

NAZAL BÖLGEDE GÖRÜNÜŞTE MASUM FAKAT TEHLİKELİ BİR LEZYON: DERMOİD KİST. BİR VAKA NEDENİYLE LİTERATÜR TARAMASI

Mübin HOŞNUTER, Orhan BABUCCU, Eksal KARGI, Ahmet İŞIKDEMİR, Berfu BABUCCU

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Sayın Editör:

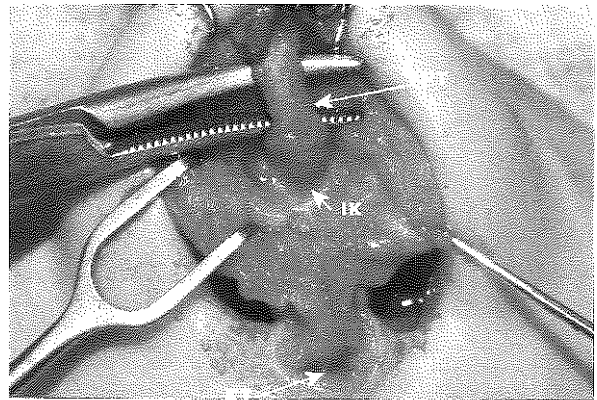
Nazal dermoid kist, 20000-40000 canlı doğumda bir görülme oranıyla nadir konjenital anomalilerdendir¹. Embriyolojik gelişimde nöral tüpün kapanması esnasında sütür hattına ektodermal dokuların inklüzyonundan kaynaklanır². Dermoid kist tipik olarak burun kökü ile kolumella tabanı arasında bir yere yerleşir³. Hipertelorizm ve hemifasial mikrozomi gibi kraniyofasial anomalilerle birlikteliği bildirilmiştir⁴. Nazal dermoid kist genelde sporadik olarak gözlenmekle birlikte, literatürde yeralan bazı yayınlarda otozomal dominant kalıtım paterni gösterilmiştir⁵. Bu lezyonların taşıdığı en önemli tehlike potansiyeli intrakranial uzanım gösterebilmeleridir (%1-47)⁶. Nazal dermoid kisten şüphelenildiğinde tanıyı kesinleştirmek ve uzanımını görmek için başvurulacak ilk ve en iyi görüntüleme yöntemleri tomografi ve MR'dır. Ancak bu yöntemlerde bile yanlış negatiflikler olabilmekte, bu da cerrahi sırasında problemlere yol açabilmektedir. Bu yazıda BT de tek bir kist olarak saptanan ancak operasyonda foramen çekuma uzanan bir trakta sahip olduğu belirlenen bir dermoid kist vakasını sunduk.

9 yaşında kız çocuğu, burun ucundaki bir fistülden bir yıldır süren akıntı şikayeti ile polikliniğimize getirildi (Şekil 1). Hastanın aynı sebeple bu bölgeden iki defa lokal anestezi altında opere olduğu ancak kısa bir süre sonra bulguların tekrarladığı yakınları tarafından ifade edildi. Çekilen tomografide bifid şekilli ve kalınlaşmış nazal septum, ve bunun hemen üzerinde yerleşmiş sinüs boşluğu izlenmekteydi. Sinüsten kafa içine doğru uzanan herhangi bir trakt izlenmedi. Genel anestezi altında açık rinoplasti yaklaşımıyla sinüs traktı ortaya kondu. Tomografide görülmemesine karşın lezyonun kırıkda ve kemik septum içinde bir kanal oluşturarak burun radixine doğru derinleştiği görüldü. (Şekil 2).

Nazal kemiğe median osteotomi uygulanarak sinüs traktı boyunca cerrahi diseksiyon yapıldı. Lezyon, mümkün olan en proksimal ucundan bağlandı ve bir bütün halinde eksize edildi. Herhangi bir BOS sızıntısı olmadı. Lezyonun çıkarılmasından sonraki makroskopik incelemede içinde saç ve sarı visköz sıvı gözlemlendi. Burun sırtındaki fistül ağzı eksize edilerek primer sütüre edildi. Post operatif 8 aylık sürede nüks gözlenmedi.



Şekil 1: Burun ucunda yerleşen fistül ağzı



Şekil 2: Kist traktı ve nazal septum içinde açtığı kanal (KT:Kolumella tabanı, IK: İntraseptal kanal, FT: Fistül traktı)

Lezyon içinden saç çıkması, gamze görünümü veya sinüs trakti içermesi dermoid kist için patogonomiktir ve hastaların %50'sinden fazlasında rapor edilmiştir⁷. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken nazal orta hat kitlelerinden bazıları; epidermal kist, abse, frontal kemik osteomyeliti, mukosel, nazal glioma ve meningoensefalosef' dir⁸.

Tanı konulduktan sonra doğru tedavi sinüs traktının total cerrahi eksizyonudur. Yanlış veya geçikmiş tedavi lezyonun hızlı büyümesine veya komplikasyonlara (osteomyelit, menenjit ve beyin absesi vb.) neden olur⁹.

Cerrahinin zamanlanması iki yaşın altında ideal olduğu düşüncesi vardır¹⁰. En sık vertikal dorsal rinotomi uygulanır. Ancak bu da burun sırtında oldukça geniş bir yara skarı anlamına gelir. Lateral rinotomi, transvers rinotomi ve eksternal rinoplasti uygulanan diğer tekniklerdir. Eksternal rinoplasti yönteminin, geniş cerrahi saha sağlanması, kolay median osteotomi yapılması, kozmetik olarak iyi sonuç alınması, kribriform plağa daha geniş görüş sağlanması gibi avantajları mevcuttur¹¹.

Sonuç olarak, dermoid kistler hafife alınmaması gereken lezyonlardır. Yanlış tanı nükle eşanlıdır ve komplikasyonları ölümlü sonuçlanacak kadar ciddi olabilir. Operasyonda kist tek parça halinde ve zarar görmeden çıkarılmalıdır. Bununla birlikte ilk operasyon lezyonun tedavisi açısından en faydalı olunabilen aşamadır. Tedavide ikinci ve üçüncü operasyonlara gerek duyulması durumunda lezyonda intrakranial yayılmaların oluşma riski artacaktır. MR'da intrakranial uzanım gözlenmesi halinde operasyonun beyin cerrahisi ile birlikte planlanması çok daha uygun olacaktır.

Dr. Mübin HOŞNUTER
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı
ZONGULDAK

KAYNAKLAR

1. Rohrich RJ, Lowe JB, Schwartz MR. The role of open rhinoplasty in the management of nasal dermoid cysts. *Plast Reconstr Surg* 7: 2163-2170, 1999.
2. Bartlett SP, Lin KY, Grossman R, Katowitz J. The surgical management of orbitofacial dermoids in the pediatric patient. *Plast Reconstr Surg*; 91: 1208-15, 1993.
3. Paller AS, Pensler JM, Tomita T. Naazal midline masses in infants and children. Dermoids, encephalocele, and gliomas. *Arc Dermatol*; 127: 362-6, 1991.
4. Posnich JC, Bortoluzzi, P, Armstrong DC, Drake JM. Intracranial nazal dermoid sinus cysts: computed tomographic scan findings, and surgical results. *Ann Plast Surg* , 93:745-54,1994.
5. F.R. Nager, Uber mediane nasenfisteln, *Nschr Ohrenheilk* 66: 60-66, 1932.
6. Hamilton, J. G. A case of dermal sinus of the nose with frontal suppuration. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 23: 239, 1960.
7. Paller AS, Pensler JM, Tomita T. Nasal midline masses in infants and children. Dermoids, encephaloceles and gliomas. *Arch Dermatol*; 127: 362-366, 1991.
8. Hughes GB, Sharpino G, Hunt W, et al. Management of the congenital midline mass: a review. *Head Neck Surg*; 2: 233, 1980.
9. Posnick, J. C., Bortoluzzi, P., and Armstrong, D. C. Nasal dermoid sinus cyst: An unusual presentation, computed tomographic scan findings and surgical results. *Ann. Plast. Surg.* 32: 519, 1994.
10. Morgan DW, Evans JN. Developmental nasal anomalies. *J Laryngol Otol*, 104:394-403, 1990.
11. Morisey MS, Bailey CM. external rinoplasty approach for nazal dermoids in children. *Ear Nose Throat J*, 70:445 9, 1991.

SÜNNET KOMPLİKASYONU SONUCU OLUŞAN ÜRETRAL FİSTÜL VE FASYA LATA GREFTİ İLE ONARIMI

Eksal KARGI, Çiğdem ÜNAL, Deniz ÇEK, Kamil TOKER, Tunç TİRYAKİ, Asena SELBEST YILMAZ

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Sünnet sonrası oluşan komplikasyonlar, yetersiz deri çıkarılmasından üretral fistüle hatta sepsise, nadir de olsa ölüme kadar uzanmaktadır¹⁻⁴. Sünnet sonrası oluşan fistülün en sık nedeni ise hemostaz sağlamak amacıyla frenulumdan üretra duvarını da içerecek şekilde derin bir sütür geçilmesi olarak gösterilse de; kötü cerrahi teknik, monopolar koter kullanımı ve megalouretral

hastalarda dikkatsiz yapılan girişimler gibi nedenler de sayılabilir^{2,4}. Üretral fistülün onarımı için kullanılan yöntemler arasında; basit olarak onarım, fistül kenarlarını deepitelize ederek relaksasyon insizyonları ile yaklaşırma, rotasyon veya ilerletme flepleri ile, tunika vaginalis ve bukkal mukoza grefti ile onarım tarif edilmiştir⁵⁻⁷.