

Bacak ekstensör adale grubunda intramüsküler lipom olgusu

Kaya H. Akan⁽¹⁾, Güngör Dımışki⁽²⁾, Oğuz Ş. Poyanlı⁽²⁾, Hakan Sayrak⁽³⁾

Intramüsküler lipom derin yerleşimli, ender rastlandığı düşünülen, genellikle uyluk ve omuz bölgesinde rastlanan, selim karakterli olmasına karşın infiltratif özelliği nedeniyle sıklıkla nüks gösteren bir yumuşak doku tümörüdür. Bu yazıda, literatürde bildirilen olgulardan yaşı küçük ve yerleşimi ekstremité distalinde olması açısından farklı olan, 15 yaşında sağ tibia proksimalinde ekstensör adale grubu içerisinde yer alan bir intramüsküler lipom olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: *Intramüsküler lipom, ekstremité distali, yumuşak doku tümörü,*

An intramuscular lipoma case of the lower extremity

Intramuscular lipoma is a rare, infiltrating albeit benign soft tissue tumour which tends to localise in the thigh and shoulder region. It usually occurs in an older age group. The physical examination, magnetic resonance imaging, and excisional biopsy are essential for differential diagnosis. Total resection of the involved muscles because of high recurrence rates. A case of intramuscular lipoma in the proximal extensor muscle group of a 15 year old girl's right leg has been presented since it has occurred in a younger age group and in distal location of the extremity as opposed to proximal in present literature.

Keywords: *Intramuscular lipoma, distal part of an extremity, soft tissue tumour*

Lipomlar cerrahi patolojide en sık karşılaşılan yumuşak doku tümörlerindendir (2, 3, 4, 5, 6, 11). Vücudun her bölgesinde değişik boyutlarda görülürler (2, 5, 6). Genellikle cilt altı dokusuna yerleşir ve nadiren infiltrasyon gösterirler. Ancak özellikle ekstremité distalinde intramüsküler yerleşimli lipom olgusu oldukça enderdir (2, 5, 6, 11). Bu yazıda bacak ekstensör adale grubu yerleşimli intramüsküler lipom vakası takdim edilmektedir.

Olgu sunumu

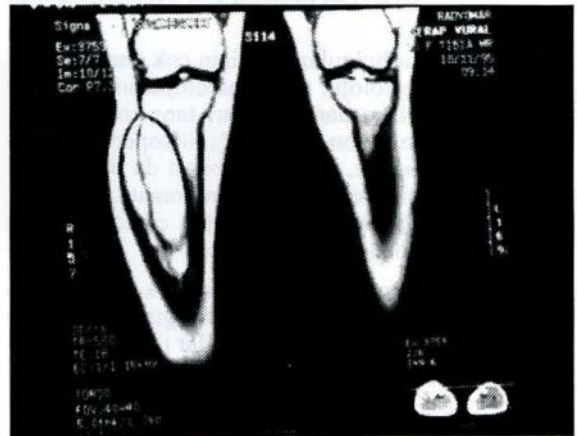
15 yaşında bayan hasta, 4 yıldır sağ bacak üst dış kısmındaki mevcut şişliğin giderek büyümesi hikayesi ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ bacak 1/3 proksimal ve anterolateralinde lokalize 5x6x4 cm. boyutlarında, yumuşak kıvamlı ağrısız, hareketsiz kitle saptandı. Kitle adale kasılması sırasında daha katı ve yuvarlak hale geliyordu. Çekilen direkt grafilerinde ve yapılan hematolojik ve biyokimyasal laboratuvar tetkiklerinde bir özellik saptanamayan hastanın manyetik rezonans görüntülemesi intramüsküler lipom öntanısı ile uyumlu bulundu (Şekil 1, 2).

Hastada, lezyonun esas olarak tibialis anterior, ekstensör hallucis longus ve kısmen de ekstensör digitorum longus kaslarını tutması, tümüyle kas içi yerleşim göstermesi ve fibular sinirle yakın komşuluğu nedeniyle aileye olası komplikasyonlar anlatıldı. Aile komplikasyonları nedeniyle kompartmantal rezeksiyonu kabul etmedi. Bunun üzerine lezyon mümkün olduğu kadar geniş çıkarılmaya çalışıldı. Patolojik inceleme sonucunda intramüsküler lipom

tanısı doğrulandı. Hastada ameliyat sonrası bir sorunla karşılaşmadı ve rekürrens olasılığı nedeniyle poliklinik takibine alındı.

Tartışma

Intramüsküler veya infiltratif lipom selim bir tümör olmasına karşın derin dokulara yerleşim göstermesi ve infiltratif gelişimi sebebiyle yumuşak doku sarkomlarıyla karıştırılabilir (2, 10). Literatürde intramüsküler lipomu ilk olarak Paget, 1856'da trapezius kası içinde bildirmiştir (6). O zamandan bu tarihe bildirilen birçok küçük seride intramüsküler lipomun lokalizasyon olarak sıklık sırasına göre en çok uyluk,

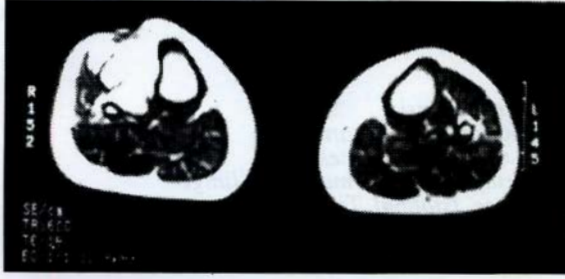


Şekil 1: Sağ bacakta intramüsküler lipomun MR görüntülemesindeki koronal kesiti

(1) SSK Göztepe Eğitim Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Araştırma görevlisi

(2) SSK Göztepe Eğitim Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzman Dr.

(3) SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Patoloji Kliniği, Uzman Dr.



Şekil 2: Sağ bacadaki intramüsküler lipomun MR görüntülemesindeki aksiyel kesiti

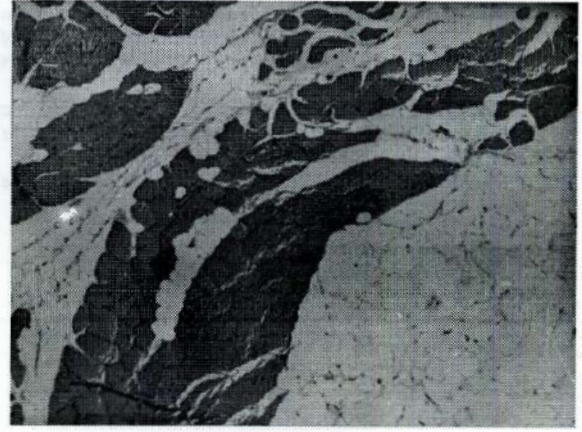
omuz, kol, ve gövde kaslarına yerleştiği ancak ekstremitelerde distalde çok nadir görüldüğü bildirilmiştir (2, 4, 5, 6, 10, 11). Ancak manyetik rezonans görüntülemenin yaygınlaşması ile beraber semptomsuz vakalarda da intramüsküler lipom olgularına rastlanmaya başlanmış hatta Kindblom intramuskuler lipomu en sık rastlanan derin yumuşak doku tümörü olduğu düşüncesini öne sürmüştür (6).

Tümörün tanımlanmasında klinik hikayesinin yanı sıra radyolojik bulgular büyük önem taşımaktadır. Klinik bulgu olarak düzenli genişleyen lokalize şişlik vardır. Bazen künt ağrı veya lokalize gerginlik hissedilebilir. Fizik muayenede ilgili kas grubu gevşek bırakılırsa tümör yumuşak ve düz palpe edilirken kontraksiyonu takiben daha katı kıvamlı ve yuvarlak şekil almasına özellikle dikkat edilmelidir (6). Direkt grafilerde intermusküler lipom çevre dokulardan daha radyolusen olan, sınırları belirgin berrak bir bölge halinde görülürken, intramuskuler lipomda kitle içerisinde bulunan yüksek dansiteli kas demetleri homojeniteyi bozar (8). BT, tümör kitlesinin lokalizasyonunu ve invazyonunu saptamada ve tümörün düşük dansite göstermesiyle maligniteden ayrılmasında yardımcı olsa da dejenerasyon kanama ve nekroz tabloda karışıklık yaratabilir (9). MR'da lipomla uyumlu diffüz T1 hiperintensitesi saptanır (8). MR invazyon ve lezyon özelliği açısından BT'den daha spesifikdir (2, 7, 8, 9).

Tanı da en önemli basamak ekzizyonel biyopsi ve patolojik incelemedir (1, 2, 5, 6, 7, 11). Biyopsi maligniteden ayrımını sağlayarak daha sonra yapılacak tedavinin planlanmasına yardımcı olur.

İntramüsküler lipom nükleer pleomorfizm içermeyen univakuollü lipositlerden yapıldır (Şekil 3). Kas liflerini infiltre eden lipositler içinde, liposarkomların karakteristik bulgusu olan multivakuollü lipoblastlar bulunmaz. Tümör stromasında fibröz doku değişik oranlarda bulunabilir, daha çok tümör periferinde yoğunlaşır. İnfitre edilen kas liflerinde dejeneratif değişiklikler sıklıkla görülür. Tümör içi kanama olduğunda bunun organizasyonu ve distrofik kalsifikasyon tipik histolojik görünümü değiştirebilirse de hücreden zengin alanların olmaması, lipoblastik proliferasyon, miskoid diferansiyasyon, pleomorfizm ve mitozun yokluğu selim bir lezyona işaret eder. Ayırıcı tanıda hematoma organizasyonu, fibröz miyositler, hidatik kist, higroma ve hemangiomalar akılda tutulmalıdır (5, 6).

Tedavide lipomun selim olmasına karşın lokal



Şekil 3: Hematoksilen Eozin boyama, x40 büyütme, transvers kesit. Kas liflerini infiltre eden olgun lipositlerden yapılmış tümör dokusu

nüks oranlarının yüksek olması nedeniyle kasın total ekzizyonu veya kompartmantal rezeksiyon önerilmektedir (2, 5, 6, 11). Bjeregaard infiltratif lipomlarda rekürrens oranının yüksekliğinin yalnızca ekstremitelerde için yaşamsal önemi olan dokular dışında kompartmantal rezeksiyonla önlenebileceğini belirtmiştir. Ancak literatürde bildirilen yaş ortalaması beş-altı dekadlar arasındadır ve yüzeysel lipomların yaş ortalamasından daha fazladır. Bizim olgumuzun yaşının küçük olması ve tümörün ekstansör kas grubunun proksimalini tümüyle invaze etmesi nedeniyle yapılacak majör bir cerrahi girişimin yol açacağı sonuçlar (ağrı, hasasiyet, hipoestezi veya paraestezi, yürüyüş bozukluğu) hastanın ailesi tarafından kabul edilmediği için, hasta insizyonel biyopsi yapılarak takibe alınmıştır.

Sonuç olarak ekstremitelerde distaldeki derin yerleşimli yumuşak doku kitlelerinin ayırıcı tanısında intramüsküler lipomda akıldan çıkarılmamalı, tedavide ise rekürrens gözönünde tutularak kompartmantal rezeksiyon uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Alho A, Skjeldal S, Pettersen ED, Melvik JE, Larsen TE: Aneuploidy in Benign Tumors and Nonneoplastic Lesions of Musculoskeletal Tissues. *Cancer* Feb. 73 (4): 1200-1205, 1994.
2. Bjerregaard P, Hagen K, daugaard S, kofoed H: Intramuscular Lipoma of the Lower Limb Long-term Follow-up After Local Resection. *J Bone Joint Surg* 71 (B): 812-815, 1989.
3. Cila E, Uslu M, Altun N: Dizde görülen kalsifiye lipom vakası. *Acta Orthop Traumatol Turc* 27 (3): 206-207, 1993.
4. Dattolo RA, Nesbit GM, Kelly KE, Cupp CL: Infiltrating lipoma of the paraspinal muscles. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 104 (7): 582-584, 1995.
5. Dionne PG, Seemayer TA: Infiltrating lipomas and angioliomas revisited. *Cancer* 33: 732-738, 1974.
6. Kindblom LG, Angerval L, Stener B, Wickbom I: Intermuscular and intramuscular lipomas and hibernomas. *Cancer* 33: 754-762, 1974.
7. Makley JT: Preoperative staging techniques in soft tissue neoplasms. *ICL* 38: 399-405, 1989.

8. Madewell SE, Sweet DE: Tumors and Tumor-Like lesions in or about joints. In: Resnick & Niwayama, eds. *Diagnosis of Bone and Joint Disorders*. Philadelphia WB. Saunders 3891-3899, 1988.
9. Pettersson H, Hamlin DJ, Mancuso A, Scott KN: Magnetic Resonances Imaging of the Musculoskeletal System. *Acta Radiol Diagn (Stockh)* 26: 225-234, 1985.
10. Pitcher ME, Fish S, Thomas JM: Mangement of soft tissue sarcoma. *Br J Surg* 81 (8): 1136-1139, 1994.

11. Rydholm A: Management of patients with soft tissue tumors. *Acta Orthop Scan* 203: 3-76, 1983.

Yazışma adresi:
Dr. Kaya Hüsni Akan
SSK Göztepe Hastanesi
1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Göztepe, İstanbul, Türkiye