



¹ Murat AHAN

¹ Serhan DERİN

² Nejat ÇULLU

² Mehmet DEVEER

³ Özgür İhan ÇELİK

¹ Mugla Sıtkı Kocman
Universitesi, Tıp Fakültesi K.B.B.
A.D.

² Mugla Sıtkı Kocman
Universitesi, Tıp Fakültesi
Radyoloji. A.D.

³ Mugla Sıtkı Kocman
Universitesi, Tıp Fakültesi
Patoloji A.D.

Submitted/Ba vuru tarihi:

22. 11. 2013

Accepted/Kabul tarihi:

17. 04. 2014

Registration/Kayıt no:

13 11 338

**Corresponding Address /
Yazışma Adresi:**

Dr. Serhan DERİN

Mugla Sıtkı Koçman
Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kulak Burun Boğaz
Hastalıkları A.D. Muğla/
Türkiye

E mail:

serhanderin@yahoo.com.tr

© 2015 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

DEV SERVİKAL LİPOMLAR

Giant Cervical Lipomas

ÖZET

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 göstermezler. Lipomların %15' ten azı baş boyun bölgesi yerleşir. Baş boyun yerleşiminde, sıklıkla posterior servikal üçgende prezente oldukları görülür. Daha nadir olarak anterior boyun, oral kavite, parotid gland ve infratemporal fossada görülmektedirler. Bu makalede büyük boyutlara ulaşmış servikal lipom olguları sunulmuş ve literatürde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Lipom, baş boyun tümörleri, cerrahi tedavi.

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. Fewer than 15% of lipomas occur in the head and neck. They are often presented in the posterior cervical triangle on the placement of the head and neck. More rarely they are seen anterior neck, oral cavity, parotid gland, and infratemporal fossa. Cases of cervical lipoma reached great sizes are presented and discussed in this article.

Key words: Lipomas, head-neck neoplasms, operative therapy

GİRİŞ

Lipomlar benign, enkapsüle, mezenşimal neoplazmlar olup, matür yağ hücrelerinden köken alırlar. Her yaşta görülebilmekle birlikte sıklıkla 40 yaş üstünde izlenmektedir. Lipomun alt tipine göre cinsiyet ve yaş dağılımları gösterebilmektedir. Etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Genellikle soliter ve yavaş büyüyen kitleler olarak karşımıza çıkarlar (1). Lipomların %15' ten azı baş boyun bölgesi yerleşir (2). Klinik prezentasyonu asemptomatik, yavaş büyüyen, ağrısız kitle şeklindedir (3). Baş boyun bölgesindeki lipomlar sıklıkla subkutan yerleşir. Yüzeysel ve basit lipomlar sıklıkla yıllar içinde yavaş şekilde büyür ve çok nadiren büyük boyutlara ulaşabilir (4). Servikal lipomlar estetik bükayetler, ağrı ve boyun hareket kısıtlılığına sebep olabilirler (4). Cerrahi tedavi lipomlarda primer tedavi modalitesidir. Bu makalede büyük boyutlara ulaşmış 4 servikal lipom olgusu sunulmuş ve literatürde tartışılmıştır.

Olgu 1

Kırkdört yaşında erkek hasta yaklaşık 10 yıl önce fındık boyutunda fark ettiği sağ submandibuler bölgedeki kitlenin giderek büyüdüğünü ifade etti. Son 3 yılda büyüme hızında artış oldu ancak ağrı bükayetinin olmadığını belirtti. Hastanın yapılan fizik muayenesinde boyun sağ submandibuler alandan tiroid kartilaj lateraline uzanan yumuşak kıvrımlı sınırları net ayırt edilemeyen kitle palp edildi. Laboratuvar incelemelerinde patolojik bulgu izlenmedi. Boyun Manyetik rezonans (MR) incelemesinde, sağ servikal bölgede 67x43 mm boyutlu, T1 ve T2 de hiperintens, yağ baskılı sekanslarda belirgin sinyal azalması gösteren lipomla uyumlu, kitlesel lezyon olarak tarif edildi. Kontrastlı MR görüntü serilerinde patolojik kontrastlanma saptanmadı. Hasta genel anestezi altında opere edildi. Sağ submandibuler bölgedeki subplatizmal planda karışık yapıda, çevre dokudan kolay dizeke olan yumuşak doku kitlesi tam olarak eksize edildi (Resim 1). Eksize edilen yumuşak dokunun histopatolojik incelemesi basit lipom olarak raporlandı. Hastanın 6 aylık takibinde nüks izlenmedi.

Olgu 2

Elli dört yaşında erkek hasta boyunda şişlik ve ağrı bükayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta yaklaşık 7 yıl önce kitleyi fark ettiğini ve zaman içinde giderek büyüdüğünü ifade etti. Yapılan fizik muayenede sol submandibuler alanı tama yakın dolduran yumuşak kıvrımlı kitle farkedildi. Hastanın laboratuvar incelemelerinde trigliserid 323 mg/dl (40-170), Kolesterol 64,6 mg/dl (10-40) olarak raporlandı. Diğer kan parametreleri normaldi. Hastanın yapılan boyun ultrasonografisinde, sol submandibuler gland anterior komulunda 45x12 mm boyutlu



Resim 1: Olgu 1'e ait sa submandibuler bölgedeki basit lipomun intraoperatif görüntüsü.

yumu ak doku kitlesi basit lipom olarak raporlandı. Operasyonda sol submandibuler bölgeden yapılan servikotomi insizyonu ile subplatismal bölgeye ula ıldı. Kitle çevre yumu ak dokudan kolayca diseke edildi. Patolojik incelemesinde basit lipom olarak raporlandı. Hastanın 1 yıllık takibinde nüks izlenmedi.

Olgu 3

Otuz sekiz ya ında erkek hasta çocuklu undan bu yana olan, sa sternokleidomastoid (SKM) kas anteriorundaki i li inin, son 3 yılda kilo almasıyla orantılı olarak büyüdü ünü farketmi . Hastanın yapılan fizik muayenesinde sa SKM kası alt polünde lokalize, yumu ak kıvamlı çevre sınırları net ayırt edilemeyen kitle palpe edildi. Hastanın yapılan boyun MR incelemesinde, sa SKM kası distal kesim anteriorunda subplatismal bölgede lokalize 70x50x20 mm boyutlarında sınırları net izlenemeyen kitle lipomla uyumlu olarak rapor edildi (Resim 2). Ancak kitle sınırlarının net belli olmaması, infiltrasyon ve maligniteyi dü ündürmekteydi. Hastaya sa supraklavikuler bölgeden yapılan servikotomi insizyonu ile müdahale edildi. Subplatismal planda kitleye ula ıldı. Lipomla uyumlu görünümde olan kitle platisma, strep ve SKM kas liflerine invazeydi. Kitle çevre kas dokusuyla birlikte sa lam sınırlarla eksize edildi. Yer yer ince bir kapsülle çevriliydi; ancak genelde düzensiz sınırlıydı.

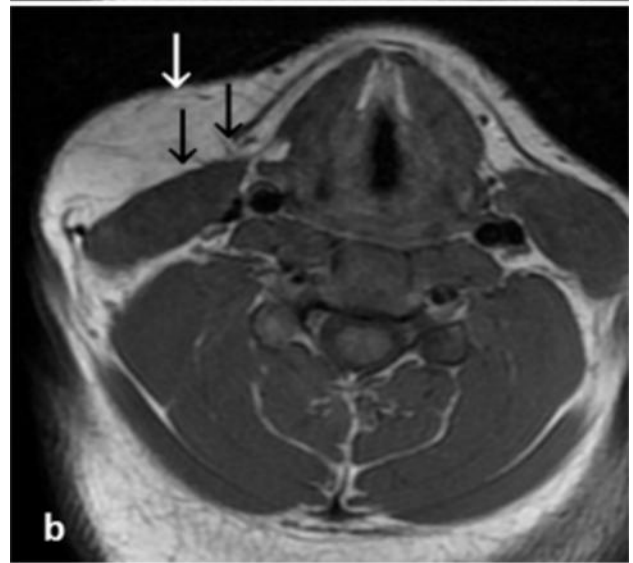
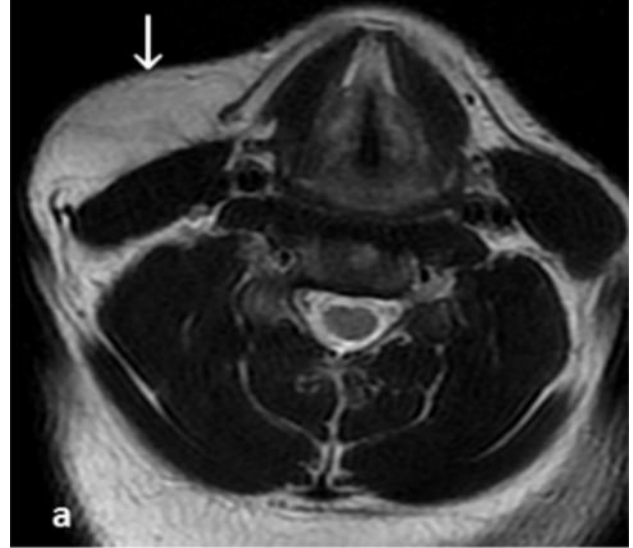
Kesitlerde; lezyon uniform görünümlü, matür adipositlerden olu maktaydı ve yer yer ince fibröz bir kapsülle çevriliydi (Resim 3). Hücreler intrasitoplazmik ya vakuelleri ile doluydu ve nükleusları kenarda sıkı mı ve küçük çaplı olarak görünmekteydi. Adipositler arasında, adipositleri diseke eden çok sayıda çizgili kas lifleri mevcuttu (Resim 4). Hastanın postoperatif patolojik incelemesinde intramusküler lipom olarak raporlandı. Hastanın 14 aylık takibinde nüks izlenmedi.

Olgu 4

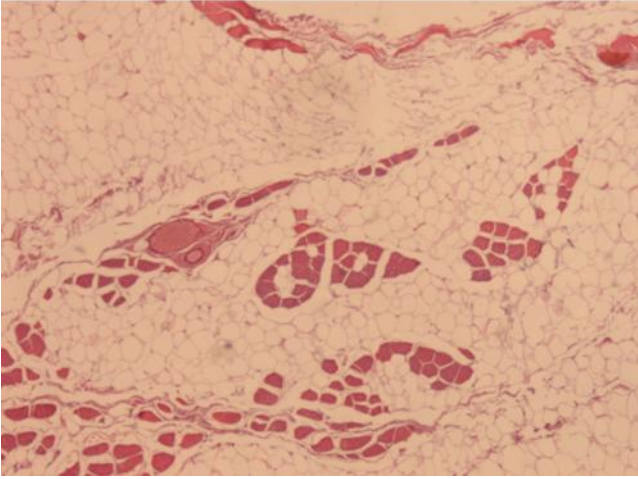
Altını yedi ya ında kadın hasta yakla ık 10 yıldır olan ense bölgesinde i lik ikayeti ile klini imize ba vurdu. Hastanın klini inde, boyun posterior hareketinde kısıtlanma mevcuttu. Suboksipital bölgede, subdermal planda yerle imli olan 7x8 cm boyutlu yumu ak kıvamlı kitle çevre dokulardan kolaylıkla diseke edildi. Patolojik incelemede basit lipom olarak raporlandı. Hastanın 4 yıllık takibinde nüks izlenmedi.

TARTI MA

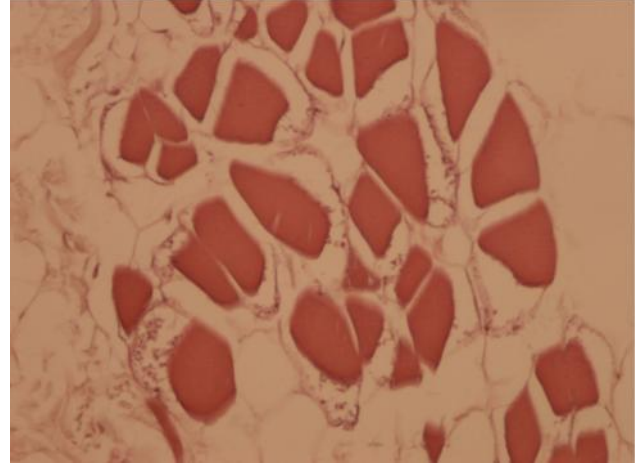
Lipomlar en sık izlenen mezen imal doku tümörleridir. Matür ya hücrelerinden meydana gelmektedir. Sıklıkla subkutan dokuda yerle ir ve çevre dokulara infiltrasyon göstermez. Yerle im yeri olarak genellikle sırt, omuz ve abdomende görülür.



Resim 2: Olgu 3'e ait sa SKM kası kom ulu unda ki servikal lipomun MR görüntüsü. Servikal lipom, T2 a ırlıklı (a) ve T1 a ırlıklı (b) MR görüntülerinde hiperintens (beyaz oklar) ve kontrastlı ya baskılı T1 a ırlıklı (c) MR görüntüsünde ya baskılanması gösteren ve kontrast tutulumu göstermeyen hipointens kitlesel lezyon olarak izlenmektedir. 70x50x20 mm boyutlarındaki servikal lipom, derin servikal fasyada kesintiye neden olup SKM kasını invaze etmektedir (siyah oklar).



Resim 3: ntramusküler lipom tanılı olgu 3'e ait düzensiz ince fibröz kapsülle çevrili, üniform adipositlerden oluşan lezyon. Hematoksil-eozin (HE) x 40



Resim 4: ntramusküler lipom tanılı olgu 3'e ait çizgili kas liflerini infiltrate eden matür adipositler izlenekte. Hematoksil-eozin (HE) x 200

Lipomlar histolojik olarak iyi sınırlı ve enkapsüledirler (5). Semptomatoloji yerli yerine ve lokal basıya göre değişmektedir. Lipomların %15'ten azı baş boyun bölgesinde yerli yerine gösterirler. Klinik ve histolojik bulgularına göre; basit lipom, fibrolipom, atipik lipom, pleomorfik lipom, miksoid lipom, nonvasküler infiltran lipom, iksi hücreli lipom, anjiyolipom, anjiyomyolipom, miyelolipom, lipoblastomozis ve hibernomlar olmak üzere sınıflandırılabilir (6,7). infiltran lipomlarda intermusküler ve intramusküler (L) lipomlar olmak üzere 2 alt gruba ayrılır.

L'lar kas fibilleri bitişindeki adipöz dokudan kaynaklanır intermusküler septalar boyunca geçerek çevre dokulara infiltrat olurlar (8). Bildirilen L'in çoğunluğu alt-üst ekstremite ve abdomen kaynaklıdır. Fletcher ve Martin-Bates'in derlediği 2478 adipöz doku tümörlerinin yalnızca %1,9'u L olup bunların da sadece birkaçı baş boyun bölgesi lokalizasyonludur (9).

ntramusküler lipomlar benign histolojik yapısına karşın kas invazyonu yapmasıyla cerrahi sırasında yumu ak doku malign tümörlerini düşündürülebilirler. ntramusküler lipomlar sıklıkla 40 yaş üzerinde görülen ağrısız kitlelerdir (5). ntramusküler lipomların etyolojisi net olmamakla birlikte obezite, travma, kronik irritasyon sebepleri arasında düşünülmektedir (5). Tanısal incelemelerde bilgisayarlı tomografi (BT), infiltran sınırlı göstermede yetersizdir. MR inceleme ise çevre doku infiltrasyonunu göstermede oldukça yararlıdır. Sunulan intramusküler lipom olgusunda da yapılan MR incelemesinde, çevre sınırlı düzensizliksi ve infiltran görünüm nedeniyle malignite olasılığı ön planda bulundurularak operasyon planlandı. Platizma ve strep kaslarında ve SKM de invazyon izlenmekteydi. Bu nedenle kas dokusundan sınırlı sınırlarla birlikte lipom eksize edildi.

Histopatolojik incelemesinde matür yağ hücrelerinin görülmesi, çizgili kas dokusu invazyonunun izlenmesi bununla birlikte nükleer atipi ve lipoblastların görülmemesi tanısaldır (8). Olgumuzun histopatolojik incelemesinde de çizgili kas liflerini infiltrate eden matür adipositler izlenmekteydi. ntramusküler lipomların en önemli ayırıcı tanısı yapılması gereken durum, iyi differansiyeli liposarkomlardır (5). Lipoblastik proliferasyon, miksoid differansiyasyon, pleomorfizm ve yüksek mitoz sayısı gibi malignite kriterlerinin olmayışı liposarkomdan ayırt etmede önemlidir (10). Diğer ayırıcı tanılarda hematoma, kas herniasyonu, kistik higroma, fibröz miyozit, metastatik karsinom ve sarkomlar düşünülmelidir (5).

nfiltran karakteri nedeniyle total eksizyonları zor olabilir ve bu

yüzden nüks oranları cerrahi başarı olarak değerlendirilmektedir. (% 3-62,5) (5, 8). ntramusküler lipom vakamızda da cerrahi esnasında sınırlı sınırlara ulaşılmış olup 14 aylık takibinde nüks izlenmedi.

Baş boyun bölgesinin basit lipomlarına bakıldığında, erkeklerde 5 kat fazla görüldüğü ve sıklıkla 6. dekatta izlendiği raporlanmıştır (11). Baş boyun yerli yerinde, sıklıkla posterior servikal üçgeninde prezente oldukları görülmüştür. Daha nadir olarak anterior boyun, oral kavite, parotid gland, infratemporal fossada ve bukkal bölgede görülmektedirler (11,12). Sunulan 2 basit lipom vakasında da nadir olan submandibuler bölge yerli yerinde suboksipital bölge yerli yerinde izlenmekteydi.

Basit lipomlar BT'de tipik olarak hipointens düzgün kapsüllü ve internal septasyonlu olarak görülür. MR incelemede ise; T1 incelemede hiperintens, T2 incelemede ise izointens ekilde görülür (11).

Lipomaların ana tedavisi cerrahi eksizyondur. Basit lipomlar çevre musküler ve vasküler yapılardan iyi bir planla disekt olurlar ve sıklıkla internal septasyonlar gösterirler. Sunulan 3 basit lipom vakasında submandibuler bölge yapılarına yapıklık göstermemi ve kolay disekt olmuştur. Tam olarak çıkarılan lipomlarda nüks görülmezken, iyi differansiyeli liposarkomlarda tipik olarak birkaç kez nüks izlenebilir (1). Histolojik olarak benign lipom ile iyi differansiyeli liposarkom ayırımı kimi zaman güç olabilir (13). Hatta bazı nüks lipom vakalarının ilk preparatları incelendiğinde iyi differansiyeli liposarkom oldukları görülmüştür (1).

Olgu 2 de izlenen hiperlipidemi de son zamanlarda ilgi konusu olup, literatürde hiperlipidemiyle birlikte olan lipom olgularında hiperlipidemi tedavisiyle lipom boyutlarında anlamlı küçülmenin olduğu vurgulanmaktadır (14).

Sonuç olarak lipomlar diğer vücut bölgelerine nazaran baş boyunda daha nadir görülür. Cerrahileri lipomun infiltran olup olmamasına göre farklı zorluklar içermektedir. Ayrıca lipomların iyi differansiyeli liposarkomlardan ayırt edilmesi oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Nader S, Nikakhlagh S, Rahim F, Fatehizade P, Endolaryngeal lipoma: Case report and literature review Ear, Nose Throat Journal 2012; 91(2): 18-21.
2. Singhal SK, Virk RS, Mohan H, et al. Myxolipoma of the epiglottis in an adult: A case report. Ear Nose Throat J 2005; 84(11): 728-734.

3. Casani AP, Marchetti M, Dallan I, Cagno MC, Berretini S. Liposarcoma of the cervico-nuchal region. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 133: 641.
4. Basmaci M, Hasturk A E. Giant Occipitocervical Lipomas: Evaluation with Two Cases. *J of Cutaneous and Aesthetic Surgery* 2012; 5(3): 207-209.
5. Özcan C, Görür K, Talas D, Aydın Ö. Intramuscular benign lipoma of the sternocleidomastoid muscle: a rare cause of neck mass. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2005; 262: 148-150.
6. Pelissier A, Sawaf MH, Shabana AH Infiltrating (intramuscular) benign lipoma of the head and neck. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49: 1231-1236.
7. Lerosey Y, Choussy O, Gruyer X, François A, Marie JP, Dehesdin D, Guitrancourt JA Infiltrating lipoma of the head and neck: a report of one pediatric case. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 47: 91-95.
8. Moumoulidis I, Durvasula P, Jani P. Well-circumscribed intramuscular lipoma of the sternocleidomastoid muscle. *Auris Nasus Larynx* 2004; 31: 283-285.
9. Fletcher CDM, Martin-Bates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnoses. *Histopathology* 1988; 12: 275-287.
10. Dempster WJ. Intermuscular lipomata. *Br J Radiol* 1952; 25: 553-555.
11. Astiani MTK, Yazdani N, Saedi M, Amali A. Large Lipoma of the Larynx: A Case Report. *Acta Medica Iranica* 2010; 48(5): 353-356.
12. Belada A, Yaman H, Erdem H, Be ir F H. Bukkal Bölgede Dev Lipom: Olgu Sunumu. *CausaPedia* 2013; 2: 473.
13. Mattioli LR, Guerra de Sousa CI, Machado RB, et al. Laryngeal lipoma—a case report. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2008; 12(1): 137-140.
14. Self TH, Akins D. Dramatic reduction in lipoma associated with statin therapy. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58(2): 30.