

Dev Servikal Lipoma

GIANT CERVICAL LIPOMA

Timur AKÇAM*, Hakan BİRKENT**, Mustafa GEREK***, Yalçın ÖZKAPTAN****

* Yrd.Doç.Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD,

** Asis. Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD,

*** Doç.Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD,

**** Prof.Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD, Başkanı, ANKARA

Özet

Yağ dokusunun düzgün sınırlı, benign tümörü olan lipoma, en sık karşılaşılan mezenkimal orijinli tümör olmasına karşın baş boyun bölgesinde daha az görülmektedir. Baş boyun bölgesinde birçok farklı yerleşimi rapor edilmiş olmakla birlikte büyük bir kısmı boynun posteriorunda subkutanöz yerleşim göstermektedir. Benign lipomatöz tümörlerin %80 kadarını basit lipomalar oluşturmaktadır. Yüzeysel yerleşimli basit lipomalar eksize edilmedikleri takdirde uzun yıllar herhangi bir fonksiyonel probleme yol açmadan büyüme gösterebilmekte ve nadiren çok büyük boyutlara ulaşabilmektedirler. Bu çalışmada boyun sağ posterolateralinde yerleşim gösteren dev boyutlara ulaşmış bir lipoma olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Lipoma, Servikal, Boyunda kitle

T Klin K B B 2003, 3:48-52

Summary

Lipoma is a well margined benign tumor of the fat tissue. It is the most common mesenchymal originated tumor but less seen in the head and neck region. Many different locations have been reported in head and neck, but most of them are located on posterior neck subcutaneously. Simple lipomas constitute %80 of benign lipomatous tumors. Superficial lipomas may enlarge in years without any functional problem if not excised and may get very big dimensions rarely. A giant lipoma locating on right posterolateral neck is discussed in this article.

Key Words: Lipoma, Cervical, Neck mass

T Klin J E N T 2003, 3:48-52

Lipoma, yağ dokusunun düzgün sınırlı, benign tümürüdür. En sık görülen mezenkimal orijinli tümör olan lipomanın, klinik pratikte sık karşılaşılmamasına rağmen sadece %13'ü baş-boyun bölgesinde görülür ve bunların büyük bir çoğunluğu boynun posteriorunda subkutanöz yerleşim gösterir (2,5,6,10). Baş ve boyun bölgesinde, oral kavite, farenks, larenks, parotis, parafarengeal bölge, infratemporal fossa, maksilla ve boynun farklı yerlerinde yerleşim gösteren lipoma olguları rapor edilmiştir (2,4,5-7,9). Benign lipomatöz tümörlerin %80 kadarını basit lipomalar oluşturur (12). Matür yağ dokusundan oluşan basit lipomalar genelde çok yavaş büyürler ve fazla semptomaya yol açmazlar. Derin yerleşimli olgularda genellikle kitlenin basısına bağlı olarak gelişen fonksiyonel problemler, yüzeysel yerleşimli

olgularda ise kozmetik problemler ön plana çıkar. Bu çalışmada, boynun sağ posterolateralinde yerleşim gösteren, dev boyutlara ulaşmış ve kozmetik görünümü ileri derecede bozmuş bir lipoma olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

43 yaşında bayan hasta, boyun sağ yan ve arka kısmında lokalize kitle şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 13 yıl önce küçük boyutlarda ortaya çıkan kitlenin zaman içerisinde büyüme gösterdiği, fakat hastanın sosyoekonomik nedenlerden dolayı herhangi bir tedavi alamadığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde boyun sağ posterolateralinde lokalize, önde sağ supraklavikular bölgeye, arkada oksipital bölgeye kadar uzanım gösteren, yaklaşık 13x16x18 cm. ebatlarında, mobil,

Şekil 1a - 1b Kitlenin preoperatif görünümü (a-arkadan ve b-yandan).

yumuşak kıvamlı, düzgün yüzeyle, palpasyonla ağrısız kitle lezyonu palpe edildi.(Şekil 1a-1b) Boyunda LAP tespit edilmedi. Diğer KBB bulguları normal olarak değerlendirildi.

Kitlenin yapılan ultrasonografik incelemesinde, ekojen uzun fibriler bantlar ve bunların arasını dolduran hipoekoik heterojen alanların bulunduğu, solid yapıların homojen dağıldığı, kompresyona kısmi cevap veren semisolid kitle lezyonu izlendi. Doppler inceleme ile seyrek görülen vasküler yapılar dışında kanlanmanın olmadığı görüldü. Yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde boyun posteriorunda uzun aksı 17 cm. olan, cilt altı yağlı doku dansitesinde, içinde yer yer heterojen kalınlaşmış fibröz septalar da görülen, komşu kas dokusu ile düzenli sınırı olan, öncelikle lipoma ile uyumlu kitle lezyonu izlendi (Şekil 2). Lezyonun dansitesi -102 HU olarak ölçüldü. Magnetik rezonans incelemesinde, boyun sağ posterolateralinde, oksipital bölge ile omuz arasında, cilt altında, inferiora trapezius adelesi ile, anterolateralde sternokleidomastoid adelesi ile komşuluk oluşturan, anteriordaki adele yapılarına ekstresek indentasyon oluşturarak hafif derecede incelmeye neden olmuş, içerisinde fibrotik özellikte septasyonlar içeren, tüm sekanslarda cilt altı yağ dokusu ile izointens ve paramagnetik kontrast madde tatbikinden sonra belirgin bir patolojik kontrastlanma göstermeyen, 12x16x17 cm.

Şekil 2 Kitlenin bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

ebatlarında kitle lezyonu izlendi. Kitleden yapılan sitolojik inceleme, malignite yönünden negatif ve mikrobiopsiler halinde fibroadipoz doku örnekleri olarak rapor edildi.

Hasta genel anestezi altında opere edildi. Cilt, cilt altı dokular geçildikten sonra kitleye ulaşıldı. Kitlenin kapsüllü bir yapıda olduğu izlendi ve künt diseksiyonlarla çevre dokulardan ayrılmaya başlandı. Anterior diseksiyon esnasında spinal

genel metabolizma için kullanışlı olmadığını desteklemektedir (12).

Lipomların patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber birkaç hipotez öne sürülmüştür. Hipertrofi teorisi, lokal olarak adipöz dokunun büyümesi esasına dayanmaktadır. Metaplazi teorisine göre mezenkimal hücreler in-situ olarak lipoblastlara farklılaşmaktadırlar. Konjenital teoriye göre ise hormonal baskı altında embriyonik multipotansiyel hücreler yağ hücrelerine dönüşmektedirler. Travma ve kronik irritasyonda etiolojide suçlanmış diğer faktörlerdir (13). Bizim olgumuzda kronik irritasyon ya da travma ile ilgili bir anamnez alınmamıştır.

Şekil 3 Hastanın postoperatif görünümü.

aksesuar sinir bulundu ve korundu. Kitle üzerindeki cildin çok geniş olmasından dolayı, kitlenin posteriorda kalan kısmının üzerindeki cilt dokusu diseke edilmeden spesimene dahil edildi. Kitlenin yüzeysel yerleşiminden dolayı diseksiyon kolaylıkla gerçekleştirildi ve kitle en blok olarak çıkartıldı. Cilt dokusu yara dudakları uygun şekilde kapatılacak biçimde şekillendirildi ve sahaya dren konularak primer suture edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi ve sütürler 7. günde alınarak hasta taburcu edildi.(Şekil 3) Kitlenin histopatolojik incelemesi, makroskopik olarak üzerinde 22x17 cm. boyutlarında deri elipsi bulunan, 20x20x14 cm. ebatlarında, 1620 gr. ağırlığında, düzgün sınırlı, kapsüllü, sarı renkli yağ dokusu; mikroskopik olarak ise basit lipoma şeklinde rapor edildi.

Tartışma

Lipomalar hayatın ilk 2 dekadında nadiren izlenir. Beşinci ve 6. dekadlarda, aktivitenin azalması ve sedanter yaşama bağlı olarak yağ dokusunun birikmesi ile birlikte görülme insidansları artar. Genel olarak obez bireylerde daha sık görülürler ve hızlı kilo alma periyodlarında büyüklükleri artar. Buna zıt olarak, kaşektik bireylerde veya açlık dönemlerinde lipomaların büyüklükleri nadiren değişiklik gösterir. Bu durum lipomalardaki yağ dokusunun

Histopatolojik olarak ince fibröz kapsüle sahip, lobüle, matür yağ dokusundan oluşmuştur. İçerdiği mezenkimal elemanların tip ve miktarına bağlı olarak gelişen değişik tipleri mevcuttur. Bazen lezyon içinde fibröz doku artımı görülür ve bu tip fibrolipoma olarak adlandırılır. Vasküler yapılardan zenginse anjiolipoma olarak isimlendirilir ve bu form baş boyun bölgesinde oldukça nadirdir (6). Miksoid lipoma tipinde lezyon içinde miksoid değişiklikler izlenir. İğsi hücrelerden oluşan tipine spindle hücreli lipoma, hiperkromatik, pleomorfik ve dev hücreler içeren tipine ise pleomorfik lipoma adı verilir (8). Lipoblastoma, bebek ve çocuklarda görülen, embriyonel lipoblastlardan kaynaklanan formdur. İmmatür veya diğer bir deyişle kahverengi yağ dokusundan kaynaklanan tipine hibernoma adı verilir (3,10,14). İnsanda en sık karşılaşılan 2. yumuşak doku malignitesi olan, ancak baş boyun bölgesinde oldukça nadir gözlenen malign formuna ise liposarkoma adı verilir (6). Liposarkoma lipoblastlardan köken alır ve miksoid, pleomorfik, iyi diferansiye ve yuvarlak hücreli olmak üzere 4 tipi mevcuttur. Lipomların değişik mikroskopik tipleri ile prognoz arasında bir ilişki yoktur (10). Ancak lipomlarda malign transformasyona ait birkaç vaka bildirilmiştir (11). Olgumuzda kitle matür yağ dokusundan oluşan basit lipoma olarak rapor edildi ve yaklaşık 13 yıllık uzun bir gelişme dönemi olmasına rağmen malign transformasyon görülmedi.

Baş-boyun bölgesinde yavaş büyüyen, ağrısız kitle tek semptom olabileceği gibi bu kitlenin basısına bağlı olarak ortaya çıkan fonksiyonel ve nörolojik problemler de eşlik edebilmektedir. Bazı olgularda semptomlar ancak tümör önemli yapılara bası yapabilecek büyüklüğe ulaştığında ortaya çıkmaktadır. Yüzeysel yerleşimli olgularda ise fonksiyonel problemler ortaya çıkmadan önce tümör çok büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Sunulan olguda olduğu gibi bu hastalarda kozmetik problemler ön plana çıkmaktadır.

Vücut ve çevre ısısına bağlı olarak lipomların kıvamları değişkenlik gösterir. Normal vücut ısısında yarı sıvı kıvamdadırlar ve çevre dokuların basısına bağlı olarak şekil değiştirebilirler (5). BT görüntüleme tekniği olarak tanı için genellikle yeterli olmakta ve MR inceleme gibi ileri tekniklere gerek kalmamaktadır (12). BT lezyonun lokalizasyonunun, uzanımlarının ve tanıda kolaylık sağlayan bir parametre olan dansitesinin tespitinde oldukça faydalıdır. Lipomlar BT’de genellikle homojen ve düşük dansiteli bir kitle olarak karşımıza çıkar. Belirgin bir kapsül formasyonu genellikle izlenmez (12). Kitlenin ölçülen dansitesi nonspesifik olmakla beraber bazen oldukça faydalı bilgiler verir. Yumuşak doku tümörlerinin çoğunun dansitesi 0-100 HU arasındadır. Lipoma veya bir yağ dokusu düşük dansiteye sahiptir ve genellikle -60 ile -120 HU arasındadır (2,4). Bizim olgumuzda bu değer -102 HU olarak tespit edilmiştir.

Ayırıcı tanıda yerleşim yerine bağlı olarak birçok lezyon göz önünde bulundurulmalıdır. Brankiyal yarı kisti, dermoid kist, tiroglossal duktus kisti, kistik higroma, larengosel, apseler, lenfadenopati, submandibular gland patolojileri, parotis bezine ait patolojiler, ranula ve retansiyon kistleri ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Anamnez ve fizik muayene bulguları ile beraber BT ayırıcı tanıda genellikle yeterli olmaktadır. Kitlenin BT’de ölçülen dansitesi ayırıcı tanıda da kolaylık sağlamaktadır. Nörofibroma ve kistik higromalar da düşük dansiteye sahiptirler. Fakat çoğunlukla 0’ın üzerindedirler ve bu olgular

genellikle multipl lezyonlar olarak izlenirler. Apseler, dermoid kistler, nekrotik lenf nodları da benzer şekilde lipoma kadar düşük olmayan dansite değerlerine sahiptirler (12).

Lipomların tedavisi cerrahi eksizyondur. Lipomlar kapsüllü yapılarından dolayı özellikle yüzeysel yerleşim gösterdikleri vakalarda kolaylıkla eksize edilebilirler. Bu tür olgularda rekürrens oranı %5’in altındadır (1,2,12). Larenks, farenks ve derin boyun yerleşimli olgularda ise lezyonun bütün olarak çıkarılması zorluk gösterebilir ve bu olgularda rekürrens oranı artar. Derin yerleşimli olan veya çevre dokulara infiltrasyon gösteren olgularda rekürrens oranı artmakta ve %62,5’lara kadar çıkabilmektedir (1,12,13).

Sonuç olarak, baş-boyun bölgesinin en sık görülen yumuşak doku tümörü olan lipomlar, boyun tümefaksiyonu şikayeti ile başvuran olgularda akılda bulundurulmalıdır. Lipomlar yüzeysel yerleşim gösterdiklerinde fonksiyonel problemlere yol açmadan büyük boyutlara ulaşabilmektedirler. Bu olgularda ortaya çıkan kozmetik bozukluk ise bir cerrahi eksizyonu gerekli kılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Stewart MG, Schwartz MR, Alford BR. Atypical and malignant lesions of the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1994; 120:1151-5.
2. Kakani RS, Bahadur S, Kumar S, Tandon DA. Parapharyngeal lipoma. J Laryngol Otol 1992; 106:279-81.
3. Hoehn JG, Yalamanchi BA, Pilon V. Benign lipoblastomatosis: Report of a case involving the face and neck. Plast Reconstr Surg 1984; 73:455-8.
4. Johnson JT, Curtin HD. Deep neck lipoma. Ann Otol Rhinol Laryngol 1987; 96:472-3.
5. Ramakantan R, Shah P. Anterior neck lipoma masquerading as an external laryngocoele. J Laryngol Otol 1989; 103:1087-8.
6. Elango S. Parapharyngeal space lipoma. ENT J 1995; 74:52-3.
7. Dev VR, Heeringa B, Busch R. Tonsillar lipoma. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 122: 941.
8. Yencha MW, Hodge JJ. Pleomorphic lipoma. Case report and literature review. Dermatol Surg 2000; 26:375-80.
9. Sakashita H, Miyata M, Okabe K. Intraosseous lipoma of the maxilla. A case report. Int J Oral Maxillofac Surg 1998; 27:63-4.

10. Günhan Ö. Oral ve maksillofasial patoloji.1. baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti, 2001:137.
 11. Oddie JWApplebaum EL. Lipoma of nasopharynx. Arch Otolaryngol 1982; 108:57.
 12. Som PM, Scherl MP, Rao VM, Biller HF. Rare presentations of ordinary lipomas of the head and neck : A review. AJNR 1986; 7:657-64.
 13. Lerosey Y, Choussy O, Gruyer X, François A, Marie JP, Dehesdin D, Guitrancourt JA. Infiltrating lipoma of the head and neck: a report of one pediatric case. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1999; 47:91-5.
 14. Worsley J, McGuirt W, Carrau RL, Peitzman AB. Hibernoma of the neck: A rare cause of neck mass. Am J Otolaryngol 1994; 15:152-4.
-

Geliş Tarihi: 04.11.2002

Yazışma Adresi: Dr. Hakan BİRKENT
GATA Kulak Burun Boğaz AD,
06018 Etlik, ANKARA