

Nodüler Guatr ile Karışan Sternokleideomastoid Kas Lipomu: Olgu Sunumu

Nodular Goiter Interfere Sternocleidomastoid Muscle Lipoma: A Case Report

Özkan Subaşı, Selim Yiğit Yıldız, Hamdi Taner Turgut, Murat Coşkun, Adem Yüksel, Gizem Fırtına

SBÜ Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Derince, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

Lipomlar benign, enkapsüle, mezenşimal neoplazmlar olup, matür yağ hücrelerinden köken alırlar. Sıklıkla sırt, omuz ve abdomende izlenir. Genellikle subkutan dokuda yerleşir ve çevre dokulara infiltrasyon göstermeyen iyi sınırlı kitleler olarak karşımıza çıkarlar. Lipomların az bir kısmı baş boyun bölgesi yerleşimlidir. Etiyolojileri net olarak bilinmemekle birlikte baş boyun bölgesinde yerleşimli olanlar bu bölgenin komşu organ patolojileriyle karışabilmektedir. Bu olguda preoperatif nodüler guatr tanısı almış bir sternokleideomastoid kas içi lipomu vakasını sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Tiroid gland, boyun kasları, lipom, tiroid nodülü.

ABSTRACT

Lipomas are benign, encapsulated, mesenchymal neoplasms and they are derived from mature fat cells. They are often observed on back, shoulders and abdomen. Usually settles subcutaneous and don't infiltration to surrounding tissues, are well circumscribed mass. Least part of the lipomas located in head and neck. Etiology of the lipomas are unclear besides that the lipomas which located of head and neck can interfere the other pathologies of these region. In this article we aimed to present a sternocleidomastoid muscle lipoma interfered nodular goiter.

Keywords: Thyroid gland, neck muscles, lipoma, thyroid nodules

İletişim / Correspondence:

Dr. Özkan Subaşı

SBÜ Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Derince, Kocaeli, Türkiye

E-mail: osubasi25@hotmail.com

Başvuru Tarihi: 18.12.2016

Kabul Tarihi: 19.03.2017

GİRİŞ

Lipomlar; mezenşim kaynaklı yağ dokusunun benign, kapsüllü tümoral oluşumlarıdır ve matür yağ hücrelerinden köken alırlar (1). Etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Genellikle tek ve yavaş büyüyen asemptomatik kitleler olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm lipomların yaklaşık %10' u baş boyun bölgesi yerleşimlidir (2). Servikal lipomlar çok nadiren büyük boyutlara ulaşabilir ve estetik şikayetler, ağrı ve boyun hareket kısıtlılığına sebep olabilirler (3). Tanıda ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR) kullanılan yöntemlerdir. Boyun bölgesi dar bir alan olup tiroid dokusu ile diğer anatomik yapıların yakın temasta olduğu bir bölgedir. Bu çalışmada, boyunda şişlik şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvuran, tanısız amaçlı USG ve ince iğne aspirasyon biyopsi (İİAB) ile nodüler guatr tanısı alan ancak cerrahi eksplorasyonda sternokleideomastoid (SCM) kas içi yerleşimli lipom tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

57 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 yıldır devam eden ve son 3 yılda büyüme gösteren boyunda şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Tıbbi özgeçmişinde özellik ve geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde boyun anteromedial bölgesi ve sağ tiroid lobuna uyan bölgede lokalize, yumuşak kıvamlı, çevre sınırları net ayırt edilemeyen

4x5 cm çaplı kitle palpe edildi. Ultrasonik görüntüleme; tiroid gland boyutları artmış, sağ lob anteriorda nodül görünümünde yaklaşık 42x22 mm boyutlarında, medialinde kistik komponenti olan solid nodül şeklinde rapor edildi.

Yapılan İİAB sonucu; benign, hiperplastik (Bethesda Sistemi 2) nodül ile uyumlu olarak rapor edildi. Nodül büyüklüğü, hastanın yaşı ve cinsiyeti nedeniyle cerrahi tedavi planlandı. Operasyonda sağ tiroid lobunun eksplorasyonunda preop USG bulguları ile uyumlu bir tiroid nodülü olmadığı ancak hiperplazik olduğu tespit edildi ve sağ lobektomi uygulandı. Eksplorasyonun devamında bimanuel muayenede sağ SCM kas içerisinde bir kitle bulunduğu tespit edildi (Resim 1). Diseksiyonun devamında SCM kas içi yerleşimli 4x5cm ebatlı lipomatöz kitle tespit edilerek eksizyon uygulandı (Resim 2).



Resim 1 : SCM kas içi kitlenin intraoperatif görünümü



Resim 2 : Lipomun ölçümü

Postoperatif komplikasyonu olmayan hastanın erken dönem takipleri stabil seyretti. Postoperatif 2. günde boyun kapalı aspirasyon direni çekildi. Hastaya önerilerde bulunularak hastaneden çıkarıldı. Takiplerinde patoloji sonucu; koloidal guatr (sağ lobektomi materyali) ve lipom (sağ SCM kas içi eksizyon biyopsi) olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Lipomlar en sık izlenen mezenşim kaynaklı doku tümörleridir. Sıklıkla subkutan dokuda yerleşir ve çevre dokulara infiltrasyon göstermezler. Yerleşim yeri olarak genellikle sırt, omuz ve abdomende görülür. Genellikle 40 yaş üzerinde, ağrısız kitleler olarak görülürler (4). Patogenezi belirsiz olmakla birlikte yağ dokusunun lokalize büyümesi ve obezite sorumlu tutulan faktörlerdir. Bunun yanında travma, kronik irritasyon, metaplazi ve konjenital değişiklikler diğer sorumlu tutulan faktörlerdir (5). Ancak, literatürde %10 ile %15'e varan oranlarda baş boyun bölgesinde yerleşim gösterdiği bildirilmektedir. (2, 6).

Boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında; metabolik (tiroid ve paratiroid kitleleri) enflamatuvar (abse, lenfadenit, aktinomikoz), konjenital (tiroglossal duktus kisti, brankial yarık kisti,

lenfanjioma) ,neoplastik (lenfoma, tiroid Ca, metastatik Ca) ve posttravmatik (anevrizma, özefagus divertikülü, laringosel) daha sık karşılaşılan kitleler iken, SCM kas lipomları ise daha nadir olarak akla gelir. Tanısal incelemelerde BT'nin lipomların ayırıcı tanısındaki doğruluğu %75-90 dır (7). Ancak infiltran sınırı göstermede kısmen yetersizdir. MR görüntülemenin yağ baskılı sekansları ise çevre doku infiltrasyonunu göstermede oldukça başarılıdır (8).

Histopatolojik incelemede, çizgili kas dokusu invazyonu bulunan matür yağ hücrelerinin görülmesi bununla birlikte nükleer atipi ve lipoblastların olmaması tanısaldır (9). İntramusüler lipomlar iyi sınırlı ve invaziv olarak iki tipe ayrılır (10) ve en önemli ayırıcı tanı yapılması gereken durum, iyi diferansiye liposarkomlardır (11). Lipoblastik proliferasyon, miksoid diferansiyasyon, pleomorfizm ve yüksek mitoz sayısı gibi malignite kriterlerinin olmayışı liposarkomdan ayırt etmede önemlidir (12). Diğer ayırıcı tanılarda hematoma, kas herniasyonu, metastatik karsinom ve sarkomlar, kistik higroma ve fibröz miyozit düşünülmelidir (10-13).

Bu olguda radyolojik değerlendirmede lipomun tiroid sağ lob üzerine süperpoze olması SCM lipomun tiroid nodülü olarak değerlendirilmesine yol açmıştır. Ancak USG' de radyolog tarafından lipom ve tiroid dokusunun farklı eko özellikleri, sınır ve kapsül yapılarının ayırımının yapılabilmesi gerekirdi. Bu olguda histolojik tanının da nodüler guatrı desteklemesi nedeniyle tiroidektomi planlanmıştır. Buna yol açan faktörün ise İİAB' de lipomun geçilerek alttaki tiroid dokusundan örnekleme yapılması olası neden olarak kabul edilebilir. Bu hastada tiroide nodül olmadığının tespit edilmesi ve komşuluğundaki SCM kas içerisinde lipomatöz kitle saptanması üzerine cerrahi plana lipom eksizyonu eklenmiştir. Tanıda yardımcı bir yöntem de tiroide bağlı kitlelerin yutkunmayla hareketli olmasıdır. Bu nedenle fizik muayene boyundaki kitlelerin ayırıcı tanısı açısından optimal olarak yapılmalıdır.

Lipomların ana tedavisi cerrahi eksizyondur. Tanısal yöntemler liposarkomdan ayırmakta yetersiz kaldığında liposarkomun dışlanması için tanımlayıcı patolojik tanı yapılması gereklidir. Liposarkomlarda rekürrenslerin önlenmesi için

kitleye total eksizyon ve invazyon varsa komşu organ cerrahisinde eklenmesi uygundur (14).

SONUÇ

Tiroid USG ve İİAB, tiroid hastalıklarının tanı ve takibinde en çok kullanılan tanı yöntemleridir. Ancak tiroid patolojileri araştırılırken, boyun bölgesinde karşılaşılabilecek diğer patolojiler açısından dikkatli olunmalıdır. Şüpheli olgularda lezyonların ayırıcı tanısı için BT ve MR görüntüleme mutlaka kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lakadamyalı H, Ergun T, Lakadamyalı H, ve ark. A giant retropharyngeal lipoma showing no change in clinical presentation and size within a two-year follow-up: a case report. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg 2008;18:374-376.
2. Kakani RS, Bahadur S, Kumar S, ve ark. Parapharyngeal lipoma. J Laryngol Otol 1992; 106:279-281.
3. Basmacı M, Hasturk A E. Giant Occipitocervical Lipomas:Evaluation with Two Cases. J of Cutaneous and Aesthetic Surgery 2012;5:207-209.
4. Mattel SF, Persky MS. Infiltrating lipoma of the sternocleidomastoid muscle. Laryngoscope 1993;205-207.
5. Pelissier A, Sawaf MH, Shabana AH. Infiltrating (intramuscular) benign lipoma of the head and neck. J Oral Maxillofac Surg 1993;49:1231-1236.
6. Singhal SK, Virk RS, Mohan H, ve ark. Myxolipoma of the epiglottis in an adult: A case report. Ear Nose Throat J 2005; 84:728-734.
7. Abhishek Vijayakumar, Vijayraj Patil, Avinash Vijayakumar. Infiltrating lipoma of neck. International Journal of Case Reports and Images 2013;4:5.
8. Tien RD, Hesselink JR, Chu PK, ve ark. Improved detection and delineation of head and neck lesions with fat suppression spin-echo MR imaging. AJNR 1991;12:19-24.
9. Moumoulidis I, Durvasula P, Jani P. Well-circumscribed intramuscular lipoma of the sternocleidomastoid muscle. Auris Nasus Larynx 2004;31:283-285.
10. Fletcher CD, Martin-Bates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnoses. Histopathology 1988;12:275-87.

11. Özcan C, Görür K, Talas D, ve ark. Intramuscular benign lipoma of the sternocleid mastoid muscle: a rare cause of neck mass. *Eur Arch Otorhinolarngol.* 2005;262:148-150.
12. Dempster WJ. Intermuscular lipomata. *Br J Radiol* 1952;25:553–555.
13. Sohn WI, Kim JH, Jung SN, ve ark. Intramuscular lipoma of the sternocleidomastoid muscle. *J Craniofac Surg* 2010;21:1976-8.
14. Durr ML, Agrawal N, Saunders JR, ve ark. Laryngeal lipoma associated with diffuse lipomatosis: case report and literature review. *Ear Nose Throat J* 2010;89:34-37.