

Çocukluk Çağında Gözlenen Büyük Lipomlar

LARGE LIPOMAS IN CHILDHOOD

Dr. Baran TOKAR*, Dr. Hüseyin İLHAN*

* Yrd. Doç., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, ESKİŞEHİR

Özet

Amaç: Çocuklarda lipomlar, özellikle büyük veya dev diye nitelendirilen lipomlar oldukça nadir görülür. Bu çalışmada, çocuklarda lipomu basit bir yumuşak doku tümörü olarak görmeden; ayrıntılı tanı ve tedavideki yaklaşım klinik örneklerle değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntemler: 1994-2003 yılları arasında kliniğimize başvuran beşi yüzeysel, bir derin yerleşimli toplam altı büyük lipom olgusu, hikaye, fizik muayene, radyolojik ve patolojik inceleme sonuçları ve tedavi yöntemleri yönünden geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması $4,6 \pm 2,3$ yaş (9 ay -7 yaş) olan 5 erkek 1 kız hastada; 5'i yüzeysel ve biri derin batın içi yerleşimli kitlelerin en büyük çap ortalaması $20 \pm 14,35$ cm (8cm- 44 cm) olarak belirlendi. Klinik bulgular, özellikle ultrasonografi (USG) ve biyopsi sonucu lipom tanısı koyuldu. Üç hastada total cerrahi eksizyon, kitlenin tüm sırtı kapladığı bir hastada ise liposuction yapıldı. Bir hastada ailenin isteği ile cerrahi müdahale yapılmadı. İntraperitoneal mezenterik lipom saptanan 3 yaşındaki hastada ise tanı USG, tomografi ve iğne biyopsisi ile koyuldu, kitle total olarak çıkarıldı.

Sonuç: 1- Çocuklarda az görülen büyük lipomatoz kitlelerin, klinik bulgular, USG, tomografi ve gerekirse biyopsi ile ayrıntılı tanı için incelenmesi gerekir.

2- Yüzeysel, 6 cm'den büyük lipomlarda uygulanacak liposuction, çocuklarda da erişkinlerde olduğu gibi küçük insizyon skarı, hızlı iyileşme, düşük komplikasyon oranları ve kozmetik sonuçları nedeni ile açık cerrahiye iyi bir alternatif olarak değerlendirilebilir.

3- Derin yerleşimli, özellikle batın içerisinde yer alan kitleler arasında, nadir olmakla beraber lipomlarda ayrıntılı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lipom, Çocukluk çağı

T Klin Pediatri 2004, 13:20-23

Abstract

Objective: Lipomas, especially ones called as large or giant, are very rarely seen in children. In this study lipomas in children, without prejudice as a simple soft tissue tumor, have been evaluated with clinic examples for the differential diagnosis and treatment.

Material and Methods: The anamnesis, physical examination, diagnostic and radiologic investigations, and the treatment approach of the six cases including the patients with 5 superficial and one deep large lipomatous mass have been evaluated.

Results: The mean age was $4,6 \pm 2,3$ years (9 months to 7 years) for 5 male and one female patients. The mean greatest diameter of the five superficial and one deeply located mass was $20 \pm 14,35$ cm (8cm-44 cm). The clinical findings, especially ultrasonography (USG) and needle biopsies showed the diagnosis as lipoma. Total surgical excision for three patients and liposuction for the one with widely extended lesion on the back were performed. Surgical excision was not accepted by the family of one patient. The deep intraperitoneal mesenteric lipoma in a 3-year-old boy was diagnosed by USG, abdominal tomography and needle biopsy and totally excised.

Conclusion: 1- Large lipoma as a rarely seen mass in children should be investigated by clinical findings, radiological investigations such as USG and tomography, and if needed by biopsy for the differential diagnosis.

2- Liposuction for superficial lipomas larger than 6 cm, as in adults, is a preferable alternative to conventional surgery in children due to better cosmetic results with a very small incision scar, low complication rate and short recovery period.

3- Although it is very rare, lipoma should also be considered in the differential diagnosis of deeply located, especially intraabdominal masses.

Key Words: Lipoma, Childhood

T Klin J Pediatr 2004, 13:20-23

Çocuklarda, yumuşak doku tümörlerinin %6'sını lipomatoz tümörler oluşturur. Bunların %94'ü benign, %6'sı ise malign tümörlerdir (1). Benign bir tümör olarak lipom, yaşamın ilk 20 yılında nadir görülür, tespit edilenlerde genellikle gövde üzerinde yerleşimlidir (1,2). Histopatolojik incelemede lipomun tanısı matür yağ hücrelerinin

görülmesi ile koyulur. Ayrıntılı tanıda lipoblastom, liposarkom, anjiolipom, embriyonal rabdomiyosarkom, miksoma ve miksoid malign fibroz histiyositom yer alır. Benign bir tümör olan lipoblastom ayrıntılı tanıda öncelik taşır, mikroskopisinde dokuda değişik hücre evreleri gözlenir (1,3).

Bu çalışmada, 6 olguda, 5'i yüzeysel, biri derin yerleşimli büyük lipom kitlesinde, tanı ve tedavideki yaklaşım değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

1994- 2003 yılları arasında kliniğimize başvuran ve çapı 6 cm'den büyük olan toplam 6 lipom olgusu geriye dönük olarak değerlendirildi. Tüm hastalarda ultrasonografi (USG) ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı, intraabdominal derin yerleşimli lipomda ise bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Anamnez, fizik muayene, radyolojik inceleme ve İİAB ile tanıya gidildi.

Bulgular

Yaş ortalaması $4,6 \pm 2,3$ yaş (9 ay –7 yaş) olan 5 erkek 1 kız hastada; 5'i yüzeysel ve biri derin batın içi yerleşimli kitle tespit edildi. Kitlelerin en büyük çap ortalaması $20 \pm 14,35$ cm (8cm- 44 cm) olarak belirlendi. Hastalara ait klinik bilgi (Tablo 1)'de verildi.

Yüzeysel yerleşimli olanlar için, doğumdan buyana görülen, kozmetik kaygının ve ailenin endişesinin ötesinde şikayete neden olmayan yüzeysel kitle görünümü anamnezlerdeki ortak nokta olarak belirlendi (Resim 1). Fizik muayenede yumuşak, asemptomatik, soliter kitleler palpe edildi.

Yapılan USG'de, homojen, 3 olguda hiperekoik, 2 olguda izoekoik, ince kapsüllü cilt altına yerleşimli kitleler tespit edildi. İİAB sonrası yapılan mikroskopik incelemede matür yağ hücreleri tespit edildi, patolojik tanı lipom olarak değerlendirildi. Olgulardan üçünde açık cerrahi ile total kitle eksizyonu yapıldı. Servikal bölgeden

başlayarak, sol torakal ve sağ lomber bölgeye kadar uzanan oldukça geniş çaplı (44x 32x 9 cm) yayılımı olan kitle nedeni ile bir olguda ise liposuction yapıldı. Bu hastada girişim 6 ay ara ile kozmetik amaçlı iki kere tekrarlandı. Postoperatif 2. günde taburcu edilen hasta, 4 hafta boyunca elastik bandaj ile izlendi. Kozmetik sonuç son operasyondan 6 ay sonra hasta ve ailesi için tatmin edici düzeyde idi, postoperatif birinci yılda rekürrens saptanmadı (4). Kitlesi sol hipokondriumda olan hasta için aile cerrahi müdahaleyi kabul etmedi. Hastanın 6 ay aralar ile yapılan iki kontrolünde kitlede büyüme veya şekil değişikliği tespit edilmedi.

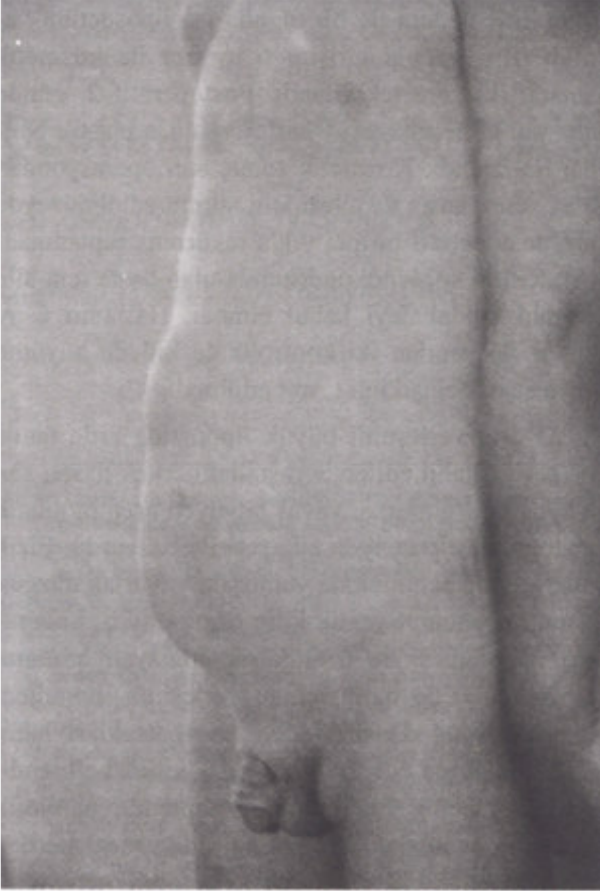
Derin yerleşimli büyük lipomatöz kitle tanısı ile seriyeye dahil edilen 3 yaşındaki erkek hasta, son 6 ayda belirginleşen, yavaş büyüyen asemptomatik abdominal distansiyon şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede batın içinde yumuşak, yuvarlak düzgün konturlu, asemptomatik kitle tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde özellik saptanmayan hastanın USG ve BT'de batın içinde yerleşimli, homojen, kapsüllü, yağ dansitesinde, ince barsakları batın arka duvarına doğru iten bir kitle belirlendi. İİAB'de matür yağ hücreleri saptandı, patolojik tanı lipom olarak değerlendirildi. Mezenterden kaynaklanmış olan bu kitledeki patolojik tanı, total cerrahi eksizyon sonrasında da doğrulandı. Hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi (5). Son kontrolü postoperatif 3.yılda yapılan hastanın fizik muayene ve USG incelemesinde rekürrens saptanmadı.

Tartışma

Selim bir tümör olarak lipomun patogenezi hakkında çok fazla şey bilinmemektedir. Obesite,

Tablo 1. Hastalara ait klinik veriler

| Hasta | Cinsiyet | Yaş | Kitle yerleşim yeri | Kitle en büyük çap | Tedavi |
|-------|----------|-------|---|--------------------|---------------------------|
| 1 | Erkek | 9 ay | Sırt- toraks düzeyi | 8 cm | Total eksizyon |
| 2 | Erkek | 3 yaş | Batın içi-mezenterik | 31 cm | Total eksizyon |
| 3 | Kız | 5 yaş | Sırt-yaygın servikalden sağ lomber bölgeye uzanan | 44 cm | Liposuction |
| 4 | Erkek | 6 yaş | Sol aksiller bölge | 10 cm | Total eksizyon |
| 5 | Erkek | 6 yaş | Sağ lomber bölge | 12 cm | Total eksizyon |
| 6 | Erkek | 7 yaş | Sağ hipokondrium | 15 cm | Aile cerrahi kabul etmedi |



Resim 1. Sağ hipokondrium yerleşimli yüzeyel lipom.

diabetes mellitus, serum kolesterolünün yükselmesi, travma, radyasyon, bazı kromozom anomalileri ve aile yatkınlığı, lipom oluşumuna neden olabilir (2). Yazıda sunulan hastalarda patolojiye neden olan faktör tespit edilmemiştir.

Asemptomatik, yavaş büyüyen, yuvarlak, yumuşak kıvamda, mobil kitle bulgusu lipomun klinik özelliğidir. Sunulan olgularda lipom tanısı bu anamnez ve fizik muayene bulguları ile düşünülmüş, USG ve İİAB ile tanı koyulmuştur. USG gibi, BT ve MR gibi diğer radyolojik incelemeler de tanı ve eşlik eden muhtemel patolojilerin belirlenmesi için, kitlenin büyüklüğüne ve yerleşim yerine göre yol gösterici olurlar. BT ve MR da lipom, septasyonlar içerebilen, homojen yağ dansitesinde kitle olarak görülür; eğer kitle içinde heterojenite ve değişik, belirgin yumuşak doku elementleri saptanırsa malignite riski mevcuttur, kitlenin değişik bölgelerinden

İİAB alınmalıdır (6,7).

Lipomun histopatolojik incelemesi, çevre yağ dokusundan çok az değişiklik içerir. Lipomda yağ hücreleri şekil ve büyüklük olarak farklılık gösterirler, bazen çap olarak 200 μ 'a kadar ulaşabilirler (2). Ayrıcı tanıda öncelikli olarak lipoblastom düşünülmelidir. Selim bir tümör olarak lipoblastom genellikle çocuklarda, özellikle 3 yaşın altında görülür. Klinik ve radyolojik inceleme lipom ve lipoblastom ayırımını yaptıramaz. Biyopside immatür ve farklı gelişim evrelerindeki hücrelerin görülmesi lipoblastom tanısını koydurur. Bu bulgular ile liposarkomun miksioid tipide düşünülmeli; özellikle farklı bölgelerden alınacak biyopsiler incelenerek ayrıcı tanı yapılmalıdır (3). Çocuklarda orta hatta yerleşimli lipomlar kapalı spinal disrafizm'e eşlik edebilir (8). Lipomlar ayrıca Proteus, Cowden's ve Bananay-Zonana gibi sendromların komponenti olabilir (2, 9). Lipomlar, çocuklarda genellikle gövde üzerindedir. Toraksta, mediastinumda, göğüs duvarında, pelviste, retroperitonda ve paratestiküler bölgede tespit edilmiş derin yerleşimli lipomlar yayınlamıştır (2). Batın içi lipomlar oldukça nadirdir (10). Bizim olgumuzun da yer aldığı, mezenterden kaynaklanmış lipomatoz kitle tanısı, literatürde az sayıda da olsa olgu sunumu olarak mevcuttur (4,11-12).

Lipomlarda kitlenin yerleşim yeri, büyüklük, eşlik eden diğer patolojiler ve hastanın tercihine göre açık cerrahi eksizyon veya liposuction yapılabilir. Olgular içerisinde 4 hastaya, üçü yüzeyel, biri derin yerleşimli, açık cerrahi eksizyon yapılmıştır. Yüzeyel, yaygın geniş tabanlı lipomu olan diğer bir olguda ise liposuction gerçekleştirilmiştir. Erişkinlerde kozmetik amaçlı girişimin yanı sıra, çapı 6 cm'i geçen lipom veya lipomatozislerde de liposuction önerilmektedir (13-15), çocukluk yaş grubunda ise büyük lipomatoz kitle nedeni ile liposuction uygulanan olgumuza benzer bir vakaya rastlanmamıştır (5).

Liposuction gerekli ön hazırlıkları, operasyon sırasında ve sonrasında vital bulguların dikkatli monitorizasyonu ile çocukluk yaş grubunda da uygun endikasyonlarda uygulanabilir. Literatürde,

erişkin hasta deneyiminden elde edilen veriler ile liposuction'ın, açık cerrahi eksizyona göre avantajlarının olduğu gözlenmiştir (13,15). Büyük lipomatoz kitleler için oldukça küçük insizyon skarları, düşük komplikasyon oranları, hızlı iyileşme ve kozmetik sonuçlarının daha yüz güldürücü olması avantajlardan bazılarıdır.

Lipomların genellikle küçük, yüzeysel, malignite riski düşük ve basit bir cerrahi girişim ile çıkartılabilecek kolaylıkta olduğu düşünülür. Ancak çocuk hastalarda, özellikle büyük lipomatoz kitlelerde, yerleşim yerine bağlı olarak muhtemel eşlik eden patolojilerin, ayrıca tanının ve yapılacak işlemin kozmetik sonucunun düşünülmesi ile bu patolojiye daha ciddi bakılmalı ve gerekli ön hazırlıklar yapılmalıdır. Operasyon öncesi radyolojik tetkikler ve İİAB, kitlenin büyüklüğüne bağlı olarak yapılacak cerrahi girişimin seçilmesi ve buna yönelik hazırlıkların yapılması morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli faktörlerdir.

KAYNAKLAR

1. Stocker JT, Dehner LP. Pediatric Pathology: Philadelphia, PA: Lippincott, 1992: 1113-4.
2. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumors (ed 3). St Louis, MO: Mosby, 1995: 384-405.
3. Coffin CM. Lipoblastoma: An embryonal tumor of soft tissue related to organogenesis. Semin Diagn Pathol 1994; 11: 98-103.
4. İlhan H, Tokar B. Liposuction of a pediatric giant superficial lipoma. J Pediatr Surg 2002; 37: 796-8.
5. İlhan H, Tokar B, Işıksoy S, Koku N, Pasaoğlu Ö. Giant mesenteric lipoma. J Pediatr Surg 1999; 34: 639-40.
6. Starer F, Jenkins JPR. The soft tissue. In Sutton D, eds. Textbook of Radiology and Imaging. New York: Churchill Livingstone, 1998: 1393-427.
7. Einarsdottir H, Soderlund V, Larsson O. et al. 110 subfacial lipomatous tumors. MR and CT findings versus histopathological diagnosis and cytogenetic analysis. Acta Radiol 1999; 40: 603-9.
8. Tortori-Donati P, Rossi A, Cama A. Spinal dysraphism: a review of neuroradiological features with embryological correlations and proposal for a new classification. Neuro-radiology 2000; 42: 471-91.
9. Biesecker LG, Happle R, Mulliken JB. et al. Proteus syndrome: Diagnostic criteria, differential diagnosis, and patient evaluation. Am J Med Genet 1999; 84:389-95.
10. Prando A, Wallace S, Marins JCL, et al. Sonographic features of benign intraperitoneal lipomatous tumors in children- Report of four cases. Pediatric Radiol 1990; 20: 571-4.
11. Sarda H, Le-Loc'h H, Lucas G. et al. Lipomas of the mesentery in young children. Ann Pediatr Paris 1992; 39: 633-4.
12. Kissane JM, Smith MG. Pathology of Infancy and Childhood. St Louis, MO: Mosby, 1967: 243-6.
13. Sharma PK, Janniger CK, Shwartz RA. et al. The treatment of atypical lipoma with liposuction. J Dermatol Surg Oncol 1991; 17: 332-4.
14. Apesos J, Chami R. Functional applications of suction-assisted lipectomy: a new treatment for old disorders. Aesthetic Plast Surg 1991; 15: 73-9.
15. Pinski KS, Roenigk HH Jr. Liposuction of lipomas. Dermatol Clin 1990; 8: 483-92.

Geliş Tarihi: 26.08.2003

Yazışma Adresi: Dr.Baran TOKAR

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi AD, ESKİŞEHİR
btokar@ogu.edu.tr