

# Boyunda Dev Epidermoid Kist: Olgu Sunumu

## Giant Epidermoid Cyst in the Neck: Case Report

\*Dr. Leyla KANSU, \*Dr. M. Cem ÖZBEK, \*\*Dr. Hampar AKKAYA\*\*

\* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi AD,  
\*\* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Ankara

### ÖZET

Epidermoid kistler derinin en sık rastlanan kistleridir. Baş-boyun bölgesinde %1,6-6,9 oranında görülürler. Genel olarak küçük boyutlu kistlerdir. Nadiren 5 cm çapın üzerinde büyüklüğe erişirler. Enfekte olmadıkça veya çok büyüyüp çevre dokulara baskı yapmadıkça asemptomatik kitlelerdir. Etiolojisi hakkında öne sürülen birkaç teori olmakla birlikte en sık kabul edilen görüş; intrauterin hayatın üçüncü ve dördüncü haftalarında, birinci ve ikinci brankiyal arkusların orta hatta kapanması sırasında, etrafı sarılan epitelyal doku artıklarından oluştuğudur. Tanısında ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yardımcıdır. Tedavisinde kist total olarak çıkarılmalıdır. Bu çalışmada, 31 yaşında, boyun orta hattan başlayıp ağız tabanına doğru büyüyen 6,7 cm çaplı epidermoid kist olgusu sunulmuş ve dermoid kistlerin klinik semptomları, ayırıcı tanısı, tanıda yardımcı olacak görüntüleme yöntemleri ve tedavisi tartışılmıştır.

#### *Anahtar Sözcükler*

*Epidermoid kist, boyun*

### ABSTRACT

Epidermoid cysts are the most common cysts of the skin. They occur in the head and neck with an incidence ranging from 1.6% to 6.9%. These are generally small sized cysts. The cysts rarely reach a size of bigger than 5 cm in diameter. An epidermoid cyst is usually asymptomatic unless it becomes infected or has enlarged enough to produce pressure effects on surrounding structures. There are several theories in order to explain the pathophysiology of the epidermoid cysts. The commonly accepted one is that; they originate from the median pluripotent tissue incarcerated during the fusion of the first and second branchial arch in the third and fourth week intrauterine life. Ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging may be used in the preoperative diagnostic work up. Definitive treatment is the total excision of the cyst. In this article, a case of 31 year-old male patient with a 6.7 cm diameter epidermoid cyst which extends from midline of neck to the floor of mouth was presented; and also the clinical symptoms, the differential diagnosis, the imaging techniques useful for diagnosis, and treatment options of dermoid cysts were discussed.

#### *Keywords*

*Epidermoid cyst, neck*

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **12.04.2012**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **15.01.2013**

≈

Yazışma Adresi

**Dr. Leyla KANSU**

Başkent Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi,

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi AD,

Antalya

e-posta: leylakansu@hotmail.com

## GİRİŞ

**D**ermoid kistler çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik malformasyonlardır. Histolojik olarak dermoid, epidermoid ve teratoid kistler olarak sınıflandırılırlar. Kist sadece çok katlı yassı epitel ile döşeli ve deri ekleri içermiyorsa epidermoid kist denir. Saç follikülü, kıl ve yağ dokusu gibi deri ekleri içerirse dermoid kist; kas, kemik dokusu, solunum ve gastrointestinal mukoza gibi her üç germ yaprağını da içerirse teratoid kistler olarak adlandırılırlar.<sup>1,2</sup>

Etiyolojisi hakkında öne sürülen birkaç teori olmakla birlikte en sık kabul edilen görüş; intrauterin hayatın üçüncü ve dördüncü haftalarında, birinci ve ikinci brankial arkusların orta hatta kapanması sırasında etrafı saran epitelyal doku artıklarından oluştuğudur.<sup>1,3</sup>

Epidermoid kistler derinin en sık rastlanan kistleridir. Baş-boyun bölgesinde görülen tüm kistlerin %1.6-6.9'unu oluştururlar. Genellikle orbita, ağız ve nazal kavitede bulunurlar.<sup>3-5</sup> Çoğunlukla küçük boyutlu kistlerdir. Nadiren 5 cm çapın üzerinde büyüklüğe erişirler.<sup>6</sup>

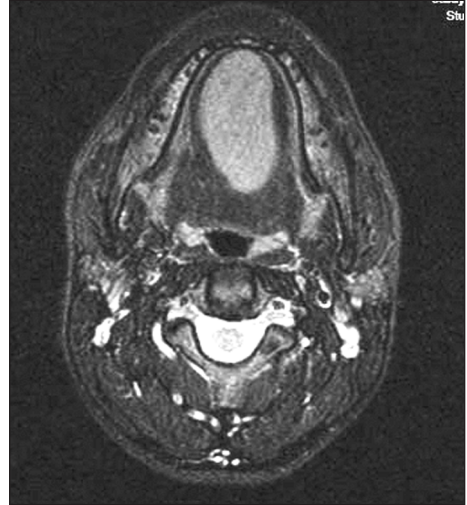
Bu çalışmada, 31 yaşında, boyun orta hattan başlayıp ağız tabanına doğru büyüyen 6.7 cm çaplı epidermoid kist olgusu sunulmuş ve dermoid kistlerin klinik semptomları, ayırıcı tanısı, tanıda yardımcı olacak görüntüleme yöntemleri ve tedavisi tartışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

31 yaşında erkek hasta çene altında ağrısız kitle şikayeti ile kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Kitlenin yaklaşık 2 yıldan beri varolduğu fakat son 2-3 ayda hızla büyüdüğü öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Nefes darlığı ve yutma güçlüğü şikayetleri tariflemiyordu. Hastanın yapılan kulak burun boğaz muayenesinde ağız içinde, dil altında her iki sublingual bölgeyi kaplayan, dili yukarı ve arkaya doğru iten, normal mukoza ile örtülü, yaklaşık 3x2 cm boyutunda kitle tespit edildi. Hipofarenks ve larenks muayenesi normaldi. Boyun muayenesinde çene altında orta hatta, hyoid kemik superior yerleşimli, yaklaşık 6x5 cm boyutlarında kistik kıvamı, yumuşak, hafif hareketli, düzgün yüzeyli ve ağrısız kitle palpe edildi. Kitle yutma ve dilin dışarı çıkartılması ile hareketli değildi. Boyunda palpabl lenf nodu yoktu. Rutin biyokimya testleri normaldi. Kitlenin görüntülenerek çıkarılması planlandı Hastadan "bilgilendirilmiş olur" alındı.

Hastaya yapılan boyun ultrasonografisinde (USG), submental bölgede 62x50x36 mm boyutlarında düzgün sınırlı, homojen, çevre yumuşak dokuya göre izoekojen kistik oluşum tespit edildi. Çevre dokular ile ilişkisini değerlendirmek için boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. MRG'de boyun orta hatta yerleşimli, dili süperiora doğru deplase eden, lobüle konturlu, ince duvarlı, intravenöz kontrast madde sonrasında duvarı minimal kontrast madde tutulumu gösteren, kendisi T1A serilerde hiperdens, T2A serilerde yine hiperdens olarak izlenen yoğun içerikli kiste ait olduğu düşünülen 67x50x37 mm boyutlarında kistik lezyon saptandı (Resim 1,2).

Kitle genel anestezi altında submental bölge, orta hattan yapılan horizontal insizyon ile çıkartıldı. Kist çevre dokulardan kapsül ile birlikte kolaylıkla ayrıldı,



Resim 1. Kistin operasyon öncesi aksiyel düzlemde MR görüntüsü.



Resim 2. Kistin operasyon öncesi sagittal düzlemde MR görüntüsü.

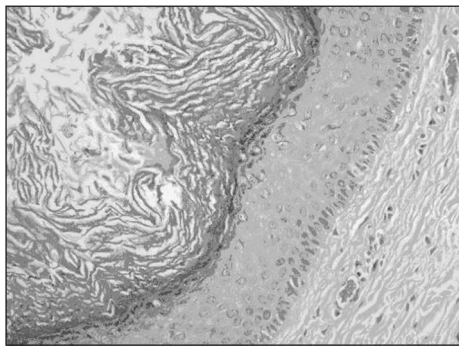
hyoid kemik ve diğer dokulara yapışıklık yoktu. Eksizyon sırasında kist kapsülünün rüptüre olması sonucu sarı renkli, koyu kıvamlı bir madde boşaldı. Ölü boşluğu azaltmak için dren konularak insizyon primer olarak kapatıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon olmadı.

Eksize edilen materyalin yapılan histopatolojik incelemesinde, lümen içinde keratinöz materyal içeren, keratinize çok katlı skuamöz epitel ile döşeli, granüler tabakası belirgin olarak seçilen benign kistik oluşum (epidermoid kist) olduğu rapor edildi (Resim 3). Postoperatif dönemde, yapılan bir yıllık takipte herhangi bir nüks bulgusuna rastlanmadı.

## TARTIŞMA

Epidermoid kistler, en sık hayatın ikinci ve üçüncü on yılında rastlanır ve her iki cinste eşit olarak görülürler. Konjenital ve akkiz olabilirler. Her iki formunda da klinik ve histolojik açıdan fark yoktur. Konjenital kistlerin birinci ve ikinci brankial arkusların orta hatta kapanması sırasında etrafı sarılan epitelyal doku artıklarından oluştuğu düşünülmektedir. Akkiz epidermoid kistlerin oluşumu ise posttravmatik veya iyatrojeniktir.<sup>7</sup>

Epidermoid kistler klinik olarak yavaş büyüyen ve uzun süre bulgu vermeyen ağrısız kitlelerdir. Enfekte olurlarsa hızla büyürler ve ağrılı olurlar. Genellikle birkaç milimetre veya birkaç santimetre büyüklükte olurlar. Nadiren 5 cm boyutun üzerine çıkarlar. Çünkü genellikle ya kozmetik nedenle çıkartılırlar ya da rüptüre olurlar. Çok büyük epidermoid kistler, çevre dokulara bası yaparak semptom verebilirler.<sup>6,8</sup> Bizim hastamızda da boyun epidermoid kisti 6.7 cm boyutunda idi ancak etraf dokulara bası semptomu yoktu.



**Resim 3.** Keratinize çok katlı skuamöz epitel ile döşeli, granüler tabakası belirgin olarak seçilen kistik oluşum (H-E x200).

Epidermeoid kistler boyunda sıklıkla orta hatta yerleşirler. Milohyoid kasın altında ve üstünde bulunmalarına göre semptomlar farklı olabilir. Kasın üzerinde yerleşenlerde sublingual bölgede şişlik olurken, kasın altında yerleşenlerde submental bölgede kitle şikayeti ile gelirler.<sup>4,9</sup> Sublingual yerleşimli kistler çok büyürse konuşma, çiğneme, yutma ve hatta solunum güçlüğüne neden olabilirler.<sup>10</sup> Kitle çok fazla büyürse hem submental hem de sublingual bölgede şişlik şikayeti ile ortaya çıkabilirler.<sup>9</sup> Bizim hastamızda kitle çok büyük olduğundan sadece boyunda değil dil altında da görülebiliyordu.

Boyun epidermoid kistlerinin ayırıcı tanısında tiroglossal kist, dermoid kist, inklüzyon kistleri, brankiyal kistler, submandibuler ve sublingual bez enfeksiyonları, pleomorfik adenom, kistik higroma, lenfoepitelyal kist, lipom, nörofibrom, hemanjiom ve lenfanjiom düşünülmelidir.<sup>2,3</sup>

Boyun kitlelerinin değerlendirilmesinde, USG, bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG tanıya yardımcı görüntüleme yöntemleridir. Ultrasonografi hızlı, ucuz ve ağrısız bir yöntem olduğundan sıklıkla ilk tercih edilir. USG ile kistik, solid veya vasküler ayırımı yapılırken kitlenin sınırları ve çevre dokular ile ilişkisi değerlendirilebilir.<sup>10,11</sup> BT ve MRG ile lezyonun kesin lokalizasyonu, çevre dokular ile ilişkisi ortaya koyulurken; büyük kistlerde kitlenin çıkarılması açısından yol gösterici olabilirler.<sup>10</sup>

Boyun epidermoid kistlerin tedavisi kistlerin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Cerrahi yaklaşım kistin lokalizasyonu ve büyüklüğüne göre değişir.<sup>10</sup> Boyun epidermoid kistleri eksternal insizyonla çıkarılabileceği gibi büyük kistler hem intaroral hem de eksternal yaklaşımla eksize edilebilirler. Çıkarılamayacak kadar büyük olan kistlerde kist içeriği boşaltılıp hacmi küçültülerek daha kolay diseke edilebilir.<sup>5</sup> Çok büyük kistlerde marsupiyalizasyon diğer bir tedavi seçeneği olabilir.<sup>4</sup>

Bu kistlerin prognozu oldukça iyidir. Eğer total olarak çıkartılırlarsa nüks ve maliniteye dönüşüm olasılığı oldukça düşüktür.<sup>4,10</sup>

Sonuç olarak; epidermoid kistler boyunda nadir yerleşen orta hat lezyonlarıdır. Diğer boyun kitlelerinden ayırımında operasyon öncesi yapılan görüntüleme yöntemleri yardımcı olsa da kesin tanı histopatolojik olarak konur. Tedavisinde cerrahi olarak doğru yaklaşım ve uygun teknik ile çıkartılırlarsa rekürrens olasılığı hemen hemen yoktur.

---

**KAYNAKLAR**

---

1. Behl A, Raghavan D, Pandey SS, Mani H. Giant epidermoid cyst of the floor of mouth. *MJAFI* 2001;57(3):247-9.
2. Kandogan T, Koc M, Vardar E, Selek E, Sezgin O. Sublingual epidermoid cyst: a case report. *J Med Case Reports* 2007;17(1):1-4.
3. Ege G, Akman H, Şenvar A, Kuzucu K. Sublingual epidermoid kist. *Turk J Diagn Invervent Radiol* 2003;9(1):57-9.
4. Jham BC, Duraes GV, Jham AC, Santos CR. Epidermoid cyst of the floor of the mouth: a case report. *J Can Dent Assoc* 2007;73(6):525-8.
5. de Ponte FS, Brunelli A, Marchetti E, Bottini DJ. Sublingual epidermoid cyst. *J Craniofac Surg* 2002;13(2):308-10.
6. Kang SG, Kim CH, Cho HK, Park MY, Lee YJ, Cho MK. Two cases of giant epidermal cyst occurring in the neck. *Ann Dermatol* 2011;23(1): S135-138.
7. Yilmaz I, Yilmazer C, Yavuz H, Bal N, Ozluoglu LN. Giant sublingual epidermoid cyst: a report of two cases *J Laryngol Otol* 2006;120(3):E19.
8. Kim C, Park MC, Seo SJ, Yoo YM, Jang YJ, Lee JJ. Giant epidermoid cyst of the posterior neck. *J Craniofac Surg* 2011;22(3):1142-4.
9. Papadogeorgakis N, Kalfarentzos EF, Vouurlakou C, Alexandridis C. Surgical management of a large median dermoid cyst of the neck causing airway obstruction. a case report. *Oral Maxillofac surg* 2009;13(3):181-4.
10. Lima SM, Chrcanovic BR, de Paula AMB, Freire-Maia B, Souza LN. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *ScientificWorldJournal* 2003;24(3):156-62.
11. Kutuya N. A case of dermoid cyst of the floor of the mouth: ultrasonography was more useful than computed tomography and magnetic resonance imaging in the preoperative diagnosis. *J Med Ultrasonics* 2009;36(1):27-31.