

Olgu Sunumu

Submental Bölgede Dev Epidermoid Kist: Olgu Sunumu

Abdulkadir Bucak*, Şahin Ulu*, Emre Kaçar**, Hüseyin Işıklı*, Abdullah Ayçiçek*

Özet

Epidermoid kistler ektoderm kaynaklı benign inklüzyon kistleri olup, baş-boyun bölgesinde çok nadir olarak karşımıza çıkarlar. Baş-boyun bölgesinde en çok submental bölgede yerleşiktir. Genellikle yavaş büyüyen ağrısız kitle olarak kendilerini gösterir ve dev denilebilecek boyutlara gelmiş olabilirler. Ağız tabanında yerleşik oldukça büyük boyutlara ulaşmış epidermoid kist, hastaların çoğunda solunum, yutma ve konuşmada ciddi problemlere neden olabilir. Bu makalede ağız tabanında yerleşik, oldukça büyük boyutlara gelmiş epidermoid kist nedeniyle opere edilen olgu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Epidermal kist, ağız tabanı, ektoderm

Teratomlar çocuklarda daha sıklıkla rastlanılan germ hücreli gelişimsel patolojilerdir. Bunlar bir veya daha fazla embriyonik germ yaprağından köken alabilir ve dermoid kist, epidermoid kist ve teratoid kist olarak alt gruplara ayrılabilir (1,2). Dermoid ve epidermoid kist ektoderm kaynaklı inklüzyon kistleri olup içerikleri farklıdır. Epidermoid kist yalnızca epitelyum tabakası içerirken, dermoid kist cilt ve eklentilerini, teratoid kistse kıkırdak, kemik doku hatta kas dokusu içerebilir (3). Vücudun herhangi bir bölgesinde olabilecekleri gibi, en çok vaka over ve testis kaynaklı olarak rapor edilmiş olup (%80), baş-boyun bölgesi kaynaklı olanların rapor edilme insidensi %1.6-6.9'dir. Oral kavite kistlerinin yaklaşık %0.01'den daha azını oluşturup çok nadir olgular olarak rapor edilmişlerdir (4). Epidermoid kist, dermoid kistten çok daha az sıklıkta görülür ve en çok submental bölgede yerleşiktir (5). Genellikle yavaş büyüyen ağrısız kitle olarak karşımıza çıkarlar ve dev denilebilecek boyutlara gelmiş

olabilirler. Bu durumda solunum, yutma ve konuşmada ciddi problemlere neden olabilirler. Ağız tabanı orta hat kistlerinin etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamışsa da, disontojenetik, travmatik ya da tiroglossal anomalilere bağlı olabilirler (4-6). Bu makalede literatür bilgimize göre sunulan olgular içinde büyüklük olarak ikinci sırada olan ve total olarak eksize edilebilmiş ağız tabanında yerleşik epidermoid kist olgusu sunuldu.

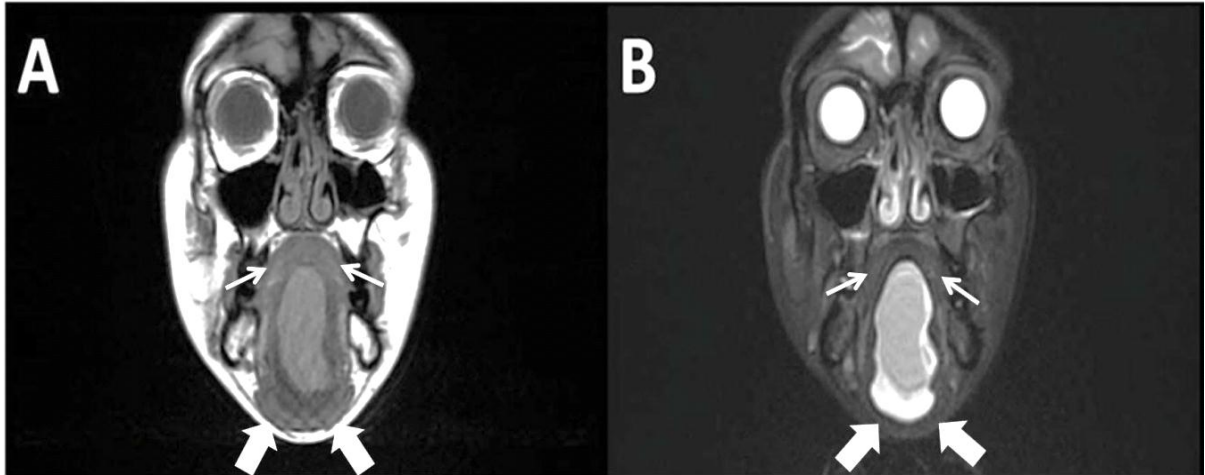
Olgu Sunumu

26 yaşında kadın hasta, son bir yıldır daha belirgin olarak hissettiği zaman içinde büyüme gösteren çene altı ve ağız tabanında şişlik şikayetiyle Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurdu. Muayenesinde submental bölgede palpasyonla ağrısız, düzgün yüzeyli, normal görünümde cilt ile örtülü, yumuşak kıvamlı, ağız içi muayenesinde sublingual alanda da dolgunluk yapan yaklaşık 6x4 cm boyutlarında kitle izlendi. Hastanın videolaringoskopi ve nazofaringoskopi ile birlikte yapılan kulak burun boğaz muayenesi doğaldı. Vital bulguları stabil olup ve diğer sistem muayeneleri ile öz geçmişinde kayda değer patoloji saptanmadı. Hastanın başvuru esnasında beraberinde getirdiği kitleye yönelik olarak çekilmiş manyetik rezonans filminin incelemesinde; ağız tabanında orta hatta yerleşimli, dili yukarıya, mylohiyoid kasları aşağıya deplase eden, T1A serilerde hipointens, T2A serilerde hiperintens olarak izlenen, içerisinde ara intensitede nodüler komponenti bulunan, kontrast madde sonrası belirgin kontrast

*Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

**Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Yazışma Adresi: Yard. Doç. Dr. Abdulkadir Bucak
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ali Çetinkaya Kampüsü Tıp Fakültesi İzmir Karayolu 8.km 03200, Afyonkarahisar, Türkiye
Tel: 02722463303-05325439541
Fax: 02722463300
E-mail: abdulcadirbucak@yahoo.com
Makalenin Geliş Tarihi: 02.08.2013
Makalenin Kabul Tarihi: 14.01.2014



Resim 1. Koronal MR görüntülerde ağız tabanında orta hatta yerleşim gösteren, dili yukarıya (ince beyaz ok) mylohiyoid kasları aşağıya (kalın beyaz ok) deplase eden, kum saati konfigürasyonunda T1A serilerde hipo (A), T2A serilerde hiperintens (B) kistik lezyon ve lezyon içerisinde ara intensitede nodüler komponent izlenmekte.



Resim 2. Submental yaklaşımla epidermoid kist eksizyonu (intraoperatif görünüm).



Resim 3. Postoperatif kitlenin görünümü.

tutulumu göstermeyen, düzgün sınırlı keskin konturlu kum saati konfigürasyonunda kistik lezyon mevcuttu (Resim 1). Hasta plunging

ranula, kistik higroma, tiroglossal kist, dermoid/epidermoid kist ön tanılarıyla hasta nazotrakeal entübasyonla genel anestezi altında operasyona alındı. Submental bölgede yaklaşık 5cm. horizontal insizyon yapılarak yumuşak kıvamlı, kirli sarı renkli, düzgün yüzeyli, peynirimsi içeriği olan yaklaşık 9x4x2.5 cm boyutlarındaki kist kapsülüyle birlikte total çıkarıldı (Resim 2,3). Cerrahi sırasında kistin rüptürasyonuna bağlı bir miktar kist içeriği drene oldu. Cerrahi saha bolca serum fizyolojik ile yıkandı. Komplilasyonsuz postoperatif dönemin arkasından patoloji sonucu epidermoid kist olarak geldi. Postoperatif 6. ayda hastanın yapılan muayenesinde nüks bulgusuna rastlanmadı (Resim 4,5).

Tartışma

Epidermoid kistler konjenital veya edinsel olarak sınıflandırılabilirlerse de histolojik veya klinik olarak her iki durumla alakalı bir fark gözlenemez. Etyopatogeneizde birçok teori ortaya atılmıştır. Disontojenetik olarak, intrauterin 3. ve 4. haftalarda birinci (mandibular) ve ikinci (hyoid) brankial ark kaynaklı ektodermin orta hatta birleşmemesinden kaynaklandığı öne sürülen bir teoridir (7). Bu konudaki başka görüş her iki mandibular arkla ağız tabanı ve dili oluşturan tuberculum imparın orta hatta füzyon problemidir (6). Travmatik olduğu düşünülen teoride intrauterin dönemde implantasyonla veya daha sonraki dönemde posttravmatik olarak epitelyal hücreler daha derin dokulara ekilmektedirler (7). Yine bu teoride, sebace bezlerin kanallarının tıkanıklığından kaynaklanabileceği de düşünülmüştür (6). Bu kistlerin tiroglossal duktus kistinin değişik bir



Resim 4-5. Hastamızın postoperatif 6. aydaki görüntüleri.

varyantı olduğunu düşünen yazarlarda vardır (7,8).

Klinik olarak, bütün yaşlar da görülebilirlerse de, daha çok 15-35 yaş aralığında karşımıza çıkarlar. Cinsiyet baskınlığı bildirilmemiştir (6). Bizim hastamız literatürle uyumlu olarak yirmialtı yaşında bayan hasta idi. Her ne kadar orta hatta ağız tabanı en çok görüldükleri yer ise de, yanak mukozasında, dilde, uvulada, tempromandibüler eklem bölgesinde, intradiploic, intrakranyal, mandibula ve maksillada intraosseöz yerleşimli lezyonlar literatürde bildirilmiştir (4,6). Hastamızda olduğu gibi, çoğunlukla yavaş büyüyen, ağrısız, yumuşak kıvamda, düzgün yüzeyli, mobil, belirgin bir kapsüle sahip olan, lenfadenopatinin eşlik etmediği ve enfeksiyon bulgusu olmayan çene altında yerleşik orta hat kitleleri olarak karşımıza çıkarlar. Hastamızda ve hastaların çoğunda intraoral muayenede ağız tabanında da şişlik mevcuttur ve kitle üzerindeki cilt dokusuna yapışık değildir. Literatürde, yutkunmakla ve dil hareketleri ile belirgin hareketi olan ve hyoid kemikle yakın ilişkili vakalar mevcut olmasına rağmen, hastamızda olduğu gibi olağan olan, hyoid kemik ve dille direkt bir bağlantısı olmadığı için dili öne doğru çekmekle bu kistler hareket etmez (5). Epidermoid veya dermoid kistlere eşlik eden bir fistül yada fistül ağzı genelde mevcut değildir (1). Literatürde bildirilen olguların bir çoğu 5 cm den büyük olmayan olgulardır. Bizim hastamızda ise yaklaşık 9 cm. büyüklüğünde kist mevcut olup, literatür bilgimize göre submental epidermoid kist olguları içinde en büyük boyutta olan ikinci olgudur (9). Hastalar kistin boyutuna bağlı olmakla birlikte çene altında şişlikten, dilin itilmesine bağlı olarak

disfaji, disfoni ve dispne şikayetleri ile gelebilirler. Bizim hastamız ise ilginç olarak bu boyutta kitleye rağmen yutkunurken ve nefes alırken zorlanma şikayetleri tariflemiyordu.

Ayırıcı tanıda, ranula, Wharton kanalının unilateral veya bilateral blokajı, lipom, tiroglossal duktus kisti, kistik higroma, brankial yarı kistleri, ağız tabanının sellülit veya akut enfeksiyonu, tükrük bezi enfeksiyonları akla gelebilir (5,7).

Epidermoid kistlerin tedavisi cerrahidir. Bu konuda intraoral ve extraoral yaklaşımlar tanımlanmışsa da, belirleyici olan kitlenin boyutu ve yerleşim yeridir. Kistlerin çoğu sublingual bölgede milohyoid kasın üzerinde ve nispeten küçük boyutta olduğu için intraoral yolla çıkarılabilir (5,7). Literatürde mevcut 13 cm. boyutundaki en büyük kist olgusunda yazarlar wharton kanalı ve lingual sinire zarar vermemek için marsupializasyon ile birlikte parsiyel rezeksiyonu tercih ettiklerini belirtmişlerdir (9). Bizim hastamızda olduğu gibi oldukça büyük kistleri çıkarmada extraoral yolu tercih etmek, çevre dokulara daha iyi hakimiyeti, daha iyi kanama kontrolünü, cerrahi alanın intraoral kontaminasyonunu önlemeyi ve kistin rüptüre edilmeden çıkarılmasını sağlar. Literatürde kist içeriğinin fibrovasküler doku için iritan olduğu ve cerrahi sonrası dönemde enflamasyona sebep olabileceği bildirilmiştir (4,3). Bizim olgumuzda kistin rüptüre olmasına bağlı bir miktar kist içeriği drene olduysa da, postoperatif dönemde enflamasyona rastlamadık. Bunu cerrahi sahayı bolca serum fizyolojik ile yıkamamıza bağlıyoruz. Hastamızda olduğu gibi oldukça büyük boyuttaki kist olgularını extraoral yaklaşımla çıkarırken, sublingual alandan kistin

diseksiyonunda kolaylık sağlaması için kontrollü olarak kist içeriğinin bir miktar aspirasyonunu öneren yazarlar da mevcuttur (10). Tam olarak eksizyondan sonra rekürrens çok nadirdir (7,4).

Oral kistlerle alakalı olarak malign transformasyon rapor edilmemişse de, dermoid kistlerin %5 oranında skuamöz hücreli karsinoma malign transformasyon gösterdiği bildirilmiştir (5).

Sonuç olarak; ağız tabanı epidermoid kistleri klinik yaşamımızda çok nadir olarak karşımıza çıkan ve hastada meydana getirdiği şikayetler nedeniyle literatürde sunulan hastaların bir çoğunda kist boyutunun 5 cm.den daha büyük olmadığı olgulardır. Literatür bilgimize göre hastamız ikinci en büyük boyuttaki ağız tabanı epidermoid kist olgusu olup, ilginç olarak kitlesinin boyutuna rağmen boynunda ve ağız tabanında şişlik dışında şikayeti mevcut değildi. Kistin boyutundan dolayı extraoral yaklaşımla kitleyi total olarak çıkarmayı tercih ettik. Hastamızda postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon veya rekürrens ile karşılaşmadık.

Giant Submental Epidermoid Cyst: A Case Report

Abstract

Epidermoid cysts are those benign inclusion cysts and can rarely occur in the head and neck region. Majority of them occur in submental area. Clinically, these lesions present as slow-growing and painless mass and can reach giant dimension. Difficulty in breathing, speaking and eating are seen in most of the patients. We presented a case of giant epidermoid cyst operated by using submental approach in the floor of the mouth.

Key words: Epidermal cyst, floor of mouth, ectoderm

Kaynaklar

1. Hiremath R, SH C, Pol M, Anegundi TJ, Rudrappa K. A Rare Case of a Submental Epidermoid Cyst: A Case Report. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2011; 5(7):1452-1453.
2. İlhan H. Yenidoğanda Teratom. Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics 2008; 1(2):78-83.
3. Bhandary SK, Bhat V, Shenoy MS. Sublingual epidermoid cyst-a case report. Health 2010; 2(6):613-614.
4. De Ponte FS, Brunelli A, Marchetti E, Bottini DJ. Sublingual epidermoid cyst. J Craniofac Surg 2002; 13(2):308-310.
5. Jha AK, Sahoo NK. An unusual case of submental epidermoid cyst in a ten years old child: A case report. IJCRI 2011; 2(10):10-13.
6. Kandogan T, Koc M, Vardar E, Selek E, Sezgin O. Sublingual epidermoid cyst: a case report. J Med Case Reports 2007; 17(1):87.
7. Lima SM Jr, Chrcanovic BR, de Paula AM, Freire-Maia B, Souza LN. Dermoid cyst of the floor of the mouth. ScientificWorldJournal 2003; 24(3):156-162.
8. deMello DE, Lima JA, Liapis H. Midline cervical cysts in children: thyroglossal anomalies. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1987; 113(4):418-420.
9. Lyngdoh TS, Konsam R, Venkatesh MA, Aggarwal S. Giant sublingual epidermoid cyst - An unusual case report. Indian J Surg 2010; 72(1):318-320.
10. Bitar MA, Kumar S. Plunging congenital epidermoid cyst of the oral cavity. Eur Arch Otorhinolaryngol 2003; 260(4):223-225.