

Kalvarial İntradiploik Epidermoid Kist: Olgu Sunumu

Calvarial Intradiploic Epidermoid Cyst: Case Report

ÖZ

Epidermoid kistler, sadece epidermoid elementler içeren tek doku tipi grubundaki inklüzyon tümörlerindedir. İntrakranial epidermoid kistler tüm beyin tümörlerinin %1'ini oluştururlar, intradiploik yerleşim ise daha nadirdir. Bu yazıda, sol temporoparietal intradiploik yerleşimli bir epidermoid kist olgusu patolojik, klinik, radyolojik özellikleri ve cerrahi tedavisi değerlendirilerek sunulmuştur.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Epidermoid kist, intradiploik, kalvarium

ABSTRACT

Epidermoid cysts are inclusion tumors of a single tissue type which include epidermoid elements only. Intracranial epidermoid cysts constitute 1% of all brain tumors while the intradiploic location is more rare. An intradiploic epidermoid cyst case located in the left temporoparietal bone is presented in this report and the pathological, clinical and radiological features are discussed together with the surgical treatment.

KEY WORDS: Calvarium, epidermoid cyst, intradiploic

Ahmet AKYÜZ¹

Mehmet GÜVEN²

Sağlık Bakanlığı,
Trabzon Fatih Devlet Hastanesi,
¹Nöroşirürji, ² Patoloji Klinikleri, Trabzon

Geliş Tarihi: 08.02.2005

Kabul Tarihi: 17.05.2005

Yazışma adresi:

Ahmet AKYÜZ

Sağlık Bakanlığı Trabzon Fatih Devlet
Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, Trabzon

Tel : 0462 326 29 74

GSM : 0533 483 86 03

E-posta : aakyuz61@yahoo.com

GİRİŞ

Tüm beyin tümörlerinin %1'ini oluşturan epidermoid tümörlerin %75'i intradural, % 25'i intradiploiktir. Epidermoid kistler, sadece epidermoid elementler içeren tek doku grubundaki inklüzyon tümörlerindedir. Çoğu konjenitaldir, gebeliğin üçüncü beşinci haftalarında nöral tüp kapanırken kalan ektodermal dokulardan doğarlar. En sık, üçüncü dördüncü dekadlarda görülürler. Seksüel baskınlık yoktur, Japonlarda daha siktir. Bu kistlere benzer tümörler, iatrojenik olarak lomber ponksiyonla, travmatik olarak ya da deneysel olarak santral sinir sistemi içine ektodermal hücrelerin implantasyonu ile da oluşturulabilirler.

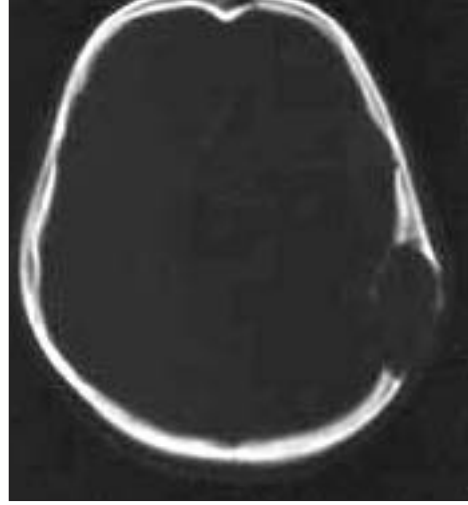
Yavaş büyürler, malign değişim çok düşüktür, cerrahi olarak tedavi edilirler (4,11,14).

OLGU SUNUMU

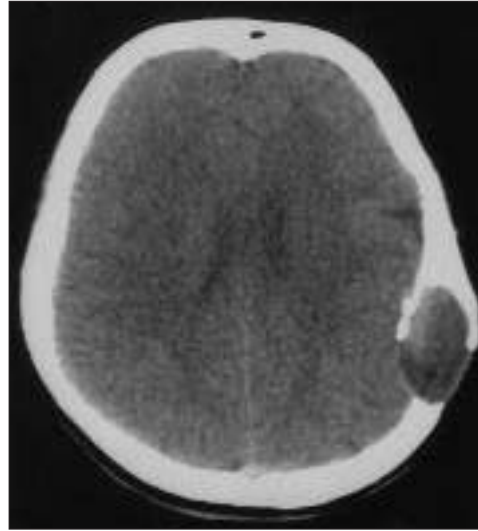
35 yaşında bayan hasta, yıllardır baş ağrısı, birkaç yıldır başının sol tarafında şişlik ve son zamanlarda elle dokunduğunda içeri batma şeklinde şikayetlerle müracaat etti. Travma öyküsü olmayan, nörolojik muayenesi ve rutin biyokimyasal tetkikleri normal olan hastanın beyin tomografisinde sol temporoparietal intradiploik yerleşimli yaklaşık 6x4 cm boyutlarında iç ve dış tabulayı erode ederek şişirmiş hipodens lezyon gözlemlendi (Şekil 1, 2). Kranial MRG'de kraniumda sol temporoparietalde, T1 sekanslarda mikstintens, T2 sekanslarda hiperintens sinyal karakterinde, yaklaşık 6x4 cm boyutlarında ekspansil litik lezyon ve lezyonun serebral parenkime ekstrensek basısı izlenmekteydi (Şekil 3,4).

Hasta ameliyata alınarak kitle total çıkartıldı ve aynı seansta metilmetakrilatla kranioplasti yapıldı. Postoperatif 1. gün çekilen beyin tomografisinde kitlenin total çıktığı, kranioplastinin uygun olduğu ve postoperatif değişiklikler gözlemlendi (Şekil 5).

Çıkartılan materyelin postoperatif patolojik incelemesinde; makroskopik değerlendirmede, 7x5 cm ölçülerinde olduğu, yaklaşık 1 cm duvar kalınlığına sahip kemik materyelde en yakın cerrahi sınıra 1 cm uzaklıktan başlayan, yaklaşık 6x4 cm ölçülerinde, düzensiz sınırlı, her iki yüzde de periostta kabarıklık oluşturan lezyon görüldüğü, lezyona yapılan kesitlerde, periostu invaze etmeyen, kemiği tamamen eriten, koyu sarı renkli, frajil kıvamlı, kemiğin içindeki kistik alanı dolduran materyel izlendiği, kemiğin iç çeperine

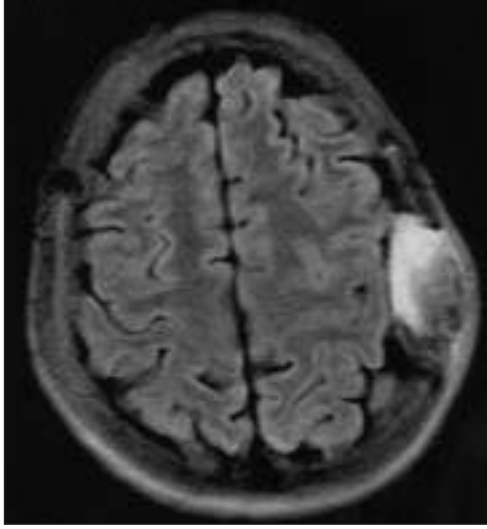


Şekil 1: BT, aksiyel kesit, kemik pencere: Sol temporoparietal yerleşimli, iç ve dış tabulayı erode etmiş, kenarları düzgün, ekspansil litik lezyon görülüyor

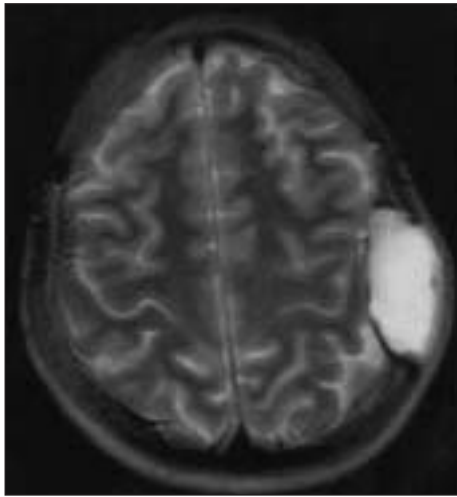


Şekil 2: BBT, aksiyel kesit: Sol temporoparietal intradiploik yerleşimli, parenkimle hipodens lezyon görülüyor

yakın alanlardan örneklenen 6 parçanın mikroskopik incelemesinde ise, içi tamamen eozinofilik boyanan keratinöz materyel ile dolu, lümeni granüler tabakası belirginleşmiş çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik yapı izlendiği, incelenen kesitlerde maligniteye rastlanmadığı belirtilmiştir (Şekil 6). Postoperatif 1,5 yıl sonraki kontrol BBT'de nüks saptanmamıştır (Şekil 7).



Şekil 3: MRG-T1 sekansta, lezyonun mikst intens sinyal karakterinde olduğu görülmektedir.

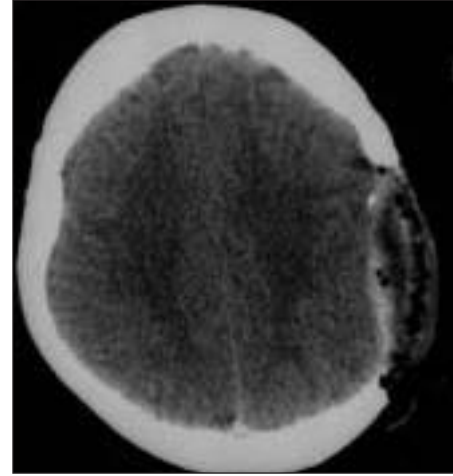


Şekil 4: MRG-T2 sekansta, lezyonun hiperintens sinyal karakterinde olduğu görülmektedir.

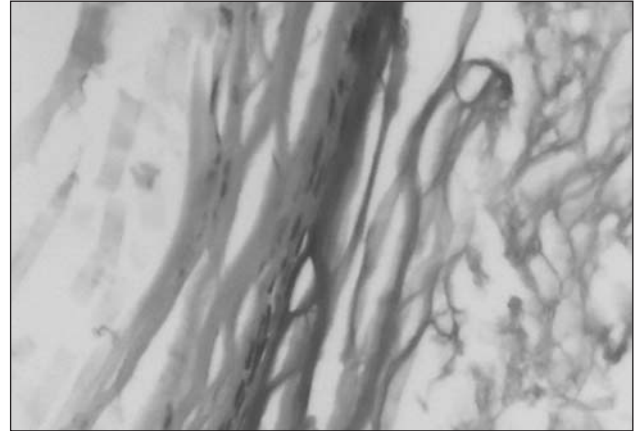
TARTIŞMA

Epidermoid kistler hayatın en çok üçüncü dördüncü dekadlarında görülse de her yaşta rastlanabilirler (15). Başlıca kafatasında yerleşirler, en çok frontal, parietal ve oksipital kemiği tutarlar (16). Kranial epidermoidlerin çok küçük bir kısmı travmaya sekonderdir ve kafatası içine epidermal hücrelerin implantasyonu ile birlikte (11). Sunulan olgu sol temporoparietal yerleşimlidir ve travma öyküsü yoktur.

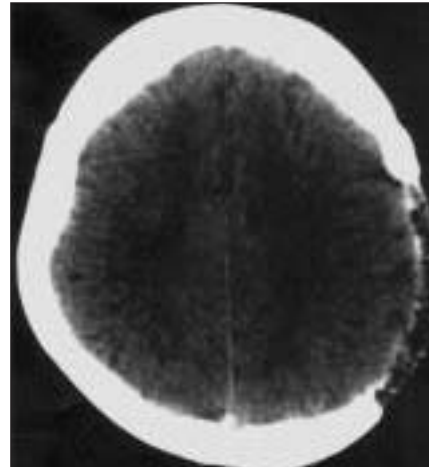
Kranial intradiploik epidermoid kistlerin en yaygın prezantasyonu, kafada uzun süreli asemptomatik, üzeri normal deri ile kaplı, ağrısız, yumuşak şişlikler şeklindedir. Başağrısı ve lokal



Şekil 5: Postoperatif 1. gün çekilen aksiyel kesit tomografide, kitlenin total eksize edildiği, kranioplastinin uygun olduğu ve postoperatif değişiklikler gözlenmektedir.



Şekil 6: Postoperatif histopatolojik tetkikte; içi eozinofilik keratinöz materyel ile dolu, lümeni çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik yapı görülmektedir (HE).



Şekil 7: Postoperatif 1,5 yıl sonraki aksiyel kesit BBT'de nüks gözlenmemektedir.

duyarlılık gösterebilirler. Yavaş büyüyerek dev boyutlara ulaşabilirler ve çok çeşitli nörolojik bulgulara ve prezantasyonlara neden olurlar (1, 2, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16).

Süperinfeksiyonlar, kanamalar, intrakranial hipertansiyon, nöbetler, fokal nörolojik defisitler ve malign transformasyon dev kistli hastalarda tanımlanmıştır. Sunulan olguda radyolojik olarak soldan beyine bası görülse de klinik karşılığı yoktu.

Epidermoid kistlerin dermoidlerden histolojik farkı dermal elementlerin olmamasıdır.

Bunların klinik ve radyografik prezantasyonları aynıdır. Orta hat lezyonlarında sinüs traktları ve diğer intrakranial uzanımlar araştırılmalıdır. Tümör içine sürekli deskuamasyon bitişik kemiği komprese ederek ekspansiyona ve sklerotik kenarlara yol açar. Paccioni granülasyonları ve ensefalosel gibi düzgün sınırlı diğer kalvarial defektlerden ayırt edilmelidirler. Epidermoid tümörler infekte olmaya meyillidir ve etraf kemik dokuda osteomyelit bulunması nadir değildir. Anevrizmal kemik kisti, lipoma, fibroma, dev hücreli tümör, kondroma, kondroblastoma, hemangioma, osteosarkoma, fibrosarkoma, kemodectoma, karsinom metastazları, lenfoma, myeloma, Ewing sarkomu, leptomeningeal kist, osteomyelit, histiyositozis-x, kavernöz angioma gibi litik lezyonlar yapabilen patolojiler ayırıcı tanıda düşünülmelidir (4).

İntradiploik epidermoid kistler düz filmlerde ve tomografide kenarları sklerotik veya olmayan, diploe içinde yerleşmiş, iç ve dış tabulaların tutulabildiği iyi sınırlı litik lezyonlardır.

Keratinize debris ve kolesterin içeriği nedeniyle tomografide beyine göre hipodens görülürler. Manyetik rezonans görüntüleme T1 sekanslarda hipo veya mikst intens, T2 sekanslarda hiperintens görülürler, kontrast tutmazlar (4,11). Sunulan olguda, tomografide sol temporoparietalde 6x4 cm. boyutlarında, kenarları kısmen sklerotik, düzgün sınırlı, iç ve dış tabulayı erode ederek inceltmiş, intradiploik, parenkimle çoğunlukla hipodens kısmen izodens bir lezyon vardı (Şekil 1 ve 2). Manyetik rezonans görüntüleme, T1 sekanslarda mikst, T2 sekanslarda hiperintens gözleniyordu (Şekil 3, 4).

İntradiploik epidermoid kistlerde cerrahi eksizyon, intrakranial kitle etkisinden, abse formasyonundan, kanama ve malign değişim gibi potansiyel komplikasyonlardan korunmak için

yapılır. Epidermoid kistlerin malign değişimi nadirdir (3, 4, 7, 14, 17). Radyolojik incelemede kontrast tutuyorsa malign değişim düşünülmelidir (4, 14). Malign transformasyon skuamöz hücreli kanserdir ve geniş eksizyon, radyoterapi ve kemoterapi ile tedaviye rağmen sonuçlar iyi değildir (3, 7, 17, 18). Sunulan olguda, postoperatif mikroskopik incelemede içi tamamen eozinofilik boyanan keratinöz materyelle dolu lümeni granüler tabakası belirginleşmiş çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik yapı izlenmiştir ve maligniteye rastlanmamıştır (Şekil 6).

İntradiploik epidermoid kistler total eksize edilmelidirler, olmazsa rekürrens sıktır (6, 11). Kemik ve duradan disseke edilen kapsülün total çıkartılmasını amaçlayan bir cerrahi yapılmalıdır (11). Sunulan olguda, sol temporoparietal yerleşimli intradiploik epidermoid kist total olarak çıkartılmış ve aynı seansta metilmetakrilatla kranioplastisi yapılmıştır, 1,5 yıl sonraki kontrol BBT 'sinde nüks saptanmamıştır (Şekil 7).

Sonuç olarak: İntradiploik epidermoid kistler benign lezyonlardır ve cerrahi olarak tedavi edilmelidirler. Total çıkartılırlarsa prognoz çok iyidir, aksi takdirde nüks sıktır. Malign transformasyon varsa, total eksizyona radyoterapi ve kemoterapi eklenir fakat prognoz kötüdür.

KAYNAKLAR

1. Abedi E, Frable MA : Epidermoid cyst of the frontal bone masquerading as frontal sinusitis. Laryngoscope 94 : 545-546, 1984
2. Akhaddar A, Gazzaz M, El Mostarchid B, Kadiri B, Lrhezzioui J, Boucetta M: Giant epidermoid cyst of the skull with extra and intracranial extension. A case report. (French). Journal of Neuroradiology. Journal de Neuroradiologie. 29(3):193-9, 2002
3. Bretschneider T, Dorenbeck U, Strotzer M, Roth M, Rümmele P, Buettner R : Squamous cell carcinoma arising in an intradiploic epidermoid cyst. Neuroradiology 41: 570-572, 1994. Carmel PW:Brain tumors of disordered embriogenesis : Kieffler SA, Long DM, Chou SN, King GA, Cacayorin ED : Tumors of the skull : Youmans JR (Ed), Neurological Surgery, Cilt-5, Üçüncü baskı, Philadelphia: W.B. Saunders, 1990; 3223-3249,3593-3638 5. Clark JB, Six EG : Epidermoid tumor presenting as a tension pneumocephalus. Case report. J. Neurosurg. 60: 1312-1314, 1984
6. Endo M, Watanabe N, Toshimoto Y : Recurrent ntradiploic epidermoid cyst of the skull. A case report. No Shinkei Geke: 26: 633-7, 1998
7. Hoeffel C, Heldt W, Cholle L : Malignant change in an intradiploic epidermoid cyst. Acta Neurol Belg , 7 : 45-9, 1997
8. Jaiswal AK, Mahapatra AK: Giant intradiploic epidermoid cysts of the skull. A report of eight cases. British Journal of Neurosurgery, 14 (3) : 225-228, 2000

9. Jakubowsky E, Kirsh E, Minderman T, Etlin D, Gratzl D, Radü EW : İntradiploic epidermoid cyst of the frontal bone presenting with tension pneumocephalus. Acta Neurochir (Wien) 139 : 86-87, 1997
10. Maiuri F, Del Basso De Caro M, D'Acunzi G, Tortora F, Esposito F : Giant intradiploic epidermoid cyst of the occipital bone. Zentralblatt fur Neurochirurgie, 65(1):32-5, 2004.
11. Narlavar RS, Nagar A, Hira P, Raut AA : İntradiploic epidermoid cyst . J Postgrad Med, 48:213-4, 2002
12. Piotin M., Gailloud P, Reverdin A, Schneider PA, Pizzolato G, Rüfenacht DA: Epidermoid cyst of the skull with nonpulsatile tinnitus. Neuroradiology, 40 : 452-454, 1998
13. Prall JA , Lloyd GL, BreezeRE :Traumatic Brain İnjury Associated with an intradiploic Epidermoid Cyst:Case report. Neurosurgery, 37(3):523-525, September 1995.
14. Russel DS, Rubinstein LS (Ed): Tumours and tumour like lesions of maldevelopmental origin: Pathology of Tumours of the Nervuos System, beşinci baskı, London: Edward Arnold, 1989: 664-765
15. Saito T, Yuki K, Kaziwara Y, Sasaki T, İmada Y, Kodama Y : An intradiploic epidermoid cyst of the skull in infancy: Case report (Japanese) No Shinkei Geka-Neurological Surgery. 30(6):647-50, 2002
16. Schönauer C, Conrad M, Barbato R, Capuano C, Moraci A : Traumatic rupture into frontal sinus of a frontal intradiploic epidermoid cyst. Acta Neurochir (Wien) 144: 401-402, 2002
17. Tognetti F, Lanzino G, Mevetto V : İntracranial squamous cell carcinoma arising in remnant of extirpated epidermoid cyst. Br J Neurosurg 5 : 303-305, 1991
18. Yanai Y, Tsuji R, Ohmori S: Malignant change in an intradiploic epidermoid : Report of a case and review of the literature. Neurosurgery 16 : 252-256, 1985