

گزارش یک مورد کیست شکاف برانشیال کلفت، در یک مرد ۲۲ ساله

- ۱: دستیار تخصصی، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.
- ۲: استادیار، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.
- ۳: دستیار تخصصی، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.
- ۴: نویسنده مسؤول: دستیار تخصصی، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی و عضو مرکز تحقیقات جمجمه، فک و صورت، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.
- Email: fateh@craniomax.com

اکبر رضایی^۱
مهدی سزاوار^۲
حسین شیران^۳
علی فاتح^۴

چکیده

مقدمه: کیست برانشیال کلفت، یک توده‌ی مواج با رشد آهسته می‌باشد که در دهه‌ی دوم و سوم زندگی ظاهر می‌شود. محل شایع آن در قسمت لترال گردن و قدام عضله‌ی استرنو کليدوماستویید می‌باشد، اما می‌تواند در اطراف پاروتید و زاویه‌ی مندیبل و نزدیک گوش خارجی نیز دیده شود. این مورد، به علت بروز ناشایع این کیست در این محل و شباهت بالینی با عفونت‌های ادنتوژنیک و احتمال بروز تشخیص ناصحیح، حایز اهمیت است.

گزارش مورد: این مطالعه به گزارش یک مورد از کیست برانشیال کلفت می‌پردازد که اشتبهاً در زمان تورم به عنوان آبسه‌ی ادنتوژنیک تشخیص داده شد و از طرف دندان پزشکی عمومی، ۳ ماه تحت درمان با آنتی‌بیوتیک قرار گرفته است. در معاینه‌ی بالینی این مرد ۲۲ ساله، تورمی به اندازه‌ی ۵×۵ سانتی‌متر در ناحیه‌ی لترال گردن و ساب مندیبل سمت راست مشاهده شد، که در لمس، بدون درد و دارای قوام نرم و متموج بود. در بررسی رادیولوژی پانورامیک بیمار، دندان مولر اول سمت راست، دچار پوسیدگی وسیع و دندان مولر سوم سمت راست، دارای ضایعه‌ی رادیولوسنت در انتهای ریشه بود. پس از تهیه‌ی سی‌تی‌اسکن اسپیرال از ضایعه، محدوده‌ی ضایعه مشخص شد و بیمار تحت بی‌هوشی عمومی در اتاق عمل جراحی اکسیژنال، بیوپسی انجام گرفت. نتیجه‌ی آزمایش پاتولوژی حاکی از برانشیال کلفت کیست بود.

نتیجه‌گیری: تشخیص کیست‌های برانشیال کلفت، عمدتاً بر اساس تاریخچه‌ی پزشکی و تظاهرات کلینیکی می‌باشد. سی‌تی‌اسکن نه تنها برای بررسی وسعت ضایعه مفید است، بلکه برای ارزیابی ارتباط آن با ساختارهای مجاور نیز کاربرد دارد.

کلید واژه‌ها: کیست برانشیال کلفت، آبسه، کیست ادنتوژنیک، بیوپسی.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۱۳

تاریخ اصلاح: ۹۵/۷/۵

تاریخ ارسال: ۹۵/۳/۵

استناد به مقاله: رضایی ا، سزاوار م، شیران ح، فاتح ع: گزارش یک مورد کیست شکاف برانشیال کلفت، در یک مرد ۲۲ ساله. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان، ۱۳۹۵، ۱۲(۴): ۴۶۹-۴۷۳.

مقدمه

Archs که توسط ۴ عدد Pharyngeal Cleft از یکدیگر جدا می‌شود، در هفته‌ی ۵ جنینی به وجود می‌آیند. فعالیت تکثیری زیاد از حد قوس دوم، موجب همپوشانی روی قوس سوم و چهارم می‌گردد. در نهایت قوس دوم با Epicardial Ridge تماس می‌یابد و به دنبال اتصال قوس دوم با آن بصورت موقت یک Cervical Sinus شکل می‌گیرد که در نهایت این سینوس از بین می‌رود. این اعتقاد وجود دارد که Brachial Cleft حاصل از بین رفتن ناقص Cervical Sinus می‌باشد (۱).

۹۵ درصد کیست‌ها از دومین قوس برانشیال و ۵ درصد بقیه از اولین، سومین و چهارمین قوس برانشیال منشأ می‌گیرند (۲).

محل شایع کیست، ناحیه‌ی ساب مندیبولر می‌باشد که بصورت یک توده‌ی نرم متموج و بدون درد در ناحیه‌ی انگل مندیبل در سمت داخل و قدام عضله‌ی استرنو کلیدوماستویید دیده می‌شود، اما می‌تواند از ناحیه‌ی فوسای لوزه‌ای دهانی- حلقی تا ناحیه‌ی سوپرا کلاویکل بوجود آید. در سی‌تی‌اسکن، این کیست بصورت یک ضایعه‌ی هموژن با حاشیه‌ی مشخص می‌باشد. کیست، حاوی مایعی زرد رنگ بوده و علت زرد بودن، وجود کریستال‌های کلسترول است (۱). پوشش کیست معمولاً از اپی‌تلیوم مطبق سنگفرشی تشکیل شده، ولی گاهی از اپی‌تلیوم تنفسی نیز تشکیل می‌شود. به طور معمول دیواره‌ی کیست حاوی بافت‌های لنفوئیدی بوده که اغلب تشکیل مراکز زایگر (Germinal) را نشان می‌دهد (۲).

بالینی، تورمی به اندازه‌ی ۵×۵ سانتی‌متر در ناحیه‌ی لترال گردن و ساب مندیبل سمت راست در قدام عضله‌ی استرنو کلیدوماستویید و هم سطح تیروئید مشاهده شد که در لمس بدون درد و دارای قوام نرم و متموج بود. بیمار اظهار می‌داشت که پس از درد دندان در ۳ ماه گذشته ناحیه‌ی دچار تورم شده که به صورت دوره‌ای، کم و زیاد می‌شده است (شکل ۱). شواهدی از تریسموس و درگیری فضاهای جویده وجود نداشت و میزان حداکثر بازشدگی اینترانسیزال نرمال بود. داخل دهان بیمار، دارای دندان‌های مولر پوسیده در کوادران راست مندیبل بود (شکل ۲).



شکل ۱: نمای کلینیکی خارج دهانی



شکل ۲: نمای داخل دهانی

همچنین علایمی از سینوس تراکت و ترشح و خروج چرک (Pus) بر روی پوست ناحیه مشاهده نمی‌شد. در رادیوگرافی پانورامیک بیمار، دندان مولر اول سمت راست دچار پوسیدگی بود، ولی در معاینه‌ی کلینیکی ارتباطی با ناحیه‌ی مذکور دیده نمی‌شد (شکل ۳).

گزارش مورد

فردی ۲۲ ساله با شکایت اصلی تورم به مدت ۳ ماه در ناحیه‌ی ساب مندیبل و گردن سمت راست پس از مراجعه‌ی مکرر به پزشک و دندان‌پزشکان مختلف و گرفتن آنتی‌بیوتیک، به درمانگاه جراحی فک و صورت بیمارستان بوعلی تهران مراجعه کرد. در زمان مراجعه در ارزیابی



شکل ۳: رادیوگرافی پانورامیک بیمار



شکل ۴: سی‌تی‌اسکن محل ضایعه

پس از تهیه سی‌تی‌اسکن از ناحیه در مقاطع آگزیکال، یک توده‌ی کیستیک یونی لاکونار در لترال گردن به ابعاد ۵×۵ سانتی‌متر با قوام هموژن، که بدون ارتباط با فارنکس یا پوست یا ساختمان‌های اطراف بود دیده شد (شکل ۴) و در نمای کروئال تا ناحیه‌ی بالای بوردر تحتانی مندیبل ادامه یافته بود. در آسپیراسیون انجام شده از ناحیه، حدود ۲۰ سی‌سی مایع زرد رنگ خارج گردید و برای تست تشخیصی به آزمایشگاه فرستاده شد، که حاکی از وجود آمیلاز زیاد در این ناحیه بود. موارد تشخیص افتراقی ضایعه شامل ۱- برانشیال کیست، ۲- درموئید کیست، ۳- تیروگلو سال کیست در نظر گرفته شد و بیمار با تشخیص احتمالی کیست برانشیال (کیست رشدی- تکاملی) به اتاق عمل برده شد. بعد از نازال انتوباسیون و پرپ و درپ ناحیه یک برش ریزدان (Risdon Incision) در ناحیه داده شد و پوست و بافت‌های زیر جلدی کنار زده شد و پس از برش عضله‌ی پلاستیم، جدار کیست اکسپوز گردید و بعد از Blind Dissection کیست از ناحیه‌ی لترال گردن جدا گردید که پس از جدا کردن کامل و انوکلتاسیون آن، نمونه در ظرف حاوی فرمالین ۱۰ درصد برای پاتولوژیست ارسال شد. ناحیه در دو لایه با نخ ویکریل ۴-۰ و نایلون ۵-۰ سوچور شده و به روی آن پانسمان فشاری قرار داده شد. گزارش نهایی پاتولوژی حاکی از وجود کیست شکاف برانشیال بود.

بحث

کیست برانشیال کلفت، به طور معمول یک توده‌ی متموج با رشد آهسته می‌باشد که در دهه‌ی دوم و سوم زندگی ظاهر می‌شود (۳). Chandler و Mitchell موقعیت آن را در بین تراگوس و استخوان کلاییکل گزارش کرده‌اند. این کیست به طور کلی در بین همه‌ی پلن‌ها متحرک بوده و در زمان بلع، بدون حرکت می‌باشد (۴).

۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران، ظهور آن را با یک عفونت در دستگاه تنفس فوقانی اخیر و یا عفونت ادنتوژنیک و یا حتی حاملگی مرتبط می‌دانند (۵). چنانچه کیست به اندازه‌ی زیادی گسترش پیدا کند، سبب آسیمتری در گردن، دیس‌پنه، دیس‌فاژی و دیس‌فونیا می‌شود. تورم معمولاً

یک طرفه بوده، ولی در ۲ تا ۳ درصد از موارد به صورت دو طرفه هم گزارش شده است (۶). بعضی از محققین شیوع آن را در جنس مذکر شایع تر دانسته‌اند. همچنین تمایل به ایجاد در سمت چپ یا راست گزارش نشده است، ولی بعضی از محققین حضور آن را در سمت چپ بیشتر ذکر کرده‌اند (۷).
به طور کلی موارد تشخیص افتراقی، این ضایعات شامل لنفادنیت توبرکلوز، لیپوما، سیست هیگروما، کیست‌های مجرای تیروگلووسال، کاروتید بادی تومور، لنفوما، لنفادنیت‌های چرکی، درموئیدسیست‌ها، نوروفیروما، همانژیوما، لنفانژیوما، نئوپلاسم‌های پاروتید، بافت‌های بزاقی نابجا و رانولای Plunging می‌باشد (۵).

نتیجه‌گیری

تشخیص کیست‌های برانشیال کلفت عمدتاً بر اساس تاریخچه‌ی پزشکی و تظاهرات کلینیکی می‌باشد. سی‌تی‌اسکن نه تنها برای بررسی وسعت ضایعه مفید است، بلکه برای ارزیابی

ارتباط آن با ساختارهای مجاور نیز کاربرد دارد (۸). آسپیراسیون، اغلب یک مایع زرد رنگ را نشان می‌دهد که به طور میکروسکوپی یک ممکن است حاوی سلول‌های اسکواموس، سلول‌های PMN (Polymorphonuclear) لنفوسیت‌ها و یا منوسیت‌ها باشد. کیست‌های برانشیال کلفت، دارای پتانسیل بدخیم شدن می‌باشند، گرچه وقوع بدخیمی بسیار نادر است (۹). بدلیل افزایش تکرار عفونت‌های ثانویه، درمان و برداشت کامل ضایعه، با جراحی می‌باشد. در موارد وجود التهاب قابل توجه، توصیه شده تا ۴ هفته جراحی به تعویق بیفتد (۱۰). اگرچه میزان عود، ۲/۷ درصد گزارش شده است، این میزان در مواردی که دارای عفونت و جراحی‌های قبلی بوده‌اند بیشتر می‌باشد (۱).

یک مورد بهبودی خودبه‌خود کیست برانشیال کلفت بدون مداخله پس از زایمان در یک خانم ۲۷ ساله گزارش شده است (۱۱). به تازگی از اسکروتراپی، به عنوان درمانی موفق برای کیست برانشیال کلفت نامبرده شده است (۱۲، ۱۳).

References

1. Andersson L, Kahnberg KA, Pogrel MA. Oral and maxillofacial surgery. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2010. p. 458-60.
2. Neville BW. Oral and maxillofacial pathology. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2009. p. 36-7.
3. Ford GR, Balakrishnan A, Evans JN, Bailey CM. Branchial cleft and pouch anomalies. J Laryngol Otol 1992; 106(2): 137-43.
4. Chandler JR, Mitchell B. Branchial cleft cysts, sinuses, and fistulas. Otolaryngol Clin North Am 1981; 14(1): 175-86.
5. Clevens RA, Weimert TA. Familial bilateral branchial cleft cysts. Ear Nose Throat J 1995; 74(6): 419-21.
6. Schewitsch I, Stalsberg H, Schroder KE, Mair IW. Cysts and sinuses of the lateral head and neck. J Otolaryngol 1980; 9(1): 1-6.
7. Telander RL, Deane SA. Thyroglossal and branchial cleft cysts and sinuses. Surg Clin North Am 1977; 57(4): 779-91.
8. Reynolds JH, Wolinski AP. Sonographic appearance of branchial cysts. Clinical Radiology 1993; 48(2): 109-10.
9. Burgess KL, Hartwick RW, Bedard YC. Metastatic squamous carcinoma presenting as a neck cyst. Differential diagnosis from inflamed branchial cleft cyst in fine needle aspirates. Acta Cytol 1993; 37(4): 494-8.
10. Papadogeorgakis N, Petsinis V, Parara E, Papaspyrou K, Goutzanis L, Alexandridis C. Branchial cleft cysts in adults. Diagnostic procedures and treatment in a series of 18 cases. Oral Maxillofac Surg 2009; 13(2): 79-85.
11. Brennan PA, Critchlow A, Rahman S, Thomas D. Spontaneous resolution of a branchial cleft cyst without intervention: a previously unreported outcome. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2014; 52(4): 379-81.
12. Kim MG, Lee NH, Ban JH, Lee KC, Jin SM, Lee SH. Sclerotherapy of branchial cleft cysts using OK-432. Otolaryngol Head Neck Surg 2009; 141(3): 329-34.
13. Churchill P, Otal D, Pemberton J, Ali A, Flageole H, Walton JM. Sclerotherapy for lymphatic malformations in children: a scoping review. J Pediatr Surg 2011; 46(5): 912-22.

A Case report of Branchial cleft cyst in 22 years old male

Akbar Rezaei¹

Mehdi Sezavar²

Husain Shiran³

Ali Fateh⁴

1. Postgraduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Tehran Azad University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Tehran Azad University, Tehran, Iran.

3. Postgraduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Tehran Azad University, Tehran, Iran.

4. **Corresponding Author:** Postgraduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Craniomaxillofacial Research Center, Tehran Azad University, Tehran, Iran. **Email:** fateh@craniomax.com

Abstract

Introduction: Branchial cleft cyst is a slow-growing fluctuant mass that most commonly appears during the second and third decades of life. The most common site of this cyst is the lateral aspect of the neck and anterior to the sternocleidomastoid muscle, but it can also be found around the parotid gland, angle of the mandible and near the external ear. The cyst presented in this case report is important because of its uncommon site and its clinical presentation similar to an odontogenic abscesses, possibly leading to clinical misdiagnosis.

Case Report: This report presents a case of a branchial cleft cyst which was misdiagnosed primarily as an odontogenic cyst or abscess and was treated with antibiotics for three months by a general dentist. In clinical examination there was a 5×5-cm fluctuant swelling with soft consistency in the lateral aspect of the neck and right side of submandibular area. The cyst was not tender to palpation. The panoramic view showed extensive caries of the right first molar tooth and a radiolucent lesion in the apical area of the right third molar. Following determination of the extension of this lesion by spiral CT scan, excisional biopsy was carried out under general anesthesia. Pathology report revealed branchial cleft cyst.

Conclusion: The diagnosis of branchial cleft cysts mainly depends on history and clinical manifestations. CT scan is not only useful for the evaluation of the lesion but also it is useful to evaluate its relationship with adjacent structures.

Key words: Abscess, Biopsy, Branchial cleft cyst, Odontogenic cyst.

Received: 25.5.2016

Revised: 26.7.2016

Accepted: 4.10.2016

How to cite: Rezaei A, Sezavar M, Shiran H, Fateh A. A Case report of Branchial cleft cyst in 22 years old male. J Isfahan Dent Sch 2016; 12(4): 469-473.