

Olgu Sunumu**Ağız Tabanı Dermoid Kisti: Olgu Sunumu****Dermoid Cyst of The Floor of The Mouth: Case Report****M. Emrah KINAL¹, Vehip BEYAZGÜN¹, Arzu TATLIPINAR¹, Nurver ÖZBAY²***1. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, Ataşehir, İstanbul**2. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ataşehir, İstanbul***ÖZET**

*Dermoid kistler; sıklıkla hayatın 2. ve 3. de-
katlarında tanı konulan gelişimsel kistik lezyonlar-
dır. Vücutun her yerinde görülebilmeye rağmen,
baş-boyun bölgesinde ve nadiren de ağız tabanında
yerleşebilirler. Klinikte çoğunlukla yavaş büyüyen,
ağrısız, asemptomatik kitleler olarak görülürler;
ancak disfaji, disfoni ve hatta dispneye sebep olabi-
leceği de bilinmelidir. Anatomik olarak genioid
ve milohyoid kaslarla olan ilişkisine göre sınıflan-
dırılabilir. Tedavi kistin intraoral veya ekstraoral
yaklaşım ile cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Prognoz
son derece iyidir ve cerrahi sonrası relaps insidan-
sı oldukça düşüktür. Biz bu olgu sunumunda, biri
ekstraoral yaklaşımla, diğeri intraoral yaklaşımla
çıkartılan iki dermoid kist vakasını ele alıyoruz.*

Anahtar Kelimeler: *dermoid kist, epidermoid kist,
ağız tabanı*

ABSTRACT

*Dermoid cysts are developmental cystic lesi-
ons that were commonly diagnosed in the second
and third decades of life. Although they can be seen
at all parts of the body, they can appear at head and
neck region and rarely in the floor of the mouth.
Clinically they usually present as slow growing,
painless, asymptomatic masses, but they also can
cause dysphagia, dysphonia and dyspnea. Anatomic-
ally they can be categorized as their relationship
with genioid and mylohyoid muscles. The treat-
ment is surgical excision of the cyst by intraoral
or extraoral approach. Prognosis is very good and
incidence of relapse is very low. In this case report,
we present two dermoid cyst cases: One of them is
excised by extraoral approach and another one is
excised by intraoral approach.*

Keywords: *dermoid cyst, epidermoid cyst, floor of
mouth*

GİRİŞ

Ağız tabanı dermoid ve epidermoid kist-
leri, disontogenetik kist olarak ifade edilen ve
nadir görülen gelişimsel kistik malformasyon-
lardır. Baş ve boyun bölgesindeki tüm kistlerin
%1.6 ile %6.9'unu oluşturur. Dermoid kistlerin
baş-boyun bölgesindeki genel yerleşim alanları
orbita ve intrakranial bölgedir. Oral kavite ta-
banında da nadiren görülebilir (1). Bu yönüyle
hem Kulak Burun Boğaz pratiği açısından, hem
de diş hekimleri açısından bilinmesi gereken
bir antitedir.

Bu olgu sunumunda, kliniğimize başvuran
biri ekstraoral, diğeri intraoral yaklaşımla çı-
kartılan iki dermoid kist vakası ele alınmıştır.

OLGU SUNUMU 1

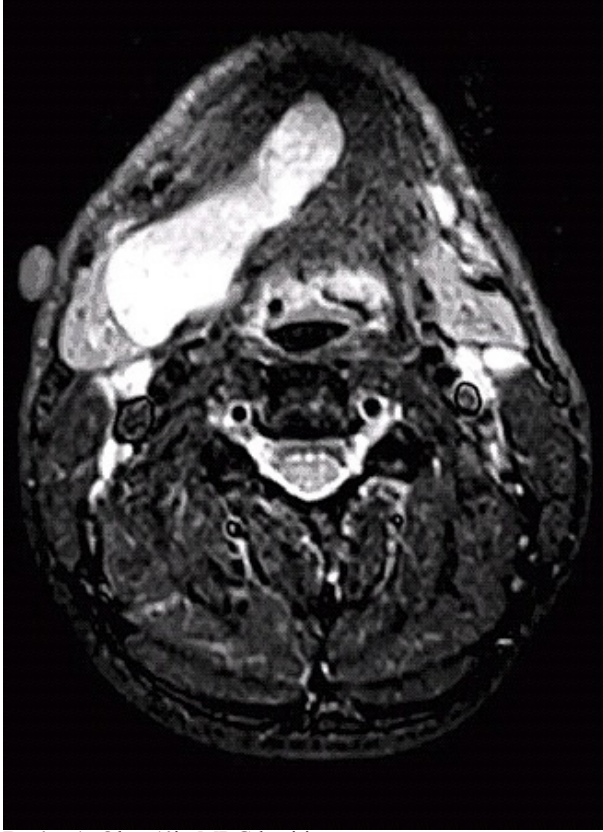
Otuz beş yaşında erkek hasta, boyunda şiş-
lik şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 1 yıldır şişka-
yetinin olduğunu belirten hasta, son 3 aydır kit-
lede büyüme olmadığını bildirdi. Yirmi paket/
yıl sigara öyküsü bulunan hastanın preoperatif
yapılan serolojik testlerinde HBsAg (+) olduğu
görüldü. Hastanın disfaji, disfoni veya dispne
şikayeti yoktu.

Hastanın yapılan baş boyun muayenesin-
de sağ submandibular bölgede yaklaşık 6x3cm
boyutlu, ciltte renk değişimi göstermeyen, pal-
pasyonla orta sertlikte olan, ağrısız kitle mev-
cuttu. Ağız tabanı sağ tarafına protrude olan
kitle, bimanuel palpasyonla sağ tonsil anterior
plikasının önüne kadar uzanmakta idi. Boyun-
da palpabl lenf nodu ele gelmezken, endosko-
pik muayenesinde nazofarinks ve larinks doğal
olarak görüldü.

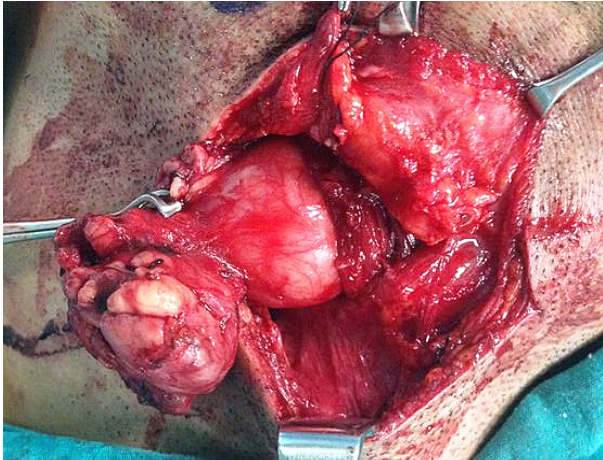
Yapılan ultrasonografisinde sağ subman-
dibular alanda median hatta uzanan 20x63mm
boyutlu, hiperekoik, vaskülarizasyonu olmayan
kitle için ön planda lipom düşünüldüğü bildiril-
di. İstenen boyun Magnetik Rezonans Görün-
tülleme (MRG) tetkikinde sağ submandibular
bölgede 29x42x72mm boyutlu, T1 ve T2'de
hiperintens yapıda, düzgün sınırlı yer kaplayıcı
lezyon gözlemlendi ve yoğun içerikli kistik patolo-
jiler (brankiyal kist?) düşünüldü (Resim 1).

İletişim Bilgileri:**Sorumlu Yazar:** Emrah Kinal**Adres:** Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
KBB Kliniği, Ataşehir, İstanbul**Tel:** +90 (216) 578 30 00**E-posta:** emrahkinal@hotmail.com**Makale Geliş:** 01.07.2015**Makale Kabul:** 30.11.2015

Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde ise, mayinin kist içeriği ile uyumlu olduğu belirtildi ve mikroskopide anükleer skuamöz hücreler görüldüğü bildirildi. Hastanın kistesinin cerrahi eksizyonuna karar verildi. Genel anestezi altında gerçekleştirilen operasyonda ekstraoral yaklaşımla kisteye ulaşıldı. Kitlenin submandibular glanda yapışık olduğu, glandı posterolaterale doğru ittiği ve glandın atrofik olduğu gözlemlendi (Resim 2). Bunun üzerine kitle submandibular glandla birlikte çıkartıldı. Komplikasyon gelişmedi. Çıkan materyal incelenmek üzere patolojiye gönderildi (Resim 3). Patolojik makroskopik değerlendirmede 7x4x3cm boyutlarda, dış yüzü düzgün kistik doku görüldü. Kesitlerde lümeninde kısmen katılaşmış sebace özelliğe materyal görülmekte olup, kistin duvar kalınlığı 1-2 mm olarak be-



Resim 1: Olgu 1'in MRG kesiti.



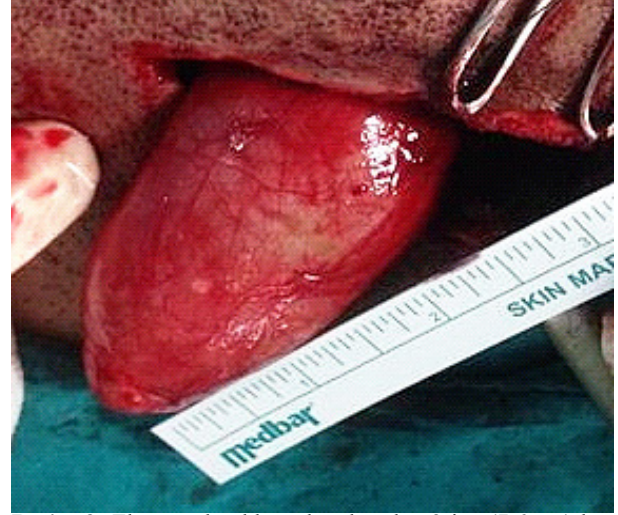
Resim 2: Kistik lezyon ve lezyona yapışık haldeki submandibular gland.

lirildi. Patolojik mikroskopik değerlendirmede ise, kistin lüminal yüzeyinde keratinize çok katlı yassı epitel izlendi. Kist duvarı ödemli fibröz doku görünümünde olup, burada yer yer abortif infundibuler epitel adacıkları, pilar tipinde kas lifleri ve sebaceöz bez yapıları gözlemlendi (Resim 4). Kistik kitle dermoid kist olarak değerlendirildi. Submandibular glandın patolojik incelemesi sonucunda ise, kronik sialoadenit bulguları gözlemlendi.

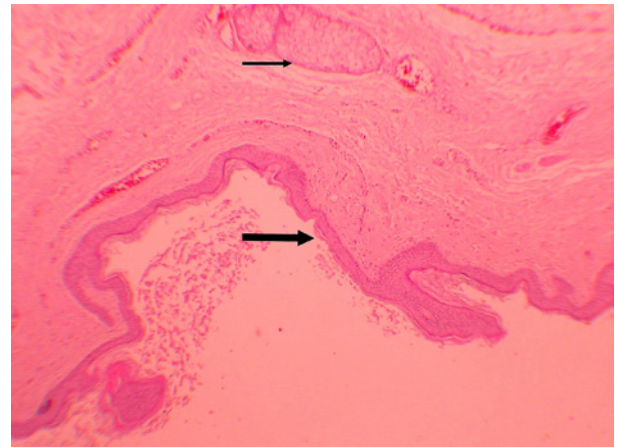
Hastanın operasyon sonrası yapılan 9 aylık takibinde şikayeti yoktu ve rekürrens gözlemlenmedi.

OLGU SUNUMU 2

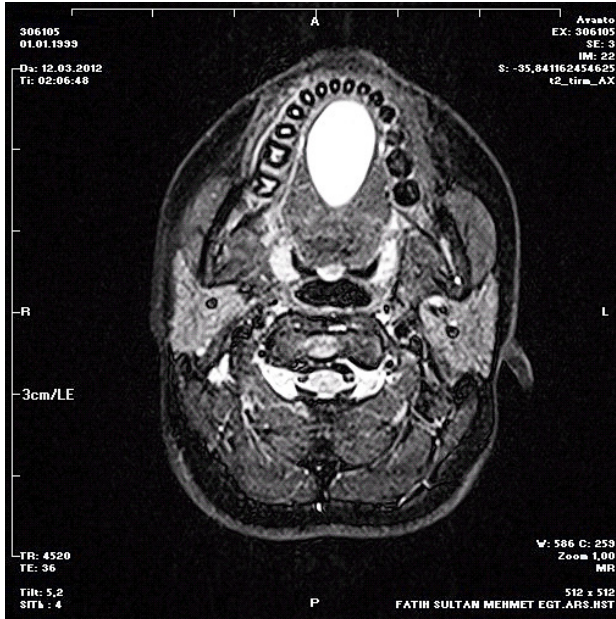
On üç yaşında bayan hasta, dil altında şişlik şikayeti ile başvurdu. İki yaşındayken ailesi tarafından dil altında şişlik olduğu fark edilen hastanın şişliği zamanla artmış. Özgeçmişinde özellik saptanmayan hastanın yapılan muayenesinde ağız tabanında orta hatta, yaklaşık 4cm çaplı, palpasyonla orta sertlikte, ağrısız, kistik görümlü kitle mevcuttu. Boyunda palpabl lenfadenopati yoktu.



Resim 3: Ekstraoral yaklaşımla çıkarılan 3 inç (7,6 cm) boyutlu kist.

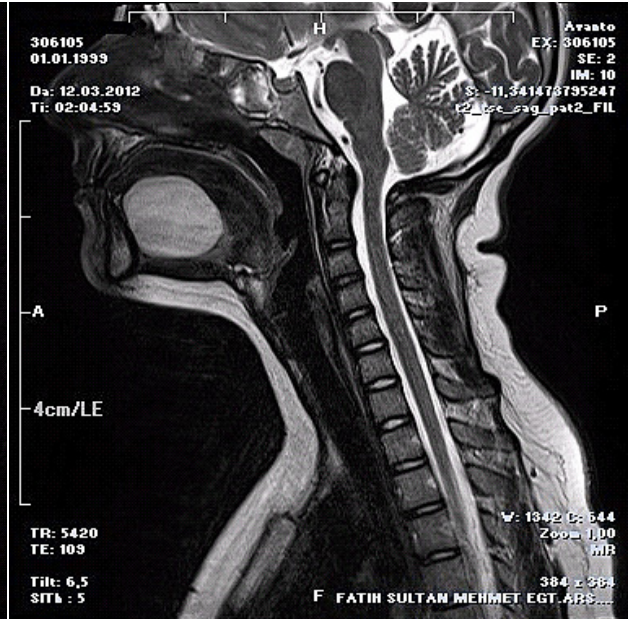


Resim 4: Lüminal yüzeyde keratinize çok katlı yassı epitel mevcut olup (kalın ok) duvarda sebaceöz bez izlenmektedir (ince ok) H&Ex40.



Resim 5.

Resim 5 ve 6; Olgu 2'nin MRG kesitleri.



Resim 6.

Endoskopik muayenede nazofarinks ve larinks doğal olarak gözlemlendi. Hastanın yapılan MRG'de ağız tabanında, median hatta, yaklaşık 24x38x34mm boyutlu, hafif derecede yoğun içerikli kistik lezyon gözlemlendi (Resim 5, 6). Kitlenin cerrahi eksizeyona karar verildi. Genel anestezi altında intraoral yaklaşımla kitleye ulaşıldı. Kitle künt diseksiyonla çevre dokulardan serbestleştirilerek kapsülüyle beraber çıkartıldı. Komplikasyon gelişmedi. Çıkan materyal incelenmek üzere patolojiye gönderildi.

Patolojik makroskopik incelemede 4cm çapındaki kistik lezyonun sebaceöz materyal içerdiği ve duvar kalınlığının 1mm olduğu gözlemlendi. Patolojik mikroskopik inceleme sonucunda lezyonun epidermoid kist olduğu anlaşıldı. Hastanın 2,5 yıllık takibinde şikayeti yoktu ve nüks gözlenmedi.

TARTIŞMA

Dermoid ve epidermoid kistler tüm oral kavite kistleri içinde %0,01'den daha az yer tutar. Ağız tabanı epidermoid kistleri oldukça nadir görülür. Hastaların çoğu 10-35 yaş arasındadır. Yapılan çalışmaların çoğunda cinsiyet farkı gözlenmemesine rağmen, kadınlarda daha sık olduğunu gösteren bazı çalışmalar da mevcuttur. Ağız tabanında daha sık yerleştiği bölgeler ise sublingual ve submandibular bölgelerdir. Oluşumuna yönelik 2 temel teori vardır: Birinci teori; in utero 3. ve 4. haftalarda birinci ve ikinci brankiyal arkların kaynaşması esnasında ektodermal dokuların tuzaklanması nedeniyle oluşabileceği yönündedir. İkinci teori ise; orta hat dermoid ve epidermoid kistlerinin ektodermal elementlerin baskın olduğu bir tiroglosal duktus kisti varyantı olabileceği yönündedir

(1). Ayrıca geçirilmiş travmalar, infeksiyonlar ve otonom yeni oluşum bu lezyonlarla yakından ilişkilendirilmektedir (2). Genellikle yavaş ve progresif büyüyen bu kitleler çoğu zaman asemptomatik olmakla birlikte, bu yavaş ve progresif büyüme zamanla disfajiye, disfoniye, hatta dispneye sebep olabilir. Konjenital olmasına rağmen, teşhis sıklıkla hayatın 2. ve 3. dekadlarında konulur. Milohyoid kas hizasında, üstünde veya altında lokalize; yavaş büyüyen, ağrısız, asemptomatik kitleler olarak görülürler. Üç histolojik varyantı mevcuttur; gerçek dermoid kist, epidermoid kist ve teratoid varyant.

Gerçek dermoid kist; keratinize epitelle çevrili kavitedir. Kist duvarı üzerinde kıl folikülü, ter ve yağ bezi, deri uzantıları gibi elementler içerir. Epidermoid kist; basit skuamöz epitelden oluşan duvarı olan ve ek yapılar içermeyen kisttir. Teratoid kist; duvarı basit skuamöz epitelden silyalı respiratuar epitele kadar değişebilen; ektoderm, mezoderm ve/veya endoderm deriveleri içerebilen kist türüdür. Ağız tabanı dermoid kistlerini anatomik sınıflandırmaya göre de üçe ayırmak mümkündür. Birincisi sublingual/median genioglosal kisttir ve geniogyoid kasın üstünde yerleşir. İkincisi median geniogyoid kistidir, geniogyoid-milohyoid arasında yerleşir.

Üçüncüsü ise lateral kistlerdir ve submaksiller alanda yerleşir. Görüldüğü gibi bu sınıflandırmaya kistin boyun kaslarıyla olan ilişkisine göre yapılmaktadır. Bizim olgularımızdan birincisi submaksiller alanda yerleşirken, ikincisi geniogyoid kas üzerinde yerleşmiştir. Dermoid kistler radyolojide tipik olarak ince duvarlı, uniloküler, keskin sınırlı ve duvar kontrastlanması

gösteren lezyonlardır. Bilgisayarlı Tomografide tipik olarak düşük dansiteli, iyi sınırlı, uniloküler kitleler olarak görülürler ve kistin duvarı genellikle kontrast sonrası boyanır (3). Tedavi kitlenin intraoral veya ekstraoral olarak çıkarılmasıdır. Milohyoid kasın superiorunda yerleşen lezyonlarda intraoral yaklaşım uygundur. Ekstraoral yaklaşım ise üç durumda uygulanır: Birincisi milohyoid kasın inferiorunda submandibular bölgede yerleşen lezyonlarda, ikincisi lezyonun intraoral yaklaşımla çıkarılamayacak kadar büyük olduğu durumlarda, üçüncüsü ise intraoral yaklaşımla çıkarılması durumunda hastanın solunum yoluna yayılması riskini taşıyan infeksiyöz altyapılı lezyonlarda (2).

Bizim olgularımızdan submaksiller bölgede yerleşen ekstraoral olarak çıkarılırken, geni-hyoid kas üzerinde yerleşmiş olanı intraoral yaklaşımla çıkarılmıştır. Prognoz son derece iyidir ve cerrahi sonrası nüks insidansı oldukça düşüktür. New ve Erich tarafından %5 oranında maligniteye dönüşüm bildirilmiştir. Ancak bu vakalardan hiçbiri ağız tabanında değildir ve tamamı teratoid varyanttan kaynaklanmaktadır. Bizim olgularımızın da takiplerinde nüks görülmemiştir.

Boyun orta hattına yakın ağız tabanında veya submaksiller bölge yerleşimli kitlelerde ayırıcı tanıda dermoid kistler ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken patolojilerdir.

KAYNAKLAR

1. F Tsirevelou P, Papamantinos M, Chlopsidis P, Zourou I, Skoulakis C. Epidermoid cyst of the floor of the mouth: two case reports. *Cases J* 2009; 2: 9360.
2. Vieira EM, Borges AH, Volpato LE, Porto AN, Carvalhosa AA, Botelho Gde A, Bandeca MC. Unusual dermoid cyst in oral cavity. *Case Rep Pathol.* 2014; 2014: 389752.
3. Ege G, Akman H, Şenvar A, Kuzucu K. Sublingual dermoid kist. *Tanısalsal ve Girişimsel Radyoloji* 2003; 9: 57-9.