

TORAKAL DERMAL SINÜS İLE EPİDERMOİD KİST BİRLİKTELİĞİ

THORACIC DERMAL SINUS ASSOCIATED WITH SUBCUTANEOUS
EPİDERMOID CYST: A CASE REPORT

Cengiz CANDAN
Ercan KARAASLAN

SUMMARY

AIM: A dermal sinus was diagnosed in the back, on the level of second dorsal vertebra, of an eleven years old girl.

Magnetic Resonance Imaging revealed that a fusion defect of second dorsal vertebra, a dorsal sinus tract and an epidermoid cyst within the tract.

The girl had no neurologic symptom. Surgical excision of the sinus prevented potential complications, such as meningitis.

(Key Words: Lumbosacral dysraphism, Spine anomaly)

ÖZET

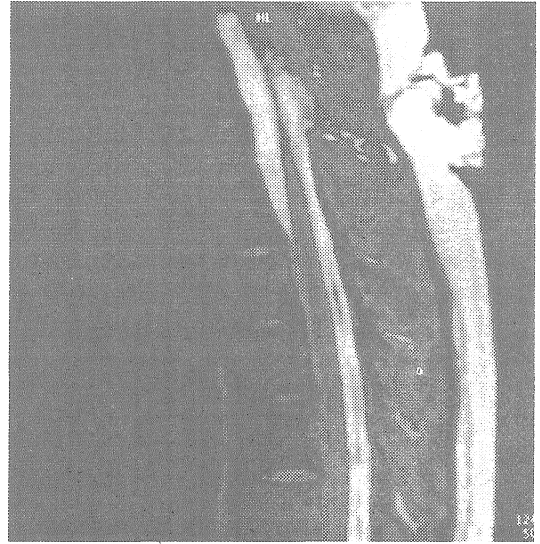
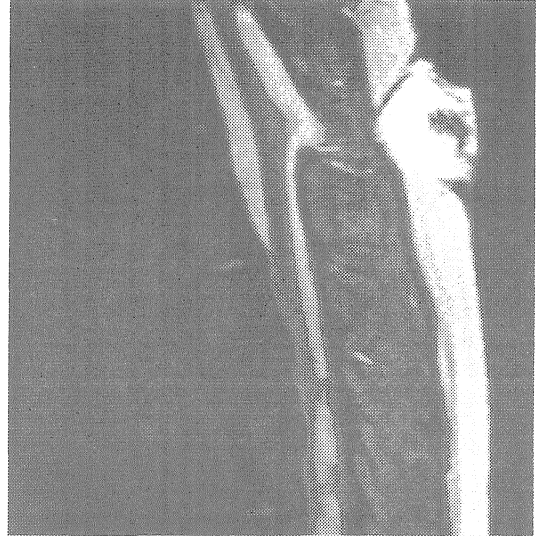
AMAÇ: 11 yaşındaki hastanın sırtında orta hatta ikinci torakal vertebra düzeyinde bir sinüs saptandı. Çekilen manyetik rezonans D2 vertebra füzyon defekti, dermal sinüs traktı ve cilt altında trakt içinde 3x2 cm'lik epidermoid kist saptandı. Nörolojik bulgusu olmayan hastada cerrahi eksizyonla komplikasyon gelişimi önlemiş oldu.

(Anahtar Sözcükler: Lumbosakral disrafi, Omurilik anomalisi)

Konjenital dermal sinüsler (KDS), yüzeysel bir çukurluk ve dermal doku ile sarılmış çok katlı yassı epitel ile kaplı deri içinde ilerleyen bir yol şeklindedir. Lumbosakral bölge başta olmak üzere Kran-yospinal hattın herhangi bir yerinde yerleşebilirler. KDS'lerin yaklaşık yarısı dermoid ve epidermoid kistlerle birlikte bulunur. Çocuklarda tekrarlayıcı menenjitlerin yanı sıra özellikle diğer malformasyonlarla birlikte ise gelecekte nörolojik, ortopedik ve ürolojik açıdan önemli sonuçlar doğurabilir (1). Tanıda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) diğer görüntüleme yöntemleri ile karşılaştırıldığında daha duyarlı ve tanısaldir (2). Biz bu makalede göreceli olarak nadir görülen trokal yerleşimli KDS ve eşlik eden ciltaltı yerleşimle epidermoid kist olgusunu olası komplikasyonları nedeniyle erken tanının önemini vurgulamak amacı ile sunduk.

OLGU

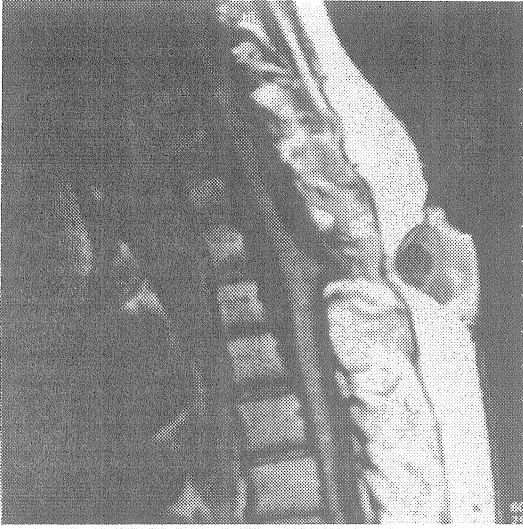
Onbir yaşında kız hasta D.Ö. SSK Kartal Hastanesine (10.06.1999-8114) polikliniğe sırtında doğumdan beri varolan hafif şişlik yakınması ile başvurdu. Fizik muayenesinde 37 kg (%25-50), 142 cm (%25-50), solunum ve dolaşım normal sınırlarda; sırtta orta hatta torakal 2. vertebra seviyesinde ortasında dimple (çukurcuk) olan yaklaşık 3x2 cm boyutlarında elastiki ve kistik kıvamda bir şişlik mevcuttu. Lezyon düzeyinde cilt renginde mor-kırmızı arası koyulaşma ve yerel bir kıllanma izlenmekteydi. Nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın diğer sistem bulguları da normaldi. Rutin laboratuvar tetkikleri ve idrar kültürü normaldi. MRG'de hastada torakal 2 seviyesinde vertebral füzyon defekti ve dorsal dermal sinüs traktı saptandı. Cilde yakın sinüs traktı içinde epidermoid kist ile uyumlu yaklaşık 3x2 cm boyutlarında kistik kitle izlendi (Resim 1 a-d). Hasta cerrahi yaklaşım için nöroşirurji kliniğine sevk edildi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastahkları Hastanesi'nde ameliyat olan hastanın histopatolojik inceleme sonuçlarına ulaşılmadı. Hastanın ameliyat sonrası 6. ayında yapılan MRG kontrolü olağandı.



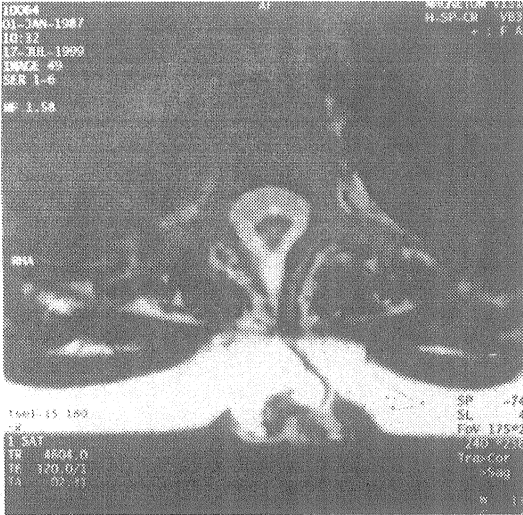
RESİM 1 A-B: Sagittal planda T2 ağırlıklı kesitte torakal 2. vertebra düzeyinde arkada dorsal dermal sinüs traktı ve trakt içinde cilde doğru uzanmış ciltaltı yaklaşık 3 cm. çaplı epidermoid kisti düşündürülen lezyon izleniyor.

TARTIŞMA

KDS yüzeysel bir çukurluk ve dermal doku ile sarılmış çok katlı yassı epitel ile kaplı, deri içinde ilerleyen bir yol şeklindedir. İntrauterin yaşamın 3-5. haftalarında nöral ektodermin cilt ektoderminin tam olarak ayrılabilmesi sonucu gelişir. Sıklığı 1500 doğumda 1 olarak bildirilmektedir. Erkek ve



RESİM 1 C: Sagittal planda T1 ağırlıklı kesitte dermal sinüs traktı ve epidermoid kist düzeyinde spinal kordda dermal sinüs traktına doğru hafif çekinti izleniyor.



RESİM 1 D: Transvers planda T2 ağırlıklı kesitte akada füzyon defekti ve epidermoid kist izleniyor.

kızlarda eşit sıklıkta görülür ve genellikle doğumdan 30'lu yaşlara kadar olan bir zamanda tanı alır. Bu lezyonların büyük çoğunluğu lomber ve lumbosakral bölgede daha az oranda ise oksipital, servikal ve bizim olgumuzda olduğu gibi torakal bölgede (%10) de bulunabilirler (1,3).

KDS'ler diğer cilt anomalileri ve spinal

tümörlerde sıklıkla ilişkilidir. Sırtta görülen cilt anomalileri altta yatan spinal malformasyonların habercisi olabilirler ve KDS'li hastaların da yarısından fazlasında mevcuttur. Olgumuzda dermal sinüs çukurcuğuna eşlik eden yerel kıllı bir alan ile ciltteki renk farklılığı göze çarpan cilt anomalileriydi (3).

Dermal sinüslerin %10-20'si ekstradural bölgede ve yaklaşık %10'u subkutanöz doku içinde sonlanırken olguların %60'a yakını subaraknoid boşluğa ve %27'si de spinal kanal içine yayılım gösterebilirler. Bu nedenle KDS'li olguların %50'sinde menenjit ve intraspinal apse görülür (1). Literatürde konjenital dermal sinüsü olan 18 aylık bir erkek çocukta 3 kez tetarlayan menenjit atakları bildirilmiştir (4). Diğer bir olguda tedaviye dirençli menenjit nedeni ile tekrar incelendiğinde torakal dermal sinüs ve buna bağlı intraspinal apse geliştiği gözlenmiştir (5). Birlikte bulunan dermoid ve epidermoid kistlerin açılması da kimyasal menenjitlere neden olabilir (1). Olgumuzun öyküsünde geçirilmiş menenjit atağı yoktu.

KDS'lerin yaklaşık yarısı dermoid ve epidermoid tümörler ile sonlanır. Bir seride bu tümörler %38 intramedüler, %63 intradural ekstramedüler bulunmuştur (6). KDS'ü olan hastalarda olası nörolojik belirtiler sıklıkla dermoid ve epidermoid tümörlerin yerleşimine bağlı ortaya çıkan bası belirtileridir (7). Dermoid ve epidermoid tümörler subaraknoid boşluğa uzanırsa spinal kordu etkileyerek nörolojik belirtilerin çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkmasına yol açabilirler. Hızlı nörolojik kötüleşme ise bu tümörlerin efeksiyonlarını akla getirmelidir. Bası belirtileri hastalarda ağrı, asimetrik güçsüzlük, motor ve duysal kayıpların yanısıra yürüme güçlüğü, skoloz ve mesane işlevlerinde bozukluklarına yol açabilir. KDS bazen spinal kordun diğer gelişimsel bozuklukları ile birliktelik (siringomyeli, diastomatomyeli ve tethered =dişlenmiş kord) gösterebilir. Bu olgularda da nöral bası belirtileri ortaya çıkar (1). Bizim olgumuzun MRC'sinde KDS'e eşlik eden diğer spinal kord anomalilerin olmadığı ve ciltteki şişliğin dermal sinüs yolundaki epidermoid kiste bağlı olduğu saptandı.

İntergluteal bölgenin üstündeki tüm dermal sinus olgularında hastanın yaşına ve

nöroradyolojik bulgularına bakılmaksızın cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir (1,2). Olgumuzda da operasyon önerilmiş ve Beyin Cerrahisi tarafından lezyon çıkarılmıştır. Histopatolojik tanının olmaması makalenin bir eksiği olarak görünse de fizik muayene ve MR bulguları çok tipik olan hastanın tanısı kuşku doğurmamaktadır. Hastamız 6 aydır sağlıklı olarak yaşamını sürdürmektedir.

Olgumuzda KDS'e eşlik eden intraspinal bir anomalinin olmayışı ve epidermoid kistin spinal kanal dışında, ciltaltı dokuda olması nedeniyle nörolojik bulguya rastlanmamıştır. Literatürde de ileri yaşlarda bile yakınmaya yol açmayan olgular bildirilmiştir (8).

Konjenital dermal sinüs ve eşlik edebilen

anomalileri içeren gizli spinal disrafilerin (GSD) erken tanısı şüphelenildiği anda yapılan görüntüleme yöntemleri ile mümkündür. MRG merkezi sinir sistemi ve medulla spinalis ile ilgili tüm patolojilerde olduğu gibi ekstrapinal sinüs yolunu, epidermoid kistleri ve ilişkili diğer malformasyonları istenilen her düzlemde noninvaziv olarak görüntüleyebildiğinden diğer tanı yöntemlerinden üstündür (2,9,10).

Sonuç olarak bir çocukta böyle cilt anomalilerinin saptanması gelecekteki nörolojik, ürolojik ve ortopedik komplikasyon gelişim riski nedeniyle önemli olabilir. Bu nedenle küçük bir kuşku duyulduğunda bile hasta GSD açısından incelenmeli; MRG gibi görüntüleme teknikleri ile tanı konulmalı ve gerekirse nöroşirurjik konsültasyon ve cerrahi girişim yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kane PM, Park TS. Dermoids and dermal sinus tracts of the spine. *Neurosurg Clin North Am* 1995 ; 6 : 359-66.

2. Barkovich AJ: Congenital Anomalies of the Spine. In: Barkovich AJ (ed): **Pediatric Neuroimaging**. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2000 ; 621-683.

3. Weprin BE, Oakes WJ: Coccygeal pits. *Pediatrics* 2000 ; 105 : E69.

4. Andıran N, Coşkun T, Özyayın E, ve ark: Konjenital paravertebral dermal sinüs traktı ile ilişkili rekürrent menenjit. **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg.** 1998;40:121-5

5. Gurbani SG, Cho CT, Lee KR: Staphylococcus epidermidis meningitis and an intraspinal abscess associated with a midthoracic dermal sinus tract. *Clin Infect Dis* 1994 ; 19 : 1138-40.

6. Naidich PT, Zimmerman RA, McLone DG: **Congenital anomalies of the spine and spinal cord**, In: Scott W (ed): *Atlas Magnetic Resonance Imaging of the Brain and Spine*, Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996 : 1265-1337.

7. Hattori H, Higuchi Y, Tashiro Y: Dorsal dermal sinus and dermoid cysts in occult spinal dysraphism. *J Pediatr* 1999 ; 1134 : 793.

8. alafaci C, Salpietro FM, Grasso G, et al: Lumbosacral congenital dermal sinus in a 52 year old man. Case report. *J Neurosurg Sci* 2000 ; 44 : 238-42.

9. Barkovich AJ, Edwards MSB, Cogen Ph: Mr evaluation of spinal dermal sinus tracts in children. *AJR* 1991 ; 156 : 791-7.

10. Medina LS, Al-Orfali M, Poussaint TY, et al: Occult lumbosacral dysraphism in children and young adults: diagnostic performance of last screening and conventional MR imaging. *Radiology* 1999 ; 211 : 767-71.