

# Orbita ve Temporal Fossa Yerleşimli Dermoid Kist (Halter Dermoid Kisti)

## DERMOID CYST LOCATED IN ORBITA AND TEMPORAL FOSSA (DUMBBELL DERMOID CYST)

Kadircan KESKİNBORA\*, Hümevra YILDIRIM HÜR\*\*

\* Doç.Dr., Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği Şef Yrd.

\*\*Op.Dr., Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği Uzmanı, İSTANBUL

### Özet

**Amaç:** Sol üst kapakta tekrarlayan kitle şikayetiyle polikliniğimize başvuran hastada saptanan orbita ve temporal fossa yerleşimli dermoid kisti sunmak.

**Olgu sunumu:** 35 yaşındaki bayan hastaya uygulanan cerrahi eksizyon sırasında karşılaştığımız, farklı özellikte bir yayılımla frontal kemiğin maksiller prosesindeki bir delikten temporal fossaya uzanım gösteren, hem orbita hem de temporal fossa yerleşimli bir dermoid kisti. Bu "halter dermoid kisti" olgusu idi.

**Sonuç:** Olgu, literatürde daha önce yayınlanmış temporal fossa ilişkisi gösteren orbital dermoid kist olguları ışığında tartışıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Dermoid kist, Temporal fossa

T Klin Oftalmoloji 2003, 12:222-226

### Summary

**Purpose:** In this article, we reported an unexpected spread of recurrent left upper lid dermoid cyst.

**Case report:** 35 years old female who admitted with the complaint of recurrent mass operated. During the operation we saw the spreading of the mass through a hole in the maxiller processus of the frontal bone to the temporal fossa. That was a dumbbell orbital dermoid.

**Comment:** This case was discussed with published temporal fossa related orbital dermoid cyst cases.

**Key Words:** Dermoid cyst, Temporal fossa

T Klin J Ophthalmol 2003, 12:222-226

Dermoid ve epidermoid kistler embriyogenez sırasında yüzey ektoderminin anormal invaginasyonu sonucu oluşan koristomalardır (1,2). Dermoid kistlerin çok büyük bir kısmı kemiklerin sütür hatları ile sıkı komşuluk halinde bulunurlar. En sık frontozigomatik eklem hattıyla ilişkili olmalarına karşın orbitada diğer sütür hatlarında da bulunabilirler (1,2). Çoğunlukla anterior ve paraorbital yerleşimli olup, orbikülaris kası ile periost arasında bulunur ve eklem hattına fibröz bir sapla tutunurlar. Anterior kistler kemik yapıda minimal değişiklik yaratırlar. Ancak intraorbital bölgede yerleşenler proptozise neden olarak globu iterler ve kemik yapılarında da değişikliklere neden olabilirler (1-3).

Anterior, paraorbital kistler çoğunlukla pedia-trik dönemde farkedilmelerine rağmen intraorbital

intraorbital yerleşimli olanlar erişkin döneme kadar semptom vermeyebilirler (1,2,4).

Periorbital üst dış kadrana lokalize olan kistler orbita derinlerine ve temporal fossaya doğru uzanabilirler (dumbbell dermoid) (1). Dumbbell (halter, jimnastik güllesi) dermoid öne doğru palpe edilebilen bir kitle olarak uzansa da lateral orbital duvarı destrükte ederek hem orbita hem de temporal fossada bulunabilir (1).

Dermoid kist tanısıyla ilk operasyonunu 12 yıl önce, 23 yaşındayken bir başka şehirde geçirmiş, 3 yıl sonra nüksetmiş ve 12 yıl sonra ikinci sefer tarafımızdan ameliyat edilen, ameliyat esnasında hem orbita ve üst kapak derinliklerine, hem de temporal fossaya yayılımını gördüğümüz nüks dermoid kist olgusu deneyimimizi paylaşmak amacıyla bu olguyu sunmak istedik.



**Resim 1A.** Hastanın karşıdan görünümü.



**Resim 1B.** Üstten görünümü.

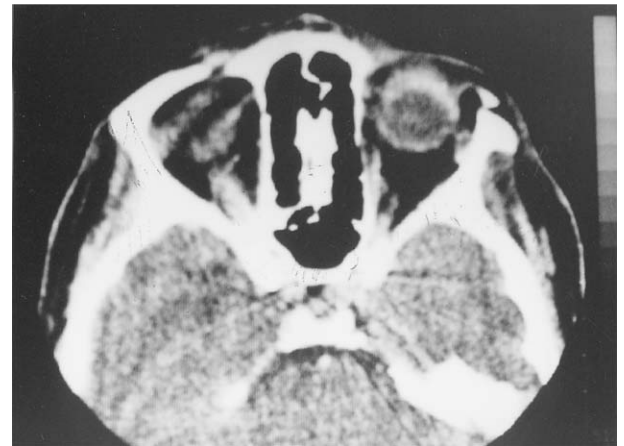
### Olgu Sunumu

35 yaşında bayan olgu 8 yıldır sol üst kapakta kitle yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezinden ilk şikayetlerinin 11 yaşında başladığı, 1990 yılında bir başka şehrimizdeki Devlet Hastanesinde Plastik Cerrahi kliniğinde opere edildiği ve hastanın yakınmalarının 2-3 yıl sonra tekrar başladığı anlaşılmıştır. Hastanın yapılan oftalmolojik muayenesinde sol üst kapak bölgesinde kitle vardı (Resim 1A,B). Görme keskinliği her iki gözde tam, göz hareketleri her yöne serbest, biyomikroskopik muayene doğal, göz içi basıncı normal ve fundus tabii olarak saptandı. Hastanın kranial ve orbital BT incelemesinde kitlenin orbita kenarlarından dışarı taşarak frontozigomatik kemiği destrükte ettiği tespit edildi (Resim 2).

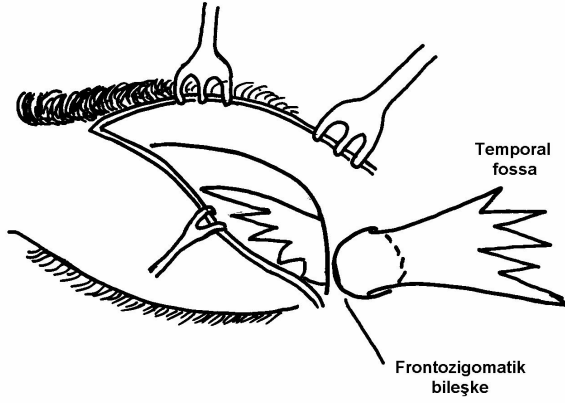
Operasyon genel anestezi altında yapıldı. Orbitaya sol kaş hizasından frontozigomatik kemik üzerinden girildi. Kitle küt diseksiyonla invaze olduğu dokulardan disseke edildi. Ön taraftan kitlenin kapak cildine kadar ilerlediği, orbikularis okülü kasları arasına uzandığı görüldü, kitle kapaktaki adalelerden dikkatle sıyrılarak disseke edildi. Preoperatif BT değerlendirilmesinde destrüksiyon olarak değerlendirilen bölgede zımba ile delinmiş gibi muntazam bir delik bulunduğu ve kitlenin bu delikten geçerek temporal fossaya doğru ilerlediği görüldü (Şekil 1). Temporal fossaya geçilerek, burada da kitle, kemik ve çevre dokulardan sıyrıldı. Kitlenin temporal fossadaki kısmının da orbita tarafındaki kısmının da bu delikten geçi-

rilmesi mümkün değildi, bütün olarak çıkarımı için temporal kısmından perfore edildi, bir taraftan bol serum fizyolojikle yıkandı, diğer taraftan aspire edildi. Kist, içi boşaltıldıktan sonra delikten orbitaya doğru çekilerek bütün olarak çıkarıldı.

Patolojik inceleme raporu: Fibroadipo stroma içinde keratinize çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik doku örnekleri. Kist cidar bütünlüğünün bozulmuş olduğu, stromada mononükleer iltihap elemanları, fibroblastlar ve prolifer kapiller damar yapıları ve multinükleer yabancı cisim tipi hücrelerin varlığı ile karakterli granülasyon dokuları görülmektedir. Lezyon cerrahi olarak tam çıkarılmıştır, malignite bulgusu saptanmamıştır.



**Resim 2.** Preoperatif Bilgisayarlı Tomografi.



**Şekil 1.** Frontozigomatik kemikteki yuvarlak defekt ve kitlenin orbitaya ve temporal fossaya uzanımı (kitle kistik bir yapıya sahiptir, şekilde uçların çentikli bir şekilde gösterilme nedeni yayılım yönlerini okvari olarak vurgulamak içindir).



**Resim 3.** Postoperatif Bilgisayarlı Tomografi.

Ameliyattan sonraki kontrol BT de radyologlara ameliyatta saptanan deliğin gösterilmesi için dikkat edilmesi rica edildi. Kontrol BT de, kitle yerindeki boşluk ve kemikteki delik gösterildi (Resim 3).

### Tartışma

Dermoid kistler yavaş büyüyen lezyonlardır ve çoğunlukla çocukluk çağında kendilerini gösterirler, en sık üst temporal kadrana yerleşmekle birlikte periorbital alanın her yerine lokalize olabilirler. İntraorbital yerleşim gösterenler ise daha geç dönemlerde diplopi ve proptozisle ortaya çıkabilirler. Periorbital üst dış kadrana lokalize olan bazı kistler hem orbita derinlerine hem de temporal fossaya

doğru uzanabilirler (1). Halter (dumbbell) dermoid adı verilen bu dermoid kistler öne doğru bir kitle olarak uzansa da lateral orbital duvarı destrükte ederek hem orbita hem de temporal fossada yerleşir. Bu şekilde yerleşim gösteren lezyonların cerrahi olarak tam olarak eksizyonu güçtür ve nüks gelişebilir (1). Dermoid kist içeriğinin sızıntı yapmak suretiyle granulomatöz inflamasyona ve nükslere neden olduğu bilindiğinden (4) gerek irritasyon gerek nüks açısından kistin tamamıyla eksize edilmesi gerekir. Bazı dermoid kistlerin yaptıkları kronik, hafif şiddeteki inflamasyon sonucu oluşan kemik erozyonu çok dikkatli disseksiyonla alınmalarını ve kimi zaman önemli miktarda kemik dokusunun da çıkarılmasını gerekli kılabilir (5). Olgumuzun kistin ilk operasyonunda tam çıkarılmayışı da bu nedenlerden ötürü olabilir. Nitekim patolojik incelemede çok hücreli yabancı cisim hücreleri varlığı ile karakterli granülasyon dokusu görülmesi, kitlenin perforé olduğu ve içeriğinin dağıldığı şeklinde yorumlanabilir.

Meyer ve ark. nın bildirdiği 5 vakalı serilerindeki dermoid kistler, primer olarak temporal fossada yerleşim göstermişlerdir (3). Üç kistin yerleşiminin temporal fossada olmasına karşılık ikisinin orbitaya ve kranyuma doğru kemik erozyonu yaparak ilerlediğini gözlemlemişler; BT'de dural ekstansiyondan şüphelenildiğinde nöroşürüji yardımı talep edilmesini önermişlerdir.

Bazı yazarlar lokalizasyon veya çevre dokularla yaptığı sıkı komşuluk nedeniyle çıkarılmayacak durumda olan dermoid kistlerin marsupializasyonla (kist kesesinin açıldıktan sonra kenarlarının deriye dikilerek kese boşluğunu dışarıya açık bırakmak) cilde drene edilebileceğini belirtmektedir (4). Ancak, böyle bir çare, infeksiyonu doku ve nihayet kafa içine sevk edecek tehlikeli bir yola dönüşebileceğinden kanaatımızca uygun bir çözüm değildir.

Dermoid tümörlerin preoperatif değerlendirilmesinde BT ve MR görüntüleme yöntemleri çok değerlidir. Kemik yapılarında oluşturduğu değişiklikleri değerlendirmede BT güvenli bilgi vermektedir ancak intrakranial uzanımlı lezyonlarda hastadan MR görüntüleme de istenmelidir. Dermoid kistler radyolojik olarak tipik görüntü vermelerine

karşılık oldukça farklı yerleşim gösterebilirler (6). Olgumuzda preoperatif BT incelenmesinde, sol orbita lateral kenarının uç kısmındaki düzensizliği kistin yaptığı erozyon olarak değerlendirmiştik. Operasyonun ilerleyen aşamalarında bunun, kistin işgal ettiği orbital boşluktan frontozigomatik bileşkede bir delik açarak temporal fossaya doğru genişlediğini gördük. Ameliyat öncesinde böyle bir durumla karşılaşabileceğimizi saptamamıştık. Postoperatif kontrol BT incelemesinde bu delik gösterildiyse de, biz orbital dermoid kistlerde böyle bir sürprizin olabileceğini deneyimle öğrenmiş olduk ve bunu paylaşmak istedik.

Emerick ve ark. 1997'de temporal fossadan orbitaya uzanan bir dermoid kist olgusunda çiğneme esnasında görme bulanıklığı olgusu yayınlamışlardır (7). Olgumuzdaki yerleşim de, bu yerleşime benzerlik göstermektedir. Olgumuzda, çiğnemeyle oluşan görme bulanıklığı bulgusu yoktur ama orbitadan ön tarafa doğru üst kapak ön lameline kadar, arka tarafta ise temporal fossaya kadar yayılım göstermesi ilginçtir.

Sathananthan ve ark. tarafından 70 dermoid kist olgusunun BT incelemeleriyle yapılan çalışmada 24 olguda dermoid kistin bir tünel veya kanal oluşturmak suretiyle lateral orbita duvarını erode ettiği gösterilmiştir (8). Olgumuzda kistin, kemik duvarı delerek delikten temporal fossaya doğru invazyona geçmesi bu olgulara benzerlik göstermektedir.

Samuelson ve ark. tarafından yayınlanan zygomatikofrontal sütün defektine yol açan bir olguya olgumuz benzerlik göstermektedir (9). Bu olguda kist zygomatikofrontal sütün kapanmasını engellemiş, bizim olgumuzda ise bu bölge komşuluğunda kemikte delik açmıştır. Olgumuzdaki kistin de Samuelson ve ark.nın olgusundaki gibi sütün defektine neden olduğunu veya defektin zamanla bir zimba deliği şekline dönüşmüş olabileceğini düşünüyoruz.

Cerrahi esnasında kistin rüptürü en çok kaçınılacak, fakat olası bir komplikasyondur. Kimi zaman bizim olgumuzda olduğu gibi perfore edilmesi gerekebilir. Can ve ark.nın yaptıkları 26 olguluk dermoid kist retrospektif tarama çalışmasında, dermoid kistlerin %92.3'ünün periorbital,

%7.70'inin ise orbital yerleşimli olduğu ve ameliyat sırasında dermoid kistlerden periorbital yerleşimli beşinin, orbital yerleşimli birinin rüptüre olduğu bildirilmiştir (10). Kistin rüptüre olduğu durumlarda kist materyelini bol serum fizyolojikle yıkayarak temizlediklerini ve postoperatif inflamasyona rastlamadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum ameliyat sonrası irritasyon, inflamasyon ve daha sonra nükslere yol açar. Böyle bir durumda operasyon sahasının bir taraftan dengeli solüsyonlarla bolca yıkanması, diğer taraftan aspire edilmesi gerekir.

Cerrahi esnasında komplikasyon gelişmiş, rüptür olmuş veya kisti tam çıkarılamamış olgulara, ikinci ve daha sonraki girişimlerde yardımcı olmak amacıyla, hekimin hastayı bu konuda uygun bir şekilde aydınlatması, ileride karşılaşılabilecek sorunların çözümüne bir temel oluşturmak üzere bir epikriz yazıp hastaya vermesi, özellikle yaptırılan radyolojik tetkiklerin kaybedilmemesi veya hastanın kendisine muhafaza etmek üzere verilmesi uygun olur.

Dermoid kistler genellikle çocukluk çağında farkedilirler. Ancak, orbital yerleşimi olanların erişkin döneme kadar farkına varılmayabilir. Ayrıca, dermoid tümörlerin tam olarak çıkarılamadığı durumlarda nüks gelişebilir. Bu nedenle, erişkin olgular ile nüks olgulara, kistin kemik sütürler, diğer orbital yapılar ve komşu kemik ve dokularla yapabileceği yapışıklık ve yayılım nedeniyle dikkatle incelenmesi gereklidir. İyi bir sonuç için, gerek görüntüleme yöntemlerinden yararlanılması, gerek ameliyat araç ve gereçleri açısından iyi bir cerrahi öncesi hazırlığı ve bazı muhtemel sürprizleri de içine alan iyi bir cerrahi planlamanın gerekli olduğu kanaatındayız.

#### KAYNAKLAR

1. Borodic GE. Cystic lesions of the orbit. In: Albert DM, Jacobiec FA, eds Principles and Practice of Ophthalmology. Philadelphia: WBSaunders Co. 1994: 1895-1904.
2. Bonavolonta G, Tranfa F, de Conciliis C, Strianese D. Dermoid cysts: 16-year survey. Ophthal Plast Reconstr Surg 1995; 11:187-92.
3. Meyer DR, Lessner AM, Yeatts RP, Linberg JV. Primary temporal fossa cysts. Characterization and surgical management. Ophthalmology 1999; 106:342-9.

4. Fries PD, Kazım M. Benign pediatric orbital tumors. In: JA Katowitz ed. Pediatric Oculoplastic Surgery. New York: Springer-Verlag, 2002: 435-92.
  5. Sherman RP, Rootman J, Lappointte JS. Orbital dermoid clinical presentation and management. Br J Ophthalmol 1984; 68:642-52.
  6. Chawda SJ, Moseley IF. Computed tomography of orbital dermoids: a 20-year review. Clin Radiol 1999; 54:821-5.
  7. Emerick GT, Shields CL, Shields JA, Eagle RC Jr, De Potter P, Markowitz GI. Chewing-induced visual impairment from a dumbbell dermoid cyst. Ophthal Plast Reconstr Surg 1997; 13:57-61.
  8. Santanathan N, Moseley IF, Rose GE, Wright JE. The frequency and clinical significance of bone involvement in outer canthus dermoid cysts. Br J Ophthalmol 1993; 77:789-94.
  9. Samuelson TW, Margo CE, Levy MH, Pusateri TJ. Zygomaticofrontal suture defect associated with orbital dermoid cyst. Surv Ophthalmol 1988; 33:127-30.
  10. Can İ, Zengin N, Balcı M, Evrenkaya T, Kural G. Periorbital ve orbital dermoid kistler. T Klin Oftalmoloji 1993; 3:250-3.
- 
- Geliş Tarihi:** 26.8.2002
- Yazışma Adresi:** Dr.Kadircan KESKİNBORA  
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Göz Kliniği Şef Yrd.  
keskinbora@superonline.com