

Prevertebral Dev Lipoma: Olgu Sunumu

İbrahim KESKİNÖZ^a

Ağrı Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz, AĞRI, Türkiye

ÖZET

Lipoma adipöz dokudan orijinlenen iyi sınırlı mezenkimal tümördür. Benign yağ tümörleri normalde yağ bulunan her lokalizasyondan ortaya çıkabilirler. Baş boyun bölgesinde en sık görülen lokalizasyon posterior subkutan boyundur. İntermusküler benign lipoma sıklıkla anterior abdominal duvar üzerinde bulunur, ancak baş boyun bölgesinde nadirdir. Biz bu vaka takdimimizde fluktuan baş-boyun ağrılı 28 yaşındaki erkek hastayı sunduk. Preoperatif dönemde palpasyonla kitle lezyonu tespit edilemedi. Bilgisayarlı tomografide prevertebral alandan kaynaklanan iyi sınırlı intermusküler dev kitle lezyonu izlendi. Kitle homojen, hipodens ve çevre kas yapısına invazyon göstermemekteydi. İnce iğne aspirasyon sitolojisi matür adipositler olarak bulundu ve lezyon lipoma olarak kabul edildi. Olguda anterior-posterior cerrahi yaklaşım uygulandı. 24 aylık takipte baş boyun ağrısı veya tümör rekürrens bulgusu görülmedi.

Anahtar Sözcükler: Lipoma-prevertebral alan-dev lipoma

ABSTRACT

Prevertebral Giant Lipoma: A Case Report

The lipoma is a circumscribed mesenchymal tumor originating from adipose tissue. Benign fatty tumors can arise in any location in which fat is normally present. In the head and neck region the posterior subcutaneous neck is the most common site. Intermuscular benign lipoma commonly is found in the anterior abdominal wall, but is rare in the head and neck region. In this case report, we report a 28 years old male with a fluctuated head and neck pain. In the preoperative period mass lesion was not determined with a palpation. Computed tomography showed well circumscribed, intermuscular giant mass lesion arising from the prevertebral space. The mass was homogeneously hypodense and there was no invasion to the neighboring muscular structures. Fine-needle aspiration cytology was found to be mature adipocytes. The lesion was considered a lipoma. In the case antero-posterior surgical approach was applied. After 24 months of follow-up no signs of tumor recurrence or head and neck pain were noted.

Key words: Lipoma-prevertebral space-giant lipoma

Lipomalar mezenşim orijinli yağ dokusunun benign, kapsüllü tümöral oluşumlarıdır (1). Baş-boyunda genellikle posterior boyun bölgesinde ve cilt altı alana lokalize bulunurlar (2, 3). Derin servikal fasyanın derin tabakası tarafından sınırlanan prevertebral alan ise lipomaların daha az sıklıkta görüldüğü bölgedir. Bu bölgedeki lipomalar, çevre kas dokuları arasından veya içinden mediastene kadar büyüme gösterebilir ve bası semptomları dışında belirgin bir kitle şikayetine neden olmayabilirler (4). Çalışmada, baş ve boyun ağrısı nedeniyle kliniğe başvuran, bilgisayarlı tomografi inceleme ve ince iğne aspirasyon biyopsisi yöntemleri kullanılarak prevertebral alan lokalizasyonunda lipoma tespit edilen olgu, ve olguda uygulanan cerrahi tedavi yöntemi sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta kliniğe baş ve boyun ağrısı şikayeti nedeniyle başvurdu. Ağır yük kaldırdıktan sonra şikayetlerinin arttığını ve boyun sağ tarafında zaman zaman şişlik oluştuğunu, ancak dinlenince geçtiğini belirtmekteydi. Olgunun kulak burun boğaz ve sistemik muayenesi doğal bulundu. Palpasyonda patolojik lenfadenopati veya kitle lezyonu tespit edilmedi (Resim 1). Beyin Cerrahisi kliniği tarafından yapılan fizik muayenede, intrakranial bir patoloji düşünülmüdü.

Boyun bölgesinin bilgisayarlı tomografi görüntüsü, hava-yag dansitesinde (-95 Hounsfield Units) homojen, kas dokusu ile düzgün sınırları olan, sağ prevertebral alanda uzun aksı 12cm ölçülen ve öncelikle lipoma düşündüren kitle lezyonu olarak raporlandı (Resim 2).

İnce iğne aspirasyon biyopsisi matür adiposit olarak raporlanan olguya cerrahi yaklaşım planlandı. Hasta genel anestezi altında opere edildi. Trapez kasın ön alt 1/3'ünden, sternokleidomastoid (SKM) kasın klavikula ile birleşim yerine doğru uzanan transvers-oblik insizyon yapılarak cilt, cilt altı ve platizma geçildi.

Boyun selektif beşinci bölgesi ve aksesuar sinir disseke edildi. Kitlenin yumuşak kıvamlı ve palpabl olmaması nedeniyle operasyon yönlendirilirken, lezyonun bilgisayarlı tomografi görüntüsünden yararlanıldı. Trapez kasın posterior bölümünden prevertebral alana ulaşıldı (Resim 3).

Kitle oksipital bölgeden sağ üst mediastene kadar disseke edilerek tam olarak çıkarıldı (Resim 4). Operasyon bitiminde hemostaz sağlanarak hemovak dren kondu. Cilt altı 4-0 vicryl®, cilt ise 3-0 prolene® sütür materyali ile primer kapatıldı. Operasyon sonrası üçüncü gün hemovak dren çekildi. Dördüncü gün hasta taburcu edildi. Postoperatif onuncu gün olgunun

^a Yazışma Adresi: Dr. İbrahim KESKİNÖZ, Ağrı Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz, AĞRI, Türkiye

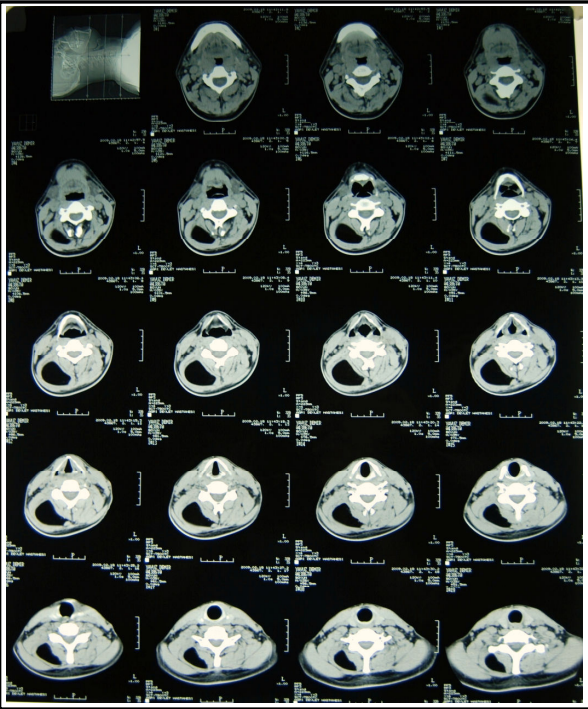
Tel: +90 312 2223378

e-mail: keskinoz2006@yahoo.com

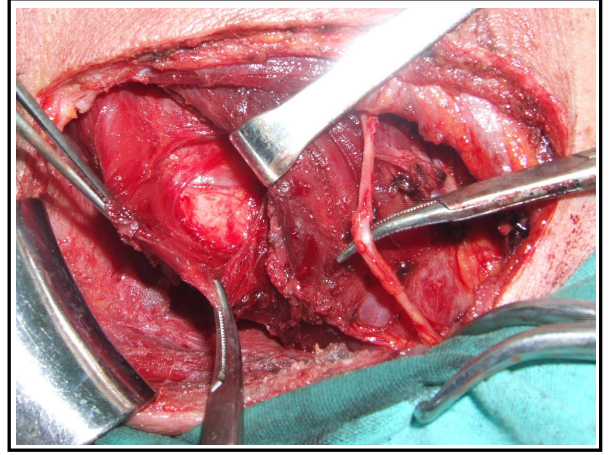
kontrol muayenesi yapılarak boyun sütürleri alındı. Lezyon makroskopik olarak sarı renkli, yumuşak kıvamlı 12x10x8cm boyutlarında ve 470gr ağırlığında olup histopatolojik tanı kapsüllü univaküler matür adipositlerden oluşan basit lipoma olarak raporlandı (Resim 5).



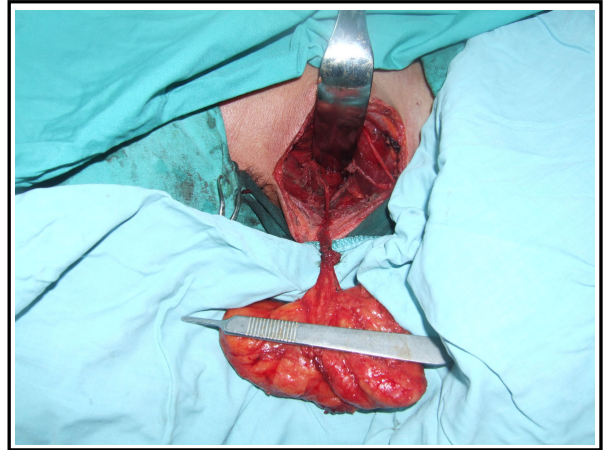
Resim 1. Olgunun preoperatif görünümü.



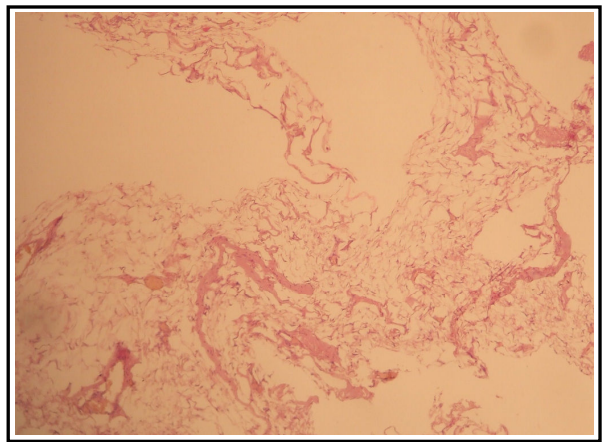
Resim 2. Sağ prevertebral alandaki lezyonun bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



Resim 3. Trapez kasın posteriorundan prevertebral alan ve lezyon görülmekte.



Resim 4. Spesmenin postoperatif görünümü.



Resim 5. Lezyonun ışık mikroskopik görüntüsü (H&E 40x100).

TARTIŞMA

Prevertebral alan (PVA), derin servikal fasyanın derin tabakası tarafından ön ve arka kompartmanlara ayrılır. Kafa tabanından başlayarak üst mediastene kadar uzanır (5). İç yapısında prevertebral, skalen ve paraspinal kaslar, brakial pleksus, frenik sinir, vertebral arter, vertebral ven ve vertebra cisimleri bulunur (6). PVA patolojileri bu boşluğun içeriğinden ya da çevre anatomik yapılardan kaynaklanır. Bu bölgede sıklıkla tüberküloz, bakteriyel enfeksiyonlar veya malign hastalıklar görülmektedir (5, 6). Servikal vertebra patolojilerinden kordoma, osteokondroma, anevrizmal kemik kisti, dev hücreli tümör, nörofibroma, lösemi, lenfoma ve yassı epitel hücreli karsinom invazyonu gibi bazı hastalıklar ayrıca PVA'ı da invaze edebilmektedir. Daha lateralde yer alan prevertebral kas dokusunun primer tümörü oldukça nadirdir (6).

Tüm vücut lipomalarının yaklaşık olarak %10'u baş boyun bölgesinde görülür (7). Lipoma etyopatogenezinde en çok genetik, endokrin ve travmatik faktörler suçlanmaktadır (2, 4). Kesit yüzeylerinde ince fibröz septalarla ayrılmış parlak sarı yağ görülür ve mikroskopik olarak hücresel atipi içermeyen matür yağ dokusundan oluşurlar (4). Tedavisi ve prognozu büyük farklılık gösterdiğinden ayrıntılı tanıda en önemli patolojik oluşum liposarkomadır. Liposarkomalar iyi sınırlı ancak kapsülsüzdür. En önemli morfolojik belirteci lipoblastlardır (8). Liposarkomada cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi sonrası 5 yıllık yaşam %18-70 iken, basit lipomaların cerrahi eksizyon sonrası kür şansı yüksektir ve malign dönüşüm çok enderdir (2).

Olgumuzda splenius kapitis, levator skapula ve paraspinal kas arasında, kafa tabanından üst mediastene kadar uzanan kitle lezyonu tespit edildi. Bu bölgenin derin lokalizasyonlu olması nedeniyle boyunda kitle şikayetinden önce, nörolojik veya fonksiyonel bozukluklar görülebilir (1). Baş ve boyun ağrısı şikayeti olan hastada fizik muayenede lezyon palpe edilememiştir. Olgunun hikayesinde uzun yıllardır ağır yük kaldırma gerektiren bir işte çalıştığı, baş ve boyun ağrısı yanında, zaman zaman boyunda şişlik ve kulak ağrısı şikayeti de olduğu anlaşıldı. Bu gibi şikayetleri olan olgularda posterior servikal bölgenin radyolojik olarak görüntülenmesi, ayrıntılı tanıda oldukça yararlı olabilmektedir (1). Lipomalar bilgisayarlı tomografide yağ-hava yoğunlukları veya T1 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde parlak görünümüleri ile tanınabilirler (1, 2). Lipom ve liposarkomun bilgisayarlı tomografi görüntüleme karakteristikleri ve diğer yağ dansiteli lezyonlardan (örneğin; yağlı infiltrasyon) ayrıntılı tanısının spesifik olması tedaviyi kolaylaştırır (1, 4). Olgunun bilgisayarlı tomografi görüntülemesi hava-yag dansitesinde (-95 Hounsfiels Units) homojen, kas dokusu ile düzgün sınırları olan, sağ prevertebral alanda uzun aksı 12cm ölçülen ve öncelikle lipoma ile uyumlu kitle lezyonu olarak raporlandı.

KAYNAKLAR

1. Lakadamyalı H, Ergun T, Lakadamyalı H, Avcı S. [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. Akçam T, Birkent H, Gerek M, Özkaptan Y. [Giant cervical lipoma]. T Klin J E N T 2003; 3:48-52.

Lipomaların dev olarak sınıflandırılabilmesi için en az 10cm'nin üzerinde veya 1000gr'dan fazla ağırlıkta olmaları gerekmektedir (9). Hastada kitle postoperatif 12x10x8cm boyutlarında ve 470gr ağırlığında idi. Dev lipomlar tanınal olarak benign ve malign hastalıklarla ayrıntılı tanı, tedavi ve prognoz açısından mutlaka yapılmalı ve hemangiom, dermoid kist, kas hernisi, yaygın lipoblastomatozis, apse, nekrotik lenf nodları, nörofibrom, kistik higroma, liposarkom ve malign fibroz histiositom gibi patolojilerde göz önünde bulundurulmalıdır (10). Kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu matür adiposit şeklinde raporlandı ve olguya cerrahi yaklaşım planlandı.

Vertebra cismi ile ilgili prevertebral alan patolojilerinde, sıklıkla anterior-lateral yaklaşım tercih edilmektedir (11). Bu yaklaşım yeterli görüş alanı sağlamakla birlikte, larengeal sinir paralizisi, Horner sendromu, felç ve servikal instabilite gibi cerrahi komplikasyonlara yol açabilir (12). Posterolateral yaklaşım geniş prevertebral görüş sağlamasına rağmen, derin lokalizasyonlu oluşumlarda karotisin aşırı ekartasyonuna gerek duyulur (11). Cerrahi uygulanırken anterior-posterior servikal yaklaşım tercih edildi. Posterior servikal alan ve aksesuar sinir disseke edildiğinden prevertebral alanın ön komşuluğundaki önemli anatomik oluşumlar görüldü ve güvenli bir şekilde, trapez kasın posterior oblik lifleri arasından derin servikal alana ulaşılarak kitle tam olarak çıkarıldı. Görüş alanı içinde brakial pleksus, frenik sinir, karotis kılıfı ve prevertebral sahanın bulunması kullanılan tekniğin avantajıdır. Ancak bu yöntem ile vertebra cismine ulaşım yetersizdir. Daha geniş, vertebra cisminin de tutulduğu lezyonların eksizyonunda klasik antero-lateral yaklaşım uygulanmalıdır (10).

Lipomalar kapsüllü yapılarından dolayı özellikle yüzeysel yerleşim gösterdikleri vakalarda kolaylıkla eksize edilebilirler. Bu tür olgularda rekürrens oranı %5'in altındadır (2,10). Larenks, farenks ve derin boyun yerleşimli olgularda ise lezyonun bütün olarak çıkarılması zorluk gösterebilir ve bu olgularda rekürrens oranı artar. Derin yerleşimli olan veya çevre dokulara infiltrasyon gösteren olgularda rekürrens oranı artmakta ve %62,5'lara kadar çıkabilmektedir (13). Olgumuzda lezyon basit lipoma olarak raporlandı ve postoperatif ikinci yılında nüks izlenmedi.

Sonuç olarak; baş boyun bölgesinde fonksiyonel ve kozmetik nedenlerle tespit edilebilen yüzeysel yerleşimli lipomalar yanında bu lezyonlar; derin boyun, farenks, larenks gibi ayrıntılı inceleme gerektiren lokalizasyonlarda da bulunabilir. Derin boyun yerleşimli olanlarda palpabl bir kitle tespit edilemeyebilir ve bu lokalizasyondaki lipomalar çevre dokulara bası nedeniyle baş ve boyun ağrısına neden olabilirler. Uygun cerrahi yaklaşım ile lezyonun total eksizyonu mümkündür.

3. Yılmaz YF, Titiz A, Sahin C, Tezer MS, Ünal A. [Posterior cervical giant lipoma: case report].KBB BCC Dergisi 2006;14:87-89.
4. Fletcher CD, Martin-Bates E. Intramuscular and intermuscular lipoma: neglected diagnoses. Histopathology 1988;12:275-287.

5. Davis WL, Smoker WR, Harnsberger HR. The normal and diseased infrahyoid retropharyngeal, danger, and prevertebral spaces. *Semin ultrasound CT MR* 1991;12:241-256.
6. Parker GD, Harnsberger HR, Smoker WR. The anterior and posterior servical spaces. *Semin ultrasound CT MR* 1991; 12:257-273.
7. Kakani RS, Bahadur S, Kumar S, Tandon DA. Parapharyngeal lipoma. *J Laryngol Otol* 1992; 106:279-281
8. Sreekantaiah C, Karakousis CP, Leong SP, Sandberg AA. Cytogenetic findings in liposarcoma correlate with histopathologic subtypes. *Cancer* 1992; 69(10):2484-2495.
9. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma. Case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1993;28: 266-268.
10. Som PM, Scherl MP, Rao VM, Biller HF. Rare presentations of ordinary lipomas of the head and neck: a review. *AJNR Am J Neuroradiol* 1986; 7:657-664.
11. Aslan G, Hamzaoglu A. Forestier's disease and dysphagia. *KBB -forum* 2007; 6:33-36.
12. Akhtar S, O'Flynn PE, Kelly A, Valentine PM. The management of dysphasia in skeletal hyperostosis. *J Laryngol Otol* 2000; 114:154-157.
13. Lerosey Y, Choussy O, Gruyer X, François A, Marie JP, Dehesdin D, Andrieu-Guitrancourt J. Infiltrating lipoma of the head and neck: a report of one pediatric case. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 47:91-95.

Kabul Tarihi: 11.09.2009