

OLGU SUNUMU

İki yıllık takipte kliniğinde ve boyutunda değişiklik saptanmayan dev retrofarengeal lipom: Olgusu

A giant retropharyngeal lipoma showing no change in clinical presentation and size within a two-year follow-up: a case report

Dr. Hatice LAKADAMYALI, Dr. Tarkan ERGUN, Dr. Hüseyin LAKADAMYALI,¹ Dr. Suat AVCI²

Retrofarengeal bölgenin tümörleri nadirdir. Tipik olarak çevre anatomik yapılardan ya da retrofarengeal alanın içeriğinden kaynaklanır. Retrofarengeal lipom ise oldukça nadirdir. Yetmiş beş yaşında erkek hasta nefes alıp vermede zorlanma, disfaji, horlama ve gece uykudan uyanma yakınmalarıyla başvurdu. Bilgisayarlı tomografide (BT) retrofarengeal alanı tutan, larenks, trakea ve özefagusta itilmeye neden olan, torasik inlete kadar uzanan 125x81x27 mm boyutlarında, iyi sınırlı, düşük atenuasyonlu homojen hipodens dev bir kitle izlendi. İntravenöz kontrast madde sonrasında kitle içerisinde yer yer kontrast madde tutulumu göstermeyen ince septalar gözlemlendi. Çevre kas yapılarına invazyonu saptanmayan kitle lipom olarak kabul edildi. Kardiyovasküler sorunlar nedeniyle ameliyat edilemeyen hasta takibe alındı. İki yıllık takip sonucunda, hastanın kliniğinde ve boyun BT görüntülerindeki kitle boyutlarında ve doku karakterizasyonunda farklılık saptanmadı.

Anahtar Sözcükler: Lipom/komplikasyon/radyografi; farenks neoplazileri/radyografi; bilgisayarlı tomografi.

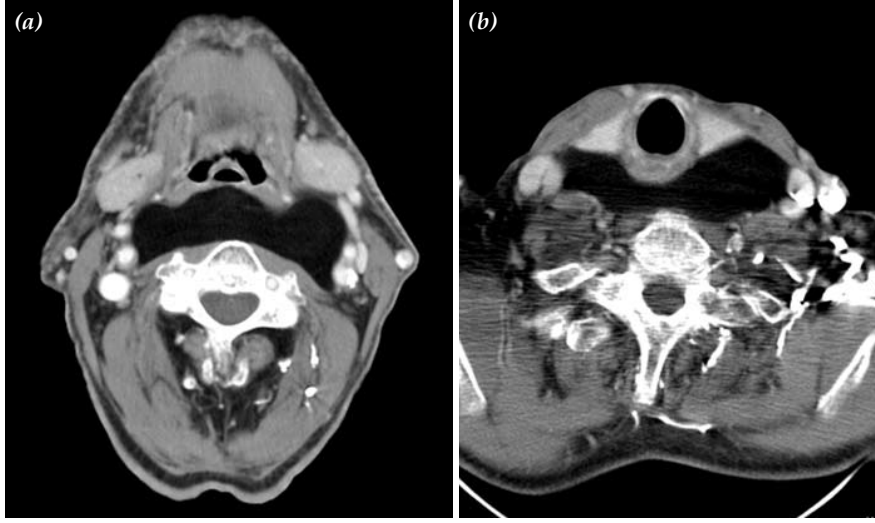
Retropharyngeal tumors are rare. They typically originate from the neighboring anatomical structures or from the retropharyngeal space itself. Retropharyngeal lipomas are even rarer. A 75-year-old male patient presented with complaints of dyspnea, dysphagia, snoring, and obstructive sleep apnea. Computed tomography showed a giant mass measuring 125x81x27 mm in the retropharyngeal space, compressing the larynx, trachea, and esophagus, and extending to the thoracic inlet. The mass had regular margins, exhibited low attenuation, and was homogeneously hypodense. After intravenous contrast administration, there were thin septa formations within the lesion that did not show contrast enhancement. There was no invasion to the neighboring muscular structures. The lesion was considered a lipoma. Surgery was not performed due to the cardiovascular problems of the patient. During a two-year follow-up, there were no changes in the size and tissue characteristics of the mass, nor any mass-related clinical problems.

Key Words: Lipoma/complications/radiography; pharyngeal neoplasms/radiography; tomography, X-ray computed.

Retrofarengeal bölgenin tümörleri oldukça nadirdir. Bu tümörler sıklıkla çevre yapılara kitle etkisi oluşturacak kritik boyuta ulaşmaya kadar asemptomatik kalırlar. Bu nedenle tanı, genellikle disfaji ya

da havayolu obstrüksiyonuna yol açacak boyuta erişinceye kadar gecikir. Retrofarengeal lipom oldukça nadir bir tümördür. Literatürde 40'dan az sayıda bildirilmiştir.^[1]

- ♦ Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Kliniği, ¹Göğüs Hastalıkları Kliniği, ²Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği (Departments of Radiology, ¹Pumonary Diseases, and ²Otolaryngology, Başkent University Alanya Hospital), Antalya, Turkey.
- ♦ Dergiye geliş tarihi - 15 Aralık 2006 (Received - December 15, 2006). Düzeltme isteği - 4 Mayıs 2007 (Request for revision - May 4, 2007). Yayın için kabul tarihi - 1 Haziran 2007 (Accepted for publication - June 1, 2007).
- ♦ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Hatice Lakadamyali. Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Kliniği, 07400 Alanya, Antalya, Turkey. Tel: +90 242 - 511 25 11 Faks (Fax): +90 242 - 511 23 50 e-posta (e-mail): lakadamyali@mynet.com



Şekil 1. Kontrast madde sonrası elde edilen aksiyel BT görüntüleri. Retrofarengeal alanda çevre kas yapılarına invazyon göstermeyen, trakea ve özofagusta basılanmaya neden olan, iyi sınırlı, yağ dansitesinde, homojen iç yapıda hipodens karakterde dev solid kitle izleniyor.

OLGU SUNUMU

Yetmiş beş yaşında erkek hasta nefes alıp vermede zorlanma, ilerleyici disfaji, horlama ve gece uykudan uyanma şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Öyküsünde 10 yıldır kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp yetmezliği bulunan hastanın laboratuvar verileri normaldi. Fizik muayenesinde, orofarenks posterior duvarından başlayıp inferiora doğru uzanan submukozal kabarıklık dışında patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı tomografide (BT) retrofarengeal alanı tutan, larenks, trakea ve özofagusta itilmeye neden olan, torasik inlete kadar uzanan 125x81x27 mm boyutlarında, iyi sınırlı, düşük atenuasyonlu (-70 HU) homojen hipodens dev kitle izlendi. İntravenöz kontrast madde sonrasında kitle içerisinde yer yer kontrast madde tutulumu göstermeyen ince septalar gözlemlendi (Şekil 1a, b). Çevre kas yapılarına invazyonu saptanmayan kitle lipom olarak kabul edildi ve cerrahi servisine yönlendirildi. Ancak, kardiyovasküler sorunları nedeniyle ameliyat edilemeyen hasta takibe alındı. İki yıllık takip sonucunda, hastanın kliniğinde ve yılda bir çekilen boyun BT görüntülerindeki kitle boyutlarında ve doku karakterizasyonunda belirgin farklılık saptanmadı.

TARTIŞMA

Retrofarengeal boşluk, servikal fasyanın orta ve derin katmanları arasında yer alır. Kafa tabanından başlayarak posterior ve superior mediastinum'a kadar uzanır. İç yapısında az miktarda yağ

dokusu ve suprahiyoid düzeyde lenfatik zincirler bulunur.^[2] Lenf nodları ve lenfatik kanallar bu boşluğun temel komponentidir.^[3,4] Retrofarengeal boşluk patolojileri bu bölgenin içeriğinden ya da çevre anatomik yapılardan kaynaklanır. En sık görülen kitle enflamatuvar ya da tümöral lenf nodu büyümesidir. Bunu, hipofarenks gibi komşu dokuların malignitelerinin doğrudan uzanımı takip eder.^[2] Retrofarengeal boşluğun primer tümörü oldukça nadirdir. Bu bölgenin lipomu literatürde 40'tan az olguda bildirilmiştir.^[1]

Lipom, yağ dokusundan köken alan, yavaş büyüyen benign bir tümördür. Histolojik olarak hücresel atipi içermeyen matür yağ dokusundan köken alır ve genellikle bağ dokudan oluşan ince bir kapsülle çevrilidir. Lipom, baş-boyun bölgesinde en sık servikal üçgenin posteriorunda izlenir.^[5] Retrofarengeal boşlukta ise oldukça nadirdir ve sıklıkla bu bölgenin infrahiyoid parçasında yer alır.

Retrofarengeal boşluğun genişleme özelliği nedeniyle, yavaş büyüyen bu tümör genellikle büyük boyuta ulaşmadan semptom vermez. En sık izlenen semptomlar, olgumuzla olduğu gibi, obstrüktif uyku apnesi, hırıltılı nefes alıp verme, horlama, dispne ve disfajidir.^[6] Klinik tanı, nadir görülmesi nedeniyle oldukça zordur. Ancak, modern görüntüleme yöntemleriyle tanınması kolaydır.

Lipomun radyolojik özellikleri genellikle patognomoniktir. Bilgisayarlı tomografide -60 ile -120

(yağ dansitesi) Hounsfiels Units (HU) dansitesinde kontrastlanmayan, düzgün konturlu, çoğunlukla homojen alanlar şeklinde izlenir. Bazen iç yapısında ince septalar bulunabilir.^[7] Manyetik rezonans görüntüleme ise, yağ baskılamalı görüntülerde baskılanan her iki sekansta yüksek sinyal yoğunluğunda kitle şeklinde görülür.^[8] Ayırıcı tanıda iyi diferansiye liposarkom yer alır. Sitolojik inceleme her iki durumda benzer olması nedeniyle anlamlı değildir. Kesin tanı biyopsi sonrası konulmakla birlikte, çoğu yazar radyolojik olarak bu iki durumun ayırt edilebileceğini düşünmektedir. Ayrımdaki temel nokta septaların özelliğidir. Lipomda septalar ince ve düzgünken, iyi diferansiye liposarkomda kalın ve nodülerdir. Ayrıca, lipomda fibröz septalar IV kontrast madde sonrası kontrast madde tutmazken, iyi diferansiye liposarkomun septalarında çeşitli düzeylerde kontrastlanma olur.^[9] Olgumuzda da dev kitle radyolojik olarak lipom ile uyumlu idi ve kardiyovasküler sorunları nedeniyle ameliyatı yapılamayan hasta takibe alındı.

Lipomun büyüme hızı hakkında kesin bir veri olmamakla birlikte, hızlı kilo almanın lipomu büyüteceği; buna karşın, kilo kaybının, lipomdaki yağın metabolizma için uygun olmaması nedeniyle boyut farklılığına neden olmayacağı bildirilmiştir.^[10] Olgumuzda iki yıllık takip sonunda hastanın vücut ağırlığında 5 kilo artış olmasına rağmen, kitlenin boyutlarında farklılık izlenmedi. Retrofarengeal lipomun literatürde takibini bildiren yalnızca bir olgu yayınlamıştır. Hockstein ve ark.nın^[11] bildirdikleri bu olguda, beş yıl süreyle takip edilen hastanın kilo takibi yapılmamakla birlikte, olgumuzla benzer şekilde boyut farklılığı saptanmamıştır.

Lipomun malign transformasyonunun olmadığına inanılmaktadır ve çok nadir de olsa transformasyon bildirilen olgularda örnekleme hatası yapıldığı ya da yanlış tanı konduğu düşünülmektedir; çünkü, lipomun metastatik potansiyelinin olmadığı kesin olarak bilinmektedir.^[10]

Büyük ya da derin yerleşimli semptomatik lipomların tedavisi klasik olarak kapsül ve kısmen çevre dokuyu içerecek şekilde geniş cerrahi eksizyondur.

Retrofarengeal lipom için yaklaşım transservikal, submaksiller, transmandibüler, transparotid, transoral ve infratemporal olabilir. Ancak, retrofarengeal lezyonların eksizyonu oldukça zordur.

Sonuç olarak, retrofarengeal bölgenin lipomatöz lezyonlarında radyolojik tanı lipom ile uyumlu ise, bu bölgedeki kitlenin cerrahi eksizyonunun zor olması, lipomun metastatik potansiyelinin olmaması ve malign transformasyonun tartışmalı olması nedeniyle ameliyatı kabul etmeyen ya da ameliyat için uygun olmayan hastalarda klinik ve radyolojik takibin yeterli olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Eisele DW, Landis GH. Retropharyngeal infiltrating lipoma-a case report. *Head Neck Surg* 1988;10:416-21.
2. Davis WL, Harnsberger HR, Smoker WR, Watanabe AS. Retropharyngeal space: evaluation of normal anatomy and diseases with CT and MR imaging. *Radiology* 1990;174:59-64.
3. Seid AB, Dunbar JS, Cotton RT. Retropharyngeal abscesses in children revisited. *Laryngoscope* 1979;89:1717-24.
4. Wong YK, Novotny GM. Retropharyngeal space - a review of anatomy, pathology, and clinical presentation. *J Otolaryngol* 1978;7:528-36.
5. Ulku CH, Uyar Y, Unaldi D. Management of lipomas arising from deep lobe of the parotid gland. *Auris Nasus Larynx* 2005;32:49-53.
6. Namyslowski G, Scierski W, Misiolek M, Urbaniec N, Lange D. Huge retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: A case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006;263:738-40.
7. Akhtar J, Shaykhon M, Crocker J, D'Souza AR. Retropharyngeal lipoma causing dysphagia. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001;258:458-9.
8. Abdullah BJ, Liam CK, Kaur H, Mathew KM. Parapharyngeal space lipoma causing sleep apnoea. *Br J Radiol* 1997;70:1063-5.
9. Kim JY, Park JM, Lim GY, Chun KA, Park YH, Yoo JY. Atypical benign lipomatous tumors in the soft tissue: radiographic and pathologic correlation. *J Comput Assist Tomogr* 2002;26:1063-8.
10. Murphey MD, Carroll JF, Flemming DJ, Pope TL, Gannon FH, Kransdorf MJ. From the archives of the AFIP: benign musculoskeletal lipomatous lesions. *Radiographics* 2004;24:1433-66.
11. Hockstein NG, Anderson TA, Moonis G, Gustafson KS, Mirza N. Retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: case report including five-year follow-up. *Laryngoscope* 2002;112:1603-5.