

Ekstraoküler Kistik Tümörlerinde Klinik Tanı ve Tedavi Sonuçları

Clinical Diagnosis and Treatment Results of Extraocular Cystic Tumours

¹Nilgün Yıldırım, ¹Tülay Şimşek, ²Emine Dündar



¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp
Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı,
Eskişehir, Türkiye

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp
Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Eskişehir,
Türkiye

Özet

Ekstraoküler kistik tümörü olan olguların patoloji ve klinik bulgularla konulan tanıları, klinik özellikleri ile tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi. Ekstraoküler kistik tümörü tanısı alan 85 olgu çalışmaya alındı. Olgular yaş, cinsiyet, klinik bulgular, tümörün yerleşimi, klinik ön tanı, tedavi, patolojik tanı ve prognoz açısından değerlendirildi. Seksen beş olguya ait 92 tümör retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 47'si (%55,3) kadın, 38'i (%44,7) erkek olup yaş ortalaması 26,8±5,2 yıl idi. 7 olguda tümörün iki taraflı olduğu saptandı. Olgularda, en sık başvurma nedeni gözde ağrısız şişlik olmasıydı. Diplopi ve egzoftalmus en sık mukosel olgularında saptandı. Kistler en sık alt iç kadranda (%35) yerleşmiş olup bunu sırası ile üst dış kadranda (%27), üst iç kadranda (%25) ve alt dış kadranda (%13,5) izliyordu. Cerrahi tedavide bir olgunun 1 gözündeki tümör total olarak çıkarıldı. Dört olgu ise cerrahi tedavi uygulanmadan izleme alındı. Kitlelerin patolojik tanıları; 31'i epidermal dermoid kist, 7'si konjonktival dermoid kist, 37'si epidermal kist (18 primer kutaneöz, 15 primer konjonktival, 4 sekonder konjonktival), 7'si sudoriferous kist, 5'i kolobomatöz kist, 3'ü mukosel, 2'si lipodermoid idi. Alt iç kadranda en sık epidermal kistler, üst iç ve dış kadranda ise en sık dermoid kistler görüldü. Kistik tümörlerin %13'ünde klinik ve patolojik tanı arasında uyumsuzluk saptandı. Cerrahi yapılan konjonktiva dermoid kistli bir göz dışında diğerlerinde nüks görülmeydi. Çalışmamızda, epidermal kistler ve dermoid kistler en sık görülen ekstraoküler kistik tümörü olup, klinik ön tanı ile patolojik tanı uyumu %87 olarak saptandı. Kistin tamamının çıkarılması ile kür sağlandığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Epidermoid kist, Orbita kistleri, Dermoid, Teratom

Abstract

Evaluation of the diagnosis, clinical features and treatment results of cases diagnosed with extraocular cystic tumors based on pathological and clinical findings. Eighty-five patients diagnosed with extraocular cystic tumours were included in the study. Patients were evaluated in terms of age, sex, clinical findings, localization of the tumor, clinical diagnosis, pathological diagnosis, and treatment outcomes. Ninety-two eyes of 85 patients were evaluated retrospectively. There were 47 (%55.3) female and 38 (%44.7) male patients with a mean age of 26.8±5.2 years. Tumors were bilateral in 7 patients. The most common presenting sign was a painless swelling in the eye. Diplopia and proptosis were mostly observed in patients with mucocele. Cystic lesions were localized in inferomedial (%35) superolateral (%27), superomedial (%25), and inferolateral (%13.5) aspects of the orbit respectively. Tumoral mass completely excised by surgical treatment except in one patient. Four patients were followed without surgical treatment. Pathologic diagnoses were; epidermal dermoid cyst (31), conjunctival dermoid cyst (7), epidermal cyst (37; primary cutaneous (18), primary conjunctival (15), secondary conjunctival (4), sudoriferous cyst (7), colobomatous cyst (5), mucocele (3), an lipodermoid (2). The epidermal cyst was the most frequently seen cystic lesion in the lower inner quadrant. The dermoid cyst was the most frequently seen lesion in the upper inner and outer quadrants. A mismatch between clinical and pathological diagnosis was 13%. Recurrence was not observed except in one eye with a conjunctival dermoid cyst. Dermoid cysts and epidermal cysts were the most common cystic tumors of the extraocular tissues. Concordance between pathological and clinical diagnosis was found to be 87%. The cure was maintained by removing the cyst completely.

Keywords: Epidermoid cyst, Orbital cyst, Dermoid, Teratoma

Correspondence:

Tülay ŞİMŞEK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp
Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim
Dalı, Eskişehir, Türkiye
e-mail: tulaysimsek@hotmail.com

Received 14.12.2022 Accepted 28.02.2023 Online published 03.03.2023

1. Giriş

Ekstraoküler kitle lezyonları çok geniş spektrumda olup bunlar solid ya da kistik yapıda olabilir. Ekstraoküler kistik tümörleri, yaşa, coğrafik bölgeye ve çalışmanın özelliğine göre değişmekle birlikte tüm orbita tümörlerinin yaklaşık % 6-30 unu oluşturmaktadır(1). 2480 orbita kitlesinin değerlendirildiği bir çalışmada kistik tümörlerin oranı %21 olarak bildirilmiştir(2). Özellikle çocukluk çağı orbita kitlleleri içinde en sık görüleni, orbitanın kistik lezyonlarıdır.(3) Çok farklı ekstraoküler kistik lezyonları bulunmaktadır ve bunların klinik, histopatolojik özellikleri ve patogenezi de farklılık gösterir. Hepsinin ortak özellikleri ise hücrelerin sekretuar ürünleriyle dolu santral bir boşluk ve bunu çevreleyen hücresel kılıf ile karakterize olmasıdır(4). Orbitada göz küresi ve optik sinir yanında birçok yumuşak doku elemanları bulunmaktadır. Orbita, armut şeklinde kemik yapılardan oluşan bir boşluk olup ön sınırı orbital septumdur. Klinik ve anatomik olarak çeşitli tanımlamalar olmakla birlikte, genel görüş orbital septumun gerisinde kalan bölge orbita olarak kabul edilir(1). Orbita kistlerinin sınıflandırması lezyonun başlangıcı, etyolojisi veya kist duvarını çevreleyen hücre tipine göre yapılabilir. En çok kabul gören sınıflandırma ise Shields¹ tarafından yapılan sınıflandırma olup Tablo-1 de özetlenmiştir.

Ekstraoküler dokulardan kaynaklanan kistik lezyonlar ile ilgili çalışma az sayıda olup daha çok orbita kitle lezyonları içinde tanımlanmış veya çocukluk çağı orbita tümörleri içerisinde bahsedilmiştir. Bu çalışmadaki amacımız göz dışı dokuların kistik tümörü tanısı alan olguların klinik bulgu, ön tanıları ile patolojik tanı uyumu ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesidir.

2. Materyal ve Metot

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları kliniğinde izlenen ve ekstraoküler kistik tümörü tanısı alan 85 olgu çalışmaya alındı. Olgulara ait dosya kayıtları ve patoloji raporları retrospektif olarak incelendi. Çalışma için ESOGÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı. Olgular yaş, cinsiyet, klinik bulgular, tümörün yerleşimi, klinik ön

tanı, tedavi, patolojik tanı ve prognoz açısından değerlendirildi. Cerrahi öncesi olgulara tam bir göz muayenesi yapıldı. Kitlenin ortaya çıkış zamanı, büyüme hızı, ağrı, çift görme olup olmadığı sorgulandı. Kitle palpe edilebiliyorsa palpasyon ile hareketli olup olmadığına bakıldı. Kitlenin yerleşimi, büyüklüğü ve komşu yapılar ile ilişkisini değerlendirmek için orbita bilgisayarlı tomografi (BT) veya orbita manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri kullanıldı. Cerrahi öncesi ve sonrası olguların fotoğrafları çekildi. Cerrahi yaklaşımın şekline tümörün yerleşimine göre karar verildi. Ön yerleşimli lezyonlar cilt insizyonu kapak çizgisi, kaş altından olacak şekilde veya transkonjonktival olarak çıkarıldı. Arka yerleşimli lezyonlarda ise lateral orbitotomi tekniği kullanıldı. Cerrahi sırasında kistin kapsülü perfore edilmeden tamamıyla çıkarılmaya çalışıldı. Mukosel olgularında kulak burun boğaz uzmanı eşliğinde endoskopik olarak drenaj gerçekleştirildi.

İstatistiksel analizde SPSS 15.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel analiz yapıldı.

3. Bulgular

Seksen beş olguya ait 92 kistik lezyon retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 47'si (%55,3) kadın, 38'i (%44,7) erkek olup yaş ortalaması 26,8±5,2 yıl idi. 7 olguda tümörün iki taraflı olduğu saptandı. Olguların demografik ve klinik özellikleri Tablo-2 de özetlenmiştir. Olgularda, en sık başvurma nedeni gözde ağrısız şişlik olmasıydı. Dermoid kist tanısı alan olgularda kitlenin doğuştan beri olduğu ve 2-3 aydan beri büyümesinin hızlandığı saptandı. Diplopi ve egzoftalmus diğer başvurma nedenleri olup en sık mukosel olgularında saptandı. Kistler en sık alt iç kadranda (%35) yerleşmiş olup bunu sırası ile üst dış kadranda (%27), üst iç kadranda (%25) ve alt dış kadranda (%13,5) izliyordu. Alt iç kadranda en sık epidermal kistler, üst iç ve dış kadranda ise en sık dermoid kistler görüldü. Kistlerin 12' si (%13) orbita yerleşimli, 80'i (%87) ise orbital septumun önündeki yapılardan kaynaklanıyordu Cerrahi tedavide bir tümör dışında kitle total olarak

çıkartıldı. Mukosel lezyonlarında endoskopik cerrahi yaklaşım uygulandı. Klinik ve radyolojik bulgulara dayanarak kolobomatöz kist tanısı konan 2 olguya ait 4 kistik tümör ise cerrahi tedavi uygulanmadan izleme alındı.

Kitlelerin patolojik tanılarına bakıldığında %41,3 oranıyla en sık görülen kist dermoid olup bunların 31'i epidermal dermoid kist, 7'si konjonktival dermoid kist idi. Resim 1'de dermoid kistli bir olgunun cerrahi öncesi ve sonrası görünümü, Resim 2'de kistin düzgün sınırlı, kemiğe invazyon göstermeyen radyografik görünümü, Resim 3'te ise kistin cilt üzerinden kaş altı insizyon ile tamamen çıkarılması izlenmektedir. Geriye kalan lezyonların 37'si (%40,2) epidermal kist (18 primer kutaneöz, 15 primer konjonktival, 4 sekonder konjonktival), 7'si (%7,6)

sudoriferous kist, 5'i (%5,5) kolobomatöz kist, 3'ü (%3,2) mukosel, 2'si (%2,2) ise lipodermoid idi (Tablo-2). Resim 4'te kolobomatöz kistli bir olgu, resim 5'te ise olguya ait koronal ve aksiyel kesitlerde göz küresinin olmadığı ve kolobomatöz kistin radyografik görünümü izlenmektedir. Resim 6'da mukoselli bir olgunun cerrahi öncesi ve sonrası görünümü, Resim 7'de olguya ait radyografik görüntüler izlenmektedir. Ekstraoküler kistik tümörlerin patolojik ve klinik bulgular ile konulmuş tanılarına sınıflandırılması Tablo-3'te gösterilmiştir. Kistik tümörlerin %13'ünde klinik ve patolojik tanı arasında uyumsuzluk saptandı. Cerrahi yapılan konjonktival dermoid kistli bir göz dışında hiçbir tümörde nüks izlenmedi.

Tablo 1. Orbita kistik lezyonlarının sınıflandırması

I.	Yüzey epitelinden kaynaklanan kistler
A.	Basit epitelyal kist
	-Cilde ait epitelyal kist(epidermal kist)
	-Konjonktival epitelyal kist
	-Respiratuar epitelyal kist
	-Apokrin bez kisti
B.	Dermoid Kist
	-Epidermal dermoid kist
	-Konjonktival dermoid kist
II.	Teratomatöz kist
III.	Nöral kist
A.	Gözün gelişim bozukluğu ile olan
	-Konjenital kistik göz
	-Kolobomatöz kist
B.	Beyin ve meninks dokusu ile birlikte olan nöral kist
	-Sefalosel ve ektopik beyin dokusu
	-Orbital optik sinir meningoseli
IV.	Komşu dokulardan kaynaklanan ikincil kist
A.	Mukosel
B.	Dentigeröz kist
V.	İnflamatuar kist
A.	Ekinokokus
B.	Sistiserkozis

Tablo 2. Olguların demografik ve klinik özellikleri

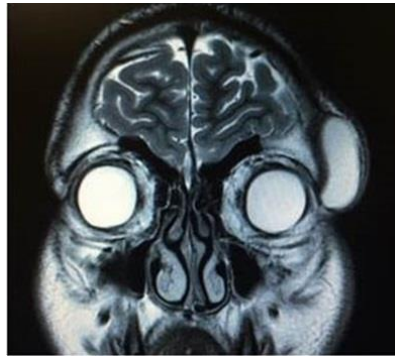
Yaş (yıl)	26,8±5,2
Cinsiyet	
Kadın	47 (%55,3)
Erkek	38 (%44,7)
Yerleşim	
Alt iç kadran	32 (%35)
Üst dış kadran	25 (%27)
Üst iç kadran	23 (%25)
Alt dış kadran	12 (%13,5)

Tablo 3. Ekstraoküler kistik tümörlerin patoloji ve klinik bulgularla konulmuş tanılarına göre dağılımı

Tümörün cinsi	Sayı	%
Dermoid kist		
Epidermal	31	33,7
Konjonktival	7	7,6
Epidermal kist		
Primer kutaneöz	18	19,5
Primer konjonktival	15	16,3
Sekonder konjonktival	4	4,4
Sudoriferous kist	7	7,6
Kolobomatöz kist	5	5,5
Mukosel	3	3,2
Lipodermoid kist	2	2,2
Toplam	92	100



Resim 1. Üst temporal bölgede dermoid kistin cerrahi öncesi ve sonrası görünümü



Resim 2. Düzgün sınırlı kemiğe invazyon göstermeyen dermoid kistin radyografik görünümü.



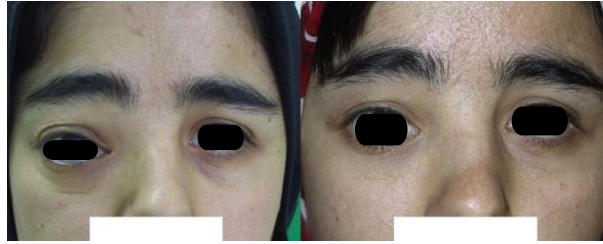
Resim 3. Cilt üzerinden kaş altı insizyon ile dermoid kistin çıkarılması



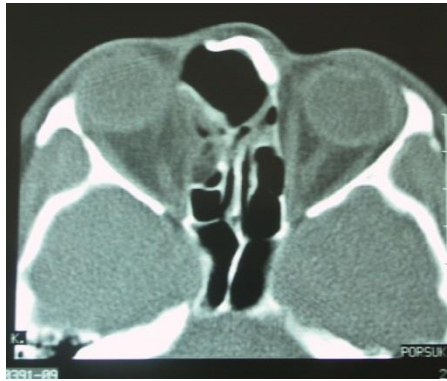
Resim 4. İki taraflı kolobomatöz kisti olan olgu



Resim 5. Kolobomatöz kistli olgunun koronal ve aksiyel kesit tomografik görünümü



Resim 6. Mukoselli bir olgunun cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası görünümü



Resim 7. Mukosele ait radyografik görünüm.

4. Tartışma

Ekstraoküler kistik tümörleri çocukluk çağının en sık görülen orbita kitleleridir. Çalışmamızda olguların yaş ortalaması

26,8±5,2 yıl olup Shields¹ ve arkadaşlarının çalışmasında da orbita kisti olan olguların yaş ortalaması 25 olarak bildirilmiştir. Kodsı⁴ ve

arkadaşlarının 60 yıllık izlem ve 340 olguluk serisinde de çocukluk çağı orbita kitleleri içinde en sık görülenin orbitanın kistik lezyonları olduğu bildirilmektedir.

Yapılan çalışmalarda en sık görülen orbita kistik tümörü ise dermoid kisttir(1, 2, 22). Bizim çalışmamızda da dermoid kist %41,3 oranıyla en sık görülen ekstraoküler kistik tümörü olarak bulunmuştur. Günalp ve arkadaşlarının serisinde bu oran %29,7, Kodsi'nin yaptığı çalışmada ise %72 olarak bildirilmektedir(4,5). Shields ve arkadaşları ise dermoid kist görülme sıklığını tüm yaş gruplarına bakıldığında %24, 18 yaş altı olgularda ise %46 olarak bildirmişlerdir(6,7).

Demoid kist, duvarında dermal ekler bulunan, epitelle çevrili bir yapı olup kist lümeni içinde saç, keratin, ter bezleri, sebace bez bulunur. Embriyoner hayatta derin dokularda sıkışıp kalan epidermal hücrelerden geliştiğine inanılır. Vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilse de tüm dermoidlerin %80'i baş bölgesinde bunun da büyük çoğunluğu göz kapağı ve orbitada görülür. Orbitada en sık yerleşim yeri ise üst temporalde zigomatikofrontal sütüre yakındır(7). Çalışmamızda da dermoid kistler en sık üst dış ve iç kadranda izlenmiştir. Dermoid kistlerden yüzeysel olanları genellikle 3 yaş altında görülür ve orbita şeklini, göz hareketlerini etkilemeyen asemptomatik kitle olarak başvururlar. Erken tanı konarak eksize edilirler. Derin yerleşimliler ise hayatın 2.veya 3. 10 yılında bulgu vermeye başlar. Bir çalışmada dermoid kistlerin %6'sı doğumda %75'i ise bir yaşında ortaya çıkmıştır.

En sık propitozis ve göz hareketlerinde kısıtlılığa, diplopiye neden olurlar. Çalışmamızda en sık görülen bulgu ağrısız yavaş büyüyen kitle olup bu kitlenin büyük oranda orbital septumun önünde yerleşmiş olması ile ilişkilidir. Büyük çaplı olanlar optik sinire bası yapabilir, %10 olguda orbita kemiklerinde destrüksiyona yol açarak temporal fossa, beyin ve buruna kadar yayılabilirler. Nüks olgularda orbita dışına yayılım %27 olarak bildirilmiştir. Orbita dışı yayılım olan olgularda beyin cerrahisi ve kulak burun boğaz ile cerrahi plan yapmak gereklidir. Kist dokusundan sızıntı sonucu orbita yumuşak dokusunda inflamasyona hatta

kist ile cilt arası fistül oluşumuna yol açabilirler. Bu inflamatuvar reaksiyon orbital selülit taklit edebilir(6-8).

Derin dermoid kistler daha ileri yaşlarda aksiyel olmayan propitozis ile kendini gösterir. Derin yerleşimli dermoid kistlerin tanısında görüntüleme yöntemleri önemlidir. Dermoid kistler genellikle çocukluk yaş grubunda daha sık görüldüğü için görüntüleme yöntemi olarak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tercih edilmelidir. Çünkü bilgisayarlı tomografide yüksek radyasyon nedeniyle ilerde radyasyona bağlı malignansi gelişme riski bulunmaktadır. Erişkin yaşta ise BT hem kistin sınırlarının belirlenmesi hem de çevre kemik dokudaki değişikliklerin saptanmasında daha çok yol göstericidir. Tomografide kistlerin %71'inin yağ dansitesinde, %13'ünün vitreusla aynı dansitede (Resim-2), %16'sının ise vitreusdan daha dens görünümde olduğu bildirilmiştir(9,10). Çalışmamızda biz de genellikle görüntüleme yöntemi olarak MRG tercih ettik. Görüntüleme yöntemi, anamnez ve kitlenin muayenesi ile %87 ye yakın patolojik tanı ile uyumlu doğru tanıyı koymak mümkün oldu.

Dermoid kistlerin tedavisi cerrahi olup yüzeysel olanlar kapak çizgisinden veya kaş altından yapılan insizyon ile derin olanlar ise lateral orbitotomi tekniği ile çıkarılabilir(11). Cerrahi sırasında kapsülü perfore edilmeden kistin tamamıyla çıkarılmasına özen gösterilmelidir. Aksi takdirde kist içeriğine ikincil lipogranulamatöz inflamasyon oluşur ve nüks gelişir. Kist ruptüre olduysa bol sıvı ile irrije edilmelidir. Bizim çalışmamızda konjonktival dermoid kistli bir olgu dışında tüm olgularda kist total olarak çıkarılmış ve nüks izlenmemiştir. Dermoid kistin çıkarılması için en uygun yaş tartışmalı olmakla birlikte fazla bekletilmemesi, aksi takdirde travma veya spontan olarak kist içeriğinin etrafa sızması sonucu oluşan kronik inflamatuvar reaksiyon nedeniyle kistin tamamının çıkarılamayabileceği bildirilmektedir(12,13). Özellikle kistin 1 cm³ den fazla büyüklüğe ulaştığında kist duvarında bozulma ve inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve çevre kemik dokuda değişiklikler olma riski daha fazladır. Bu nedenle kist boyutu bu büyüklüğe ulaşmadan

tamamen çıkarılmalıdır(13). Bazı orbita, baş ve boyun yerleşimli dermoidlerin sodyum tetradasil sülfat uygulayarak kist içeriğinin aspirasyonu gibi minimal invaziv girişim yöntemleri tanımlanmıştır. Yeni başlayanlar için cerrahi sırasında kist duvarının ruptür riskini önlemek amacıyla metilen mavisi boyası eşliğinde diseksiyon önerilir(14,15).

Kolobomatöz kist mikroftalmik bir göz ve bunun duvarındaki kolobomdan dışarı doğru büyüyen nöroekdoderm ile çevrili bir kitle lezyonudur. Bazı olgularda anoftalmi olur. Bu nedenle kiste mikroftalmik gözün eşlik etmediğini ayırt etmek için MRG ve ultrason ile değerlendirme yapılmalıdır(16). Bizim çalışmamızda bir olguda mikroftalmik göze kolobomatöz kist eşlik ediyordu, iki taraflı olan diğer 2 olguda ise sadece kolobomatöz kist vardı.

Gerçek insidansı tam olarak bilinmese de bir çalışmada %13 olarak bulunmuştur(1). Shields'in⁶ çalışmasında %2 bizim çalışmamızda ise %5,5 oranında görülmüştür. Fetal gelişimin 7-14 mm lik evresinde embriyoner fissürün uygunsuz kapanması sonucu geliştiği düşünülür. Bunun sonucunda ektatik sklera orbitaya doğru yayılır uvea dokusu bulunmaz(17). Genellikle İki taraflı tutulum vardır ve optik sinir hemen daima etkilenir. Genellikle inferior ve medial yerleşimli olup, alt kapakta palpe edilebilen kitle olarak görülür. Foxman ve arkadaşları iki taraflı tutulumda pulmoner hipoplazi, yarık damak, yarık dudak, santral sinir sistemi, kardiak veya renal sistem anomalileri olabileceği bu nedenle böyle olgularda sistemik araştırmalar yapılması gerektiğini bildirmişlerdir(18). Çalışmamızda 2 olguda kolobomatöz kist bilateral idi. Sistemik araştırmalarında herhangi bir patoloji saptanmadı. Kistlerin tedavisi hastanın yaşına, kistin büyüklüğüne oluşturduğu kozmetik defekte, varsa göz küresi ile ilişkisine ve görsel prognoza göre planlanır. Kistin basit aspirasyonu, mikroftalmik göz ile birlikte enükleasyonu, veya göz küresi korunarak kistin eksizyonu yapılabilir. Chaudry ve arkadaşları kolobomatöz kistlerin tedavisinde bir protokol önermektedirler. Bu protokole göre, orta dereceli mikroftalmiye küçük bir kist eşlik ediyorsa kistin basit aspirasyonu ve

gözlem önermektedirler. Kist kozmetik defekt oluşturacak kadar büyük ise kistin tamamen çıkarılması, ciddi mikroftalmik göz ve kolobomatöz kist var ise hem kist hem de mikroftalmik gözün çıkarılarak, yerine hacim oluşturacak implant yerleştirilmesi önerilmektedir(19). Bizim çalışmamızda bilateral olan 2 olgu, opere edilmemiş, diğer olguda ise mikroftalmik göz ile kist eksizyonu yapılmıştır.

Suderiferous kist veya hidrokistoma ter bezlerinden kaynaklanan kistik oluşumdur. Ter bezleri tüm vücutta bulunur ve salgı tiplerine göre apokrin ya da ektrin olmak üzere iki gruba ayrılır. Apokrin bezlerde salgı sırasında hücrenin bir kısmı salgı ile atılır. Gözde ter bezlerinin karşılığı Moll bezleri olup bunlara ait kistler göz kapağında görülür ve apokrin tiptedir. Orbita yerleşimli suderiferous kist oldukça nadirdir. Genellikle doğumsal olup alt kapakta veya medial kant alanda fluktasyon veren şişlik ile karakterizedir. Embriyoner hayatta Moll bezlerini oluşturacak olan hücrelerin sekestrasyonu sonucu gelişir(20,21). Orbitanın diğer kistik tümörleri ile karışabilir(22). Çalışmamızdaki klinik ön tanı ile patolojik tanı arasında uyumsuzluk olan olguların 5'i suderiferous kistli olguları.

Epitelyal kistler, içi deskuame olmuş keratin ve epitel hücreleri ile dolu bir lümen ve bunu çevreyen epidermal kılıftan oluşur. Dermoid kistten farklı olarak kist duvarında dermal yapılar bulunmaz. Genellikle ön orbitada ve üstte yerleşme eğilimindedir. Herhangi bir yaşta görülebilirler ve klinik olarak en sık dermoid kist olmak üzere diğer orbita kistleri ile karıştırılabilirler. Dermoid kistlere göre daha yavaş büyüdükleri için cerrahi gerekmez(23). Nadiren epidermoid kistler orbitadan kafa içine yayılım gösterebilir(21). Kozmetik defekt, hareket kısıtlılığı, diplopi veya propitozise neden olan kistlerde dermoid kistlere benzer tedavi yaklaşımı uygulanır(24). Çalışmamızda basit epitelyal kistler dermoid kisten sonra en sık görülen ekstraoküler kistik tümörü olup oranı %40 tır. Shields'in¹ çalışmasında bu oran %17, Kodsı'nın⁵ çalışmasında ise %10 dur. Bizim çalışmamızda oranın yüksek olması, çalışmamıza orbital septumun önündeki

yapılardan kaynaklanan kistleri de dahil etmemiz ile ilişkili olabilir.

Mukosel müköz membran ile çevrili içi mukus ile dolu kistik lezyondur. Genellikle erişkin yaşta görülür. Çocukluk çağında görülürse kistik fibroz yönünden hasta araştırılmalıdır. Sinüslerin ana ostiumlarının kronik inflamasyon sonucu tıkanmasına bağlı olarak gelişir. Mukosel sinüs içinde devamlı büyüyerek komşu orbita kemik yapılarında erozyona ve mukoselin orbita içine invaze olmasına neden olur. Bunun sonucunda propitozis, oftalmopleji, diplopi, üst kapaklarda şişkinlik gibi bulgular ortaya çıkar.¹⁰ En sık frontal ve etmoid sinüslerden kaynaklanırlar. Çalışmamızda mukosel %3,2 olup çalışmalarda bu oran %5-24 arasında değişmektedir(1,4). Mukosel erişkinlerde daha fazla görülmektedir. Erişkin popülasyonda yapılan çalışmalarda mukosel oranı yüksek, çocukluk yaş grubunda yapılan çalışmalarda da bu oran düşük olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması 26 olup mukosel oranının düşük olması buna bağlanabilir.

Görüntüleme yöntemleri özellikle derin yerleşimli kistik lezyonların tanısında büyük önem taşır. Bilgisayarlı tomografi orbital kistlerin tanısında yaygın olarak kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Basit kistler küçük oval iyi sınırlı ve düşük dansiteli homojen bir görünüme sahiptir. Daha büyük ve arka yerleşimli kistler daha heterojen bir yapıda olup duvarında kalsiyum birikintileri olabilir. MRI arka yerleşimli kistlerin tanısında daha iyi bilgi verir. Dermoid kistler T1 ve T2 görüntülerde hiperintens olarak izlenir(25). Çalışmamızda göz dışı kistik lezyonun tanısını desteklemek, yerleşimi, derin dokulara uzanımı, komşu dokular ve özellikle

glob ile etkileşimini değerlendirmek için genellikle MRG tetkiki yapılmıştır. Bu tercih çalışmamızdaki olguların genellikle çocukluk yaş grubunda olması ile ilişkilidir.

Çalışmamızda klinik ön tanı ile patolojik tanı arasındaki uyum %87 gibi yüksek bir orandadır. Klinik muayene bulguları, tümörün başlangıç yaşı, yerleşimi ile radyolojik bulgularının dikkatli bir şekilde yorumlanması ön tanı doğruluk oranını artırmaktadır. 112 orbita kitlesinin değerlendirildiği bir çalışmada klinik ve radyolojik tanı ile patolojik tanı arasındaki uyum %50 olarak bulunmuştur(26). Bizim çalışmamızda oranın yüksek olması orbita ile göz dışı kitlelerden sadece kistik olanların çalışmaya dahil edilmesi ile ilişkili olabilir. Çocukluk çağında gelişim aşamasında olan orbita yapılarını etkileyerek oluşturacağı malpozisyon asimetri şaşılık ve ambliyopi gibi çeşitli komplikasyonları nedeniyle ekstraoküler kistik tümörlerin doğru tanısı konmalı zamanında ve en uygun yoldan girişim yapılarak tam olarak çıkarılması önem taşımaktadır.

Sonuç olarak ekstraoküler kistik tümörleri içinde en sık görüleni epidermal kistler ve dermoid kistler olup, klinik ön tanı ile patolojik tanı uyumu %87 olarak saptanmıştır. Hastanın yaşı, tümörün yerleşimi, dikkatli klinik muayene ve görüntüleme yöntemleri bulgularının değerlendirilerek doğru tanı konup tedavi için en uygun yöntem seçilmelidir. Özellikle dermoid kistlerin kist duvarının kendiliğinden ruptüre olması ve çevre kemik dokuda bası oluşturarak şekil değişikliği oluşturmasına izin vermemek için kist boyutu büyümeden çıkarılmalıdır. Kistin tamamının çıkartılması ile kür sağlandığı görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions The 2002 Montgomery Lecture, Part 1. *Ophthalmology* 2004;111:997-1008.
2. Giulio B, Diego S, Piergiacomo G, et al. An Analysis of 2,480 Space-Occupying Lesions of the Orbit From 1976 to 2011. *Ophthalm Plast & Recons Surg* 2013;29: 79-86.
3. Bullock JD, Goldberg SH, Rakes SM. Orbital tumors in children. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1989; 5:13-6.
4. Gunalp I, Gunduz K. Cystic lesions of the orbit. *Int Ophthalmol* 1996; 20:273-7.
5. Kodsı SR, Shetlar DJ, Campbell RJ, et al. *Am J Ophthalmol* 1994; 117:177-82.
6. Shields JA, Bakewell B, Augsburger JJ et al. Classification and incidence of space-

- occupying lesions of the orbit. A survey of 645 biopsies. *Arch Ophthalmol* 1984; 102:1606-11.
7. Shields JA, Bakewell B, Augsburger JJ, et al. Space-occupying orbital masses in children. A review of 250 consecutive biopsies. *Ophthalmology* 1986; 93:379-84.
 8. Ohtsuka K, Hashimoto M, Suzuki Y. A review 244 orbital tumors in Japanese patients during a 21 year period:Origin and location. *Jpn J Ophthalmol* 2005; 49:49-55
 9. Pushker N, Meel R, Kumar A, et al. Orbital and periorbital/epidermoid cyst:a series of 280 cases and a brief review. *Can J Ophthalmol* 2020; 55:176-81.
 10. Vashisht S, Ghai S, Hatimota P et al. Cystic lesion of the orbit: A CT spectrum. *Indian J Radiol Imaging* 2003; 13:139-44.
 11. Tunç M. Orbita tümörlerinin tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Türk J Ophthalmol* 2014;44 (Özel sayı):1-7.
 12. Sathanantan N, Moseley IF, Rose GE. The frequency and clinical significance of bone involvement in outer canthus dermoid cysts. *Br J Ophthalmol* 1993; 77: 789-94.
 13. Colombo F, Holbach LM, Naumann GO. Chronic inflammation in dermoid cysts: a clinicopathologic study of 115 patients. *Orbit* 2000; 19:97-107
 14. Foo MI, Braswell LE, Lubeley LJ, et al. Minimally invasive treatment of pediatric head and neck dermoids:percutaneous drainage and radiofrequency coblation. *Pediatr Radiol* 2019; 49:1222-8.
 15. Chieh-Chih T, Yen-Ching L, Shu-Ching K, et al. Preoperative methylene blue injection as a surgical adjuvant in treatment of orbital dermoid cyst. *Acta Ophthalmol Scand* 2007;85:909-10.
 16. Pant AR, Suwal R, Joshi P. et al. Microphthalmos with Orbital Cyst: Case Series with a Review of Literature. *Birat J Health Sci.* 2022; 6: 1665-8.
 17. Kim UR, Arora V, Shah AD, et al. Case report: Ocular malformation with a 'double globe' appearance. *Indian J Radiol Imaging* 2009; 19:298-300.
 18. Foxman S, Cameron JD. The clinical implications of bilateral microphthalmos with cyst. *Am J Ophthalmol* 1984; 97:632-8.
 19. Chaudhry IA, Arat YO, Shamsi FA et al. Congenital microphthalmos with orbital cysts: distinct diagnostic features and management. *Ophthal Plast & Recons Surg.* 2004;20:452-7
 20. Mehta A, Rao A, Khanna A. Sudoriferous cyst of the orbit of adult origin after trauma. *Indian J Ophthalmol* 2008; 56:235-7.
 21. Burnham JM, Lewis K. Intracranial extension of an orbital epidermoid cyst. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2016; 32:135-6.
 22. Shields JA, Shields CL. Orbital cysts of childhood classification, clinical features, and management. *Surv Ophthalmol* 2004;49:281-99.
 23. Goto H, Yamakawa N, Komatsu H, et al. Clinico-epidemiological analysis of 1000 cases of orbital tumors. *Jpn J Ophthalmol.* 2021; 65:704-723.
 24. Giulio B, Diego S, Piergiacomo G, et al. An Analysis of 2,480 Space-Occupying Lesions of the Orbit From 1976 to 2011. *Ophthal Plast & Recons Surg* 2013;29: 79-86
 25. Cohen LM, Yoon MK. Update on Current Aspects of Orbital Imaging: CT, MRI, and Ultrasonography. *Int Ophthalmol Clin* 2019;59:69-79.
 26. Koukkoulli A, Pilling JD, Patatas K, et al. How accurate is the clinical and radiological evaluation of orbital lesions in comparison to surgical orbital biopsy? *Eye* 2018;32:1329-33.

Etik Bilgiler

Etik Kurul Onayı: Çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar no: 08, Tarih: 22.11.2022).

Onam: Bu çalışma için katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

Telif Hakkı Devir Formu: Tüm yazarlar tarafından Telif Hakkı Devir Formu imzalanmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Hakem değerlendirmesinden geçmiştir.

Yazar Katkı Oranları: Fikir/kavram: N.Y, T.Ş Tasarım: T.Ş, N.Y, E.D, Veri Toplama: T.Ş, N.Y, E.D, Veri İşleme: T.Ş, N.Y, E.D, Analiz/Yorum: N.Y, T.Ş, E.D, Literatür taraması: T.Ş, N.Y Yazma: T.Ş, N.Y, E.D

Çıkar Çatışması Bildirimi: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.