pada dasar hidung dan satu jari lagi pada sulkus labialis.

Meskipun diagnosis kista ini telah dapat ditegaskan dengan pemeriksaan palpasi bimanual, untuk menyingkirkan diagnosis banding dan melihat adanya destruksi tulang di sekitar kista, kita lakukan pemeriksaan tomografi komputer. Gambaran yang didapatkan pada tomografi komputer kista nasolabial menunjukkan adanya lesi hipodens, berbatas tegas pada regio nasolabial dan tidak ditemukan erosi tulang.^{5,6} Foto panoramik dapat membedakan antara kista nasolabial dengan kista odontogenik lainnya.⁵

Disamping pemeriksaan tomografi komputer, MRI juga merupakan modalitas yang penting dalam mengevaluasi kista karena kemampuannya dalam memberikan resolusi kontras yang baik untuk jaringan lunak. MRI ini dapat mengidentifikasi dan melokalisasi lesi pada jaringan lunak.⁴ Pada kista nasolabial setelah pemberian zat kontras, tidak ditemukan *enhancement* baik pada dinding kista maupun isi kista.⁶ Zahirrudin dkk⁵ menyatakan bahwa MRI dapat membedakan antara kista nasolabial dengan tumor pada kelenjer ludah minor dimana pada tumor kelenjer ludah minor ditemukan *enhancement* pada lesi setelah pemberian zat kontras. Cure dkk dikutip dari Shear⁶ mengatakan pemeriksaan tomografi komputer lebih dipilih dibandingkan pemeriksaan MRI dalam mendiagnosis kista nasolabial karena biayanya yang lebih murah.

Hasil pemeriksaan patologi anatomi sesuai dengan gambaran kista nasolabial dimana kista dengan permukaan dilapisi epitel respiratorius (*pseudostratified columnar*), epitel berlapis gepeng dan sebagian epitel kuboid rendah, dibawahnya terdapat jaringan fibrokolagen dan pembuluh darah yang melebar. Hal ini sesuai dengan Lee HM¹ yang mengatakan bahwa kista nasolabial ini terbentuk oleh rongga yang dilapisi oleh epitel dan dikelilingi oleh jaringan penyambung. Sebagian besar dinding kista dilapisi oleh epitel kolumnar bertingkat. Pada Penelitian Roed-Petersen juga didapatkan hal yang sama sekitar 83% kista nasolabial ini dilapisi oleh epitel kolumnar bertingkat. Dari 64 kasus yang dievaluasi didapatkan 26 kasus hanya dilapisi oleh epitel kolumnar bertingkat, 15 kasus dilapisi oleh epitel kolumnar dan kuboid, 9 kasus dengan epitel kolumnar dan squamous, 7 kasus dengan epitel squamous dan kuboid, 4 kasus hanya dengan epitel kuboid saja dan 3 kasus dengan epitel kolumnar, squamous dan kuboid.⁶ Selain itu pada kista ini juga dapat ditemukan sel goblet (60%), perdarahan dan inflamasi kronik.¹

Pada pasien ini penatalaksanaan kista nasolabial dilakukan dengan ekstirpasi kista melalui pendekatan sublabial. Selain teknik di atas, dapat dilakukan teknik baru yaitu marsupialisasi endoskopi transnasal. Teknik ini pertamakali dilaporkan oleh Su dkk (1999) dan merupakan teknik yang mudah dan efisien dalam penatalaksanaan kista nasolabial.¹³ Teknik ini dibagi dua yaitu marsupialisasi endoskopik transnasal konvensional (dengan menggunakan pisau, gunting atau forsep) dan marsupialisasi endoskopi transnasal dengan bantuan mikrodebrider.^{13,14} Pada pasien ini dipilih teknik ekstirpasi dengan pendekatan sublabial mengingat belum adanya pengalaman menggunakan teknik marsupialisasi endoskopi transnasal pada bagian THT RSUP Dr. M. Djamil Padang dan jarangnyanya kasus kista nasolabial yang ditemukan.

Teknik ekstirpasi kista dengan pendekatan sublabial ini merupakan standar penatalaksanaan kista nasolabial.¹² Teknik ini sering digunakan dibanding eksisi eksternal karena dapat mengangkat kista secara komplit sehingga rekurensinya berkurang dan dari segi kosmetik hasilnya baik.^{3,9} Menurut Lee JY dkk¹² yang membandingkan teknik konvensional ekstirpasi kista melalui pendekatan sublabial dengan teknik baru marsupialisasi endoskopi transnasal mendapatkan bahwa pasien yang ditatalaksana dengan insisi sublabial cenderung untuk memilih anestesi umum dengan alasan takut sedangkan pada teknik marsupialisasi endoskopi transnasal umumnya dilakukan dengan anestesi lokal. Perdarahan intraoperatif lebih sulit terkontrol pada teknik insisi sublabial, disamping itu lamanya waktu operasi dan nyeri pasca operasi yang diukur dengan *visual analog scale* (VAS) juga lebih meningkat pada teknik ini. Selama *follow-up* lebih dari 1 tahun, ditemukan komplikasi operasi berupa pembengkakan, nyeri dan memar pada wajah serta rasa kebas pada gusi dan gigi. Semua komplikasi ini biasanya akan menghilang dengan sendirinya dalam 4 minggu pasca operasi, hanya sebagian kecil pasien mengalami komplikasi yang permanen terutama rasa kebas pada gusi dan gigi.

Teknik insisi sublabial ini juga memerlukan pemasangan tampon untuk mengurangi pembengkakan pada jaringan lunak. Setelah 2 hari perawatan pasien dipulangkan.¹² Komplikasi lain yang dapat timbul akibat pengangkatan kista ini adalah perforasi pada mukosa hidung. Perforasi ini biasanya terjadi pada kista yang

telah meluas ke dasar hidung. Perforasi yang besar seharusnya dilakukan penjahitan mukosa.¹

Teknik marsupialisasi endoskopi transnasal mempunyai banyak kelebihan dibandingkan teknik insisi sublabbial. Teknik ini dapat memperpendek waktu operasi, mengurangi nyeri pasca operasi dan mengurangi komplikasi tindakan. Disamping itu teknik ini tidak membutuhkan tampon hidung pasca operasi, kehilangan darah selama operasi juga sangat minimal dan resiko perdarahan pasca operasi kecil.¹² Chen CN dkk¹³ melaporkan bahwa setelah tindakan marsupialisasi transnasal, kista nasolabial ini akan diganti dengan sinus yang berisi udara dan terbuka ke dasar kavum nasi. Sinus yang baru terbentuk ini mempunyai epitel respiratorius bersilia sehingga dapat bertindak sebagai sinus paranasal aksesori dan dapat melakukan fungsi ventilasi dan drainase melalui stoma tersebut. Resiko yang dapat terjadi pada teknik ini adalah tertutupnya stoma (stenosis stoma).

Pada teknik marsupialisasi endoskopi transnasal dengan menggunakan mikrodebrider, stenosis stoma pasca operasi sangat jarang dilaporkan sehingga rekurensinya rendah dan mikrodebrider ini juga dapat mempercepat pembukaan kista.

Kista ini jarang dilaporkan menimbulkan rekurensi dan malignansi.¹⁷ Tiago dkk¹⁵ melaporkan tidak terdapat rekurensi selama \pm 1 tahun *follow up* pasca operasi. Hal yang sama juga dilaporkan oleh Lee JY dkk,¹² selama 1 tahun *follow up* tidak terdapat rekurensi baik pada penatalaksanaan dengan teknik insisi sublabbial maupun dengan teknik marsupialisasi endoskopi transnasal yang dibuktikan dengan pemeriksaan fisik, endoskopi dan tomografi komputer.

DAFTAR PUSTAKA

1. Lee HM. Nasolabial cyst : a retrospective analysis of 18 cases. (Original Article). Seoul;The Free Library; 2002.
2. Coulthard P, Horner K, Sloan P et al. Cyst and odontogenic tumours in: Oral and Maxillofacial Surgery, Radiology, Pathology and Oral Medicine 2nd Ed. New York;Elsevier;2008: p157-73
3. Abou-Elhamd KA. A case of nasolabial cyst with features. The internet Journal of Otorhinolaryngology; 2009;9(1).
4. Tanimoto K, Kakimoto N, Nishiyama H, et al.MRI of Nasoalveolar cyst: Case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005;99:221-4.
5. Zahirrudin Z,Gendeh BS, Tan MPath GC, et al. Nasolabial cyst: Presentation and Management. The Internet Journal of Otorhinolaryngology; 2009;9(2).
6. Shear M, Speight P. Nasolabial (Nasoalveolar) cyst in: Cyst of the Oral and Maxillofacial Region 4th Ed. Australia; Blackwell Munksgaard 2007:p119-21.
7. Patil K, Mahima VG, Divya A. Klestadt's cyst: A rarity. India; Indian Journal of Dental Research;2007;18:23-26
8. Yanagisawa E, Scher DA. Endoscopic view of a nasoalveolar cyst-Rhinoscopic Clinic-Brief Article. England;On CHOW;2002
9. Sahin C. Case Report Nasolabial Cyst. Turkey;Hindawi Publishing Corporation;2009
10. Filho P, Silva AC, Moreira RW, et al. Nasolabial Cyst: Case Report. Brazil;Braz Dent J: 2002;13(3): 212-214
11. Nixdorf DR, Peters E, Lung KE. Clinical Presentation and Differential Diagnosis of Nasolabial Cyst.

Minneapolis;Journal of Canadian Dental Association;2003;69(3):146-9

12. Lee JY, Baek BJ, Byun JY, et al. Comparison of Conventional via a Sublabial Approach and Transnasal Marsupialization for the Treatment of Nasolabial Cyst: A Prospective randomized Study. Korea; Clin Exp Otorhinolaryngol;2009;2(2): 85-9
13. Chen CN, Su CY, Lin HC, et al. Microdebrider-assisted endoscopic marsupialization for the nasolabial cyst: Comparisons between sublabial and transnasal approaches.USA; Am J Rhinol Allergy;2009;23:232-6
14. Chao WC, Huang CC, Chang PH, et al. Management of Nasolabial Cyst by Transnasal Endoscopic Marsupialization.Taiwan; Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 2009;135(9):932-5
15. Tiago RSL, Maia MS, NascimentoGM, et al. Nasolabial cyst: diagnostic and therapeutical aspects. Sao Paulo; Rev Bras Otorrinolaringol, 2008;74