



Serebellopontin köşe lipoması: İki olgu sunumu ve literatürün değerlendirilmesi

Lipoma of the cerebellopontine angle: two cases report and review of literature

Dr. Nazım Korkut, Dr. Hüseyin İşıldak, Dr. Kemal Tuskan, Dr. Şahin Öğreden

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Bu yazıda iki serebellopontin köşede lipomu olgusu sunuldu. Ayrıca literatürde yer alan serebellopontin köşede lipom olguları tartışıldı. Literatüre göre serebellopontin köşe lipomları kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu olgularda tespit edilen tümörlerin boyutu ortalama 10.26 mm (dağılım: 1-26 mm) olarak bildirilmiştir. En sık başvuru semptomu %56 ile işitme kaybı iken bunu %40 ile çınlama takip etmekteydi, hiç semptomu olmayan rastlantısal olguların oranı ise %9'du. Olguların %56'sına cerrahi girişim uygulanmış ancak bunların %36'sında tam rezeksiyon yapılabildiği görülmüştür. Her iki olgumuzda da lezyonlar sağ kulaktaydı ve lezyonların ölçüsü 7x4 ve 5x3 mm idi. Kulakta çınlama ve dolgunluk hissi her iki olgudaki başlıca yakınma nedenleriydi. Olgularımızdan birinde bu yakınmalara ek olarak işitme kaybı ve vertigo vardı. İki olguda da cerrahi girişim yapılmadı. Hastalar aynı yaklaşımla sorunsuz takip edilmektedir. Manyetik rezonans görüntülemenin kullanıma girmesiyle birlikte, histolojik olarak doğrulama gereği azalmıştır. Bu lezyonlara uygulanacak cerrahi sırasında morbidite oldukça yüksektir ve tam bir rezeksiyon olasılığı da düşük olduğundan tavsiye edilen yaklaşım yakın takiptir.

Anahtar Sözcükler: Serebellopontin köşe lipoması; tanı; semptomlar ve tedavi yaklaşımları.

Here we report two cases with cerebellopontine angle lipoma. Cerebellopontine angle lipomas previously reported in the literature were reviewed. The review of the literature revealed the condition is more prevalent in women. The median tumor size was 10.26 (range: 1 to 26) mm. It was noted that these tumors are most frequently associated with hearing loss (56%) and tinnitus (40%), while 9% demonstrate no symptoms. Fifty-six percent of these patients had been operated, however complete resection had been accomplished in only 36% of patients. In our cases, the tumor sizes were 7x4 and 5x3 mm. Tinnitus and ear fullness were major complaints in both cases. One case had hearing loss and vertigo in addition to these complaints. Surgery was not performed for these cases. The patients have been followed up using same approach without any complication. Histopathological diagnosis is rarely necessary with the widespread use of magnetic resonance imaging. Because of the potential for significant morbidity with resection of these lesions, conservative follow-up is the best approach for cerebellopontine angle lipoma.

Key Words: Cerebellopontine angle lipomas; diagnose; symptoms and management.

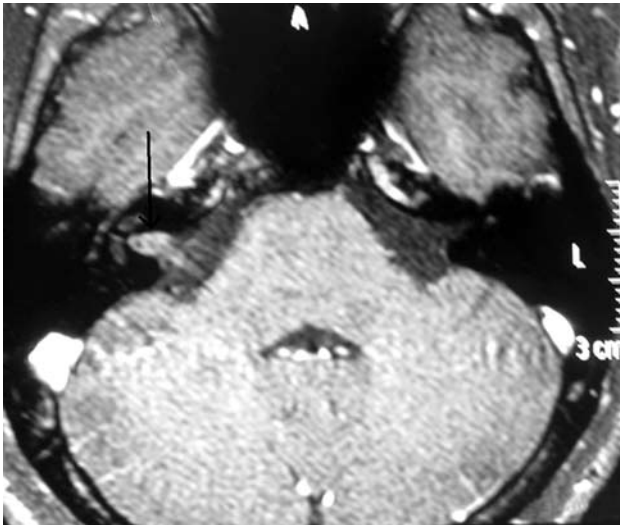
Tüm kafa içi yerleşimli lipomların %8-10'u serebellopontin köşede yerleşim göstermekte iken serebellopontin köşede görülen tüm kitlelerin %80-90'ında tanı akustik nöromadır.^[1,2] Yüz elli kafa içi yerleşimli lipoma olgunu içeren bir çalışmada, tümörlerin %81'inin supratentorial, %82'sinin orta hatta, %50'sinin korpus kallosumda yerleşik olduğu tespit edilmiştir.^[3]

Serebellopontin köşe lipomaları, yavaş seyirli ve neoplastik orijinli olarak kabul edilmeyen kitlelerdir.^[3,4] Serebellopontin köşe lipomlarının semptomatik seyrettiği olgularda sekizinci kafa çiftinin etkilenmesiyle ortaya çıktığı bilinen baş dönmesi, kulak çınlaması ve diziness gibi yakınmalar olguların doktora başvuru nedeni olmakla birlikte, nadiren bu tümörler hemifasyal spazm,^[5-7] fasyal bölgede his kaybı,^[8-10] fasyal güçsüzlük^[8,10] ve trigeminal nöraljiye yol açmaktadır.^[11-14] Serebellopontin köşe lipomlarının, klinik olarak vestibüler schwannomlardan ayrımı mümkün değildir. Bir manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde kontrast kullanılarak ya da kullanılmadan T1 ağırlıklı yüksek intansiteli sinyal almak, lipoma tanısı için değerlidir.^[15]

Nadir görülen bu tümörlerin tedavisi ile ilgili deneyimimiz sınırlıdır. Bu makalede serebellopontin köşe lipomlarının klinik bulguları ve tedavisi şu ana kadar literatür de göz önünde bulundurulmuş olarak tartışıldı.

OLGU SUNUMU

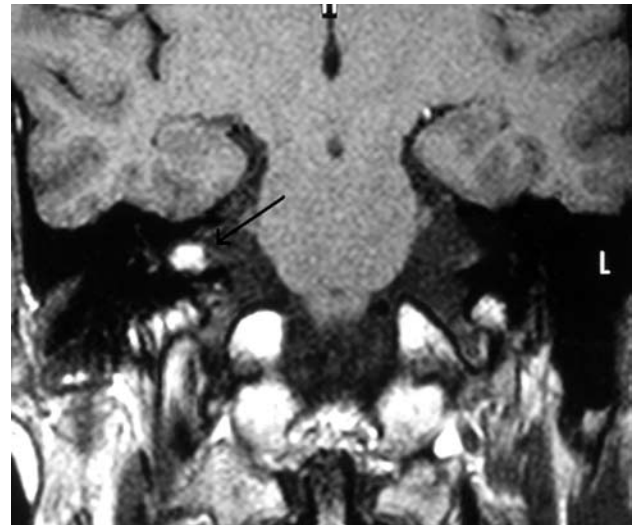
Olgu 1- Kırk altı yaşında erkek hasta gün içinde normal temposunda çalışırken aniden gelişen, sağ



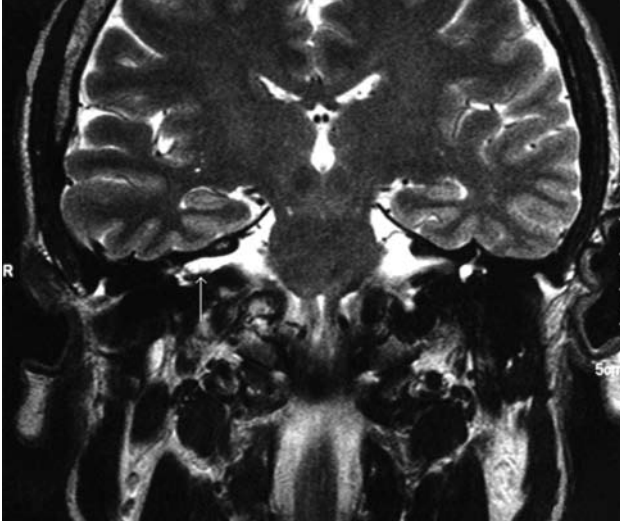
Şekil 1. T2 aksiyal manyetik rezonans kesiti sağ tarafta lipoma gözlenmektedir (siyah ok; Olgu 1).

kulağında dolgunluk, çınlama ve işitme kaybının da eşlik ettiği baş dönmesi yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Rutin kan ve idrar tahlilleri yapılan hastanın değerlerinde bir özellik yoktu. Odyometrik incelemede sağ kulakta orta dereceli sensörinöral tipte işitme kaybı tespit edildi. Konuşmayı ayırt etme yüzdesi %60, konuşmayı algılama eşiği 65 dB idi. Hastanın serebellopontin MRG ile incelenmesi sonucu sağ internal akustik kanal içerisinde 7-8. sinir kompleksi trasesinde koklear oluşumun hemen posterioruna oturan T1 hiperintens ve T2 ağırlıklı kesitlerde izo- veya hipointense, kontrast tutmayan 7x4 milimetre boyutlarında düzgün konturlu lipom ile uyumlu lezyon tespit edildi (Şekil 1).

Olguya deksamethasone ampül 8 mg. (Dekort® amp. 2 ml) 1 ml'si intravenöz kalan 1 ml'si ise intratimpanik olarak üç gün arka arkaya günde birer kez uygulandı. Dördüncü gün fluocortolone 1 mg/kg başlanarak giderek azalan dozlarda yirmi gün süreyle oral olarak uygulandı. Tedavinin sonunda yakınmaları tümüyle kaybolan olgu takibe alındı. Yirminci gündeki kontrol odyogramında sağ kulaktaki sensörinöral işitme kaybının orta dereceli düzeye geldiği, konuşmayı algılama eşiğinin 45 dB'e indiği ve konuşmayı ayırt etme yüzdesinin %75'e yükseldiği görüldü. Bu düzeltilmelerin steroid tedavisine ve çınlamada meydana gelen azalmaya bağlı olduğu düşünüldü. Altıncı ve on ikinci ayda yapılan kranial MRG ile lezyonun boyutunda değişim olmadığı tespit edildi (Şekil 2). Son bir yıldır yaşam kalitesini azaltacak düzeyde hiçbir semptomu görülmeyen olgu üç yıl süreyle altı aylık aralarla takip edilmektedir.



Şekil 2. T1 kranial kesit manyetik rezonans incelemesi, ok lezyonu göstermektedir (Olgu 1).



Şekil 3. T2 koronal kesit manyetik rezonans inceleme lezyonu sağ tarafta 5x3 mm boyutlarında izlenmektedir (Olgu 2).

Olgu 2– Otuz beş yaşında erkek hasta bir aydır zaman zaman devam eden sağ kulakta çınlama ve dolgunluk hissi yakınması ile kliniğimize başvurdu. Bu hastada farklı olarak baş dönmesi ve işitme kaybı yoktu. Hastanın rutin kulak burun boğaz muayenesinde bir özellik saptanmadı hastaya yapılan odyolojik ölçümler normal sınırlardaydı. Hasta takiplerinde yakınmalarının devam etmesi üzerine yapılan serebellopontin köşe MRG incelemesinde sağ internal akustik kanal içerisinde T2 kesitte izodens 5x3 milimetre boyutlarında düzgün konturlu lipom ile uyumlu lezyon tespit edildi (Şekil 3). Bu olguya da deksametason ampül 8 mg. (Dekort® amp. 2 ml) 1 ml'si intravenöz kalan 1 ml'si ise intratimpanik olarak üç gün arka arkaya günde birer kez uygulandı. Hastanın yakınmalarında bir miktar azalma gözlemlense de devam etmekteydi. Hastaya cerrahi girişim düşünülmedi hastanın ayaktan takibi planlandı. Hastanın yaşam kalitesini bozmamakla birlikte takibinin ikinci yılında semptomlar devam etmektedir.

TARTIŞMA

Kafa içi lipomlar çok nadir görülmekte olup tüm serebral tümörlerin %0.1'ini oluşturmaktadır.^[16] Serebellopontin köşede en sık rastlanan yer kaplayıcı lezyonlar akustik nöroma (%75), meningiom (%6) ve kolesteatomlardır (%6).^[17] Serebellopontin köşedeki tümörlerin ancak %0.14'ü lipomdur.^[18] Serebellopontin köşe veya internal akustik kanalda yer alan lipomlar, komşuluk gösterdikleri yapılara bağlı olarak pek çok semptomu neden

olmaktadırlar.^[17] Klinik bulgular, yıllar süren bir süreçte yavaş yavaş oturabileceği gibi bizim olgumuzda olduğu gibi aniden de ortaya çıkabilmektedir.^[9,16] Bu olguların genelinde başvuru nedeni kulakta dolgunluk, fluktuant işitme kaybı ve baş dönmesi olduğundan ilk ayırıcı tanı Meniere sendromudur. Ayrıca meningiom, kolesteatom ve son yıllarda önemi vurgulanan arteriyel cross sendromu da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Bugüne kadar bildirilen olgularda klinik bulgular genellikle koklea vestibüler sisteme bağlı bulgulardır. Kranial sinirlerin irritasyonuna bağlı semptomlar da bildirilmektedir. Ancak kafa içi basınç artışının yol açtığı semptomlarla bildirilen bir olguya rastlanmamıştır. Serebellopontin köşede veya internal akustik kanalda yer alan lipomların, sinir dokularına yapışık olması nedeniyle cerrahi tedavisi kolay değildir.^[19-21] Tümörün hipervaskülarize olması cerrahi girişim sırasında kanamaya neden olabilir.^[13,22] Tümörün kafa içi yapılarla olan yakın ilişkisi nedeniyle ciddi sekel ve komplikasyonlarla karşılaşılabilir veya rezeksiyon tamamlanamayabilir.^[8,16,22] Literatürde, ameliyat edilen olguların %22'sinde ameliyat sonrası fasiyal sinir paralizisi bildirilmektedir.^[23] Komplikasyonların ciddiyeti nedeniyle serebellopontin köşedeki ve internal akustik kanaldaki lipomlara uygulanacak cerrahi girişimlerin endikasyonları iyi tanımlanmalıdır. Bigelow ve ark.nın^[24] bildirmiş olduğu gibi lipomların büyüme hızı oldukça yavaş olduğundan uygulanacak cerrahide amaç lipomun tam bir rezeksiyonu olmamalıdır. Serebellopontin köşedeki ve internal akustik kanaldaki lipomlara uygulanacak cerrahinin endikasyonları; tedaviye dirençli baş dönmesi olan hastalarda vestibüler rehabilitasyonu sağlamak, ciddi trigeminal nöralji ve hemifasiyal spazm ile sınırlandırılabilir.^[25,26]

Daha önceleri genellikle otopsi çalışmalarında tanı konabilen intrakranyal lipomların tespiti BT ve MRG tanı yöntemlerinin kullanıma girmesiyle daha kolaylaşmıştır. Kranial BT ve MRG bulguları karakteristik ve patognomiktir. Bilgisayarlı tomografide lipomlar homojen keskin sınırlı ve hipointens, kontrast madde tutmayan kitle şeklinde görünürler, MRG'de ise T1 ağırlıklı sekanslarda hiperintense, T2 ağırlıklı sekanslarda ise iso-hipointensite gösterirler ve homojen yoğunluğa sahiptirler. Yağ baskılanmış sekanslarda ise sinyal kaybolur. Akustik şivanom'da ise T1 ağırlıklı sekanslarda izointense, T2 ağırlıklı sekanslarda

ise hipointensite gösterirler, T1 kontrastlı kesitlerde kontrast tutup, hiperintense sinyal gösterirler. Serebellopontin köşede epidermoid tümör nadir olup, akustik şivanom'dan farklı olarak MRG difüzyon ağırlıklı incelemelerde bu tümörün içerisinde hiperintens sinyal verirler.

Olgumuzda semptomların medikal tedaviye ve vestibüler rehabilitasyona iyi yanıt vermesi ve girişimin riskli olması nedeniyle medikal tedaviye yetinilmiştir. Uyguladığımız tedavi Bender^[27] ile Mineta ve ark.nın^[28] uyguladıkları tedavinin bir modifikasyonudur, teorik olarak enflamasyonu gidermesi ve dekompresyona yardımcı olması göz önünde bulundurularak hastanın da isteği doğrultusunda intratimpanik tedavi uygulanmıştır. Serebellopontin köşe yerleşimli tümörlerde semptomatik tedavide vestibüler rehabilitasyonun da yeri olduğu Humphriss ve ark.^[29] tarafından vurgulanmıştır.

Serebellopontin köşe ve internal akustik kanal lipomları oldukça nadir tümörlerdendir ve bu bölgede yer alan diğer tümörlerle ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Tanısı için MRG taraması yeterlidir.^[24] Lipomlar oldukça yavaş büyüyen tümörlerdir ve malign transformasyon şimdiye kadar hiç bildirilmemiştir.^[30] Bu tümörler çevresindeki komşu sinir yapıları invaze etme eğiliminde olduğundan gürültülü bir klinikle seyredebileceği gibi ameliyat edilen olgularda ciddi komplikasyonlar görülebilir. Dolayısıyla, cerrahi tedavi, medikal tedavi ve vestibüler rehabilitasyonun yeterli olmadığı olgularda düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

- Flickinger JC, Lunsford LD, Coffey RJ, Linskey ME, Bissonette DJ, Maitz AH, et al. Radiosurgery of acoustic neurinomas. *Cancer* 1991;67:345-53.
- Harner SG, Laws ER Jr. Clinical findings in patients with acoustic neurinoma. *Mayo Clin Proc* 1983;58:721-8.
- Donati F, Vassella F, Kaiser G, Blumberg A. Intracranial lipomas. *Neuropediatrics* 1992;23:32-8.
- Truwit CL, Barkovich AJ. Pathogenesis of intracranial lipoma: an MR study in 42 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1990;155:855-64.
- Inoue T, Maeyama R, Ogawa H. Hemifacial spasm resulting from cerebellopontine angle lipoma: case report. *Neurosurgery* 1995;36:846-50.
- Levin JM, Lee JE. Hemifacial spasm due to cerebellopontine angle lipoma: case report. *Neurology* 1987;37:337-9.
- Sprick C, Wirtschafter JD. Hemifacial spasm due to intracranial tumor. An international survey of botulinum toxin investigators. *Ophthalmology* 1988;95:1042-5.
- Christensen WN, Long DM, Epstein JI. Cerebellopontine angle lipoma. *Hum Pathol* 1986;17:739-43.
- Nakao S, Yamamoto T, Fukumitsu T, Ban S, Motozaki T, Sato S, et al. Cerebellopontine angle lipoma. Case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 1988;28:1113-8. [Abstract]
- Rosenbloom SB, Carson BS, Wang H, Rosenbaum AE, Udvarhelyi GB. Cerebellopontine angle lipoma. *Surg Neurol* 1985;23:134-8.
- Behar PM, Dolan R, Dastur K, Marrangoni AG, Nayak N. Fibrovascular lipoma of the cerebellopontine angle mimicking trigeminal neuralgia. *Ear Nose Throat J* 1998;77:58-60.
- Budka H. Intracranial lipomatous hamartomas (intracranial "lipomas"). A study of 13 cases including combinations with medulloblastoma, colloid and epidermoid cysts, angiomas and other malformations. *Acta Neuropathol* 1974;28:205-22.
- Graves VB, Schemm GW. Clinical characteristics and CT findings in lipoma of the cerebellopontine angle. Case report. *J Neurosurg* 1982;57:839-41.
- Kato T, Sawamura Y, Abe H. Trigeminal neuralgia caused by a cerebellopontine-angle lipoma: case report. *Surg Neurol* 1995;44:33-5.
- Bilaniuk LT. Adult infratentorial tumors. *Semin Roentgenol* 1990;25:155-73.
- Pensak ML, Glasscock ME 3rd, Gulya AJ, Hays JW, Smith HP, Dickens JR. Cerebellopontine angle lipomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;112:99-101.
- Tankéré F, Vitte E, Martin-Duverneuil N, Soudant J. Cerebellopontine angle lipomas: report of four cases and review of the literature. *Neurosurgery* 2002;50:626-31.
- Saunders JE, Kwartler JA, Wolf HK, Brackmann DE, McElveen JT Jr. Lipomas of the internal auditory canal. *Laryngoscope* 1991;101:1031-7.
- Heiss E, Guhl L, Mironov A. A lipoma of the cerebellopontine angle. *Neurochirurgia (Stuttg)* 1988;31:104-6. [Abstract]
- Cohen TI, Powers SK, Williams DW 3rd. MR appearance of intracanalicular eighth nerve lipoma. *AJNR Am J Neuroradiol* 1992;13:1188-90.
- Lenthall R, McConachie NS, Jefferson D. Cerebellopontine angle lipoma with an incidental scalp lipoma in a patient with hemifacial spasm. *Eur Radiol* 2000;10:195.
- Faerber EN, Wolpert SM. The value of computed tomography in the diagnosis of intracranial lipomata. *J Comput Assist Tomogr* 1978;2:297-9.
- Celik SE, Kocaeli H, Cordan T, Bekar A. Trigeminal neuralgia due to cerebellopontine angle lipoma. Case illustration. *J Neurosurg* 2000;92:889.
- Bigelow DC, Eisen MD, Smith PG, Yousem DM, Levine RS, Jackler RK, et al. Lipomas of the internal auditory canal and cerebellopontine angle. *Laryngoscope* 1998;108:1459-69.
- Salpietro FM, Alafaci C, Napoli P, Cipri S, Tomasello F. Cerebellopontine angle lipoma. Case report. *J Neurosurg Sci* 1994;38:55-8.
- Zimmermann M, Kellermann S, Gerlach R, Seifert V. Cerebellopontine angle lipoma: case report and review of the literature. *Acta Neurochir (Wien)* 1999;141:1347-51.

27. Bender MB. Cerebellopontine angle tumors or acoustic neuromas. Long-range management. Arch Otolaryngol 1973;97:160-5.
28. Mineta H, Nozue M, Ito H, Nozawa O, Nanba T. Acoustic tumor with hearing loss of sudden onset and recovery. Auris Nasus Larynx 1986;13(Suppl 2): S123-9.
29. Humphriss RL, Baguley DM, Axon PR, Moffat DA. Preoperative audiovestibular handicap in patients with vestibular schwannoma. Skull Base 2006;16:193-9.
30. Lalwani AK. Meningiomas, epidermoids, and other nonacoustic tumors of the cerebellopontine angle. Otolaryngol Clin North Am 1992;25:707-28.