

## Dev Sublingual Dermoid Kist Olgusu<sup>‡</sup>

Teoman ŞEŞEN\*, Sinan ATMACA\*\*, Recep ÜNAL\*, Mehmet KOYUNCU\*,  
Atilla TEKAT\*, Hızır KILIÇARSLAN\*\*\*, Emre ERKİLET\*\*\*

✓ Baş ve boyun dermoid kistleri, tüm dermoid kistlerin %10'undan azını oluşturur. Sublingual yerleşim ise oldukça nadirdir. Sublingual kistler genellikle hayatın ikinci ve üçüncü dekadında görülen, yavaş büyüyen kitlelerdir. Bu çalışmada ağız tabanında dermoid kisti olan 39 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Literatür gözden geçirilerek bu lezyonun özellikleri tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Dermoid kist, sublingual dermoid kist, yavaş büyüyen kitle

### ✓ Giant Sublingual Dermoid Cyst: A Case Report

Head and neck dermoid cysts comprise less than 10% of all dermoid cysts. Sublingual location is very rare. Sublingual cysts are slow-growing lesions generally seen in the second and third decades of life. We report here a case of a 39-year-old male with a dermoid cyst on the floor of the mouth. The literature is reviewed and the characteristics of this lesion are discussed.

**Key words:** Dermoid cyst, sublingual dermoid cyst, slow-growing mass

### GİRİŞ

Dermoid kistler nadir görülen benign teratomatöz konjenital lezyonlardır. Vücuttaki herhangi bir embriyolojik birleşme noktasından gelişebilmektedirler. Primer olarak testis ve overlerde görülmekle birlikte orbita, nazal dorsum, ağız tabanı, infratemporal fossa ve boyun ön bölgesinde de görülebilirler. Baş boyunda ise nadir görülürler. Bu lokalizasyonda en sık olarak kaşın 1/3 dış kısmında görülürler<sup>(1,2)</sup>. Dermoid kistlerin baş boyunda görülme sıklığı yaklaşık %1-7'dir, bunla-

rın da %23'ü ağız tabanında görülürler<sup>(1,3)</sup>. Bizim çalışmamızda ağız tabanında yerleşen ve büyük boyutlara ulaşan dermoid kist olgusu sunulmuş, klinik özellikleri, ayırıcı tanısı, tedavisi literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

### OLGU BİLDİRİMİ

39 yaşında erkek hasta, boyunda şişlik şikayeti ile kliniğimize müracaat etti. Hikayesinden, hastanın çocukluğundan beri çenesinin altında ağrısız bir şişlik olduğu ve bu şişliğin

<sup>‡</sup>28. Türk Ulusal Otorinolaringoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde (21-26 Mayıs 2005, Antalya) poster olarak sunulmuştur.

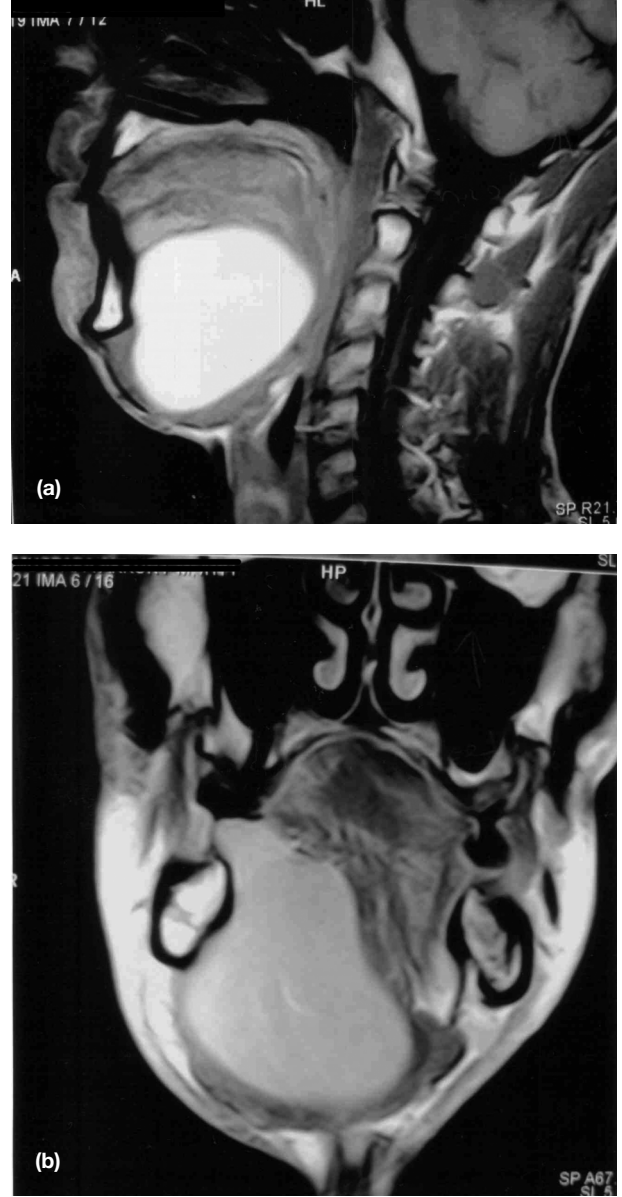
\*Prof.Dr., \*\*Yrd.Doç.Dr., \*\*\*Araş.Gör.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, SAMSUN

son 7 aydır giderek büyümüş olduğu öğrenildi. Yapılan muayenesinde submental ve sağ submandibular bölgeden sağ jugulodigastrik bölgeye doğru uzanım gösteren kitle mevcuttu. Oral kavite muayenesinde ise sublingual bölgede üzeri normal mukoza ile kaplı kitle mevcuttu. Diğer Kulak Burun Boğaz ve sistem muayeneleri doğaldı. Özgeçmişinde önemli bir özellik yoktu. Yapılan hematolojik ve biyokimyasal incelemeleri normaldi.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG); sağ submandibuler bölgede sağ submandibular bezi laterale doğru deplase eden, dil sağ lateral yarısını sola doğru komprese eden, orofarenks sağ lateral kompartmanı komprese eden, T1A serilerde hiperintens, T2A serilerde hafif hiperintens, yağ baskılı serilerde baskılanmayan ve sonrası belirgin kontrast tutulumu göstermeyen yaklaşık 70x40 mm. boyutlarında düzgün konturlu lezyon mevcuttu (Resim 1a, 1b).

Genel anestezi altında boyundan kitle eksizyonu yapıldı. Submandibuler bölgeyi dolduran, digastrik adaleyi öne, submandibuler glandı posteriora iten, milohiyoid adale altında yerleşmiş, ağız tabanına ve kafa tabanına doğru uzanım gösteren, tabanda prevertebral kasların üzerine oturmuş, etraftan kolay diseke edilebilen, kapsüllü, içinden kıl ve yeşil renkli koyu kıvamlı materyal boşalan, yaklaşık 10x12 cm'lik kitle, etraf dokulardan diseke edilerek çıkarıldı. (Resim 2a, 2b). Hastanın postoperatif takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve postoperatif 7. günde önerilerle taburcu edildi.

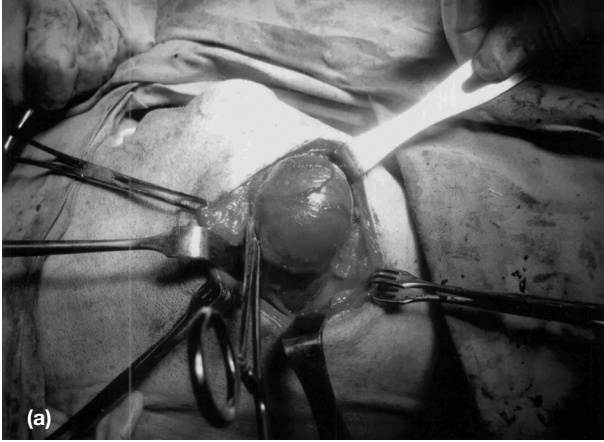
Kitlenin histopatolojik incelemesinde çok katlı yassı epitel ile örtülü duvarında deri ekleri yanı sıra kanama alanları ve bir kısmı kıl kesitleri içeren yabancı cisim tipi dev hücreler, mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu, vasküler proliferasyon, konjesyon ve fibröz doku artımı ile karakterize iltihabi granülasyon dokusu oluşumu izlendi ve tanı enfekte dermoid kist olarak raporlandı (Resim 3a, 3b).



**Resim 1.** MR Görüntüleme sağ submandibuler bölgede submandibuler bezi laterale doğru deplase eden, dil sağ lateral yarısını sola doğru komprese eden, T1A serilerde hiperintens (a), belirgin kontrast tutulumu göstermeyen (b) düzgün konturlu kitle görülmekte.

## TARTIŞMA

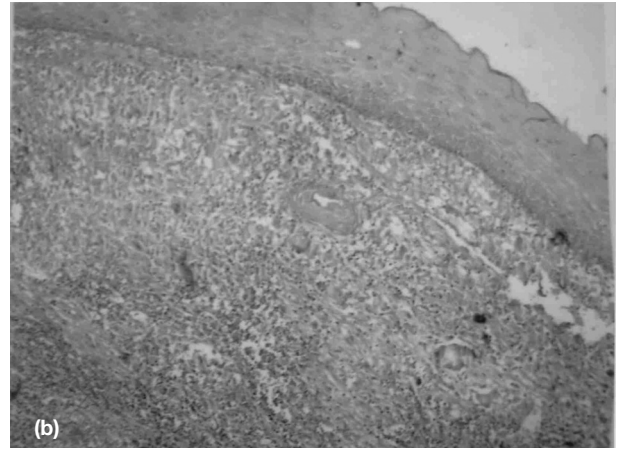
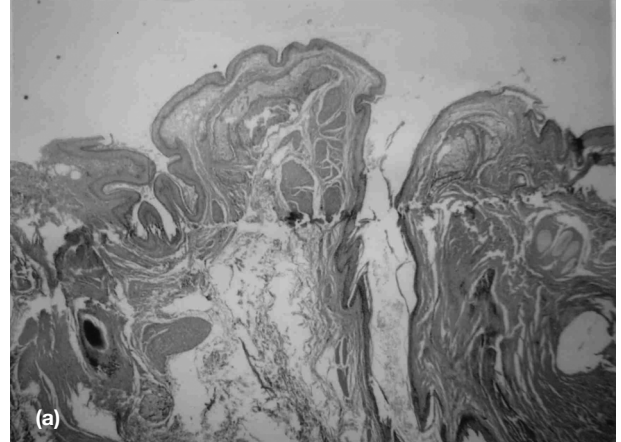
Dermoid kistler en sık görülen teratomatöz kistlerdendir. Baş boyunda nadir olarak görülürler. Sıklıkla orta hatta yerleşirler<sup>(4)</sup>. Literatür gözden geçirildiğinde ilk dermoid kist olgusunun 1778'de Jourdain tarafından rapor edildiğine rastlanılmıştır<sup>(5)</sup>. Dermoid kistler



**Resim 2.** Submandibuler bölgeyi dolduran, mylohyoid adale altına yerleşmiş, tabanda prevertebral kasların üzerine oturmuş, kolay diseke edilebilen, kapsüllü, içinden kıl ve koyu yeşil renkli materyal boşalan, yaklaşık 10x12 cm. boyutlarında kitle (a) etraf dokulardan diseke edilerek çıkarıldı. (b) (kitle eksize edilirken patladığı için boyutları küçülmüş olarak görülmektedir).

çok katlı yassı epitelle çevrili, sebace glandlar, ter bezi veya kıl follikülleri gibi deri ekleri içeren benign konjenital lezyonlardır. Dermoid kistler iki germ yaprağından, ektoderm ve mezodermden gelişmişlerdir<sup>(3)</sup>. Etiyolojisi hakkında birçok teori vardır; (1) intrauterin dönemde dermal ve epidermal elemanların travmatik doku implantasyonu, (2) embriyonik füzyon hatları boyunca bu germ tabakalarının daha derin dokulara inklüzyonu, (3) blastomerlerden oluşan istirahat halindeki totipotential hücrelerin büyümesi ile oluşurlar<sup>(2,3)</sup>.

Dermoid kistler erkek ve kadınlarda eşit oranda görülürler. Dermoid kistler konjenital kitleler olmalarına rağmen uzun yıllar asemptomatik kalırlar ve genellikle ikinci veya üçüncü dekatta semptom vermeye başlarlar<sup>(6,7)</sup>. Sublingual dermoid kistler genellikle yavaş büyüyen, ağız tabanı ön bölümünde ağrısız şişlik şeklinde ortaya çıkarlar ve dili yukarı kaldırıp itilmesine neden olarak konuşma bozukluğu yapabilir, çiğnemeyi etkileyebilir, kitlenin büyüklüğü ile orantılı olarak yutma güçlüğü veya solunum sıkıntısına neden olabilirler. Dermoid kistler genellikle hamur kıvamında kitlelerdir, fakat kist içeriğine bağlı olarak fluktuasyon gösterebilirler<sup>(7)</sup>.



**Resim 3.** Histopatolojik incelemede çok katlı yassı epitel ile örtülü çeperi yapı duvarında deri ekleri yanı sıra kanama alanları ve bir kısmı kıl kesitleri içeren yabancı cisim tipi dev hücreler, mikst tip-te iltihabi hücre infiltrasyonu, vasküler proliferasyon, konjesyon ve fibröz doku artımı ile karakterize iltihabi granülasyon dokusu oluşumu izlendi ve tanı enfekte dermoid kist olarak raporlandı.

Bizim sunduğumuz olguda hastanın çocukluğundan beri çene altında şişlik mevcuttu ve muhtemelen kist içindeki keratinöz mater-

yalın artması ile bu şişlik giderek büyümüştü. Kitle etkisi nedeniyle de konuşma bozukluğu ortaya çıkmıştı. Bu bilgiler dermoid kistin klinik davranışı ile uyumluydu.

Ayırıcı tanıda ranula, tiroglossal duktus kisti, kistik higroma, brankial yarık kisti, sublingual ve submandibular glandlarda taş veya enfeksiyon, ağız tabanında enfeksiyon veya selülit, benign tümörler (lipoma, fibroma, hemangioma, kistik lenfanjioma), malign tümörler ve submental bölgede normal yağ dokusu akılda tutulmalıdır. Klinik özellikler ve hastalığın seyri ayırıcı tanıda yardımcı olabilmekle beraber yapılacak olan ultrasonografi (USG) tetkiki ile de kitlenin kistik, solid veya vasküler orijinli olup olmadığı anlaşılabilir<sup>(8)</sup>.

Preoperatif dönemde yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG incelemeleri ile lezyonun yeri ve komşuluklarının belirlenmesi tanı ve cerrahi girişimin başarısı açısından önemlidir. Tomografi kesitlerinde dermoid kistler ince duvarlı, uniloküler, keskin sınırlı, kapsüllü bir kitle olarak karşımıza çıkarlar. Lezyon içinde yüzen yağ partikülleri nedeni ile karakteristik olarak mermer taşı görünümü oluşabilir<sup>(9)</sup>. MRG incelemelerinde dermoid kistler T1A serilerde yağ içeriğine bağlı olarak yüksek sinyal yoğunluğu gösterebilir, T2A serilerde de tipik olarak yüksek sinyal yoğunluğu gösterir. Kontrast madde ile kist duvarının kalınlığı belirlenebilir<sup>(4)</sup>. Bizim olgumuzda da kitlenin komşu yapılarla olan ilişkisi, T1A serilerde hiperintens, T2A serilerde ise hafif hiperintens, yağ baskılı serilerde baskılanmadığı ve belirgin kontrast madde tutmadığı gözlenmiştir.

Dermoid kistler benign oluşumlar olmasına rağmen, malign transformasyon nedeni ile skuamöz hücreli karsinomaya dönüşebileceğine dair yayınlar vardır<sup>(6)</sup>. Bunun muhtemelen kist etrafındaki skuamöz epiteldeki neoplastik değişiklikler nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Dermoid kistlerin tedavisinde sonradan gelişebilecek enfeksiyonu ve malign dejenerasyonu önlemek, patolojik tanı koymak ve kozmetik deformiteyi düzeltmek amacı ile cerrahi eksizyon seçilmelidir<sup>(1)</sup>.

Kitle milohiyoid kasın daima derinindedir. Dermoid kistlerin lokalizasyonunun geniohyoid kasla olan konumuna göre cerrahi teknik belirlenmektedir. Geniohyoid kasın yüzeyindeki dermoid kistlerde uygun cerrahi yaklaşım servikal yaklaşım iken aynı kasın derinindeki dermoid kistlerde ise intraoral yaklaşım tercih edilmektedir<sup>(2,6)</sup>. Servikal yaklaşımın, özellikle submental ve submandibular bölgeyi dolduran büyük kistlerde, komşu yapılara daha hakim olunabilmesi, kanama kontrolünün daha iyi yapılabilmesi ve intraoral kontaminasyonun önlenmesi gibi avantajları da vardır<sup>(2)</sup>.

Bizim olgumuzda da milohiyoid kasın altına yerleşmiş submandibuler bölgeyi dolduran, kısmen ağız tabanına ve kafa tabanına uzanım gösteren kistik kitle servikal yaklaşım ile başarılı bir şekilde eksize edildi.

Sonuç olarak ağız tabanında ağrısız, yumuşak şişlik şikayeti ile başvuran 20-30 yaşlarındaki hastalarda dermoid kist tanısı akla getirilmeli ve BT veya MRG tetkikleri ile tanı kesinleştirilmelidir. Sonrasında uygun cerrahi teknikle kitlenin eksizyonu yeterlidir.

**Geliş Tarihi** : 18.04.2007

**Yayına kabul tarihi** : 04.07.2007

**Yazışma adresi** :

Dr. Emre ERKİLET

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı  
55139 Kurupelit, SAMSUN

## KAYNAKLAR

1. Görür K, Talas DÜ, Özcan D. An unusual presentation of neck dermoid cyst. Eur Arch Otorhinolaryngol 2005; 262: 353-355.
2. Ülkü CH, Uyar Y, Arbağ H, ve ark. Ağız tabanında dermoid kist. Türk Otolarengoloji Arsivi 2002; 40(2): 137-141.
3. Tuz M, Dogru H, Uygur K, et al. Rapidly growing sublingual dermoid cyst throughout pregnancy. Am J Otolaryngol 2003; 24: 334-337.
4. Ege G, Akman H, Senvar A, ve ark. Sublingual dermoid kist. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2003; 9: 57-59.

5. Black EE, Leathers RD, Youngblood D. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Path* 1993; 75: 556-558.
6. Devine JC, Jones DC. Carcinomatous transformation of a sublingual dermoid cyst. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2000; 29: 126-127.
7. Young BK, Davies AS. A large dermoid cyst of the neck. Case report. *Australian Dental Journal* 1991; 36: 206-208.
8. Thomas MR, Nofal F, Cave APD. Dermoid cyst in the mouth: value of ultrasound. *J Laryngol Otol* 1990; 104: 141-142.
9. Lev S, Lev MH. Imaging of cystic lesions. *Radiol Clin North Am* 2000; 38: 1013-1027.