

NAZAL DERMOİD SİNÜS KİSTİ: OLGU SUNUMU

Ömer BUŞEM, Ahmet KARACALAR

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı, Bursa

ÖZET

Orta hat nazal dermoid sinüs kistleri, embriyolojik gelişim bozukluğuna bağlı nadir görülen konjenital lezyonlardır. Bu durumun erken tanı ve tedavisindeki başarısızlık, kistin progresif genişlemesi, iskelet deformasyonu, kist rüptürü, tekrarlayıcı enfeksiyonlar ve havayolu tıkanıklığı ile intrakraniyal uzantısı olması halinde menenjit veya beyin apsesine yol açabilecek primer veya tekrarlayan enfeksiyonlara neden olabilir. Nazal dermoid sinüs kistlerinin patojenezinin anlaşılması, plastik cerraha tanı kararını vermede, tedavi planını oluşturmada ve potansiyel morbiditeyi anlamakta yardımcı olur. Bu makalede nazal dermoid sinüs kistinde embriyopatenez, preoperatif değerlendirme, ayırıcı tanı ve açık rinoplastinin rolü ile ilgili mevcut literatür gözden geçirilmekte ve 22 yaşında nazal dermoid sinüs kisti olan kadın olguda kitlenin açık rinoplasti ile ekstirpasyonunu takiben rekonstrüksiyonu ve cerrahi sonuçları sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nazal dermoid sinüs kisti, açık rinoplasti

SUMMARY

Nasal dermoid sinus cyst : a case report

Midline nasal dermoid sinus cysts are rare congenital lesions that result from faulty embryological development. Failure to recognize and treat this condition promptly may result in progressive enlargement of the cyst, skeletal deformation, cyst rupture, recurrent infections, airway obstructions or primer or recurrent infection which may lead to meningitis or brain abscess in the presence of intracranial extension. Understanding the nasal dermoid pathogenesis helps the physician determining the diagnosis, formulating a treatment plan and understanding the potential morbidity. This report reviews the existing literature about embryopathogenesis, preoperative evaluation, differential diagnosis and the role of open rhinoplasty in nasal dermoid sinus cysts and presents the case of 22-year-old female with nasal dermoid sinus cyst reconstructed following extirpation of the cyst with open rhinoplasty and its surgical results.

Key Words : Nasal dermoid sinus cyst, open rhinoplasty

Konjenital orta hat kitleleri her 20.000-40.000 canlı doğumda bir görülen nadir lezyonlardır^{1,2}. Bu lezyonların en sık görüleni, vücuttaki tüm dermoidlerin %1-3'ünü^{2,5}, baş ve boyundaki dermoidlerin %3-12'sini^{6,7}, oluşturan orta hat nazal dermoid sinüs kistleridir (NDSK). Çoğu lezyon doğumdan sonraki ilk 3 yılda teşhis edilir ancak sunduğumuz olgudaki gibi yıllarca NDSK'yi tanısı konulmadan veya tedavi edilmeden devam eden olgular da görülmektedir^{8,9}. Cinsiyetler arasında eşit sıklıkta görülür⁵. Ailesel oluşum bildirilmekle birlikte çoğu kist sporadik olarak meydana gelir^{5,10-12}. Wardinsky¹³ NDSK'yi olan hastaların %41'inde konjenital anomaliler olduğunu bildirmişse de birliktelik gösteren konjenital anomalilerin sık olmadığı düşünülmektedir^{3,12,14-19}.

Orta hat nazal dermoid sinüs kistleri embriyolojik gelişim bozukluğuna bağlı nadir görülen konjenital lezyonlardır¹⁻⁴. Kist, sinüs veya fistül şeklinde olma potansiyelleri, daha derindeki komşu yapıları içine almaları ve intrakraniyal uzantı potansiyelleri ile diğer fasial dermoidlerden ayrılırlar⁵. Teşhis ve tedavideki başarısızlık, kistin progresif genişlemesi, rüptürü,

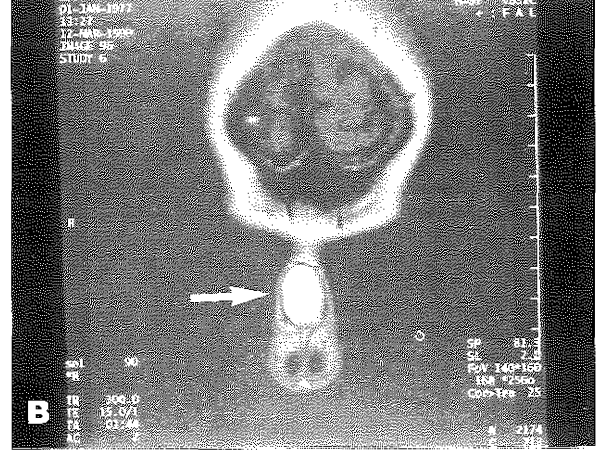
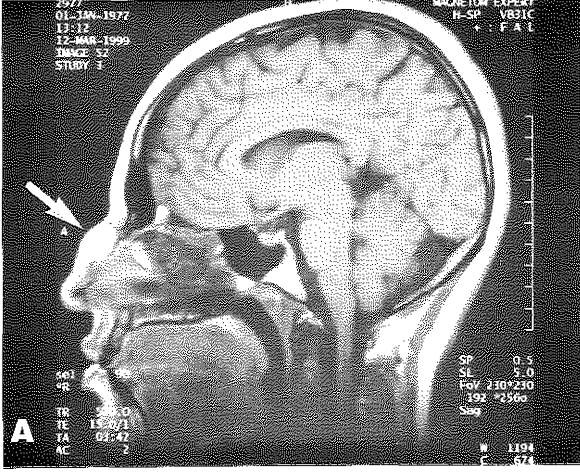
kraniofasial iskelet deformasyonları ve havayolu obstrüksiyona, intrakraniyal uzantısı olması halinde ise menenjit veya beyin apsesine yol açabilecek primer veya rekürren enfeksiyona sebep olabilir²⁰.

OLGU SUNUMU

Yirmi iki yaşındaki kadın hasta, burunda şekil bozukluğu şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden burun sırtındaki lezyonun doğuştan bu yana mevcut olduğu ancak son birkaç senede büyüme gösterdiği ve şekil bozukluğu dışında başka bir şikayete sebep olmadığı öğrenildi. Daha önce bu şikayeti ile başvurduğu hekimlerin bir kısmının antibiyotik tedavisi verdikleri, bir kısmının da lipom tanısıyla cerrahi olarak çıkarılmasını önerdikleri öğrenildi.

Preoperatif yapılan kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde, burun sırtında yaklaşık 25'15 mm boyutlarında, intrakraniyal uzantısı olmayan, tüm kesitlerde yüksek yoğunlukta izlenen kitle tespit edildi (Şekil 1a, 1b). Nörolojik ve sistemik muayenesinde başkaca patoloji görülmeyen hasta ameliyata alındı. Açık rinoplasti tekniği ile supratip bölgesindeki sinüs traktına

NAZAL DERMOİD SİNÜS KİSTİ



Şekil 1: Burun sırtında yaklaşık 25x15 mm. boyutlarında intrakraniyal uzantısı olmayan kitlenin ameliyat öncesi kraniyal MR görüntüleri. **A:** Sagittal kesit **B:** Koronal kesit



Şekil 2A : Olgunun ameliyat öncesi yan görünümü. **B:** Kitlenin açık rinoplasti ile çıkarılması ve kostal kırıldak grefti ile rekonstrüksiyonu sonrası olgunun yan görünümü.

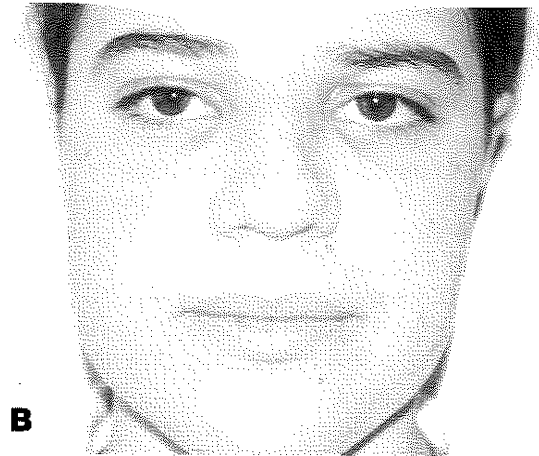
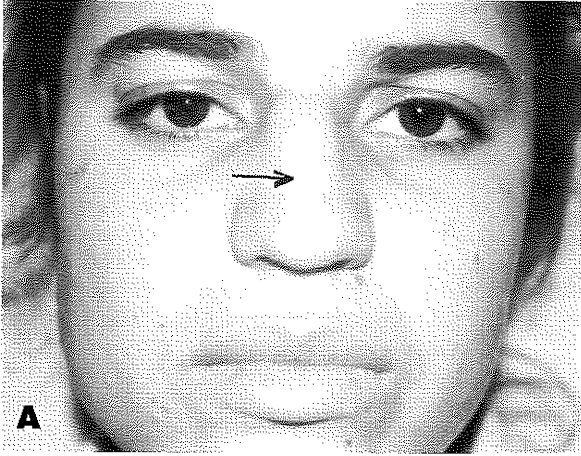
ulaşıldı. Trakt ve kist altta üst lateral kartilajlar ve nazal kemikler, üstte subkutanöz dokudan diseke edilerek bütün olarak çıkarıldı. Kavite antibiyotikli solüsyonla yıkandı. Kitlenin nazal kemik ve septumun ön-üst kısmını deprese ettiği ve bu yapıların bifid gelişimine neden olduğu görüldü. Septumdaki bu deforme kısım eksize edildi. Nazal kemik orta hattında kistin yuvalandığı oluk şeklindeki kemik kısım osteotomi ile çıkarıldı. Lateral osteotomiler sonrası, kitlenin, gelişimini baskılayarak deprese ettiği nazal kemik ve septumun üzerine yerleştirilmek üzere kostal kırıldak grefti alındı. Tip desteğinin de yetersiz olduğu görüldüğünden “L” şeklinde kırıldak grefti konularak burun sırtı rekonstrükte edildi (Şekil 2a,2b,3a,3b). Nazal tamponlar 2 gün, alçı bir kez değiştirilmek üzere 14 gün tutuldu.

Histopatolojik incelemede “dermoid kist ve bundan çıkan yassı hücreli epitel ile dşeli fibrokonnektif doku ile sonlanan kanal” saptandı. Postoperatif erken dönemde

herhangi bir komplikasyon görülmedi. Oniki aylık takipte tatmin edici bir kozmetik sonuçla birlikte rekürrense dair herhangi bir bulgu saptanmadı.

TARTIŞMA

Grunwald'ın 1910 yılında ileri sürdüğü NDSK'nin embriyogenezisi ile ilgili en geniş kabul görmüş teori, 1965 yılında “prenazal teori” adıyla Pratt¹ tarafından genişletilmiştir. Bu teoriye göre, erken embriyolojik gelişim sırasında burun 3 tabakadan oluşur: ektoderm, mezoderm ve kartilajinöz kapsülün bir parçası olan daha derin kartilaj tabakası. Sonra gebeliğin 50-60. gününde mezodermin intramembranöz ossifikasyonu ile nazal ve frontal kemikler gelişir ancak fontikulus nazofrontalis denen boşluk ile halen birbirinden ayrırırlar. Nazal ve frontal kemikler ve daha derin kartilajinöz kapsül arasında kafa tabanından nazal tipe bir boşluk uzanır. Erken embriyoda cilt ile temas eden küçük bir dura



Şekil 3A: 22 yaşındaki kadın hastanın burun sırtındaki kistik kitlenin ve sinus traktının sonlanarak saçın içerisinden çıktığı çilt çukurunun (ok) görünümü. **B:** Hastanın ameliyat sonrası önden görünümü

çıkıntısı bu boşluğa ulaşır. Büyüme ilerledikçe frontal kemiğin nazal süreci cildi duradan ayırır ve duranın çıkıntısı, foramen cecum denen frontal kemikteki açıklık ile kuşatılır. Foramen cecum sonradan fontikulus nazofrontalis ile ilerideki cribriform düzlük alanında birleşerek nöroektodermal bağlantılar kapanmış olur. Eğer bu süreç tamamlanamazsa foramen cecum içerisinden, nazal tipten intrakranial boşluğa kadar gelişimsel yolda herhangi bir seviyede dermal bağlantılar bulunabilir. Aynı teori kraniofasial orta hat gliomaları ve ensefalosellere de uyarlanabilir, glial dokular ekstrakranial devamlılıklarını sürdürdüklerinde glioma veya ensefalosel ile sonuçlanırlar^{1,21,22}.

Histolojik tetkikte dermoid sinüs kisti hem ektodermal hem mezodermal kökeni içerebilir^{5,21}. Yassı hücreli epitel ile çevrili, saç folikülleri, piloseböz bezler ve düz kası içerebilen özelleşmiş adneksal dokulardan oluşur^{21,23,24}. Adneksal dermal komponentlerin bulunuşu, dermoid kistleri basit epidermoid kistlerden ayırır ve teratomlardan farklı olarak endodermal komponent içermezler²¹. Bunun yanı sıra enfeksiyon veya içeriğin boşalması sonucu bu adneksal yapılar histolojik olarak görülemeyebilir ve bu da sıklıkla epidermoid kistlerden tam histolojik ayırımını imkansız kılabilir^{21,23,24}.

Nazal orta hat kitlelerinin ayırıcı tamsı, enfeksiyöz veya enflamatuvar lezyonlar (subkutanöz apse, allerjik polip v.b.), fasial travma, benign neoplazmalar (anjioima, fibröz displazi, meninjioma, nörofibroma, odontojenik tümörler v.b.), malign neoplazmalar (rabdomiyosarkom, teratom, olfaktör nöroblastom, histiositoz, lenfoma v.b.), konjenital veya gelişimsel kitleleri içerir²⁵. Nazal dermoid sinüs kistleri, ensefaloseller ve nazal gliomalar, nazal orta hatta bulunan konjenital lezyonlardan birkaçıdır^{25,26}. Ensefalosel beyin ve meningeslerin bir kısmının etmoidal defektten protrüzyonudur, Furstenberg testi ile juguler vene bası uygulandığında yumuşak ve

pulsasyon veren kitlenin genişlemesi ensefaloselin göstergesidir^{2,26}. Nazal glioma ensefalosele benzer ancak meningeal devamlılığı yoktur. Tüm bu lezyonlar embriyolojik olarak farklı da olsa klinik olarak benzerdir. Nazal dermoidler glabelladan kolumellaya kadar herhangi bir yerde orta hat kisti veya sinüsü olarak görülürler ve çoğunlukla saçın içerisinden çıktığı bir çukur (patognomonik bulgu) içeren subkutanöz fistül traktı ile sonlanırlar (Şekil 3), ancak % 45' e kadar varabilen oranda nazoseptum, kafa tabanı veya intrakranial yapılara penetre olabilirler^{20,22,27}.

Teşhis ve kitlenin sınırlarını belirlemek amacıyla bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya manyetik rezonans (MR) görüntüleme gereklidir²⁸. BT' de genişlemiş foramen cecum veya bifid crista galli lezyonun intrakranial bağlantısı olduğunu düşündürür^{8,9}. Ancak BT ile yanlış pozitif ve negatif sonuçlar nadir değildir²⁸. Yumuşak doku çözünürlüğünün daha yüksek olması, intrakranial uzantının ve sinus traktının doğrudan tanımlanabilmesi nedeniyle MR daha yaygın olarak tercih edilmektedir^{25,28}.

Nazal dermoid sinüs kistinin tedavisi cerrahidir^{8,24}. Dermal elemanların bırakılması halinde %50'den % 100'e varan rekürrens oranları bildirildiğinden cerrahinin amacı lezyonun tümüyle çıkarılmasıdır²³. Mümkün olduğunca erken uygulanması gereken cerrahi yaklaşım, lezyonun uzantı ve lokalizasyonuna bağlı olarak değişebilir²⁹. Intrakranial uzantı olması halinde koronal bir insizyon ve kombine intrakranial-ekstrakranial yaklaşım gerekir²⁷. Pollack'a göre seçilen cerrahi girişim şu dört kritere uymalıdır:

- 1) tüm orta hat kistlerine ulaşmaya ve gerekirse osteotomiye olanak sağlamalı,
- 2) kribriform defektin ve birleşik komplikasyonların onarımını mümkün kılmalı,
- 3) nazal dorsumun rekonstrüksiyonuna yardımcı olmalı,

4) kabul edilebilir bir skar sağlamalıdır²⁷.

Transnazal yaklaşım için birçok insizyon kullanılmaktadır: orta hat vertikal, transvers, ters U, lateral rinotomi, eksternal (açık) rinoplasti²⁷. Rohrich'e göre vakaların çoğunda açık rinoplasti endikedir ve bu yaklaşımı tercih etmesinin sebepleri şunlardır:

- 1) lezyonun açığa çıkarılmasının kolaylığı,
- 2) tüm burun sırtının geniş olarak açığa çıkarılması,
- 3) kontrollü eksternal osteotomi,
- 4) dorsal rekonstrüksiyonun kolaylığı,
- 5) üst yan kırıkdağlar ve septumun geniş olarak açığa çıkarılması,
- 6) daha iyi kozmetik sonuç³⁰.

Nazal dermoid sinüs kisti bulunan olgumuzda, cerrahi yaklaşım olarak standart insizyonlara göre yukarıda sayılan avantajlara sahip olan açık rinoplasti tekniği tercih edilmiş, 12 aylık takipte rekürrense dair herhangi bir bulgu saptanmamış ve tatminkar bir kozmetik sonuç elde edilmiştir.

Dr. Ömer BUHŞEM
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı
BURSA

KAYNAKLAR

1. Pratt, L. W. Midline cysts of the nasal dorsum: Embryologic origin and treatment, *Laryngoscope* 75:968, 1965.
2. Hughes, G. B., Sharpino, G., Hunt, W., and Tucker, H. M. Management of the congenital midline nasal mass: A review. *Head Neck Surg.* 2:222, 1980.
3. Taylor, B. W., and Erich, J. B. Dermoid cysts of the nose. *Mayo Clin. Proc.* 42: 488, 1967.
4. Pollard, Z. F., Harley R. D., and Calhoun, J. Dermoid cysts in children. *Pediatrics* 57: 379, 1976.
5. Sessions, R.B. Nasal dermal sinuses-new concepts and explanations. *Laryngoscope* 92(8 Pt. 2) [(Suppl. 29)]: 1, 1982.
6. Crawford, J. K., and Webster, J. P. Congenital dermoid cysts of the nose. *Plast. Reconstr. Surg.* 9: 235, 1952.
7. New G. B., and Erich, J. B. Dermoid cysts of the head and neck. *Surg. Gynecol. Obstet.* 65 : 48, 1937.
8. Pensler, J. M., Bauer, B. S., and Naidich, T. P. Craniofacial dermoids. *Plast. Reconstr. Surg.* 82: 953, 1988.
9. Pier, F. N., Barbaglio, A., dolci, M., and Salgarelli, A. Dermoid cysts of the nose : Case report and review of the literatur. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 54: 357, 1996
10. Khan, M. A., and Gibb, A. G. Median dermoid cysts of the nose familial occurence. *J. Laryngol. Otol.* 84: 709, 1970.
11. Plewes, J. L., and Jacobson, I. Familial frontonasal dermoid cysts. Report of four cases. *J. Neurosurg.* 34: 683, 1971.
12. Mühlbauer, W. D., and Dittmar, W. Hereditary median dermoid cysts of the nose. *Br. J. Plast. Reconstr. Surg.* 29: 334, 1976.
13. Wardinsky, T. D., Pagon, R. A., Kropp, R. J., Hayden, P. W., and Claren, S. K. Nasal dermoid sinus cysts: Association with intracranial extension and multiple malformations. *Cleft Palate Craniofac. J.* 28: 87, 1991.
14. Crawford, H., Maguire, C., Georgiade, N., and Pickrell, K. Dermoid cysts of the nose: A presentation of seven cases. *Plast. Reconstr. Surg.* 16: 237, 1955.
15. White, J. H. Ocula-nasal dysplasia. *J. Genet. Hum.* 17: 107, 1969.
16. Szalay, G. C., and Bledsoe, R. C. Congenital dermoid cyst and fistula of the nose. *Am. J. Dis. Child.* 124: 392, 1972.
17. Griffith, B. H. Frontonasal tumors: Their diagnosis and management. *Plast. Reconstr. Surg.* 57: 692, 1976.
18. Udovicki, J., Popic, F., and Krstic, A. Kongenitalne dermoidne ciste nosa. [congenital dermoid cysts of the nose.] *Med. Pregl.* 40: 213, 1987.
19. Lusk, R. P., and Lee, P. C. Magnetic resonance imaging of congenital midline nasal masses. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 95: 303, 1986.
20. Clarck, W. D. Nasal dermoid with intracranial involvement. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1985: 93: 102-4
21. Bradley, P. J. The complex nasal dermoid. *Head Neck Surg.* 5: 469, 1983
22. Frodel, J. L., Larrabee, W. F., and Raising, J. The nasal dermoid. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 101: 392, 1989
23. Bradley P. J. Results of surgery for nasal dermoids in children. *J. Laryngol. Otol.* 96: 627, 1982
24. Batsakis, J. C. Tumors of the Head and Neck, 2nd Ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984. Pp. 196-291.
25. Cauchois, R., Testud, R., Laccourreye, O., Küffer, R., Bremond, D., and Monteil, J. Nasal dermoid sinus cyst. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 103: 615, 1994
26. Hughes GB, Sharpino G, Hunt W, et al: Management of the congenital midline mass:a review. *Head Neck Surg* 2: 222-233, 1980
27. Pollack, R. A. Surgical approaches to the nasal dermoid cyst. *Ann. Plast. Surg.* 10: 498, 1983
28. Fornadley, J. A., and Tami, T. A. The use of magnetic resonance imaging in the diagnosis of the nasal dermal sinus cyst. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 101: 397, 1989
29. Kelly, J. H., Strome, M., and Hall, B. Surgical update nasal dermoids. *Arch. Otolaryngol.* 108: 239, 1982.
30. Rohrich, R. J., Lowe, J. B., and Schwartz, M. R. The role of open rhinoplasty in the management of nasal dermoid cysts. *Plast. Reconstr. Surg.* 104: 2163, 1999