

Arteriyel bası bulguları oluşturan brakiyal dev lipom *Brachial giant lipoma causing arterial compression symptoms*

İlker Tekin*, Nurullah Doğan**

*Evliya Çelebi Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kütahya

**Evliya Çelebi Devlet Hastanesi, Radyoloji Polikliniği, Kütahya

Özet

Lipom insan vücudunun mezenkimal kaynaklı en sık neoplazmi olup görülme yaşı ortalama 5. dekadır. Yavaş büyüme gösteren, yumuşak, hareketli ve iyi sınırlanmış olmaları nedeniyle genelde asemptomatik yapılardır. Ayırıcı tanıda birçok benign ve malign tümoral yapı ile karışabilmesine rağmen tedavide total cerrahi eksizyon yeterlidir. Ekstremitelerde %45 oranında yerleşim gösteren bu tümoral yapılar, asemptomatik olmaları nedeniyle nadiren de olsa dev boyutlara ulaşabilirler. Biz bu vaka sunumumuzda kitle basısına bağlı sol kolda soğukluk ve ağrı şikayetleri ile başvuran ve sol brakiyal bölgesinde tespit edilen yaklaşık 15 cm boyutlarında kitlenin eksizyonu sonucu patolojik incelemede lipom olarak değerlendirilen 80 yaşındaki erkek hastayı literatür eşliğinde sunduk.

Pam Tıp Derg 2010;3(3):147-151

Anahtar sözcükler: Lipom, brakiyal, arteriyel bası, cerrahi

Abstract

Lipoma is the most common mesenchymal neoplasm in the human body with a mean age of fifth decade. Due to tendency of slow growth and having a soft, movable and capsulated nature, they are generally asymptomatic. Although differential diagnosis includes many malignant and benign tumors, total surgical excision is the preferred treatment modality. About %45 of all has extremity localisation and may rarely become giant masses due to their asymptomatic nature. In this case report, we report a 80 years old male who complains about pain and coldness on his left arm with a brakial mass of about 15 cm in diameter which is diagnosed as lipoma after its surgical excission and histopathological examination, and reviewed the literature.

Pam Med J 2010;3(3):147-151

Key words: Lipoma, brachial, arterial compression, surgery

Giriş

Matür yağ hücrelerinden oluşan lipomlar, mezenkimal kaynaklı yumuşak doku tümörleri içinde %16 sıklıkla ilk sırada yer alırlar. Gövde ve ekstremitelerde daha sık ortaya çıkarlar [1]. Klinikte çapları birkaç santimetre olmakla beraber çok büyük boyutlara da ulaşabilen, genellikle yavaş büyüyen, asemptomatik ağrısız bir kitle olarak görülürler [2]. Lipomların dev olarak sınıflandırılmaları için minimum 10 cm genişlikte olmaları veya 1000 gram üzerinde ağırlıkta olmaları gereklidir [3]. Non-infiltratif özellikte olup, bütün halinde çıkarılması sonrası genellikle rekürrens göstermezler ve bu nedenle ek tedavi gerektirmezler [4]. Lipomlar; boyut, etiyoloji, histolojik yapı ve lokalizasyonlarına göre alt sınıflara ayrılırlar [1]. Bu çalışmada brakiyal bölge lokalizasyonu ve arteriyel bası bulguları açısından nadir gözlenen, dev boyutlara ulaşmış bir lipom olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

80 yaşında erkek hasta kliniğimize sol üst kolda kitle ve aynı taraf ön kolda soğukluk ve ağrı şikayetleriyle başvurdu. Hastanın anamnezinde, yaklaşık 10 yıldır mevcut olan kitlenin yavaş büyüme gösterdiği ve daha önce herhangi bir şikayet oluşturmadığı halde son birkaç aydır analjeziklere cevap vermeyen önkol ağrısı ve soğukluk şikayetlerine neden olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; sol brakiyal alanda, aksillaya doğru uzanım gösteren, üzerindeki cilt dokusu normal olarak izlenen, palpasyonda yumuşak kıvamlı, hassasiyet ve çevre dokulara fiksasyon göstermeyen, 15 cm boyutlarında kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Aynı ekstremitte brakiyal, radyal ve ulnar nabızların karşı tarafa göre palpasyonda daha zayıf olduğu ancak venöz basıya bağlı önkolda çap artışı

İlker Tekin

Yazışma Adresi: Evliya Çelebi Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kütahya
e-mail: drtekin@hotmail.com

Yazının dergiye gönderilme tarihi: 21.05.2010

Yazının basıma kabul tarihi: 18.08.2010

ve sinir basısına bağlı parestezi ve motor kayıp olmadığı tespit edildi. Manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde yağ baskılı uygulanan sekanslarda yağ ile aynı özelliği gösteren, sol aksilladan humerus ½ orta seviyesine kadar uzanan, 15x9 cm boyutlarında, homojen, hiperekoik, çevre yapılardan sınırları net olarak seçilen ve kendine ait kapsülü bulunan kitlesel oluşum saptandı. Lezyonunun mediyalde triseps ile m.korakobrakialis kasları arasında yerleşim gösterdiği ve bu kaslarda kitle etkisine bağlı yer değişikliğine neden olduğu görüldü (Resim 2).



Resim 1. Aksiller bölgeye uzanım gösteren sol brakial bölge yerleşimli 15x9 cm boyutlarındaki kitle lezyonu.

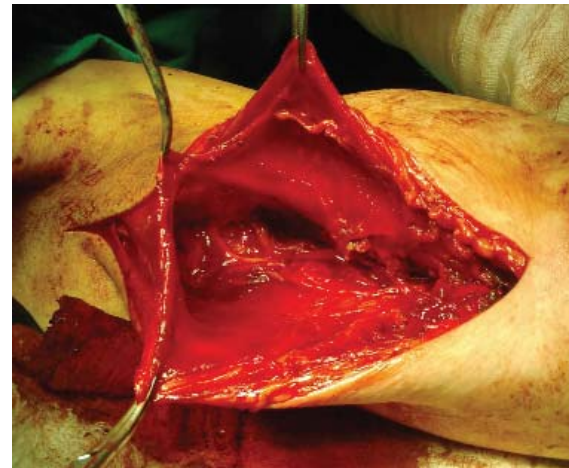


Resim 2. Manyetik Rezonans görüntülemesinde sol aksilladan humerus ½ orta seviyesine kadar uzanan, homojen, hiperintens, kapsüle kitlesel oluşum.

Sol üst ekstremitte arteriyel doppler tetkikinde lezyon içerisinde belirgin vaskülarizasyon izlenmediği, subklavian ve aksiller arterlerde trifazik akım saptanmasına karşın lezyonun kitle etkisi ile brakial arterde superomediyale doğru yer değişikliğine neden olduğu bölge distalinde brakial, ulnar ve radyal arterlerde postobstrüktif düşük dirençli monofazik akım görüldüğü bildirildi. Sol üst ekstremitte venöz doppler tetkikinde ise venöz tromboz ve venöz basıya ait bulgu saptanmadı. Hastada sinir basısına ait şikayet ve bulgu saptanmadığı için preoperatif Elektronöromiyografi (ENMG) istenmedi. Ameliyatta, genel anestezi altında, cilt pililerine paralel olacak şekilde yaklaşık 10 cm'lik insizyon yapıldı. Cilt ve ciltaltı geçildikten sonra yüzeysel olarak izlenen kitlenin kapsülü takip edilerek etraf dokulardan disseke edildi (Resim 3, 4).



Resim 3. Çevre dokulardan diseksiyon sonrası intraoperatif görünüm.



Resim 4. Lipom eksizyonu sonrası brakial alanın intraoperatif görünümü.

Brakial arter ile kitle arasındaki yağ doku planında çalışılarak kitle kapsülü bozulmadan tek parça halinde çıkarıldı (Resim 5). Kitle boyutu 15x9 cm, ağırlığı ise 1070 gr olarak ölçüldü. Yapılan intraoperatif ve erken postoperatif arteriyel

doppler tetkiklerinde tüm arteriyel yapılarıdaki akım paterninin düzeldiği (trifazik akım) gözlemlendi. Spesimen üzerinde yapılan histopatolojik inceleme sonucu "Lipom" olarak raporlandı. Kitle eksizyonu sonrası hastanın mevcut ağrı-soğukluk şikayetlerinin belirgin derecede azaldığı hasta tarafından belirtildi.



Resim 5. Total olarak eksize edilmiş cerrahi materyal (15x9 cm).

Tartışma

Yumuşak doku tümörleri genel olarak primitif mezenkimal kaynaklı kitleler olup, en sık görülen şekli, %16 oranında rastlanan, matür yağ hücrelerinden oluşmuş lipomlardır [1]. Yağ dokusunun bulunduğu her lokalizasyonda, genellikle subkutan yerleşim gösteren lipomlar hassasiyet göstermeyen, üzerindeki ciltte değişiklik yaratmayan, lokalizasyonuna ve süresine bağlı değişik boyutlarda olabilen, yumuşak kıvamda ve yavaş büyüme hızına sahip mobil kitlelerdir. Epidemiyolojik açıdan, sıklıkla 5. dekada saptanan, kadın-erkek dağılımının eşit olduğu tümoral yapılardır [5]. İçerdiği yağ sistemik metabolizmaya katılmadığı gibi paradoksik olarak açlık dönemlerinde lipom boyutunda artış gözlemlenebilir [6]. Biyokimyasal olarak normal yağ dokusu ile karşılaştırıldığında lipomlar yüksek düzeyde öncü hücre sayısı ve lipoprotein lipaz aktivitesine sahiptirler [7].

Makroskopik olarak yumuşak kıvamda, iyi sınırlı, yuvarlak-oval yapıda, sarı renkli kitleler olduğu kesit yüzeylerinin ise sarı renkli, yağlı, lobüler görünümde ve yer yer yağ nekrozu veya fibröz-miksoid alanlar içerdiği görülür. Mikroskopik olarak ise pleomorfizm göstermeyen bu matür yağ hücrelerinin vasküler yapılar içeren ince bağ dokusu septaları tarafından gruplara ayrıldığı gözlemlenir [5]. Lipomlar; lokalizasyon, boyut, etiyoloji ve histolojik yapılarına göre alt sınıflara ayrılırlar. Çoğu yüzeysel lokalizasyon gösteren lipomlar retroperiton, göğüs duvarı

ve el-ayakların derin kompartmanlarında rastlanan derin yerleşimli lipomlara göre daha iyi sınırlı ve küçüktürler [6]. Sıklıkla ekstremiteler ve gövde tutulumu gösteren yüzeysel lipomlar yaklaşık %7 oranında üst ekstremitelerde görülür [1]. Kas içi yerleşim gösteren derin lipomlar ise genellikle alt ekstremitelerde lokalize olup doku infiltrasyonları gösterebilirler [6]. Lipomatöz lezyonların %80'i 5 cm ve daha küçük boyutta olmalarına karşın yavaş büyümeleri ve kozmetik şikayetler dışında semptomaya sebep olmamaları nedeniyle dev boyutlara ulaşabilirler. Lipomun dev olarak sınıflandırılması için minimum 10 cm genişliğe veya 1000 gram ağırlığa sahip olması gereklidir [3]. Bizim olgumuzda eksizyon materyali 15 cm-1070 gr olarak ölçülmüş olup, kitle yavaş büyüme göstermiş ve hasta kliniğimize özellikle son birkaç ay içerisinde gelişen sol ön kol ağrısı ve soğukluk şikayeti ile başvurmuştur.

Bu tarz dev lipomlarda, anatomik lokalizasyonlarına bağlı olarak gelişmiş organ [8], sinir [9,10] ve venöz [11,12] bası olguları literatürde sık karşılaşılmakla birlikte, arteriyel bası ve buna bağlı gelişen dolaşım bozukluğu nadir karşılaşılan bir durumdur. Lipom kaynaklı tüm bası durumlarında lipomun bütün haliyle çıkartılması ilk ve en önemli tedavi şekli olarak görülmektedir. Torasik çıkış sendromu gibi vaskülopati ile seyreden uzun süreli arteriyel bası durumlarında poststenotik anevrizma veya periferik emboli sık karşılaşılan durumlardır [13]. Bizim vakamızda yapılan preoperatif / intraoperatif doppler ultrasonografi (USG) de intraarteriyel trombus ve poststenotik anevrizma tespit edilmemiş olup, lipom eksizyonu sonrası intraoperatif yapılan doppler USG tetkikinde brakiyal-ulnar ve radyal akımın trifazik karakter kazandığı görüldü. Bu nedenle embolektomi ve revaskülarizasyon gibi ikincil bir cerrahi düşünülmedi. Lipom basısına bağlı bir vaskülopati gelişmemesi, basının kronik olmadığı ve mevcut arteriyel basının hastanın mevcut şikayetlerinin süresi ile uyumlu olarak son birkaç ayda geliştiği düşünüldü.

Genellikle soliter yapılar olarak görülen lipomların etyopatogenezi tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte genetik, endokrin ve travmatik faktörler üzerinde en çok durulan etkenlerdir [14]. Genetik olarak özellikle 12. kromozom translokasyon ve delesyonu ile lipom oluşumu arasında korelasyon kurulmaktadır [15]. Yaygın lipom tutulumu ile karakterize, otozomal dominant geçiş gösteren, herediter multipl lipomatosis yaklaşık %5 oranında görülmekte olup sıklıkla adolesan çağıdaki erkeklerde saptanır [6,16]. Bizim olgumuzda lipom soliter

özelliğe olup herhangi bir travma hikayesi bulunmamaktaydı ancak ekstremiteler hareketiyle oluşan mikrotravmaların lipom oluşumuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir [17].

Benign lipomatöz lezyonlar histopatolojik özelliklerine göre klasik lipom, fibrolipom, anjiolipom, infiltratif lipom, pleomorfik lipom, myelolipom ve hibernom olarak sınıflandırılabilirler [5]. Klasik lipom %75 oranında en sık görülen şeklidir [18]. Dev lipom saptanan hastada histopatolojik olarak diğer benign (hemangiom, epidermoid kist vb) ve malign (liposarkom, malign fibröz histiositom vb) lezyonlarla ayırıcı tanının iyi yapılması hasta tedavisi ve prognozu açısından önemlidir [1,6]. Bizim olgumuzda fibröz bir kapsülle çevre dokulardan ayrılan, iyi sınırlı, pleomorfizm göstermeyen matür yağ hücreleri içeren klasik lipom varlığı tespit edildi.

Lipom tanısında direkt grafi, USG, Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve MR kullanılan tetkik yöntemleridir. Direkt grafide, çok duyarlı olmamakla birlikte, düşük yoğunluklu yağ opasitesi görülebilir [16]. USG kolay ulaşılabilir ve non invaziv olması nedeniyle ilk başvuru olan yöntemdir. Lipom USG'de genellikle iyi sınırlı kapsüllü kitle olarak görülür. Ekojenitesi çok değişken olmakla birlikte çoğunlukla kasa göre izo veya hiperekojendir. Doppler incelemede vaskülarizasyon izlenmez [16]. Lipom BT incelemede kapsülle çevrili, düşük dansiteli (-60 ile -120 Hounsfield Ünitesi) homojen kitle şeklinde görülür [16]. Düşük dansite, lipom için kesin tanı koydurucudur [19]. MR görüntüleme, yayılımı ve derinliğini gösterebilmesi, yüksek yumuşak doku çözünürlüğü ve ortogonal (sagittal, aksiyel, coronal planlar) tarama yapabilmesi nedeniyle en sık kullanılan yöntemdir [16]. Lipomlar BT veya MR tetkikinde kontrast madde ile boyanma göstermezler [16]. Tüm bu görüntüleme yöntemleri ve histopatolojik inceleme, lipomların diğer benign ve malign hastalıklarla ayırıcı tanısı ve dolayısıyla hastalığın tedavi ve prognozunda yüksek önem arz eder [6,16].

Temel tedavi şekli cerrahi eksizyon olan lipomlar, fonksiyonel veya kozmetik nedenlerle eksize edilebilirler. Total rezeksiyonu takiben genellikle rekürrens göstermezler, bu nedenle ek tedavi gerektirmezler [4]. Liposuction dev lipomlar için nadir de olsa kullanılan bir diğer tedavi modalitesidir [20]. Biz de olgumuza total rezeksiyon uyguladık ve hastanın postoperatif 6. ayda yapılan kontrolünde rekürrens gelişmediği, tüm arteriyel yapılarda akım paternlerinin normal olduğu görüldü.

Sonuç

Literatürde, anatomik lokalizasyonuna bağlı olarak, dev lipom basısının sıklıkla venöz ve sinir bası bulguları oluşturduğu görülmekte olup, brakial bölge lokalizasyonu ve bası etkisine bağlı eklenmiş arteriyel dolaşım bozukluğu bulguları nadir karşılaşılan klinik durumlardır. Bu tümoral oluşumların yavaş büyüme ve asemptomatik seyir göstermeleri tanıda gecikmeye ve daha büyük bir kitleye müdahale gereksinimine neden olmasına karşın genellikle total rezeksiyon ile estetik ve fonksiyonel bozukluklar giderilebilmekte ve rekürrens gelişmemektedir.

Kaynaklar

1. Kransdorf MJ. Benign soft-tissue tumors in a large referral population: Distribution of specific diagnoses by age, sex, and location. *Am J Roentgenol* 1995; 164: 395-402.
2. Kohler S. Muscle, adipose and cartilage neoplasms. In Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. eds. *Dermatology*, Edinburgh: Mosby; 2003; p. 1883.
3. Sanchez M, Golomb F, Moy J, Potozkin JR. Giant lipoma. Case report and review of the literature. *Am J Acad Dermatol* 1993; 28: 266-70.
4. Silistreli OK, Durmus EU, Uluşal BG, Oztan Y, Gorgu M. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. *Br J Plast Surg* 2005; 58: 394-8.
5. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Robbins SL, Cotran RS. Robbins and Cotran pathologic basis of disease. 7th edition. Philadelphia, Elsevier Saunders; 2005:XV, p. 1317.
6. Kransdorf MJ, Moser RP Jr, Meis JM, Meyer CA. Fat-containing soft-tissue masses of the extremities. *Radiographics* 1991; 11: 81-106.
7. Solvonuk PF, Taylor GP, Hancock R, Wood WS, Frochlich J. Correlation of morphologic and biochemical observations in human lipomas. *Lab Invest* 1984; 51: 469-74.
8. De Vincentiis M, Greco A, Mascelli A, Soldo P, Zambetti G. Lipoma of the larynx: a case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2010; 30: 58-63.
9. Eralp L, Ozger H, Ozkan K. Posterior interosseous nerve palsy due to lipoma. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2006; 40: 252-4.
10. Flores LP, Carneiro JZ. Peripheral nerve compression secondary to adjacent lipomas. *Surg Neurol* 2007; 67: 258-63.
11. Del Campo C, Mpougas PP. Compression of the superior vena cava by a mediastinal lipoma. *Tex Heart Inst J* 2000; 27: 297-8.
12. Palamari B, Breen JF, Wysokinski WE. Lipoma causing upper extremity deep vein thrombosis: a case report. *J Thromb Thrombolysis* 2010; 30: 109-11.
13. Desai Y, Robbs JV. Arterial complications of the thoracic outlet syndrome. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1995; 10: 362-5.
14. Copcu E, Sivrioglu N. Posttraumatic lipoma: Analysis of 10 cases and explanation of possible mechanisms. *Dermatol Surg* 2003; 29: 215-8.
15. Turc CC, Dalcin P, Boghosian L. Breakpoints in benign lipoma may be at 12q13 or 12q14. *Cancer Genet Cytogenetic* 1988; 36: 131-3.
16. Liu ET, Teo HE, Peh WC. Clinics in Diagnostic Imaging. Subcutaneous lipoma. *Singapore Med J* 2003; 44: 375-9.
17. Borisa AD, Narendra HP, Bakhshi GD, Puri YS, Shaikh

- A, Nikam NN. Giant axillary lipoma:Case Report. BHJ 2009; 51: 91-3.
18. Üstündağ N, Dervişoğlu S. Recently described lipomatous tumours and our 11 year-experience on lipomatous tumours. Cerrahpaşa J Med 2003; 34: 119-26.
 19. Tuncel E. Klinik Radyoloji. Nobel&Güneş Kitabevi: Bursa; 2008. p. 817.
 20. Rubenstein R, Roenigk HH, Garden JM, Goldberg NS, Pinski JB. Liposuction for lipomas. J Dermatol Surg Oncol 1985; 11: 1070-4.