

BOYUN POSTERİORUNDA SOSYAL VE SAĞLIK SORUNLARINA YOL AÇAN DEV LİPOM

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 09.09.2015

Kabul: 26.11.2015

Yayın: 26.11.2015

Mehmet Yaşar¹, Pelin Demirtürk², Orhan Görgülü², Osman Kürşat Arıkan², İbrahim Özcan¹

¹ Kayseri ve Eğitim Araştırma Hastanesi

² Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

BOYUN POSTERİORUNDA SOSYAL VE SAĞLIK SORUNLARINA YOL AÇAN DEV LİPOM

Lipomlar benign kapsüllü mezenkimal orijinli adipoz dokudan kaynaklanan tümörlerdir. Baş boyun bölgesinde vücudun diğer bölgeleri kadar sık görülmezler. Tedavisinde total cerrahi eksizyon, liposuction ve lokal steroid enjeksiyonu bildirilmiştir. Hastamız boynunda dev lipomu olup, sosyal ve sağlık problemleri yaşamaktaydı. Bu olgu sunumundaki amacımız literatürü gözden geçirerek lipomların yerleşim yerlerini, histopatolojik özelliklerini ve tedavisini vurgulamaktır.

Anahtar kelimeler: Lipom, Baş-boyun neoplazmları, Cerrahi tedavi

Abstract

GIANT LIPOMA AT POSTERIOR NECK CAUSING SOCIAL PROBLEMS AND HEALTH ISSUES

Lipomas are benign, encapsulated tumors arising from mesenchymal-derived adipose tissue. These tumors aren't seen at head and neck region as frequent as other regions. Total surgical excision, liposuction and local steroid injection are reported in the treatment of lipoma. Our case experienced social problems and health issues due to a giant lipoma at neck. Here, we aimed to emphasize localization, histopathological features and treatment of lipomas by reviewing literature.

Keywords: Lipoma, Head and neck neoplasms, Surgical treatment

Giriş

Lipomlar benign kapsüllü mezenkimal orijinli adipoz dokudan kaynaklanan tümörlerdir [1]. Klinikte yavaş büyüyen asemptomatik kitle olarak rastlanırlar [2]. Lipomlar baş boyun bölgesinde vücudun diğer bölgeleri kadar sık görülmezler [1]. Yerleşim yerlerine bakılacak olursa % 50 uyluk bölgesinde, % 20 omuzda, % 20 göğüs duvarında, %10 diğer lokalizasyonlarda görülür [3]. 10 cm üzeri ve 1 kilogramdan ağır olanlarına dev lipom denilmiştir. Tedavisinde total cerrahi eksizyon, liposuction ve lokal steroid enjeksiyonu bildirilmiştir [2]. Literatürde baş-boyun bölgesinde az sayıdadır. Hastamız boynunda dev lipomu olup, sosyal ve sağlık problemleri yaşamaktaydı. Bu olgu sunumundaki amacımız literatürü gözden geçirerek lipomların yerleşim yerleri, histopatolojik özelliklerini ve tedavisini vurgulamaktır.

Olgu Sunumu

69 yaşında erkek hasta 6 yıldır enseden boyun ön kısmına uzanan dev kitleyle başvurdu. Boynundan koluna doğru yayılan hafif bir ağrı, gömleğinin yakasını ilikleyememe, bölgenin traşında zorlanma ve kitlenin bası etkisiyle uyumakta zorlanma gibi şikayetlerle başvurdu. Ayrıca günlük yaşamında boyun hareketlerinde de zorlandığı tespit edildi. Yapılan boyun ultrasonografisinde büyüklüğü yaklaşık 10x5x8 cm ve 7x5x6 cm ebatlı bilobule yumuşak kıvamlı hiperekoik lipomla uyumlu olarak rapor edilen bir kitleydi. İnce iğne biyopsisiyle yapılan sitolojik

incelemede matür adipositler içeren lipomla uyumlu tümör olarak rapor edildi. Boynun posteriorundan anteriora doğru uzanan kozmetik deformiteye yol açan bir kitleydi (Şekil 1). Ayrıca dev kitlenin ciltteki ekspansil etkisiyle cilt üzerinde beslenme bozukluğuna bağlı olduğu düşünülen hiperemik alanlar mevcuttu (Şekil 2).



Şekil 1 : Preoperatif olarak boyunda dev lipomun görünümü



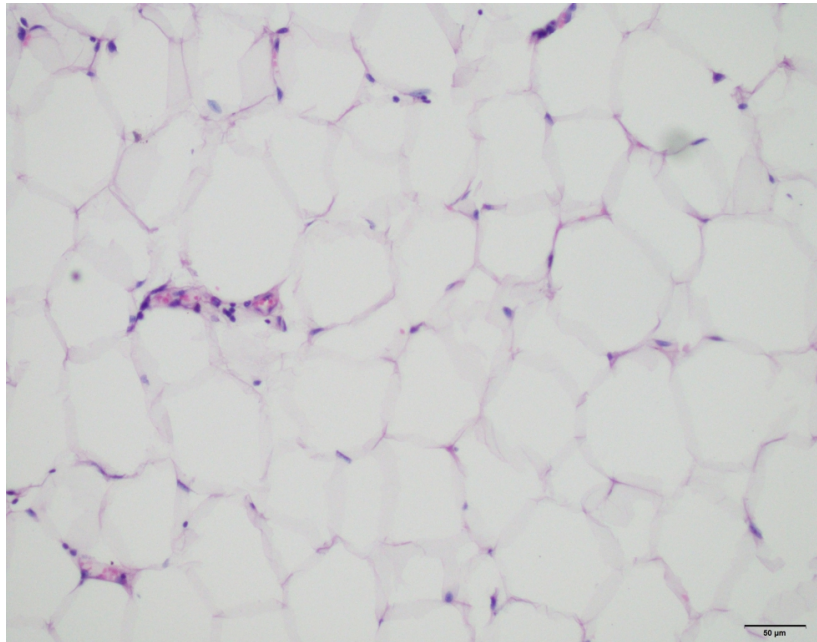
Şekil 2 : Dev lipomun ciltte oluşturduğu ekspansiyona bağlı hiperemik alanlar

Hastaya genel anestezi altında entübe edildikten sonra prone pozisyonunda müdahale edildi. Boyun cildine “j” şeklinde yapılan 14 cm’lik insizyonla kitleye ulaşıldı (Şekil 3).



Şekil 3 : İntraoperatif olarak lipomun görünümü

Keskin ve künt diseksiyonlarla nukal bölge ve klavikula üstünden kitle total olarak çıkarıldı. Kitle etkisiyle ekspansive olmuş ciltten de ölü boşluğu azaltmak için bir miktar eksizyon yapıldı. Kanama kontrolü yapıp hemovak dren yerleştirilerek ameliyata son verildi. Kitle yaklaşık 1000 gr ağırlığında ve tamamı 15x10x12 cm idi. Postop patolojisi lipom olarak raporlandı (Şekil 4). Hastaya yapılan 2 yıllık takipte nüks izlenmedi (Şekil 5). Hastanın kitle etkisiyle oluşan Sosyal ve sağlık problemlerinin kaybolduğu görüldü.



Şekil 4 : Matür adipositlerden oluşan lipomun histopatolojik görünümü (H&Ex200)



Şekil 5 : Postoperatif olarak boyunun görünümü

Tartışma

Lipomlar çok yaygın olarak görülen mezenkimal kaynaklı yumuşak doku tümörleridir. Lipomların yalnızca %25'i baş ve boyun bölgesinde görülmektedir [4]. Bunlarında büyük çoğunluğu boyun posteriorunda bulunmaktadır [5]. Satyajeet ve arkadaşları boyun posteriorunda 22 cm x 12 cm'lik ciltte ülser yapmış olan dev lipomu tarif ettiler [1]. Nadiren anterior boyunda, infratemporal fossada, oral kavitede [6-7], larenkste[8-9], tonsiller bölgede[10], parotis lojunda[11], hypofarenkste [12] nasofarenkste [13]ve retrofarengeal boşlukta vakalar bildirilmiştir [14]. Bizim vakamızın farklı olan yönü boyunda hem posterior hem de anterior yerleşimli ve bilobule bir lipom olmasıydı.

WHO'nun yaptığı sınıflandırmaya göre lipomlar histolojik olarak konvansiyonel lipom, fibrolipom, anjiolipom, spindle hücreli pleomorfik lipom, miksolipom, kondroid lipom, osteolipom ve myolipom olarak ayrılır [15]. Bizim vakamızda konvansiyonel lipom olarak rapor edildi. Lipomlara daha çok 50-60 yaşlar arasında rastlanmaktadır. Literatürde bazı lipomlar 20 cm'den büyük ve 5 kilo civarında bildirilmiştir [2]. Bizim vakamızda da 10 cm ve 1 kiloya yakın idi.

Ayırıcı tanıda hemanjiom, liposarkom, epidermoid kist ve malign fibröz histiositom gibi patolojiler düşünülmelidir. Ve ayırıcı tanı için ultrasonografi ve MR faydalı olabilmektedir. Cerrahi öncesinde ince iğne biyopsi yapıp malign lezyonlardan ayırımı önemlidir. Bizde ayırıcı tanı için hastamızı boyun ultrasonografisi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi ile değerlendirdik ve lipomla uyumlu olabileceğini düşündük . Postoperatif olarak patoloji raporunda lipomla uyumlu gelmiştir. Komplikasyonlar arasında bası ve kitlenin genişlemesine bağlı ciltte ülserasyon bildirilmiştir. Bizim vakamızda cilt üzerinde hiperemik alanlar mevcuttu.

Sonuç olarak lipomlar çok yavaş büyüyen benign kitlelerdir. Baş boyun bölgesinde az görülürler. Tedavileri cerrahi olarak kitlenin tamamının çıkarılmasıdır. Dev lipomlar hastada kozmetik ve fonksiyonel kısıtlılığa yol açabilmektedir. Boyundaki lipomlar boyunda hareket kısıtlılığı yapabilir. Bizim hastamızda da hem kozmetik kusur hem boyun hareketlerinde zorlanma vardı. Ayrıca gömlek yakasını ilikleyememe ve traş olurken zorlanma, uyrken kitlenin bası etkisiyle zorlanma gibi sosyal problemlerde vardı.

Lipomların tedavisinde genellikle cerrahi eksizyon olmak üzere, liposuction, steroid enjeksiyonu gibi yöntemler kullanılabilir. Postoperatif dönemde çıkarılan kitlenin büyüklüğü ve oluşan ölü boşluktan dolayı dev lipomlarda seroma, flebte nekroz, hematoma olabilmektedir. Ayrıca ölü boşluğu azaltmak için kitlenin ekspansil etkisiyle fazla gelen cilt sütürasyondan önce bir miktar cilt eksizyonu gerekmektedir. Bu nedenle negatif basınçlı drenler ve iyi pansuman takibi gerekmektedir. Bizde hastamızda kitle eksizyonu sonrası fazla ciltten bir miktar eksize ettik ve vakumlu drenle pansuman takibi yaptık ve herhangi bir komplikasyon gelişmedi. 2 yıllık takibinde nüks izlenmedi.

Kaynaklar

1. Casani AP, Marchetti M, Dallan I, Cagno MC, Berretini S. Liposarcoma of the cervico-nuchal region. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;633:641
2. Yakubu AA, Edino ST, Mohammed AZ, Sheshe AA, Alhassan SU. Giant and complicated subcutaneous lipoma of the neck. *West Afr J Med* 2008;27: 44-6
3. Piatelli A, Fioroni M, Rubini C. Intramuscular lipoma of the cheek: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 817-819
4. Kransdorf MJ. Benign soft tissue tumors in a large referral population: distribution of specific diagnoses by age, sex and location. *ARJ Am J Roentgenol* 1995;164:395-402
5. 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: 346-348
6. Abdullah BJ, Liam CK, Kaur H, Mathew KM. Parapharyngeal space lipoma causing sleep apnoea. *Br J Radiol* 1997;70: 1063-1065
7. Ghandour K, Issa M. Lipoma of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:59-60
8. Yoskovitch A, Cambronero E, Said S, Whiteman M, Goodwin WJ. Giant lipoma of the larynx : a case report and literature review. *Ear Nose Throat J* 1999;78: 122-125
9. Cauchois R, Laccourreye O, Rotenberg M, Carnot F, Menard M, Brasnu D. Intrinsic infiltrating intramuscular laryngeal lipoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;112:777-779
10. Benson-Mitchell R, Tolley N, Croft CB, Roberts D. Lipoma of the left tonsillar fossa. *J Laryngol Otol* 1994;108:507-508
11. Fasig JH, Robinson RA, McCulloch TM, Fletcher MS, Miller CK. Spindle cell lipoma of the parotid: fine-needle aspiration and histologic findings. *Arch Pathol Lab Med* 2001;125:820-821
12. Eckel HE, Jungehulsing M. Lipoma of the hypopharynx: pre-operative diagnosis and transoral resection. *J Laryngol Otol* 1994;108:174-177
13. Chaudhry S, Sirpal YM. Lipoma: a rare tumour of nasopharynx. *Indian J Cancer* 1997;34:177-178
14. Yoshihara T, Kawano K, Mita N. Retropharyngeal lipoma causing severe dysphagia and dyspnea. *J Otolaryngol* 1998;27: 363-366
15. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F: Adipocytic tumors. In: Pathology and genetics: tumours of soft tissue and bone. World Health Organization classification of tumours. Lyon, France: IARC Press: 2002:9-46

Sunum

Bu çalışma 35. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresinde Poster olarak sunulmuştur