



# Dev epidermoid kist: Olgu sunumu

## *Giant epidermoid cyst: a case report*

Adem Çakmak, Bayram Hakan Üreten, İbrahim Engin Çekin, Atila Güngör

*Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye*

### ÖZ

Epidermoid kistler ektoderm kaynaklı benign inklüzyon kistleri olup, baş-boyun bölgesinde çok nadir olarak karşımıza çıkarlar. Baş-boyun bölgesinde en çok submental bölgede yerleşikler. Genellikle yavaş büyüyen ağrısız kitle olarak kendilerini gösterir ve dev boyutlara ulaşabilirler. Submental bölgede yerleşik oldukça büyük boyutlara ulaşmış epidermoid kistler, hastaların çoğunda solunum, yutma ve konuşmada ciddi sorunlara neden olabilir. Yirmi üç yaşında erkek hasta çene altında ağrısız kitle yakınması ile kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Kitlenin yaklaşık bir yıldan beri var olduğu fakat son iki üç ayda hızla büyüdüğü öğrenildi. Hastanın yapılan kulak burun boğaz muayenesinde ağız içinde, dil altında her iki sublingual bölgeyi kaplayan, dili yukarı ve arkaya doğru iten, normal mukozaya ile örtülü, yaklaşık 7x5x4 cm boyutunda kitle tespit edildi. Kitle intraoral olarak orta hattın yapılan horizontal insizyon ile çıkartıldı. Kitle çevre dokulardan kapsülü ile birlikte kolaylıkla ayrıldı, hyoid kemik ve diğer dokulara yapışıklık yoktu. Ölü boşluğu azaltmak için dren konularak insizyon primer olarak kapatıldı. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon olmadı. Bu makalede submental bölgede yerleşik, oldukça büyük boyutlara ulaşmış epidermoid kist nedeniyle ameliyat edilen bir erkek olgu sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Epidermoid kist; submental bölge; cerrahi.

### ABSTRACT

Epidermoid cysts are benign inclusion cysts originated from ectoderm, that are rarely seen in the head and neck region. They are mostly located in the submental area of the head and neck region. Usually they manifest themselves as a slowly growing painless mass that can reach a giant size. When the epidermoid cysts located in the submental area reach a large size, they can cause serious problems in breathing, swallowing or speaking in many patients. A 23-year-old male patient was admitted to the otorhinolaryngology polyclinic with the complaint of a painless mass under the chin. We learned that the mass existed for about one year, but it grew quickly in the last two to three months. We detected a mass of 7x5x4 cm in the mouth, filling both of the sublingual area under the tongue, pushing the tongue up and backwards, covered with normal mucosa at the otorhinolaryngology examination. The mass was excised intraorally by horizontal incision at midline. It was easily removed from the surrounding tissues with its capsule, there was no adhesion to the hyoid bone or other tissues. Incision was primarily closed by placing drains to reduce the dead space. There was no complication in the postoperative period. In this article, we present a male case, who had an epidermoid cyst located in the submental area that reached quite a large size.

**Keywords:** Epidermoid cyst; submental region; surgery.

Teratomlar çocuklarda daha sıklıkla rastlanan germ hücreli gelişimsel patolojilerdir. Bunlar bir veya daha fazla embriyonik germ yapılarından köken alabilir ve dermoid kist, epidermoid kist ve teratoid kist olarak alt gruplara ayrılabilir.<sup>[1,2]</sup> Dermoid ve epidermoid kist ektoderm kaynaklı inklüzyon kistleri olup içerikleri farklıdır. Epidermoid kist yalnızca epitelyum tabakası içerirken, dermoid kist cilt ve eklentilerini, teratoid kist ise kırık-

dak, kemik doku hatta kas dokusu içerebilir.<sup>[3]</sup> Vücudun herhangi bir bölgesinde olabilecekleri gibi, en çok olgu (%80) over ve testis kaynaklı olarak rapor edilmiş olup, baş-boyun bölgesi kaynaklı olanların rapor edilme insidansı %1.6-6.9'dur. Oral kavite kistlerinin yaklaşık %0.01'den daha azını oluşturan çok nadir olgular olarak rapor edilmişlerdir.<sup>[4]</sup> Epidermoid kist, dermoid kisten çok daha az sıklıkta görülür ve en çok submental bölgede

Geliş tarihi: 06 Haziran 2016 Kabul tarihi: 05 Ağustos 2016

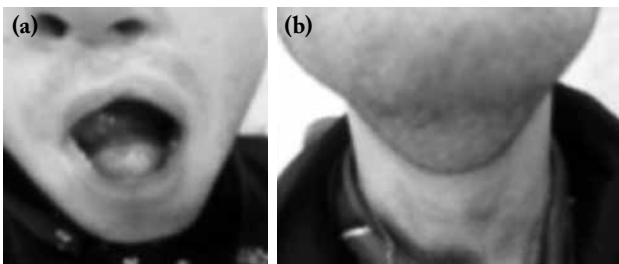
İletişim adresi: Dr. Adem Çakmak, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 34752 Ataşehir, İstanbul, Türkiye. Tel: 0216 - 578 30 00 e-posta: opdrademcakmak@gmail.com

© 2017 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı

yerleşiktir.<sup>[5]</sup> Genellikle yavaş büyüyen ağrısız kitle olarak karşımıza çıkarlar ve dev denilebilecek boyutlara ulaşabilirler. Bu durumda solunum, yutma ve konuşmada ciddi sorunlara neden olabilirler. Ağız tabanı orta hat kistlerinin etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış ise de disontogenetik, travmatik ya da tiroglossal anomalilere bağlı olabilirler.<sup>[4-6]</sup> Bu makalede intraoral yoldan total olarak eksize edilen ağız tabanında yerleşik epidermoid kist olgusu sunuldu.

### OLGU SUNUMU

Yirmi üç yaşında erkek hasta, zamanla büyüyen ve son bir yıldır daha belirgin olarak hissettiği çene altı ve ağız tabanında şişlik şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Baş boyun muayenesinde submental bölgede palpasyonla ağrısız, düzgün yüzeyle, normal görünümde cilt ile örtülü, yumuşak kıvamlı, ağız içi muayenesinde sublingual alanda da dolgunluk yapan yaklaşık 7x5x4 cm boyutlarında kitle izlendi (Şekil 1). Hastanın videolaren-goskopi ve nazofarengoskopi ile birlikte yapılan kulak burun boğaz muayenesi doğaldı. Vital bulguları stabil idi ve diğer sistem muayenelerinde kayda değer patoloji saptanmadı. Öz geçmişinde 1994 yılında yarık dudak damak ameliyatı olduğu öğrenildi. Hastanın başvuru esnasında çekilmiş manyetik rezonans görüntü incelemesinde; ağız tabanında orta hatta yerleşimli, dili yukarıya, mylohiyoid kasları aşağıya iten, T<sub>1</sub>A serilerde hipointens, T<sub>2</sub>A serilerde hiperintens olarak izlenen, içerisinde ara intensitede nodüler komponenti bulunan, kontrast madde sonrası belirgin kontrast tutulumu göstermeyen, düzgün ve keskin sınırlı kum saati konfigürasyonunda kistik lezyon izlendi (Şekil 2). Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı. Hasta plunging ranula, kistik higroma, tiroglossal kist, dermoid/epidermoid kist ön tanılarıyla nazotrakeal entübasyon eşliğinde genel anestezi altında ameliyata alındı. Ağız tabanında yaklaşık 3 cm vertikal insizyon yapılarak yumuşak kıvamlı, kirli sarı renkli, düzgün yüzeyle, peynirimsi içeriği olan yaklaşık 7x5x4 cm boyutlarındaki kist kapsülüyle birlikte total çıkarıldı (Şekil 3). Cerrahi saha bolca serum fizyolojik ile yıkandı ve penröz dren konuldu. Komplikasyonsuz ameliyat sonrası dönemi

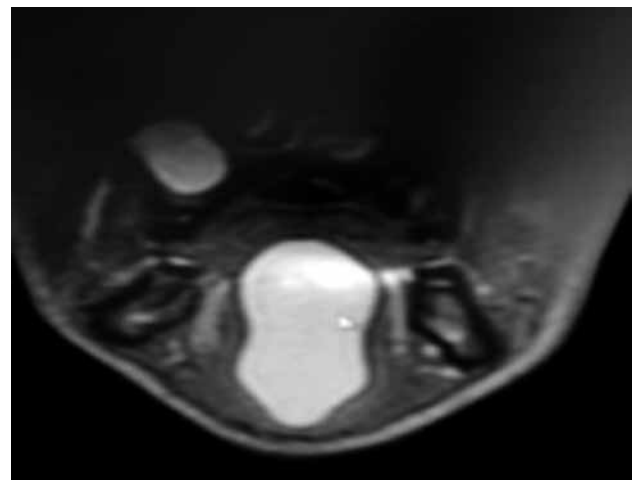


Şekil 1. (a) Ağız tabanında ve (b) çene altında kitle.

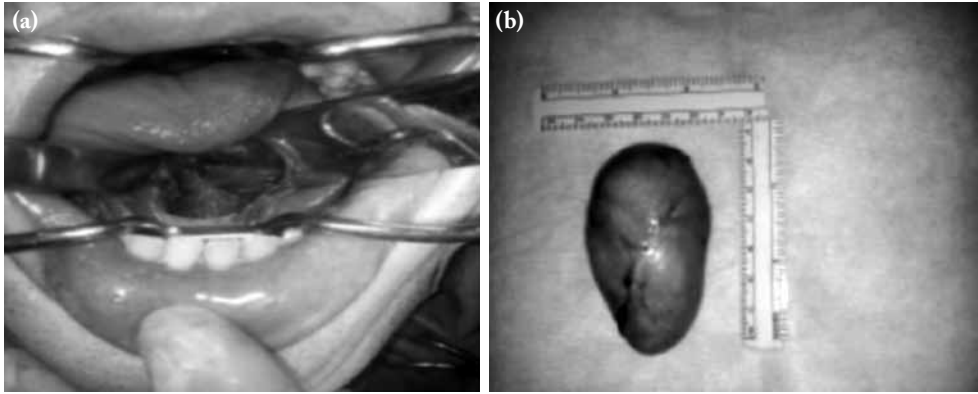
takiben patoloji sonucu epidermoid kist olarak bildirildi. Ameliyat sonrası birinci yılında yapılan muayenesinde nüks bulgusuna rastlanmadı.

### TARTIŞMA

Epidermoid kistler doğuştan veya edinsel olarak sınıflandırılabilirlerse de histolojik veya klinik olarak her iki durumla alakalı bir fark gözlenemez. Etyopatogeneze birçok teori ortaya atılmıştır. Disontogenetik olarak, intrauterin üçüncü ve dördüncü haftalarda birinci (mandibüler) ve ikinci (hyoid) brankial ark kaynaklı ektodermin orta hatta birleşmemesinden kaynaklandığı öne sürülen bir teoridir.<sup>[7]</sup> Bu konudaki başka görüş her iki mandibüler arka ağız tabanı ve dili oluşturan tuberculum imparın orta hatta füzyon problemidir.<sup>[6]</sup> Travmatik olduğu düşünülen teoride intrauterin dönemde implantasyonla veya daha sonraki dönemde post-travmatik olarak epitel hücreler daha derin dokulara ekilmektedir.<sup>[7]</sup> Yine bu teoride, sebace bezlerin kanallarının tıkanıklığından kaynaklanabileceği de düşünülmüştür.<sup>[6]</sup> Bu kistlerin tiroglossal duktus kistinin değişik bir varyantı olduğunu bildiren yazarlarda vardır.<sup>[7,8]</sup> Klinik olarak bütün yaşlarda görülebilirlerse de daha çok 15-35 yaş aralığında karşımıza çıkarlar. Cinsiyet baskınlığı bildirilmemiştir.<sup>[6]</sup> Bizim hastamız literatürle uyumlu olarak 23 yaşında bir kadın hasta idi. Her ne kadar orta hatta ağız tabanı en çok görüldükleri yer ise de yanak mukozasında, dilde, uvulada, temporomandibüler eklem bölgesinde, intradiploic, intrakraniyal, mandibula ve maksillada intrasosseöz yerleşimli lezyonlar literatürde bildirilmiştir.<sup>[4,6]</sup> Hastamızda olduğu gibi, çoğunlukla yavaş büyüyen, ağrısız, yumuşak kıvamda, düzgün yüzeyle, mobil, belirgin bir kapsülü olan, lenfadenopatinin eşlik etmediği ve enfeksiyon bulgusu olmayan çene altında yerleşik orta hat kitleleri olarak karşımıza çıkarlar. Hastamızda ve hastaların çoğunda ağız içi muayenede ağız tabanında da şişlik



Şekil 2. Kitlenin bilgisayarlı tomografi görünümü.



**Şekil 3.** (a) Ameliyat sırası ve (b) kitlenin çıkarıldıktan sonraki görünümü.

vardır ve kitle üzerindeki cilt dokusuna yapışık değildir. Literatürde, yutkunmakla ve dil hareketleri ile belirgin hareketi olan ve hyoid kemikle yakın ilişkili olgular bildirilmiş olmasına rağmen, hastamızda da olduğu gibi olağan olan, hyoid kemik ve dille direkt bir bağlantısı olmadığı için dili öne doğru çekmekle bu kistler hareket etmez.<sup>[5]</sup> Genelde epidermoid veya dermoid kistlere eşlik eden bir fistül ya da fistül ağzı yoktur.<sup>[1]</sup> Literatürde bildirilen olguların birçoğu kist boyutu 5 cm'den büyük olmayan olgulardır. Bizim hastamızdaki kistin boyutu ise yaklaşık 7x5x4 cm idi ve literatür bilgimize göre submental epidermoid kist olguları içinde en büyük boyutta olanlardan biriydi.<sup>[9]</sup> Hastalar kistin boyutuna bağlı olmakla birlikte çene altında şişlik ve dilin itilmesine bağlı olarak disfaji, disfoni ve dispne şikayetleri ile kliniğe başvurabilirler. Bizim hastamız ise ilginç olarak bu boyutta kitleye rağmen yutkunurken ve nefes alırken herhangi bir zorlanma tanımlamıyordu. Ayırıcı tanıda, ranula, Wharton kanalının tek taraflı veya iki taraflı blokajı, lipom, tiroglossal duktus kisti, kistik higroma, brankial yarı kistleri, ağız tabanının selülit veya akut enfeksiyonu, tükürük bezi enfeksiyonları akla gelebilir.<sup>[5,7]</sup> Epidermoid kistlerin tedavisi cerrahidir. Bu konuda intraoral ve ekstraoral yaklaşımlar tanımlanmış ise de belirleyici olan kitlenin boyutu ve yerleşim yeridir. Kistlerin çoğu sublingual bölgede milohyoid kasın üzerinde ve nispeten küçük boyutta olduğu için intraoral yolla çıkarılabilir.<sup>[5,7]</sup> 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.<sup>[9]</sup> Bizim hastamızda olduğu gibi büyük kistlerin çıkarılmasında intraoral yolun tercih edilmesi, çevre dokulara daha az zarar verilmesini, daha iyi kanama kontrolünü, cerrahi alanın daha çabuk iyileşmesini ve kistin rüptüre edilmeden çıkarılmasını sağlar. Literatürde kist içeriğinin fibrovasküler doku için irritan olduğu ve cerrahi sonrası dönemde enflamasyona neden olabileceği

bildirilmiştir.<sup>[3,4]</sup> Bizim olgumuzda kist rüptüre olmadı bundan dolayı ameliyat sonrası dönemde enflamasyona rastlanmadı. Hastamızda olduğu gibi büyük boyuttaki kist olgularını intraoral yaklaşımla çıkarırken, sublingual alandan kistin diseksiyonunda kolaylık sağlaması için kontrollü olarak kist içeriğinin bir miktar aspirasyonunu öneren yazarlar da mevcuttur.<sup>[10]</sup> Tam olarak eksizyondan sonra nüks çok nadirdir.<sup>[4,7]</sup> Oral kistlerle alakalı olarak malign dönüşüm bildirilmemiş ise de dermoid kistlerin %5 oranında skuamöz hücreli karsinoma malign dönüşüm gösterdiği bildirilmiştir.<sup>[5]</sup>

Sonuç olarak, ağız tabanı epidermoid kistleri klinik uygulamada çok nadir olarak karşımıza çıkan ve verdiği rahatsızlıktan dolayı kist boyutu 5 cm'den daha büyük olmayan olgulardır. Literatür bilgimize göre hastamız büyük boyutta ağız tabanı epidermoid kist olgusu olup, kitlenin boyutuna rağmen ilginç olarak boynunda ve ağız tabanında şişlik dışında yakınması yoktu. Boyutundan dolayı kistin intraoral yaklaşımla total olarak çıkarılması tercih edildi ve ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon veya nüks ile karşılaşılması.

#### Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

#### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

#### 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;5:1452-3.

2. İlhan H. Yenidoğanda Teratom. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics* 2008; 1:78-83.
3. Bhandary SK, Bhat V, Shenoy MS. Sublingual epidermoid cyst-a case report. *Health* 2010;2:613-14.
4. De Ponte FS, Brunelli A, Marchetti E, Bottini DJ. Sublingual epidermoid cyst. *J Craniofac Surg* 2002;13:308-10.
5. Jha AK, Sahoo NK. An unusual case of submental epidermoid cyst in a ten years old child: A case report. *IJCRI* 2011;2:10-3.
6. Kandogan T, Koç M, Vardar E, Selek E, Sezgin O. Sublingual epidermoid cyst: a case report. *J Med Case Rep* 2007;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;3:156-62.
8. deMello DE, Lima JA, Liapis H. Midline cervical cysts in children. Thyroglossal anomalies. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;113:418-20.
9. Lyngdoh TS, Konsam R, Venkatesh MA, Aggarwal S. Giant sublingual epidermoid cyst - An unusual case report. *Indian J Surg* 2010;72:318-20.
10. Bitar MA, Kumar S. Plunging congenital epidermoid cyst of the oral cavity. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260:223-5.