

# Nazal Dermal Sinüs Kisti ve Cerrahi Yaklaşım

## Nasal Dermal Sinus Cyst and Surgical Approach: Case Report

Mümtaz Taner TORUN,<sup>a</sup>  
Ender SEÇKİN,<sup>a</sup>  
Fatih TURAN,<sup>a</sup>  
Ümit TUNCEL<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,  
Erzincan Üniversitesi  
Mengücek Gazi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Erzincan

Geliş Tarihi/Received: 16.06.2013  
Kabul Tarihi/Accepted: 31.01.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Mümtaz Taner TORUN  
Erzincan Üniversitesi  
Mengücek Gazi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği,  
Erzincan,  
TÜRKİYE/TURKEY  
dr2735@myynet.com

**ÖZET** Ektodermal nazal orta hat kitleleri; nazal dermal sinüs kisti (NDSK) ve nazal dermoidleri içeren nadir konjenital anomalilerdir. NSDK'da; diğer kraniofasiyal dermoidlerden farklı olarak kist, sinüs veya fistülün intrakraniyal uzanımı olabilmektedir. Genellikle nazofrontal bölge orta hattında kitle ve fistül ağzı saptanabilir. Tedavide intrakraniyal uzanım dikkatlice değerlendirilmeli, fistül traktı ile kistin total eksizyonu yapılmalıdır. Bu makalede, burun ucunda delik ve akıntı şikâyeti ile kliniğimize getirilen 5 yaşındaki kız olgunun tanı ve tedavisi tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermoid kist; kutanöz fistül; kistler

**ABSTRACT** Nasal midline masses of ectodermal origin, include nasal dermoids and nasal dermal sinus cysts (NDSC), are uncommon congenital anomalies. Unlike other craniofacial dermoid cysts, a NDSC can manifest as a cyst, sinus, or fistula, and may extend intracranially. They usually occur as a mass in the median nasofrontal area and may have a pit. A careful preoperative evaluation especially for intracranial extension and complete excision of tract and cyst is required. In this article diagnosis and treatment of a 5-year-old girl admitted to our clinic with the complaint of a pit and discharge on the nasal tip discussed.

**Key Words:** Dermoid cyst; cutaneous fistula; cysts

**Türkiye Klinikleri J Case Rep 2015;23(2):141-4**

Gelişimsel nazal orta hat kitleleri, 1/20 000-1/40 000 canlı doğumda görülürler.<sup>1,2</sup> Nöroektodermal veya ektodermal orijinlerine göre sınıflandırılırlar. Nöroektodermal formları; gliom, meningoensefalosel; ektodermal formları ise nazal dermoid (ND) ve nazal dermal sinüs kisti (NDSK)'ni içerir.<sup>2</sup>

NDSK'lar, nadir görülen orta hat anomalileridir. Tüm dermoid kistlerin %1-3'ünü oluştururlar.<sup>3,4</sup> Saç ve sebace bez gibi normal deri eklerini içerebilirler ve keratinize skuamoz epitel ile döşelidirler.<sup>5,6</sup> Erken embriyonik dönemde anterior nöropor kapanması, frontonazal proses gelişimi veya nazofrontal fontikulusun kapanması esnasındaki hatalardan kaynaklandığı düşünülmektedir.<sup>3,5</sup> Literatürde yaklaşık 30 ailesel olgu bildirilmiştir, ancak hiçbir sendromla ilişkilendirilememiştir.<sup>3</sup>

NSDK'lar doğumda veya doğumdan hemen sonra nazal dorsum orta hattında, kolumella ile glabella arasında bir şişlik, çukur veya fistül ağzı ola-

doi: 10.5336/caserep.2013-36780

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

rak ortaya çıkabilirler.<sup>4,5,7</sup> NSDK'lar pulsasyon vermeyen, transillüminasyon göstermeyen sert kitleler olarak tespit edilirler. Sinüs veya kist traktında saç görülmesi patognomoniktir, ancak olguların %50'sinden azında gözlenir.<sup>3,6-8</sup> Bazen fistül ucundan akıntı da görülebilir.<sup>3,8</sup>

Tanı ve tedavide diğer orta hat lezyonlarından (lipom, subkutan kistler, nörofibrom, gliom, ensefalosel teratom, osteom vs.) ayrımı yapılmalı ve intrakraniyal uzanımı dikkatlice değerlendirilmelidir. Fistülografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) ile intrakraniyal uzanım değerlendirilerek cerrahi yaklaşım planlanır. Cerrahi tedavi total eksizyondur.

## OLGU SUNUMU

Hastanın çocuk olması nedeniyle ailesinden bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır. Beş yaşında kız olgu kliniğimize doğuştan beri burun ucundaki delikten akıntı şikâyeti ile getirildi. Muayenesinde nazal tipin soluna lateralize fistül ağzı ve seröz akıntı saptandı (Resim 1). Endoskopik nazal bakısında septum sağa deviyeydi. Genel muayenesinde konjenital bir anomali saptanmadı. Geçirilmiş travma öyküsü olmayan olguda intrakraniyal uzanımı düşündürecek baş ağrısı, konfüzyon, kusma, epileptik nöbet ve menenjit atakları da saptanmadı. Soy geçmişte özellik saptanmadı. Pre-operatif fistül ağzından kontrast madde verilerek tomografi çekildi ve fistülün kaudal septuma uzandığı gözlemlendi (Resim 2).

Olguya genel anestezi altında açık rinoplasti tekniği ile yaklaşıldı. Transkolumellar ve interkartilajinöz insizyonları takiben ekspozüre sağlandı. Yaklaşık 15 mm uzunluğundaki fistül traktı takip edilerek total eksizyon yapıldı. Eksizyon sonrası herhangi bir kartilaj defekti olmadı. Fistül ağzı subkutan sütürasyon ile kapatıldı. Olgunun postoperatif takiplerinde problem saptanmadı. Postoperatif altıncı aydaki kozmetik görünüm tatminkâr olup, nüks saptanmadı (Resim 3).

Patolojik incelemede nazal dermal sinüs kisti tanısı doğrulandı. Makroskopik olarak 1,5x0,4x0,1 cm boyunda düzensiz sınırlı, lümenli görünümde bir adet doku parçası izlenmekteydi. Kesitlerde çok



**RESİM 1:** Olgunun pre-operatif fizik muayenesinde görülen fistül ağzı ve seröz akıntı.



**RESİM 2:** Olgunun pre-operatif kontrastlı tomografideki görünümü. Kaudal septuma uzanan yaklaşık 15 mm'lik fistül traktı görülmektedir.



**RESİM 3:** Olgunun postoperatif altıncı ay görünümü. İnsizyon skarı kabul edilebilir seviyededir.

kathı yassı epitel ile çevrili fistül traktı, fistül etrafında kıl follikülleri ve sebasöz glandlar dikkati çekmekteydi.

## TARTIŞMA

Baş boyun dermoidlerinin %4-12'sini NSDK'lar oluşturur.<sup>6</sup> NSDK'lar nadir görülen konjenital kit-  
lelerdir ve genellikle tanı üç yaşından sonra konur.<sup>8</sup>  
NSDK ve ND patogenezi açıklayan iki teori mev-  
cuttur.<sup>2</sup> Kraniyal teoride, frontobasis gelişimi sıra-  
sında dura prenazal boşluktan geri çekilirken nazal  
cilde bağlı kalarak fistül hattını oluşturur. Yüzeysel  
teoride ise ektoderm; birleşen iki medial proses ara-  
sında hapsolmuştur.

Fistül açılma yeri glabelladan kolumellaya  
kadar herhangi bir noktada olabilir. Pensler ve ark.,  
çalışmalarında fistül açılma yerlerini; %29 glabella,  
%29 kolumella, %21 nazal dorsum ve %21 nazal tip  
olarak bildirilmişlerdir.<sup>9</sup> Lezyon uzanımı farklılık  
gösterir. Bradley; çalışmasında NDSK'lar %61 ora-  
nında yüzeysel nazal bölgede sınırlı iken, %16 nazal  
kartilajlara, %12 kribriform kemiğe, %10 nazal ke-  
miğe, %1 etmoidlere uzanım tespit etmiştir.<sup>10</sup> Çe-  
şitli çalışmalarda intrakraniyal uzanım %10-45  
arasında saptanmıştır.<sup>9-11</sup> Bizim olgumuzda NSDK  
yüzeysel nazal bölgede sınırlı ve fistül ağzı nazal  
tipin soluna lateralizeydi, intrakraniyal uzanım  
saptanmadı.

NSDK tanısı için klinik semptomlar ve rad-  
yolojik bulgular önemlidir. Fistül ağzı, akıntı ve  
traktta saç saptanmasının yanı sıra intrakraniyal  
uzanımı düşündürecek baş ağrısı, konfüzyon,  
kusma, epileptik nöbet ve menenjit atakları dik-  
katlice sorgulanmalıdır. Ayırıcı tanıda epidermal  
inklüzyon kisti, gliom, meningosel, teratom, tero-  
toid kist, lokalize apse, sebace kist, osteom ve lipom  
düşünülmelidir.<sup>5</sup> Direkt grafi, fistülografi, BT ve  
MR tanıda kullanılmaktadır. Direkt kafa grafisinde  
nazal septumda fusiform genişleme, bifid septum  
ve düzensiz nazal kemik konturu saptanabilir.<sup>8</sup> MR  
ve BT intrakraniyal uzanımı değerlendirmede fay-  
dalıdır. Bizim olgumuzda intrakraniyal uzanımı  
düşündürecek semptom saptanmamıştır. Olguya  
fistül ağzından kontrast madde verilerek BT çekil-  
diğinde kaudal septumda sonlanan yaklaşık 1,5 cm'  
lik trakt saptanmıştır.

NSDK'larda tedavi total eksizyon ve gerekirse  
nazal yapıların rekonstrüksiyonudur.<sup>4,8</sup> Cerrahi

yaklaşım; basit eksizyon, açık rinoplasti, lateral ri-  
notomi, yatay ters U insizyon, endoskopik yakla-  
şım, intrakraniyal uzanım varlığında anterior  
kraniotomi ve kombine yöntemlerdir.<sup>6,8</sup> Lezyon ta-  
mamen eksize edilmelidir çünkü rezidü duru-  
munda nüks kaçınılmazdır.<sup>2,7</sup> Rezidü durumunda  
nüks oranları %50-100 oranında bildirilmiştir.<sup>7,12</sup>  
En yaygın kullanılan yöntem vertikal orta hat in-  
sizyon ile yapılan basit eksizyondur.<sup>6</sup> Postnick ve  
Kelly, vertikal orta hat eksizyonunun lateral rino-  
tomi ve yatay ters U insizyonuna nazaran daha iyi  
estetik sonuç verdiğini bildirmişlerdir.<sup>13,14</sup> Bradley  
ve Denoyalle ise aksine vertikal eksizyonun daha  
kötü estetik sonuçlar verdiğini bildirmişlerdir.<sup>15,16</sup>  
Weiss ve ark., bilateral interkartilajnöz insizyonu  
takiben transnazal endoskopik eksizyon uygulaması  
ve dura uzanımı olsa bile kraniotomi gerekmeden  
lezyonu çıkardıklarını bildirmişlerdir.<sup>17</sup>

Pollock ve ark., cerrahi yaklaşımın kriterlerini;  
iyi cerrahi görüş, gerektiğinde kafa tabanına ulaş-  
abilme, nazal rekonstrüksiyon imkânı sağlama ve  
kabul edilebilir skar oluşumu olarak bildirmişlerdir.<sup>18</sup>  
Açık rinoplasti yöntemi, bu kriterleri en iyi karşıla-  
yan tekniklerden biridir. Birçok farklı çalışmada da  
estetik sonuçlarının daha iyi olması, kolay ve geniş  
görüş açısı sağlama, gerektiğinde osteotomilerin  
yapılma kolaylığı açısından önerilen bir yöntem-  
dir.<sup>1,4,6,7,19</sup> Bilkay ve ark., NDSK eksizyonlarında iyi  
kozmetik sonuçların olması, geniş görüş sahasının  
(üst lateral kartilajlar ve septum) sağlanması, gerek-  
tiğinde osteotomilerin yapılabilmesi ve dorsal re-  
konstrüksiyon kolaylığı nedeniyle açık rinoplasti  
tekniklerinin iyi bir seçenek olduğunu bildirmişlerdir.<sup>7</sup>  
Blake ve ark. da özellikle nazal tipteki lezyonlarda  
açık rinoplasti tekniklerinin avantajlı olduğunu bildir-  
mişlerdir.<sup>5</sup> Bizim olgumuzda da açık rinoplasti tek-  
niği ile yaklaşarak eksizyon yapıldı. Herhangi bir  
kartilaj defekti oluşmadı. Fistül ağzı subkutan sütüre  
edildi. Postoperatif skar kabul edilebilir düzeydeydi.

Sonuç olarak, NSDK'lar nadir görülen lezyon-  
lar olup, tedavisi cerrahidir. Pre-operatif intrakra-  
niyal uzanım mutlaka değerlendirilmeli ve cerrahi  
buna göre planlanmalıdır. Cerrahi prosedürler  
küçük yaşlarda uygulandığı için deformite oluşma-  
masına dikkat edilmeli, varsa oluşan defektlerin re-  
konstrüksiyonu yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Locke R, Kubba H. A case of a nasal dermoid presenting as a median upper lip sinus. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2011;40(9):985-7.
2. Holzmann D, Huisman TA, Holzmann P, Stoeckli SJ. Surgical approaches for nasal dermal sinus cysts. *Rhinology* 2007;45(1):31-5.
3. Charrier JB, Rouillon I, Roger G, Denoyelle F, Josset P, Garabedian EN. Craniofacial dermoids: an embryological theory unifying nasal dermoid sinus cysts. *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42(1):51-7.
4. Locke R, Kubba H. Unusual variants of midline nasal dermoid cysts: a series of three cases. *J Laryngol Otol* 2012;126(1):83-7.
5. Blake WE, Chow CW, Holmes AD, Meara JG. Nasal dermoid sinus cysts: a retrospective review and discussion of investigation and management. *Ann Plast Surg* 2006;57(5):535-40.
6. Rahbar R, Shah P, Mulliken JB, Robson CD, Perez-Atayde AR, Proctor MR, et al. The presentation and management of nasal dermoid: a 30-year experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129(4):464-71.
7. Bilkay U, Gundogan H, Ozek C, Tokat C, Gurler T, Songur E, et al. Nasal dermoid sinus cysts and the role of open rhinoplasty. *Ann Plast Surg* 2001;47(1):8-14.
8. Choi YD, Park ES, Kang MS. A nasal dermal sinus cyst involving the nasal septum. *J Craniofac Surg* 2012;23(6):e636-8.
9. Pensler JM, Bauer BS, Naidich TP. Craniofacial dermoids. *Plast Reconstr Surg* 1988;82(6):953-8.
10. Bradley PJ. The complex nasal dermoid. *Head Neck Surg* 1983;5(6):469-73.
11. Pryor SG, Lewis JE, Weaver AL, Orvidas LJ. Pediatric dermoid cysts of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132(6):938-42.
12. Winterton RI, Wilks DJ, Chumas PD, Russell JL, Liddington MI. Surgical correction of midline nasal dermoid sinus cysts. *J Craniofac Surg* 2010;21(2):295-300.
13. Posnick JC, Bortoluzzi P, Armstrong DC, Drake JM. Intracranial nasal dermoid sinus cysts: computed tomographic scan findings and surgical results. *Plast Reconstr Surg* 1994;93(4):745-54; discussion 755-6.
14. Kelly JH, Strome M, Hall B. Surgical update on nasal dermoids. *Arch Otolaryngol* 1982;108(4):239-42.
15. Bradley PJ. Results of surgery for nasal dermoids in children. *J Laryngol Otol* 1982;96(7):627-33.
16. Denoyelle F, Ducroz V, Roger G, Garabedian EN. Nasal dermoid sinus cysts in children. *Laryngoscope* 1997;107(6):795-800.
17. Weiss DD, Robson CD, Mulliken JB. Transnasal endoscopic excision of midline nasal dermoid from the anterior cranial base. *Plast Reconstr Surg* 1998;102(6):2119-23.
18. Pollock RA. Surgical approaches to the nasal dermoid cyst. *Ann Plast Surg* 1983;10(6):498-501.
19. Demir HY, Aral M, Eryılmaz T, Özmen S, Latifoğlu O. [The management of unexpectedly diagnosed nasal dermoid sinus cysts during open rhinoplasty]. *Gazi Med J* 2012;23(4):154-6.