

Servikal Uzanımlı Sublingual Dermoid Kist

Sublingual Dermoid Cyst with Neck Extension

Selahattin Genç¹, Ahmet Demir¹, Ahmet Tuğrul Eruyar², Adin Selçuk¹

¹Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Kocaeli, Türkiye

²Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Kocaeli, Türkiye

ÖZET

Dermoid kistler boyun orta hattında herhangi bir bölgede bulunabilmekle birlikte, ağız tabanında nadir görülür. Cerrahi öncesi kistin boyun uzanımı doğru belirlenip intraoral veya transservikal yaklaşımla tam olarak çıkarılmaları yeterli tedaviyi sağlayacaktır. Ancak mylohiyoid kası aşım boyuna uzanan kitlelerde intraoral yolla yetersiz kitle eksizyonu nüksle sonuçlanacaktır. Biz yazımızda intraoral yolla yetersiz tedavi edilen ve bu nedenle nükseden, transservikal yaklaşımla tedavi ettiğimiz bir olgu ile sublingual dermoid kistleri hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Dilaltı Bölgesi, Dermoid Kist, Cerrahi Tedavi

ABSTRACT

Dermoid cysts of the floor of the mouth are rare, although they may involve any area in the midline of the neck. By determining the correct extension of the cyst through the neck prior to surgery, total excision by intraoral or transcervical approach will provide adequate management. However, inadequate intraoral excision of the mass that exceeds mylohyoid muscle and extends through neck will result in recurrence. In this article, we wanted to remind the sublingual dermoid cysts with a case having previous intraoral insufficient excision and, therefore, recurrent mass excised via transcervical approach.

Keywords: Sublingual Region, Dermoid Cyst, Operative Therapy

İletişim (Correspondence):

Doç.Dr. Selahattin Genç

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Kocaeli

Tel:0 262 3178000/ E-mail: selahattin.genc@kddh.gov.tr

GİRİŞ

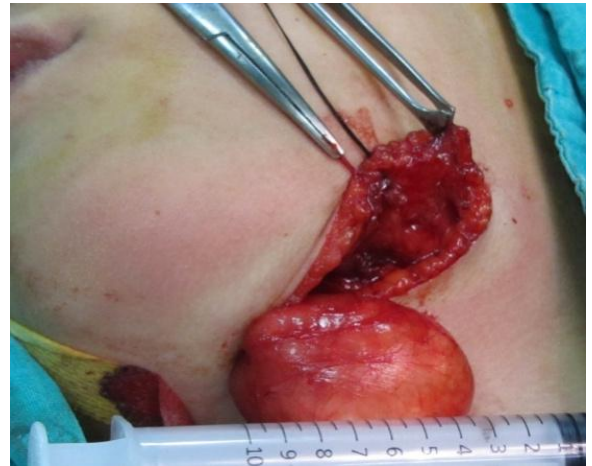
Dermoid kistler ağız tabanında oldukça nadir karşılaşılan benign, konjenital kitlelerdir. Baş boyun bölgesinde yaklaşık %7 oranında görülürken, oral kavitede %1,6 oranında rastlanır (1,2,3,4,5). Tüm oral kavite kistlerinin %0,01'inden azını oluştururlar. Baş boyun bölgesinde ise en sık kaşın 1/3 dış kısmında görülürler (1,3). Dermoid kistlerin patogenezi hala tam olarak aydınlatılamamıştır. En çok kabul gören teori konjenital olanıdır. Bu teori birinci ve ikinci brankiyal arkların füzyonu sırasında medyan pluripotent dokunun inkarasyonu temeline dayanır (5). Diğer bir teori ise kistin edinsel olduğunu ve intrauterin hayatta travma gibi nedenlerle epitelyal hücrelerin derin dokulara implantasyonunu savunur (5). Dermoid kistler genellikle yavaş ve progressif bir seyir gösterirler. Bu nedenle konjenital olmalarına rağmen tanıları genellikle 2.-3. dekata kadar geçikebilir (1,2). Biz yazımızda 10 yaşındaki hastamızda tespit ettiğimiz ve transservikal yaklaşımla eksize edilen bir olgumuzla sublingual dermoid kisti hatırlatmak istedik.

OLGU

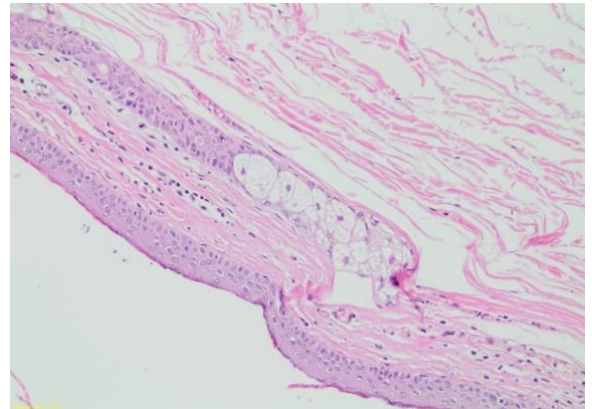
10 yaşında erkek çocuk hasta yaklaşık 3 yıldır olan ağız içinde ve çene altında ağrısız şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Bir yıl önce kitlesine ağız içinden müdahale edildiği ve hastalığında tam bir düzelme sağlanmadığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde sol çene altından sol submandibuler alana uzanan, kistik kıvamda, yaklaşık 4x5 cm. boyutlarında kitle palpe edildi. Ağız tabanında ise sol tarafta dolgunluk gözlemlendi. Bimanuel palpasyonda ağrı tespit edilmedi. Ultrasonografi (USG)' de sol sublingual-submandibuler bölgede solid komponenti olmayan, yoğun içerikli kist tespit edildi. Bilgisayarlı tomografi (BT)' de ağız tabanından sol submandibuler alana uzanan ve submandibuler glandı lateralize eden radyolusen kist ile uyumlu olabilecek kitle tespit edildi (Şekil 1). Aspirasyon materyali kist ile uyumlu izlendi. Hastanın hem kliniği ve hem de radyolojik görüntülemeleri doğrultusunda nüks kistik kitlenin transservikal yaklaşımla eksizyonuna karar verildi. Solda mandibula gövdesinin yaklaşık 4 cm. inferiorundan horizontal insizyonla yaklaşılarak kitle total eksize edildi (Şekil 2). Kitlenin ağız tabanında sublingual bölgeyi tuttuğu, mylohiyoid adaleyi aşmış, submandibuler alana uzandığı, submandibuler glandı posteriora ittiği, kapsüllü ve çevre yapılardan kolay diseksi edildiği izlendi.



Şekil 1. Sagittal kesit boyun BT' de sol submandibuler bölgede, submandibuler glandı lateralize eden, belirgin kontrast tutulumu göstermeyen kitle lezyonu izlenmektedir.



Şekil 2. Kistin operasyon görüntüsü izlenmektedir



Şekil 3. HE20X. Skuamöz epitel ile döşeli kist yüzeyi, deri ekleri ve konnektif fibröz doku (içten dışa doğru) izlenmektedir.

Hastanın postoperatif gözlemlerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Penröz direninin çekildiği postoperatif ikinci gününde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede keratinözskuamöz epitel ile döşeli kist yüzeyi ve epitel altında sebaceöz ünitelerin oluşturduğu deri ekleri izlenerek tanı

sublingual dermoid kist olarak raporlandı (Şekil 3). Postoperatif birinci yılında hastamızda nüks ile uyumlu bulgu izlenmedi.

TARTIŞMA

Intraoral dermoid kistler genellikle ağız tabanında, sıklıkla orta hatta ve dilin lateralinde yerleşirler (1,5). Dermoid kistler ağız tabanındaki kaslarla olan ilişkisine göre sınıflandırılabilir: Geniohiyoid kas ile genioglossus kas arasında; geniohiyoid kas ile mylohiyoid kas arasında yer alan ve submental şişlikle kendini gösteren; dilin altından, mylohiyoid kas üzerinden lateral olarak submandibuler alana uzanan ve boyunda şişlikle kendini gösteren tip olmak üzere üçe ayrılabilir (2,5). Bizim olgumuzda kist, üçüncü tipte uyumlu idi.

Klinik olarak ağız tabanı ön bölümünde ağrısız şişlik olarak karşımıza çıkarlar. Dilin itilmesine bağlı konuşma bozukluğu, disfaji, dispne, lateral yerleşimli olanlarda boyunda hamur kıvamında, bazen kist içeriğine bağlı fluktuasyon gösteren kitle olarak karşımıza çıkabilir (1,2,5). Bizim olgumuz da submandibuler alanda ağrısız kitle nedeniyle bize başvurdu.

Dermoid kistlerde üç histolojik varyant tanımlanmıştır: Epidermoid kist, gerçek dermoid kist ve teratoid kist olmak üzere (5). Bizim olgumuz keratinözskuamöz epitel ile döşeli kist yüzeyi ve epitel altında sebaceöz ünitelerin oluşturduğu deri ekleri nedeniyle gerçek dermoid kist ile uyumluydu. BT, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve USG baş vurulan görüntüleme yöntemleridir. BT ve MRG kitlenin boyutunu, lokalizasyonunu, komşu yapılarla ilişkisini tam olarak gösterir. USG solid, vasküler ve kistik kitle ayırımını iyi yapar. Ancak bu görüntüleme yöntemlerinin hiçbirisi kesin tanı koymaya yeterli olmaz. Kesin tanı ise cerrahi eksizyon ve histopatolojik inceleme ile konur (5). Bizim olgumuzda gerek USG' de, gerekse de BT' de sol sublingual-submandibuler alanda, submandibuler glandı posterolaterale iten kistik kitle lezyonu tespit edildi.

Ayırıcı tanıda sublingual ve minor tükrük bezlerinin neoplastik oluşumlarının yanı sıra, sublingual retansiyon kisti, tiroglossal kist, kistik higroma, hemanjioma, lenfanjioma gibi gelişimsel anomaliler, akut infeksiyon, Wharton kanalı blokajına bağlı sialadenitler akılda tutulmalıdır (2,4). Dermoid kistler benzer lokalizasyonda sık görülen sublingual retansiyon kistlerinden keratinöz, kazeöz, sebaceöz veya saç, tırnak gibi deri eklerini içeren pürülan içeriği ile ayrılır (4).

Dermoid kistlerin malign transformasyon göstermeleri son derece ender olmasına rağmen, kist duvarındaki yassı epitel kaynaklı skuamöz hücreli karsinoma dönüşebileceği bildirilmektedir (6). Bu nedenle kitlenin hem fonksiyonel, hem kozmetik, hem de ileride gelişebilecek malign transformasyonun önüne geçebilmek amaçlı cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Dermoid kistlerin kapsüllü olması intraoral insizyonla cerrahi enüklüasyona olanak tanır. Orta hat yerleşimli çoğu olguda bu yöntem yeterli cerrahi başarıyı sağlar. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi mylohiyoid kası aşır submandibuler alana taşan büyük kistlerde ekstraoral transservikal yaklaşım ile yeterli cerrahi başarı sağlanacaktır. Cerrahi sonrası dermoid kistlerde rekürrens oranları oldukça düşüktür. Ancak cerrahiye karar verirken kitlenin yerleşimi iyi irdelenmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi mylohiyoid kas üzerinden boyuna ilerleyen ve boyunda kitle ile başvuran hastalarda intraoral yolla kitlenin yetersiz çıkarımı nüksle sonuçlanacak ve hem Wharton kanalı, hem de lingual sinir gereksiz yere riske edilecektir.

Sonuç olarak söyleyebiliriz ki sublingual dermoid kistlerin yerleşimi klinik ve radyolojik olarak preoperatif dönemde iyi irdelenmelidir. Hangi hastaya intraoral, hangisine transservikal yolla yaklaşılabileceğinin doğru tespiti nükslerin önüne geçecektir.

KAYNAKLAR:

- 1.Şeşen T, Atmaca S, Ünal R, ve ark. Dev sublingual dermoid kistolgusu. O.M.Ü. Tıp Dergisi 2008; 25:160-4.
- 2.Eken M, Evren C, Şanlı A, ve ark. Sublingual dermoid kistler için alternatif bir cerrahi yaklaşım: Olgu sunumu. Kulak Burun Boğaz İhtis Derg 2007; 17:176-8.
- 3.Ohta N, Watanabe T, Ito T, et al. A case of sublingual dermoid cyst: extending the limits of the oral approach. Case Rep Otolaryngol 2012; 2012:634-949.
- 4.Seah TE, Sufyan W, Singh B. Case report of a dermoid cyst at the floor of the mouth. Ann Acad Med Singapore 2004; 33:77-9.
- 5.Jadwani S, Misra B, Kallianpur S, et al. Dermoid cyst of the floor of the mouth with abundant hair: a case report. J Maxillofac Oral Surg 2009; 8:388-9.
- 6.Devine JC, Jones DC. Carcinomatous transformation of a sublingual dermoid cyst. A case report. Int J Oral Maxillofac Surg 2000; 29:126-7.