

**KOMPRESİF NÖROPATİYE NEDEN OLAN DERİN PALMAR YERLEŞİMLİ DEV LİPOM****Ayşegül SARSILMAZ<sup>1</sup>, Makbule VARER<sup>1</sup>, Melda APAYDIN<sup>1</sup>, Gülten COŞKUN<sup>1</sup>, Orhan OYAR<sup>1</sup>, Engin ULUÇ<sup>1</sup>****ÖZET**

Lipomlar, en yaygın benign yumuşak doku tümörlerinden biridir. Üst ekstremitte sıklıkla yerleşim bölgesi olmakla birlikte, derin palmar yerleşim nadirdir ve saptandıklarında bu düzeyde genellikle çevre dokulara baskıya neden olmazlar. 42 yaşında kadın olgu, sağ el palmar yüzde, karpometakarpal bölgede, büyük boyutlarda ağrısız yumuşak doku şişliği, 1-4. parmaklarda ağrı, parestezi, hareketlerde kısıtlılık ve başparmakta güç kaybı şikayetleri ile başvurdu. Ultrasonografide yağ içerikli kitle lezyonu saptandı. Manyetik rezonans görüntüleme, derin palmar bölgede, iyi sınırlı, proksimalinde karpal tünele doğru uzanım gösteren, median sinire baskıya neden olan 6x5x4 cm boyutlarda lipom saptandı. Klinik bulgu vermesi nedeniyle, operasyon kararı verilen olguda, operasyon ardından klinik şikayetleri geriledi.

**Anahtar sözcükler:** Lipom, derin palmar alan, kompresif nöropati

**A Giant Deep Palmar Lipoma Presented with Compressive Neuropathy****SUMMARY**

Lipomas are one of the commonest benign soft tissue tumors. Lipomas are common in upper limbs, but they rarely occur in the deep palm and usually do not compress the surrounding structures when diagnosed. A 42 years old female patient presented with a large painless swelling at right palmar metacarpophalangeal area, paresthesia and pain of the 1-4. fingers, movement limitation and thumb weakness. Ultrasound examination suggested the swelling to be of fatty nature. MRI showed a well circumscribed soft tissue swelling (6x5x4cm) in the deep palmar, carpal-metacarpal space, pressuring the median nerve. The patient was operated due to the presence of the clinical symptoms and become symptom free after surgery.

**Key words:** Lipoma, deep palmar space, compressive neuropathy

Lipomlar vücutta en yaygın ve en sık görülen, benign kitlesel oluşumlardır. Üst ekstremitte en sık izlenen lokalizasyonlardandır<sup>1</sup>. Ancak, elde derin palmar yerleşim daha nadir olarak bildirilmiştir. Bildirilen olgular genelde küçük ve semptom vermeyen boyutlardadır<sup>2-7</sup>. En sık klinik görünümü hassasiyet göstermeyen, uzun süredir tarif edilen, yumuşak formda kitleler şeklindedir<sup>1,2</sup>. Biz, elde derin palmar yerleşimli olarak, dev boyutlarda izlenen, kompresif nöropatiye neden olan lipom olgusunun manyetik rezonans görüntüleme(MRG) bulgularını paylaşmayı amaçladık.

**OLGU SUNUMU**

Kırkiki yaşında kadın olgu, hastanemize, sağ el palmar yüzde, yaklaşık 1 yıl önce ortaya çıkan, son zamanlarda büyüme eğilimi gösteren şişlik ve 1-4. parmaklarda ağrı, hareketlerde kısıtlılık ve başparmakta güç kaybı şikayetleri ile başvurdu. Palpasyonla palmar yüzde yumuşak vasıfta, düzgün konturlu ancak sınırları net ayrılanamayan kitle saptandı. Kitle hassasiyet göstermiyordu ve komprese edilemedi. Cilt yüzeyi normaldi, kızarıklık izlenmedi. Aksiller bölgede patolojik boyutta lenf nodu saptanmadı. Kan laboratuvar bulguları normaldi. Nörolojik muayenede, Tinel bulgusu ve Phalen testi, sinir ileti testi median sinire baskıya destekliyordu. Tablo-1' de sinir ileti testi sonuçları özetlenmektedir.

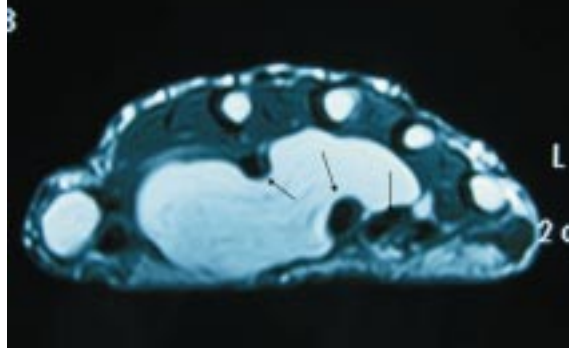
**Tablo 1.** Sağ el-el bileği sinir ileti bulguları.

	Olgu	Laboratuvar normal değerleri
<b>Median Motor Distal Latans(msn)</b>		
Bilek-abduktör pollisis brevis	3,2	3,9-4,0
<b>Median Motor Sinir İletim Hızı(m/sn)</b>	46,02	44,5-50,6
Bilek-dirsek		
<b>Median Duyu Sinir İletim Hızı(m/sn)</b>	20,4	35-35,8
Avuç içi-bilek	21,8	33-34,2
I.parmak-bilek	29,9	37-38,5
II.parmak-bilek	38,7	39-39,8
III.parmak-bilek		
<b>Median Mikst Sinir İletim Hızı(m/sn)</b>	50,2	49,6
Bilek-dirsek		

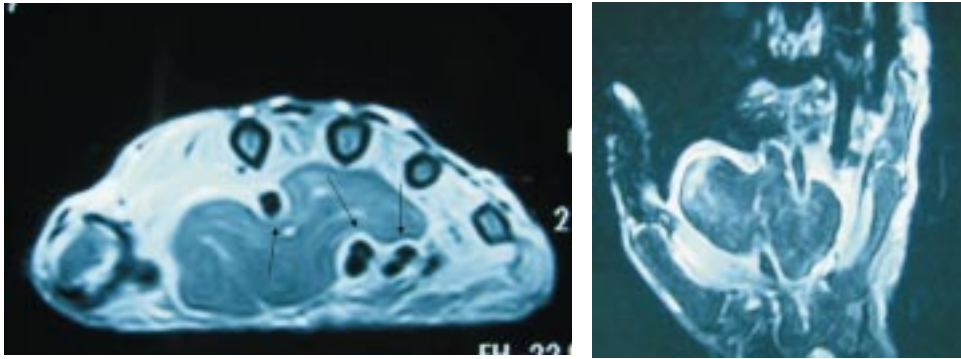
Ultrasonografi (GE,Logiq A5 7,5 MHz probe) bakısında yağlı içeriğe sahip olduğu saptandı. MRG (1,5T Philips Interra) tetkiki sonucu, karpometakarpal bileşkede, derin palmar yüzde, tendonlar arasında, lobule konturlu, 6x5x4 cm ile büyük boyutlarda, T1 ağırlıklı serilerde hiperintens, T2 ağırlıklı yağ baskılı serilerde yağ dokusu ile benzer sinyal kaybı gösteren, lipom ile uyumlu lezyon saptandı (Resim 1 ve 2 a-b). Lezyonun boyutları palpasyonla tariflenenden daha büyüktü.

Dev boyutlarda izlenen lipom, semptom

<sup>1</sup>Izmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İZMİR, TÜRKİYE



**Resim 1.** T1 ağırlıklı seride fleksör tendonlar arasında uzanan, tendonlarda itilmeye neden olan (siyah oklar), düzgün sınırlı, lobule konturlu kitle.



**Resim 2.** a) Yağ baskılı T2 ağırlıklı aksiyel ve b) koronal kesitlerde, karpometakarpal düzeyde, derin palmar yerleşimli, cilt altı yağ doku ile benzer sinyal kaybı gösteren kitle; lipom. Lezyon Resim 2a yağ baskılı aksiyel kesitlerde tendonlarda belirgin itilme ve basıya neden olmaktadır (siyah oklar)

verdiğinden çıkartılması kararlaştırıldı. Histopatolojisi sonucunda nöral eleman, malign transformasyon içermediği saptandı. Histopatolojik bulgular lipom lehine değerlendirildi.

## TARTIŞMA

Lipomlar vücutta en sık rastlanan, herhangi bir yerde görülebilen benign, mezenkimal kaynaklı kitlesel lezyonlardır<sup>1</sup>. Palmar bölge, belirgin yağ dokusu içermekle birlikte bu bölgede lipom oldukça nadirdir<sup>1,2</sup>. Görüldüğünde de semptom vermeyen küçük lezyonlar olduğu bildirilmiştir<sup>1-3</sup>.

Palmar lipomlar derin ve yüzeysel olarak sınıflandırılır<sup>1</sup>. Derin palmar lipomlar daha da nadirdir ve büyük boyutlara ulaştıklarında median sinirde kompresif nöropatiye neden olabilir<sup>2-7</sup>. Derin yerleşimli lipomlar dev boyutlara nadiren ulaştıklarından palpasyonla güçlükle saptanırlar<sup>2</sup>. Nörovasküler yapılar ve tendonlar ile yakın ilişkili lokalizasyonda izlendiğinden bu lezyonların sınırlarının MRG ile tariflenmesi operasyona bağlı komplikasyonları önlemede ve cerrahiye planlamada oldukça önemlidir<sup>5-7</sup>.

Median sinir, canalis carpi'den geçerek el ayasına gelir. Burada sadece deri ve aponeurosis

palmaris tarafından örtülmüştür. El bileğine girer girmez deri ve kas dallarına ayrılır. Radial tarafından ayrılan kısa bir dalı olan ramus recurrens, eminentia thenaris'i oluşturan kaslara (m.abductor pollicis brevis, m.opponens pollicis, m. flexor pollicis brevis'in yüzeysel başı) gider. Nn. Digitales palmares communes duyu liflerinden oluşan dallardır. 1, 2, 3. parmak ve 4. parmağın yarısına duyu verir<sup>9</sup>.

Karpal tünel sendromu (KTS), median sinirin karpal tünelde, fleksör retinakulum altında sıkışmasıdır<sup>8,10-12</sup>. En sık görülen periferik nöropatidir<sup>1</sup>. Kadınlarda daha sıktır<sup>1</sup>. El ve el bileğinin tekrarlayan hareketleri, ileri yaş, obezite, gebelik, akromegali, amiloidozlar, diabetes mellitus, renal hastalıklar, tiroid hastalıkları, travma ve osteoartrit, bu bölge komşuluğunda yer kaplayıcı oluşumlar başlıca nedenlerdir<sup>1,8,10-12</sup>. Klasik semptomları, ilk üç parmakta uyuşma ve bu yakınmaların gece artması şeklindedir<sup>1</sup>. Olgumuzda karpal tünel distalinde yerleşmiş ancak karpal tünele de uzanan lipom, ilk dört parmakta daha belirgin olmak üzere uyuşmaya, hareket kısıtlılığı ve başparmakta güç kaybına neden olmaktadır. Tanıda en yararlı test Tinel bulgusu ve Phalen testidir<sup>1,10-12</sup>. Bulguların elektrofizyolojik olarak ta desteklenmesi gerekmektedir<sup>1,8,11</sup>. Kesin tanı sinir ileti testleri ile konur<sup>1,8</sup>. Ancak bazı çalışmalarda %22 gibi oranda

klirik olarak KTS tanısı alan olgularda sinir iletim çalışmaları normal bulunmuştur<sup>8,10</sup>.

Nöropatiye neden olan ve olmayan palmar lipom olguları literatürde bildirilmiştir<sup>2-7</sup>. Bu lezyonlar derin fasia ile sınırlandırıldıklarından, nörolojik hasara neden olmadan cerrahi olarak çıkarılmaları için görüntüleme yöntemleri ile doğru tanımlanmaları önemlidir. Ultrasonografi ilk görüntüleme yöntemi olarak uygulanmakla birlikte MRG lezyon ve komşluğunu tanımlamak için “altın standart” yöntemdir<sup>1</sup>. Komřu tendonlar, kas grupları, vasküler yapılar, median ve ulnar sinir ile ilişkisini tanımlamak, komplikasyonsuz cerrahi başarisını arttırmak için radyolojik görüntüleme beklenenlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Resnick D, Kransdorf MJ. Bone and joint imaging. 3rd Edition: Elsevier Saunders, Philadelphia, 2005:1046-8, 1206-10.
2. Capelastegui A, Astigarraga E, Fernandez-Canton G, Saralegui I, Larena JA, Merino A. Masses and pseudomasses of the hand and wrist: MR findings in 134 cases. Skeletal Radiology 1999;28:498-507.
3. Bagatur AE, Yalcinkaya M. Unilateral carpal tunnel syndrome caused by an occult palmar lipoma. Orthopedics 2009;32:10.
4. Kamath BJ, Kamath KR, Praveen B, Shridhar, Sharma C. A giant lipoma in the hand-report of a rare case. OJHAS 2006;5:1-6.
5. Azwa N, Shalimar A, Jamari S. A Palmar lipoma with median and ulnar nerve compressive symptoms. Malaysian Orthopaedic Journal 2007;1:33-5.
6. Babins DM, Lubahn JD. Palmar lipomas associated with compression of the median nerve. J Bone Joint Surg Am 1994;76(9):1360-2.
7. Inapathy P, Southgate GW. Giant lipoma of hand: a case report. Eur J Orthop Surg Traumatol 2006;16:251-2.
8. Tunç T, Kutlu G, Coşkun Ö, Okuyucu EE, Çavdar L, İnan LE. Karpal tünel sendromunda klinik ve elektrofizyolojik evrelemelerin karşılaştırılması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006;7(2):23-6.
9. Berry M, Bannister LH, Standing SM. Nervous system. In: Williams PL, editor. Gray's anatomy, 38th ed, Churchill Livingstone, New York, 1995:1270-2.
10. Witt JC, Hentz JG, Stevens JC. Carpal tunnel syndrome with normal nerve conduction studies. Muscle Nerve 2004;29:515-22.
11. Bagatur AE, Zorer G, Oral B. Karpal tünel sendromunda manyetik rezonans görüntülemenin yeri: Klinik, elektrodagnostik ve ameliyat bulguları ile karşılaştırma ve evrelendirme. Acta Orthop Traumatol Turc 2002;36:22-30.
12. Kang HJ, Jung SH, Yoon HK, Hahn SB, Kim SJ. Carpal tunnel syndrome caused by space occupying lesions. Yonsei Med J 2009;50: 257-61.

## YAZIřMAADRESİ

**Ayşegül SARSILMAZ**

*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Radyoloji Kliniği, İZMİR*

**E-Posta** : aysegulsar@hotmail.com

**Geliř Tarihi** : 24.02.2010

**Kabul Tarihi** : 29.06.2010