

Intraossöz lipom

Ercan Olcay⁽¹⁾, Bülent Aksoy⁽¹⁾, Ayhan N. Kara⁽²⁾, Ahmet Alpay⁽³⁾, Bekir Güven⁽⁴⁾

Intraossöz lipom kemiğin çok nadir görülen selim tümörlerinden biridir. Kalkaneus ve fibula proksimalinde rastlantı sonucu tespit ettiğimiz iki vaka nedeniyle literatür gözden geçirilmiş ve tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Intraossöz lipom, kalkaneus, fibula

Intraosseous lipoma

Intraosseous lipoma, is one of the rarest benign tumours of the bone. In this report we reviewed the literature and discussed the subject due to two cases of intraosseous lipoma in the proximal end of the fibula and the calcaneus, which were coincidentally seen.

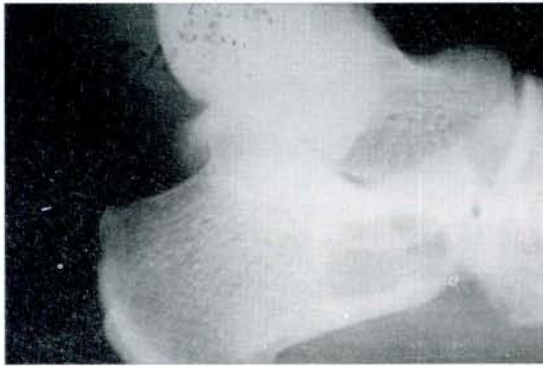
Keywords: Intraosseous lipoma, calcaneus, fibula

Intraossöz lipom kemiğin çok nadir görülen selim tümörlerinden biridir (1, 5, 8). Kemik tümörleri içinde görülme sıklığı % 0.1'dir (3, 4, 8). Nadir olmasından ve spesifik olmayan bulgularından dolayı doğru bir teşhis için geniş biopsi örnekleri alınmasını gerektirir (4, 8). Intraossöz lipom ilk olarak 1868'de femur diafizinde tespit edilerek yayınlanmıştır (8). 1901 yılında ikinci bir vaka yine femur diafizinde görülerek bildirilmiştir. 1910 yılında 5.5 yaşında bir kızda fibula proksimalinde bir intraossöz lipom vakası bildirilmiştir (8).

Literatürdeki vakaların çoğu mevcut vakaların nadir olmasından dolayı olgu raporlarından oluşmaktadır. Wilner 1982'de literatürü tarıyarak daha evvel yayınlanmış 32 vaka bildirmiştir (8).

Vaka sunumları

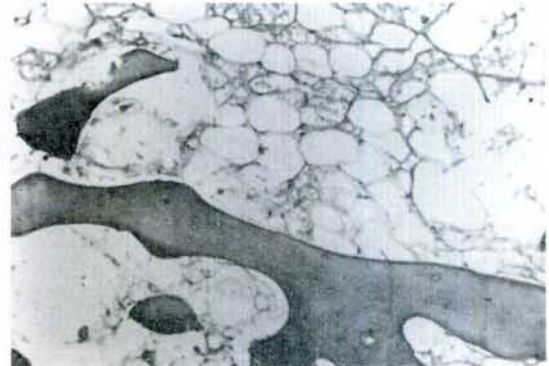
Vaka 1: 21 yaşında erkek hasta. Sağ topukta 7-8 aydan beri ağrıdan şikayet etmekte. Anamnezinde herhangi bir travma geçirmediği, başka bir hastalığının olmadığı tespit edildi. Yapılan klinik muayenede sağ kalkaneus lateralinde palpasyonla ağrı mevcuttu. Radyolojik incelemede; sağ kalkaneus 1/2 ön kısmında 1.5x3 cm boyutlarında kistik oluşumla karşılaşıldı (Resim 1).



Resim 1: Kalkaneus'daki kistik oluşumunun radyografisi

Laboratuvar tetkiklerinde dikkati çeker bir bulgu görülmedi. Daha sonra biopsi amacı ile sağ kalkaneus lateralinden girilerek bol materyal alındı. Alınan materyal kirli sarı renkte, frajil bir yağ dokusu görünümündeydi. Materyalin histopatolojik tetkikinde küçük kemik lamelleri ve matür yağ dokusu görüldü (Resim 2).

Vaka 2: 38 yaşında bayan hasta. 4 aydan beri sol diz bölgesinde özellikle lateralde ağrısı mevcut. Fizik muayenede sol dizde dikkate değer bir bulguya rastlanmadı. Yapılan tüm laboratuvar tetkikleri normal idi. Sol dizin çekilen grafisinde rastlantısal olarak fibula 1/3 üst uçta kemiği genişleten korteksi incelten kistik görünüm tespit edildi (Resim 3). Bunun üzerine hastanın yapılan sintigrafik tetkiklerinde sol fibula proksimalinde minimal fokal aktivite artışı görüldü (Resim 4). Fibula proksimaline yönelik kontrastsız BT tetkikinde fibula 1/3 proksimalinde yaklaşık 3 cm'lik medüller kavite içinde halkasal ve nokta kalsifikasyonu içeren lezyon alanı gözlemlendi (Resim 5). Periost reaksiyonu mevcut değildi. Kortekste ekspansiyon mevcuttu. Daha sonra genel anestezi altında fibula 1/3 üst ucuna lateralden girildi. Ekspanse olan bölüm ortaya çıkarıldı. Bol miktarda biopsi materyali alındı. Makroskopik olarak kemik parçası kesitlerinde ortasında 1,2 cm çapında beyazımsı odaksal lezyon görünümler dikkati çekti. Histopatolojik olarak kemik la-



Resim 2: Materyalinin histopatolojik görüntüsü

(1) Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Op. Dr.

(2) Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi, Doç. Dr.

(3) Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şef Yardımcısı, Op. Dr.

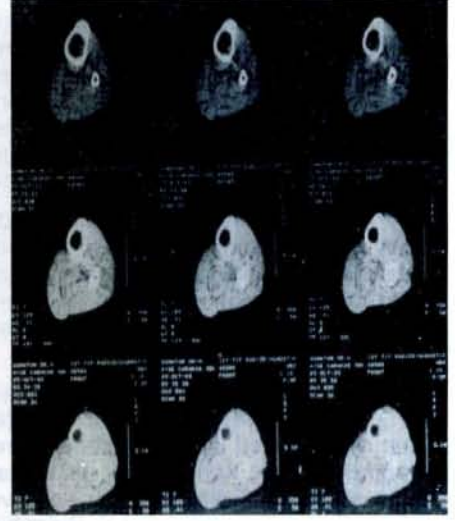
(4) Vakıf Gureba Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Araştırma Görevlisi



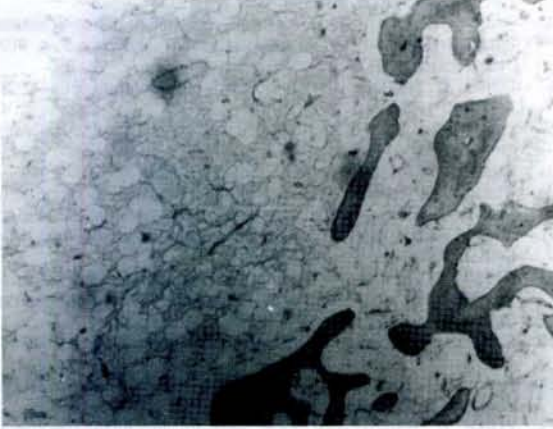
Resim 3: Fibula 1/3 üst uçtaki kistik görünümün radyografisi



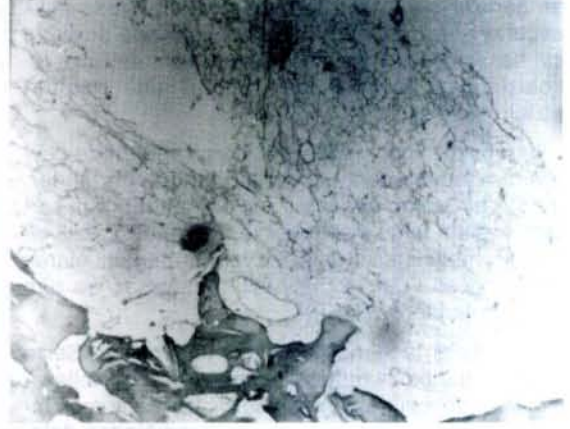
Resim 4: Fibula proksimalindeki minimal fokal aktivite artışının sintigrafik görüntüsü



Resim 5: Fibula proksimalinin BT kesitlerindeki görüntüsü



Resim 6, 7: Alınan materyalin histopatolojik görüntüsü



melleri arasında olgun tipte yağ dokusu, fibrin lifleri, hyalinize bağ dokusu ve geniş damar lümenleri görüldü (Resim 6, 7).

Tartışma

Yağ dokularını içine alan tümöral lezyonlar sık görülürler ve birçok şekiller alabilirler (3, 8). Bunlardan biri olan lipom konnektif dokunun en yaygın selim tümörlerinden biridir (4, 8, 10, 12). Yumuşak doku lipomları genellikle subkutan dokudan gelişir ve orada kalır. Fakat nadiren de olsa daha derin dokularda yerleşim gösterebilir (10). Aegerter ve Kirkpatrick bu türlü vakaların metabolik orijinli dokularını ileri sürmelerine rağmen ekseri otörler bu lezyonların gerçekten selim tümörler olduğunu düşünmektedirler (1, 2, 4, 5, 6, 8). Parosteal ve periosteal tümörlerde subfasial plandan ortaya çıkan yağ tümörleridir. Kemiğin proksimal ucuna daha yakındırlar. Bu tümörler direkt olarak periost ve kortekse yapışırlar (8). Bazı vakalarda kortikal erozyon da görülebilir (8).

Bu tümörlerin tabiatı ve etyolojisi bilinmemektedir (8). Lipomatozis ise yumuşak doku ve kemiğin konjenital yağlı bir infiltrasyonudur (8, 10). Genellikle bir hematoma olarak kabul edilir. Alt ekstremitenin uzun kemiklerini, elleri ve ayakları tutar. Tutulan kemikler genişlemeye meyilli olup, aşırı büyüme gösterirler (8). Membranöz lipodistrofi Japonya ve Finlandiya'da tarif edilmiş nadir bir hastalık olup kemikte ağrı ve kırıklar ile birlikte olan simetrik polikistik lezyonları içerir (4, 8, 10). Liposarkom ise kemik iliği kavitesinden ortaya çıkan nadir bir malign tümör olup ayrı farklılaşma fazlarını içeren atipik lipoblastlar ile karakterizedir. Bu tümörler korteksi harap ederler. Sınırları kötü ve destrüktif bir radyolojik görünüm ortaya çıkarırlar (10, 11, 12). Bunlar çok malign karaktere sahiptirler (4, 8).

Intraossöz lipom oldukça nadir görülen primer bir tümördür. Bu lezyonun gerçek etyolojisi belli değildir. Tümörün vücut içindeki cisimlerde olduğu gibi yağla çevrelenmiş kolleksiyonlar olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (2, 4, 5, 6, 8, 10). Hart ise bir kemik infarktının veya diğer beslenme ile ilgili olan durumların se-

bep olucu faktör olduğunu açıklamaktadır (6). Mueller ve Robbins normal bir kemikte kırık iyileşmesini takiben oluşan bir vaka yayınlamışlardır (8) ve bunun da kemik iliğinin posttravmatik yağlı dejeneransı olduğunu açıklamışlardır. İleriye sürülen bir çok teoriye rağmen bu lezyonun kemiğin gerçek bir primer tümörü olduğu kabul edilmektedir (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9).

Intraosöz lipomun görülme sıklığı %0.1'den daha azdır (4). Bu tümörler sıklıkla asemptomatik olduğundan dolayı bunların gerçek sıklığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmektedir. Belli bir yaşta daha sık görülme durumu söz konusu değildir.

Yayınlanan vakaların yarısından daha fazlası uzun kemiklerde yerleşim göstermiştir (8, 12). Alt ekstremitelerde kemikleri üst ekstremitelere göre daha sık etkilenmektedirler. Kemiğin en sık tutulan bölümü metafiz bölgesidir. Fakat bu tümör epifiz veya diafizde de yerleşim gösterebilir (4, 12). Bizim bir vakamızda gördüğümüz gibi kalkaneusta yerleşim oldukça nadirdir (2, 3, 4, 9). Birçok lezyonlar asemptomatiktir. Bunlar yalnızca rutin radyolojik tetkiklerde rastlantısal olarak tespit edilirler. Semptomlar ortaya çıktığı zaman genellikle hafif bir ağrı ve tutulan bölgede şişlik mevcuttur. Fizik muayenede orta derecede şişlik ve lokal hassasiyet vardır. Intraosöz lipom patolojik kırık oluşturmaz. Böyle bir vaka şimdiye kadar literatürde bildirilmemiştir (8).

Intraosöz lipom radyolojik olarak etrafı iyice çevrelenmiş radyolüsent lezyonlar olarak görülürler. Sklerotik bir sınırın görülmesi sık değildir. Sıklıkla korteksin sağlam fakat incilmesi ile birlikte ekspansil bir görünüm mevcuttur. Küçük lezyonlar merkezi olarak yerleşim gösterirler. Daha büyük lezyonlar ise tüm kemiği kaplarlar (8, 11, 12).

Bu vakalarda ayırıcı tanı geniş tutulmalıdır. Selim ve malign tümörler, metabolik, infeksiyöz ve kollajen hastalıklar gözönüne alınmalıdır (8, 12). Fizik muayene ve radyolojik bulgular spesifik olmadığından dolayı, teşhis biopsi olmaksızın konulamaz. Alınan biopsi örneklerinde makro-patolojik görüntü kemik çıkıntıları ihtiva eden lobüllü yağ dokusu karakterindedir. Bazen patolojik piyesin merkezinde nekrotik yağ dokusu ve ekseri vakalarda lezyon boyunca atrofik kemik trabekülleri bulunur (5, 6, 8). Shajowic, histolojik bulguların

patogonik olmamasından ve lokalize osteoporoz veya diğer lezyonlara komşuluğundan dolayı intraosöz lipomun tanısının konulabilmesi için geniş biopsi örnekleri alınmasını tavsiye etmektedir (8). Bizim her iki vakamızda da alınan biopsi örneklerinin fazla olması histopatolojik tanıyı kolaylaştırmıştır.

Intraosöz lipomun malign dejenerasyon veya uzak metastaz tehlikesi olmadığından dolayı tedavisi konservatif olmalıdır. Kemik grefti konarak veya koymadan yapılan küretaj tedavi seçenekleri arasındadır (2, 5, 6, 8, 9). Literatürde nüks şimdiye kadar görülmemiştir.

Bizim kalkaneus'ta tespit ettiğimiz birinci vakamızda lezyon kürete edildikten sonra crista iliaca'dan alınan kemik grefti ile oluşan boşluk doldurulmuştur. Fibula üst ucunda tespit ettiğimiz ikinci vakada ise lokal rezeksiyon uygulanmıştır.

Kaynaklar

1. Aegerter, E., and Kirkpatrick.: Orthopedic Diseases. Ed. 4. W. B. Saunders, Philadelphia. p. 748, 1975.
2. Appenzeller, J., and Weitzner, S.: Intraosseous lipoma of os calcis. Clin Orthop. Rel. Res. 101: 171, 1974.
3. Araç, Ş., Bayol, Ü., Doğu, İ., Turgut, H.: Kalkaneusta intraosöz lipom. Ortopedi ve Rehabilitasyon Dergisi. cilt 1, sayı 2. s. 119-122, Temmuz 1987.
4. Dahlin, D. C.: Bone Tumours, Charles C. Thomas. Pub. U. S. A. p. 110-113, 1970.
5. Gunterberg, B. and Kindblom, L.: Intraosseous lipoma. Acta Orthop. Scand. 49: 95, 1978.
6. Hart, J.: Intraosseous lipoma. JBJS 55-B: 624, 1973.
7. Kasabalıgil, A., Kapıcıoğlu, G., Evren, İ., Kuzgun, Ü., Öztürk, İ.: Intraosöz lipom. Acta Orthop. Traum Turc. 24, 285-287, 1990.
8. Leeson, M. C., Kay, D., Smith, B. S.: Intraosseous lipoma. Clin Orthop. Rel. Res. 181-186, 1983.
9. Poussa, M., Holmström, T.: Intraosseous lipoma of the calcaneus. Report of a case and a short review of the literature. Acta Orthop. Scand. 47: 570-574, 1976.
10. Rannifer, K.: Bone tumours. Springer-Verlag, Berlin, p. 1347, 1987.
11. Resnick, D., Niwayama, G.: Diagnosis of Bone and Joint Disorders. Vol. 3, Philadelphia, W. B. Saunders, p. 1608, 1981.
12. Wilner, D.: Radiology of Bone Tumours and Allied Disorders. W. B. Saunders, Philadelphia, p. 387, 1982.

Yazışma adresi:

Op. Dr. Ercan Olcay

Vakıf Gureba Hastanesi

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Çapa, İstanbul, Türkiye