

İntraosöz lipom

Aslı Kasabalgil⁽¹⁾, Gönenç Kapıcıoğlu⁽²⁾, İsmail Evren⁽³⁾, Ünal Kuzgun⁽⁴⁾, İrfan Öztürk⁽⁵⁾

İntraosöz lipom kemiğin en nadir görülen benign tümörü olarak kabul edilen bir lezyondur. Sıklıkla uzun kemiklerde yerleşir. Olgumuz ağrı şikayetiyle başvuran 35 yaşında erkek hasta olup, sol fibula proksimal metafizodiazifer bölgede intraosöz lipom saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: İntraosöz, lipom

Intraosseous lipoma

Intraosseous lipoma, which is considered to be the rarest of the primary benign bone tumours, is mostly localized in long tubular bones. Our case was a 35 years old male patient with the complaint of pain which was disturbing him while bending forward with the knees extended. During the physical examination, a 2x2 cm mass has been palpated at the lateral side of the left knee, the proximal end of fibula. It was locally tender. The lesion was found, by the direct x-ray films, to be in the left fibular proximal metaphyseodiaphyseal region. Being intramedullary it had vague borderlines and by locally expanding, caused the lateral cortex get thinner. It appeared as an osteolytic lesion having more radiolucent, patchy areas. CT scans have revealed expansion in the metaphyseodiaphyseal region, cortical thinness, medullary expansion in the left proximal fibula.

Because of the localisation, it has been decided to resect the proximal 1/3 of the fibula. Microscopic findings revealed that the lesion consisted of mature adipose tissue having thin trabecules of bone in between, with no atypical cells and necrosis. Absence of necrosis, calcification or reactive systemic changes has led to evaluation of the lesion as stage I. Since the lesion does not show any tendency toward malignant degeneration and metastases, its treatment should be conservative. However it has been suggested to perform curettage with or without using bone grafts. No recurrence has yet been reported.

Key words: Intraosseous, lipoma.

Lipomlar yumuşak dokunun en sık görülen lezyonlarından biri iken intraosöz yerleşimleri nadirdir. İntraosöz lipom "Selüler atipi göstermeyen matür lipositlerin kemik içinde aşırı miktarlarda görülmesi" olarak tanımlanır (8). Kemiğin en nadir görülen benign lezyonu olarak kabul edilmektedir (7,8).

Olgu sunumu: O.A., 35 yaşında, erkek hasta, muayene tarihi: 26.12.1989, prot. no. :723. Sol bacak dış yandaki ağrı şikayetiyle başvuran hasta yakınmasının 1,5 ay önce başladığını, diz ekstansiyonda iken öne eğilme pozisyonunda ortaya çıktığını ifade etmekte idi. Hastanın genel durumu iyiydi ve laboratuvar bulguları normal sınırlardaydı. Fizik muayenede sol diz lateralinde, fibula proksimalinde, 2x2 cm'lik ele gelen sert kitle mevcuttu. Lokal hassasiyet saptandı. Direkt grafide sol fibula proksimal metafizodiaziferde intramedüller yerleşim gösteren, sınırları net olarak belirlenemeyen, lateral korteksi belirgin şekilde incelten ve hafif ekspansiyon gösteren, içerisinde yer yer daha radyolusent alanlar seçilen osteolitik bir lezyon izlendi. Lezyonda santral kalsifikasyon veya ossifiye nidus, konturlarda skleroz saptanmadı. (Resim 1).

Bilgisayarlı tomografide sol fibula proksimalinde, metafizodiazifer bölgede ekspansiyon, kortekste incelme, medüller kanalda genişleme görüldü. Ossöz yapıda belirgin destrüksiyon yapan, septumlarla ayrılan fibröz yağlı doku dansiteleri alındı. Lezyonun lokalizasyonu nedeni ile sol fibula 1/3 proksimali re-

zeksiyonuna karar verildi. Sol diz lateralinden yapılan insizyonla fibuler sinir eksplore edilip korunduktan sonra fibula 1/3 proksimali rezeke edildi. Histopatolojik tetkik amacıyla gönderilen fibula 1/3 proksimaline ait spesimende cerrahi uca 3 cm mesafede kemiğin 2,5 cm'e kadar genişlediği 4 cm uzunluğunda bir segment izlendi. Spesimen açıldığında medüller kanalın tamamıyla parlak sarı renkli, jelatinöz kıvamlı materyelle dolu olduğu görüldü. Şişliğin bulunduğu bölgede kemik korteksinin 0,1 cm'e kadar incelendiği dikkati çekmekte idi. Lezyon çevresindeki medüller kanal bölgelerinde aynı görünümde materyal izlendi (Resim 2).

Mikroskopik incelemede lezyonun matür yağ dokusundan meydana geldiği ve arada ince kemik trabekülleri bulunduğu görüldü. Sellüler atipi, nekroz mevcut değildi. Damarlanma yer yer görülmekle birlikte belirgin değildi (Resim 3).

Tartışma

İntraosöz lipoma kemiğin en nadir primer benign tümürüdür (2,4,8,9). İlk kez 1868'de Brault tarafından femoral shaftta tanımlanmıştır. 1901'de femur diyafizinde, 1910'da ise fibulada yerleşen 2. ve 3. vakalar yayınlandı (4). Literatürde genellikle tek vaka yayınları görülmektedir. 1973'te Hart yüz yıldan fazla bir sürede yayınlanmış 28 vakayı derlemiş, Shajowitz 1981 yılına dek 4 intraosöz, 3 parosteal lipoma vakası bildirmiş ve bunların kendi se-

(1) Şişli Etfal Has. Patoloji Lab. Asistanı

(2) Şişli Etfal Has. Ortopedi ve Traumatoloji Kliniği Asistanı

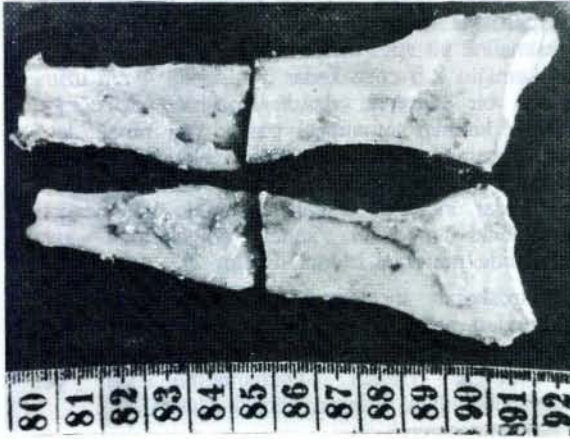
(3) Şişli Etfal Has. Patoloji Lab. Şefi

(4) Şişli Etfal Has. Ortopedi ve Traumatoloji Kliniği

(5) Şişli Etfal Has. Ortopedi ve Traumatoloji Kliniği Şef Muavini



Şekil 1: Vakanın radyolojik görünümü.



Şekil 2: Sol fibula proksimaline alt spesmenin kesit yüzü.



Şekil 3: X400 HE, Vakanın histolojik görünümü.

risi içinde benign kemik tümörlerinin kemik tümörlerinin %0,36'sını, tüm kemik tümörlerinin %0,16'sını oluşturduğuna dikkati çekmiştir (8). 1988'de ise Milgram ABD'deki çeşitli merkezlere ait 61 vakayı içeren bir seri yayınlamıştır.

İntraosöz lipomun etiyolojisi bilinmemektedir. Travma ile infarktın etiyolojide rolü olduğu söylenmiştir (2). Hiperlipoproteinemi ile seyreden bir multipl intraosöz lipom vakası yayınlanarak metabolik etiyolojik faktörler ileri sürülmüş ise de, birçok otör intraosöz lipomun kemik iliği yağlı dokusunun gerçek benign tümörü olduğunu kabul etmektedir (2). Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür. Bildirilen en genç vaka 5,5 en yaşlı vaka 85 (4) yaşında olup, görülme sıklığı 4. dekatta en fazladır(10). En sık görüldüğü yer uzun tubuler kemiklerdir. Bildirilen vakaların %20'si fibula, %15'i femur, %13'ü tibia, %15'i ise kalkaneusta yerleşim göstermektedir. Kostalar, koksiks, kafatası, sakrum, vertebralar, çene kemikleri, el ve ayak kemiklerinde yerleşen vakalar da bildirilmiştir. Tubuler kemiklerde lezyonlar genellikle metafizer yerleşimlidir (7). Diafizer yerleşim nadirdir. Bizim olgumuz metafizodiafizer yerleşim göstermektedir. Bir çok vaka asemptomatiktir ve rutin radyolojik incelemelerde tesadüfen ortaya çıkmıştır. Bulgular ağrı, şişlik veya her ikisinin görülmesi şeklinde olabilir (3,4,8). Bu lezyonlarda patolojik kırık bildirilmemiştir(4). Radyolojik olarak korteksi incelten, düzgün kenarlı, radyolusent, ekspansil lezyon görülür(4,10). Korteks incelmış, fakat intakttır. Küçük lezyonlar eksantrik yerleşimli iken, büyük olanlar medüller kanalı doldurabilir. Kemik trabekülleri lezyona lobüle görünüm verir. Kortikal erozyon ve periostal reaksiyon görüldüğünde malign bir süreçten şüphelenilmelidir (4). Ayrıca tanı geniş kapsamlı olup, kemiğin benign ve malign tümörlerini, metabolik, infeksiyöz ve kollagen hastalıkları içermektedir (4). Tanı fizik ve radyolojik bulguların non-spesifik olması nedeniyle histopatolojik olarak konulmalıdır.

Spesmen yağ dokusundan oluşan lobule bir kitledir ve kemik trabekülleri içerir. Histolojik olarak da matür yağ dokusu görülür. Lezyonda nekrotik yağ dokusu ve atrofik kemik trabekülleri bulunabilir (4). Milgram serisinde nekrotik yağ dokusu, kalsifikasyon, reaktif iskemik kemik ve kistik yapıların görülmesine bağlı olarak belirlenen 3 stage tanımlanmıştır (5). Vakamız nekroz, kalsifikasyon, reaktif iskemik değişikliklerin olmaması nedeniyle stage 1 olarak değerlendirilmiştir. Tanı için geniş rezeksiyon materyallerine gerek vardır. Schajowitz histopatolojik bulguların patognomonik olmayışı, lokalize osteoporozda ve diğer bazı lezyonların komşuluğunda görülebilmesi nedeniyle geniş rezeksiyon yapılmasının gerekliliğini vurgulamıştır(8). Tedavi lezyonun malign dejenerasyonu ve metastazının bildirilmemesi nedeniyle konservatif olmalıdır. Kemik greftlemesi yapılarak veya yapılmadan küretaj önerilmektedir. Rekürrens bildirilmemiştir (3,4,8).

Kaynaklar

1. Adair, F. E., Pack, G. T., Farnior, J.H. Lipomas Am. J. Cancer 16. 1104 1932
2. Buckley, S.L., Burkus, J.K. Intraosseous Lipoma of the Ilium Clin. Orthop. and Related Research 228 297-301 1988
3. Campbell's Operative Orthopaedics Vol. : p: 753
4. Leeson, M.C., Kay, D., Smith, B.S. Intraosseous Lipoma Clin. Orthop. and Related Research 181 186-190 1983
5. Milgram, J.W. Intraosseous Lipomas Radiologic and Pathologic Manifestations Radiology Vol: 167 155-160 1988
6. Noltenius, H.W. Manuel of Oncology Vol. :2 p :1093
7. Resnick, D.R. and Niwayama, G. Diagnosis of Bone and Joint Disorders p: 3782-86 1988
8. Schajowitz, F. Tumors and Tumorlike Lesions of Bone and Joints p: 339-341 1981
9. Smith, W.E., Fienburg, R. Intraosseous Lipoma of Bone Cancer 1987 10: 1151-1152
10. Tuzlacı, M., Alver, M. Kemik ve eklem hastalıkları radyolojisi p: 571 1985

Yazışma adresi**Dr. Aslı Kasabalgil****Şişli Etfal Hast. Patoloji Asistanı**