

- 4- Bloom D, Carvalho D, Edmonds J, Magit A. Neonatal dermoid cyst of the floor of the mouth extending to the midline neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 Jan;128(1):68-70.
- 5- Gibson WS, Fenton NA. Congenital sublingual dermoid cyst. *Arch Otolaryngol* 1982 Nov;108(11):745-8.
- 6- Goldman JM, Barnes DJ, Pohl DV. Obstructive sleep apnoea due to a dermoid cyst of the floor of the mouth. *Thorax* 1990 Jan;45(1):76.
- 7- Louis PJ, Hudson C, Reddi S. Lesion of floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg* 2002 Jul; 60(7):804-7.
- 8- Ho MW, Crean SJ. Simultaneous occurrence of sublingual dermoid cyst and oral alimentary tract cyst in an infant: a case report and review of the literature. *Int J Paediatr Dent*. 2003 Nov;13(6):441-6.
- 9- Obiechina AE, Arotiba JT, Ogunbiyi JO. Coexisting congenital sublingual dermoid and bronchogenic cyst. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999 Feb;37(1):58-60.
- 10- Drucker C, Gerson CR. Sublingual contiguous thyroglossal and dermoid cysts in a neonate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1992 Mar;23(2):181-6.
- 11- Devine JC, Jones DC. Carcinomatous transformation of a sublingual dermoid cyst. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2000 Apr;29(2):126-7.
- 12- Cramer H, Lampe H, Downing P. Dermoid cyst of the floor of the mouth diagnosed by fine needle aspiration cytology: a case report. *Acta Cytol* 1996 Mar-Apr;40(2):319-26.
- 13- Acree T, Abreo F, Smith BR, Bagby J, Heard JS. Diagnosis of dermoid cyst of the floor of the mouth by fine-needle aspiration cytology: a case report. *Diagn Cytopathol* 1999 Feb;20(2):78-81.
- 14- Ariyoshi Y, Shimahara M. Magnetic resonance imaging of a submental dermoid cyst: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2003 Apr;61(4):507-10.
- 15- Brusati R, Galioto S, Tullio A, Moscato G. The midline sagittal glossotomy for treatment of dermoid cysts of the mouth floor. *J Oral Maxillofac Surg* 1991 Aug;49(8):875-8.
- 16- Blenkinsopp PT, Rowe NL. Recurrent dermoid cyst of the floor of the mouth. *Br J Oral Surg* 1980 Jun; 18(1): 34-9.

Abstract**Large sublingual dermoid cyst A case report**

Kalantar hormozi A, Shahverdiani R

I ntroduction: Sublingual dermoid cysts are rare and constitute a little percent of all dermoid cysts. Typically, these cysts present as a non-painful slow growing mass on floor of the mouth or submental region. They can cause problems in deglutition, speech and respiration. These lesions can be diagnosed by ultrasonography, CT or MRI. Surgical excision is the treatment of choice, which can be done through extra- or intra- oral approach. We report a case of a large sublingual dermoid cyst in a 17 years old girl, who was referred to our hospital because of sublingual mass, submental swelling and fibrovascular lesions of lower face.

Keywords: Dermoid cyst, Sublingual mass, Floor of mouth

کیست درموئید بزرگ زیر زبانی گزارش یک مورد

دکتر عبدالجلیل کلانتر هرمزی^۱، دکتر رضا شاهوردیانی^۲

دانشیار و فوق تخصص جراحی پلاستیک، رزیدنت جراحی پلاستیک - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خلاصه

مقدمه: کیست های درموئید زیرزبانی نادر هستند و درصد کمی از کیست های درموئید بدن را شامل می شوند. این کیست ها معمولا به شکل توده بدون درد و با رشد آهسته ای در زیر زبان یا گردن و در خط وسط تظاهر می کنند و می توانند مشکلات بلع، تکلم یا تنفس ایجاد کنند. این ضایعات با سونوگرافی، سی تی اسکن یا MRI تشخیص داده می شوند. درمان انتخابی آن ها جراحی است که ممکن است از راه داخل یا خارج دهانی انجام شود. در ذیل گزارش موردی از کیست درموئید در یک خانم ۱۷ ساله آمده است که با شکایت توده بزرگ زیر زبانی، برجستگی ناحیه ساب منتال و ضایعات عروقی در قسمت تحتانی صورت، مراجعه کرده است.

واژه های کلیدی: کیست درموئید، توده زیر زبان، کف دهان

مقدمه

در این جا گزارش موردی از کیست درموئید حجیم زیر زبانی در یک دختر ۱۷ ساله ذکر می شود که با اکسیزیون جراحی بهبود یافت.

معرفی مورد

بیمار دختری است ۱۷ ساله که با شکایت تورم ناحیه زیر زبان و برجستگی در ناحیه زیر چانه و گردن به ما مراجعه نمود. علاوه بر این از برجستگی ها و وجود عروق ریز و فراوان در پوست ناحیه چانه و گردن نیز شاکی بود. ضایعات پوستی فوق از بدو تولد وجود داشته است که تغییر زیادی نیز نداشته است، اما ایجاد تورم و برجستگی در زیر زبان و گردن تدریجی بوده است، به نحوی که در چند سال اخیر رشد آن تشدید یافته بود و باعث مراجعه بیمار شده بود. توده فوق دردناک نبوده است، اما مشکلاتی را در بلع و تکلم بیمار ایجاد نموده است. سابقه بیماری دیگری را ذکر نمی نمود. سابقه عمل جراحی نداشت. بیماری مشابه در خانواده وی وجود نداشته است.

کیست درموئید زیر زبانی، یک کیست حاوی ترشحات شبیه سبوم است که در دیواره آن، علاوه بر اپیتلیوم، ضمایم پوستی نیز وجود دارد. این کیست ها احتمالا از بدام افتادن اپی تلیوم ژرمینال حین بسته شدن قوس های برانشیال اول و دوم ناشی می شوند (۱).

این ضایعه در تمامی سنین گزارش شده، اما بیشتر در بیماران ۳۵-۱۵ ساله دیده می شود.

از نظر بالینی این کیست ها به شکل توده بدون دردی در کف دهان تظاهر می کنند که رشد آهسته ای دارند. در لمس غیر حساس هستند و قوام خمیری دارند. آن ها می توانند مشکلاتی در بلع، تکلم و تنفس ایجاد کنند. استفاده از سونوگرافی، CT و MRI در تشخیص بهتر این ضایعه و ارتباطات آن با عناصر مجاور کمک کننده است. درمان این ضایعه مستلزم اکسیزیون کامل کیست با جراحی است.

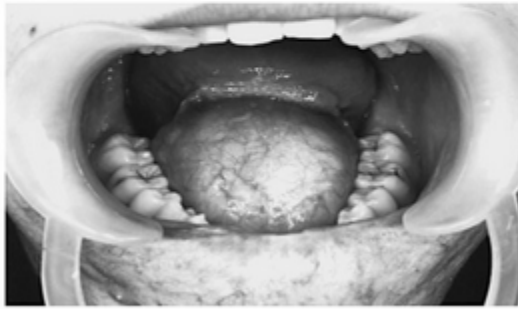
دکتر عبدالجلیل کلانتر هرمزی

تهران خیابان آبان جنوبی،

E-Mail: kalantarj@yahoo.com

تلفن: ۸۸۹۰۱۱۰۸

تاریخ وصول: ۸۴/۴/۲۱ تاریخ تایید: ۸۴/۹/۲۹



تصویر ۳ - نمای توده در زیر زبان. زبان کاملاً به بالا جابجا شده

در لمس توده و معاینه دو دستی، توده فوق قوام خمیری داشت و در لمس حساس نبود. توده زیر زبان و توده ناحیه ساب منتال متصل و مرتبط به هم به نظر می رسیدند. علائم التهاب و عفونت در موضع و در بیمار موجود نبود سایر معاینات طبیعی بودند.

برای بیمار آزمایش کامل خون و سرم انجام شده بود که همگی طبیعی بود. از این بیمار MRI ناحیه صورت و گردن در نماهای axial & coronal انجام شد که نشان دهنده توده کیستیک نسبتاً بزرگ (قطر حدود ۸-۱۰ سانتی متر) در ناحیه زیر زبان بود و با عبور از دیافراگم کف دهان به ناحیه ساب منتال و قسمت فوقانی گردن رسیده بود، به نحوی که در نمای کروئال، توده کیستیک فوق نمای ساعت شنی (Hourglass) به خود گرفته بود (تصویر ۴).

تصویر ۴ - نمای MRI ضایعه در پلان کروئال
کیست نمای ساعت شنی بخود گرفته است

در معاینه بیمار دختری بود هوشیار و آگاه، با حال عمومی خوب، قد و وزن متناسب با سن و علائم حیاتی طبیعی، در نگاه برجستگی و تورم یکنواختی در ناحیه ساب منتال جلب توجه می نمود. پوست ناحیه ثلث تحتانی صورت و قسمت فوقانی گردن به ویژه اطراف لب تحتانی واجد ضایعات فیبرو-آنژیومی فراوان با اندازه های مختلف بود که عروق برجسته آن به خوبی مشهود بود (تصاویر ۱، ۲).



تصویر ۱ - نمای بیمار از روبرو



تصویر ۲ - نمای بیمار از نیم رخ

در معاینه داخل دهان، تورم یکنواخت (به قطر حدود ۷-۸ سانتی متر) در زیر زبان موجود بود که زبان بیمار را کاملاً به بالا رانده بود (تصویر ۳).

یا Dysodontogenic cysts هستند (۲).

این کیست ها بر حسب ساختمان موجود در جدار کیست به انواع اپی درموئید (جدار حاوی اپی تلیوم، منشا اکتودرمال)، درموئید (جدار حاوی اپی تلیوم و ضمام پستی، منشا اکتو درمال و مزودرمال) و تراتوئید (جدار حاوی ساختمان های منشعب از هر سه لایه جنینی) تقسیم می شوند (۱،۲).

کیست های درموئید در مکان هایی مثل تخمدان و ناحیه ساکروم شایع هستند و دردهان نادرند. حدود ۷٪ از کیست های درموئید در سر و گردن هستند که در مناطقی مثل گلابلا، دورسوم بینی، قدام گردن و کف دهان یافت می شوند. نسبت کیست های درموئید کف دهان به کل کیست های درموئید بدن بین ۱/۴٪ تا ۶/۵٪ گزارش شده است (۳،۲،۱).

در مورد اتیولوژی کیست درموئید کف دهان چند تئوری وجود دارد:

۱- بدام افتادن اپی تلیوم ژرمینال حین بسته شدن قوس های برانشیال اول و دوم در هفته های سوم و چهارم جنینی
۲- کاشته شدن تروماتیک سلولهای اپی تلیال به درون بافت های عمقی تر (تئوری اکتسابی)

۳- محسوب شدن کیست درموئید به عنوان یک واریانت از کیست های مجرای تیروگلووس، که در آن اجزای اکتودرمال برتری دارند.

۴- رشد کیست از سلول های بنیادی باقی مانده در محل که از بلاستومر اولیه جدا شده اند. اکثر محققین به تئوری اول اعتقاد دارند (۱،۲).

اولین گزارش کیست درموئید زیر زبانی مربوط به Jourdain در سال ۱۷۷۸ است (۲،۳).

کیست های درموئید زیر زبانی در تمام سنین، از نوزادی تا دهه هفتم عمر گزارش شده اند (۴،۵). اما بیشترین شیوع در دهه های دوم تا چهارم (سنین ۳۵-۱۵ سالگی) است. در مرد و زن به یک نسبت بروز می کند (۱).

با توجه به سیر ضایعه، نمای بالینی، معاینات و نمای سی تی اسکن، بیمار با تشخیص احتمالی کیست درموئید کف دهان تحت عمل جراحی قرار گرفت. با بیهوشی عمومی و از طریق راه داخل دهانی برشی در زیر زبان و روی توده داده شد. وجود کپسول در اطراف توده، باعث تسهیل جداسازی توده از نسوج اطراف گردید. به دلیل حجم زیاد توده در مقایسه با طول برش، بناچار و با پرهیز از آلوده شدن زخم، قسمتی از محتوای کیست را تخلیه نمودیم که حاوی ترشحات غلیظ کرم رنگ شبیه سبوم و دانه های زرد رنگ بود. کیست چسبندگی شدیدی به نسوج نداشت و پس از تخلیه، به طور کامل آزاد و خارج شد (تصویر ۵).



تصویر ۵- کیست، قبل از خروج کامل.

انسزیون کف دهان- پس از شستشو- به طور اولیه و با نخ ویکریل ترمیم شد. کف دهان با یک سوچور pull-out (که روی یک Bolster گره زده شد)، به زیر گردن بیمار فیکس شد. بیمار دوره بعد از عمل را به خوبی طی نمود و بدون مشکل خاصی بهبود یافت. گزارش آسیب شناسی حاکی از کیست درموئید با برداشت کامل بود.

بحث

کیست درموئید، یک کیست حاوی ترشحات شبیه سبوم است که در دیواره آن، علاوه بر اپیتلیوم، ضمام پستی نیز وجود دارد.

این کیست ها جزو گروهی از کیست های مادرزادی ناشی از اختلالات تکاملی به نام Dysontogenetic cysts

تشخیص بیماری مبتنی بر شرح حال، سیر، علایم بالینی و استفاده از روش های تصویر برداری است. آسپیراسیون سوزنی نیز برای تشخیص و کاهش حجم موقتی کیست به کار رفته است (۱۲، ۱۳). استفاده از سونوگرافی، سی تی اسکن و در تشخیص این بیماری با موفقیت همراه بوده است، هرچند که برخی را روش ارجح و انتخابی می دانند (۱۴)، رادیوگرافی ساده معمولاً مفید نیست. آزمایش خون کمک کننده نبوده و اغلب طبیعی است. تشخیص های افتراقی ضایعه شامل:

ضایعات غفونی (دندان، غدد بزاقی)، تومورها (زبان، کف دهان غدد بزاقی)، کیست های مجرای تیروگلو، موكوسل و رانولا (نوع plunging)، هیگروم کیستیک و سایر ضایعات مادرزادی (مثل همانژیوم، لنفانژیوم، نوروفیبروم، لیپوم و) است (۱، ۷). درمان ضایعه مبتنی بر اکسیژون جراحی است. رویکرد جراحی بر حسب محل آناتومیک ضایعه و اندازه آن است. در انواع ساب مندیولار و ساب منتال و کیست های با سایز بزرگ، راه خارج دهانی ارجح است. در انواع ساب لینگوال راه داخل دهانی انتخابی است. به ندرت برای برداشت از راه داخل دهانی گلو سوتومی ساژیتال لازم شده است (۱۵). با برداشت کامل کیست از طریق جراحی، بیماری درمان می شود و فقط موارد نادری از عود گزارش شده است که ممکن است ناشی از برداشت ناکامل باشد (۱۶).

علایم، سیر بیماری، معاینات و نمای سی تی اسکن ضایعه در بیمار ما با آن چه گفته شد مطابقت داشت. اما وجود ضایعات فیروآنژیومی در صورت همزمان با کیست درموئید زیرزبانی تاکنون گزارش نشده بود.

این کیست ها به شکل تورم غیر دردناک در کف دهان تظاهر می کنند که رشد آهسته ای دارند. در لمس غیر حساس هستند و قوام خمیری دارند و می توانند مشکلاتی را در بلع، تکلم و تنفس ایجاد کنند (۶). معمولاً با لنفادنوپاتی گردنی و علائم التهاب و عفونت همراه نیستند (۱). اما اگر عفونی شوند ممکن است با علائم آنزین لودویگ تظاهر کنند (۳).

بر حسب موقعیت قرارگیری آنان نسبت به عضلات کف دهان (به ویژه عضله میلوهیوئید) به انواع آناتومیک: ساب لینگوال، ساب منتال و ساب مندیولار تقسیم شده اند (۱). یک کیست بزرگ ساب لینگوال می تواند با عبور از دیافراگم کف دهان به گردن راه پیدا کرده و تورم و برجستگی در گردن نیز ایجاد کند و نمای ساعت شنی (hourglass) به خود بگیرد (۷). معمولاً با کپسولی محصور می شوند ولی sinus tract ندارند. سیر ضایعه معمولاً آهسته است، اما در دوران بلوغ (که ترشح سبوم افزایش می یابد) افزایش رشد ناگهانی دارند (۳). همچنین گزارشی از افزایش ناگهانی اندازه آن به دنبال حاملگی موجود است که ممکن است نشان دهنده تاثیر هورمون ها بر اندازه آن باشد (۲). وقوع همزمان این کیست ها با کیست های دهانی با پوشش اپی تلیوم گوارشی، کیست های برونکوژنیک و کیست های مجرای تیروگلو گزارش شده است (۸، ۹، ۱۰).

در آسیب شناسی کیست حاوی ترشحات شبیه سبوم یا کازئوم است. جدار کیست شامل اپی تلیوم اسکوآموس و ضمامم پوستی (غدد عرق و سباسه، مو و فولیکول مو) می باشد. بدخیم شدن این ضایعه بسیار نادر است، هرچند بروز بدخیمی (SCC) به دنبال گذشت زمان طولانی گزارش شده است (۱۱).

References

- 1- Lima SM, Chrcanovic BR, Paula AM, Freire-Maia B, Souza LN. Dermoid cyst of the floor of the mouth. Scientific WorldJournal 2003 Mar 24;3:156-62.
- 2- Tuz M, Dogru H, Uygur K, Baykal B. Rapidly growing sublingual dermoid cyst throughout pregnancy. Am J Otolaryngol. 2003 Sep-Oct;24(5):334-7.
- 3- Seah TE, Sufyan W, Singh B. Case report of a dermoid cyst at the floor of the mouth. Ann Acad Med Singapore. 2004 Jul;33(4 Suppl):77-9.