

PAROTİS BEZİNİN LİPOMU

LIPOMA OF THE PAROTID GLAND

Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 05.02.2023

Kabul: 06.07.2023

Yayın: 06.07.2023

Elif Aydoğan¹, Nurullah Türe¹

¹ Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Lipom, vücutta en sık teşhis edilen yumuşak doku tümörüdür. Parotis bezinden köken alan lipomlar nadir izlenmektedir. Parotis yerleşimli lipomlar genellikle asemptomatiktir. En sık şikâyet, parotis bezinde izlenen ağrısız şişliktir. Görüntüleme sıklıkla, tümörün yerini değerlendirmek ve doğru cerrahi yaklaşımı uygulabilmek için ultrasonografi ve manyetik rezonans tercih edilmektedir. Bu çalışmamızda, parotis bezinden köken alan lipom olgusunun klinik, radyolojik ve cerrahi özelliklerinin literatür ışığında sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Lipom, Parotis Fasyal sinir paralizisi

Abstract

The lipoma was the most commonly diagnosed soft tissue tumor in the body. The lipomas originating from the parotid gland were rare. Parotid lipomas were usually asymptomatic. The most common complaint was painless swelling of the parotid gland. Ultrasonography and magnetic resonance imaging are often preferred to evaluate the location of the tumor and to decide on the appropriate surgical approach. In this study, we aimed to present the clinical, radiologic and surgical features of a case of lipoma originating from the parotid gland in the light of the literature.

Keywords: Lipoma, Parotid facial nerve paralysis

Giriş

Lipomlar, vücudun herhangi bir bölgesinde izlenebilen, yağ kökenli en sık karşılaşılan benign mezenkimal tümörlerdendir [1]. Lipomların yaklaşık %15'i baş ve boyun bölgesinde görülür [2]. Parotis bezinden köken alan lipomlar ise çok nadirdir [3]. Literatürde parotis kaynaklı lipom insidansı %0,6 ile %4,4 arasında bildirilmiştir [4]. Parotis lipomunun görülme sıklığı erkeklerde beş kat daha fazladır [3] ve genellikle yaşamın 5 ve 6. dekatlarında izlenmektedir [1]. Parotis bezinden köken alan lipom yavaş büyüyen, asemptomatik, mobil ve yumuşak bir kitle olup genellikle yüzeysel yerleşimlidir [5]. Preoperatif görüntüleme, lezyonların natürünü ve yerini doğru bir şekilde teşhis etmede çok önemli bir role sahiptir [5]. Görüntüleme yöntemlerinden ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme [MRG] lezyonun malign potansiyeli ve cerrahi yaklaşıma yardımcı olan lezyonun kesin yerleşimi hakkında değerli bilgiler vermektedir [6]. Bu tümörlerin cerrahi eksizyonundaki zorluk, lipomların fasyal sinir ile yakın komşuluğudur. Dikkatli özen gösterilmediği takdirde, fasyal sinirde zedelenme meydana gelebilir [1]. Bu nedenle fasyal sinire yakınlığı göz önünde bulundurularak cerrahi öncesi planlama çok önemlidir. Çalışmamızın amacı, süperfisyel parotis bezi yerleşimli lipom olgusunun tanı, görüntüleme ve cerrahi yönetimini literatür ışığında tartışmaktır.

Olgu Sunumu

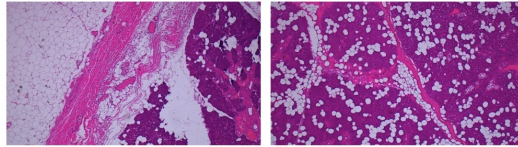
38 yaşında erkek hasta sağ kulak altında şişlik nedeniyle Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurdu. Şişliğin 2 yıldır devam ettiği ancak son zamanlarda büyüdüğünü belirtti. Şişlik bölgesinde ağrı, hassasiyet izlenmedi. Şişlik yaklaşık 3 cm çapında, mobil, çevre dokuya yapışık olmayan, ağrısız kitle olarak palpe edildi. Hastanın diğer kulak burun boğaz muayeneleri doğal olarak izlendi. Yapılan endoskopik muayenede, nazofarinks ve endolaringeal yapılarda ek patoloji izlenmedi. Fasyal sinir fonksiyonları doğal olarak izlendi. Hastaya yapılan boyun

ultrasonografik incelemede; sağ parotis tükürük bezi yerleşimli, parotis dokusu içerisinde cilt altına doğru büyüme paterni gösteren, yaklaşık 3 cm çapında, doppler incelemede çevresinde vaskülarizasyon artışı bulunan hipoeoik, lipomla uyumlu kitle görünümü izlendi. Kitlenin parotis dokusu ile ilişkisini daha iyi anlayabilmek için çekilen manyetik rezonans görüntüleme, sağ parotis gland içerisinde 30x20x17 mm ebatlı lobüle konturlu T1 ve T2 hiperintens, yağ baskılı sekanslarda baskılanan ve kontrastlı serilerde anlamlı bir kontrast tutulumu göstermeyen, lipomla uyumlu kitle izlendi. Hastaya bu bulgularla, süperfisyal parotidektomi yapıldı.



Şekil 1 : Sağ süperfisyal parotidektomi sonrası fasiyal sinirin marjinal dalı (Ok işareti () Marjinal dalın seyrini gösteriyor)

Postoperatif patoloji sonucu lipom olarak raporlandı.



Şekil 2 : Parotis bezinden keskin sınırla ayrılan kapsüllü matur adipositlerden oluşan, S100+ ile boyanan lipomatöz hiperplazi

Hastanın postoperatif fasiyal sinir fonksiyonları doğal olarak izlendi. Postoperatif 8. ayında takip edilen hastada komplikasyon izlenmedi.

Tartışma

Lipom, adipoz dokudan köken alan vücudun herhangi bir bölgesinde izlenebilen benign bir mezenkimal tümördür. Baş ve boyun bölgesinde izlenen lipom, tüm lipom olgularının yaklaşık %15'idir [5]. Vücudun en büyük tükürük bezi olan parotis yerleşimli lipomlar nadirdir ve insidansı %0,6 ile %4,4 arasındadır [4]. Etiyolojide, obezite, diyabet, radyasyon, endokrin bozukluklar, kortikosteroid tedavisi ve travma suçlanmaktadır [5]. Bizim olgumuzda lipom etiyojisine yönelik ek bir patoloji izlenmedi.

Baş ve boyun bölgesinde izlenen lipomlar genellikle ağrısız, yuvarlak, hareketli kitlelerdir ve palpasyonda karakteristik yumuşak, hamur kıvamında izlenmektedir [7]. Sıklıkla hastalarda kozmetik rahatsızlığın dışında ek şikâyet izlenmemektedir [6]. Olgumuz, boynun sağındaki şişliğin 2 yıldır olduğu, son zamanlarda büyüdüğünü ve şişliğin kendisini rahatsız ettiğini belirtti. Parotis yerleşimli benign mezenkimal tümörü olan lipomlar sıklıkla yüzeysel lobda izlenir ve çok nadiren derin lobdan köken almaktadır [4]. Lezyonların yaklaşık %75'i yüzeysel lobda, %6.5'i derin lobda bulunur; %16.5 derin ve yüzeysel lob birlikteliği izlenmektedir [2]. Yüzeysel yerleşimli süperfisyel subkutan lipomların çoğunda yalnızca klinik muayene yeterli olurken, çok büyük ve derine yerleşmiş veya infiltrate edici lipomlar ileri değerlendirme ve teşhisi için görüntüleme gerektirmektedir [7]. Parotis yerleşimli lipomlar, sıklıkla Warthin tümörü veya pleomorfik adenom ile karıştırılmaktadır [8]. Ultrasonografi, ince iğne aspirasyon sitolojisi [İİAS], manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi [BT] kullanımını içeren ameliyat öncesi değerlendirme teknikleri, bu tümörlerin daha doğru bir şekilde değerlendirilmesini ve cerrahi yönetimine akılcı bir yaklaşımı sağlamıştır [2]. Lipomlar USG'de, yuvarlak şekilli ila oval şekilli, iyi sınırlı, hiperekoik bir kitle olarak görünür [9]. Ancak, derin lob lipomları USG'de genellikle görülmez [9]. MRG, yumuşak doku neoplazmalarını görüntülemek için tercih edilen bir yöntemdir, en iyi yumuşak doku tanımını sağlar ve genellikle çevreleyen yağ dokusundan tümör kapsülünün görselleştirilmesine izin verir [8]. Lipomlar, T1 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal, T2 ağırlıklı görüntülerde düşük sinyal gösterir ve yağ baskılanmış T1 ağırlıklı MRG sekanslarında adiposit kökenli tümörler olarak teşhis edilebilir [8]. MRG, T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerdeki karakteristik sinyal yoğunluğu nedeniyle günümüzde parotis lipomları için ana görüntüleme incelemesi olarak kabul edilmektedir [1]. MRG ayrıca şüpheli malignitede ve ek olarak fasiyal sinir ile ilişkileri değerlendirmek için tercih edilir [9]. Özellikle USG ve MRG, preoperatif tanıda yüksek doğruluk sağlayarak cerrahi yaklaşıma yardımcı olur, ayrıca lezyonun malign potansiyeli hakkında bilgiler verir [6]. Bizde olgumuzda USG ve MRG görüntüleme tekniklerini kullanarak, cerrahi yönetimimizi optimize etmede fayda sağladı. Literatürde bu tür lezyonlarda yeni bir görüntüleme sekansı önerilmektedir. MRG görüntülemesinde, 'yankı asimetrisi ve en küçük kareler tahmini ile su ve yağın yinelenmeli ayrışımı' (IDEAL) teknolojisi kullanılması önerilmektedir. IDEAL teknik, yağ protonu ve su proton sinyallerini ayırtmak için kimyasal taşıma veya rezonans frekans değişikliklerini kullanarak ve bu iki bileşenin ayrı ayrı iki farklı görüntüsünü oluşturarak ayırıcı tanıda değerli bilgiler sağlayabilir [9]. Bizim olgumuzda bu görüntüleme sekansı kullanılmadı. Lipom, BT'de hiperdens, homojen ve iyi kapsüllenmiş hipodens bir kitle olarak görülmektedir [10]. BT'nin, hastayı iyonize radyasyona maruz bırakması yöntemin dezavantajıdır [8]. Biz olgumuzda BT görüntüleme tekniğini kullanmayı tercih etmedik.

İnce iğne aspirasyon biyopsisi [İİAB], tükürük bezi tümörlerinde hala önemli bir yanlış negatif orana sahiptir ve parotis lipomlarının teşhisinde güvenilir görünmemektedir. Ayrıca İİAB sonrası fasiyal sinir dalları ile lipom kapsülü arasında fibrozis veya adezyon oluşması cerrahi için bir zorluk oluşturmaktadır [1]. Parotis lipom teşhisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, parotis lipomu olan 11 hastaya BT, MRG ve ayrıca İİAB uygulanmış ve özgüllükleri sırasıyla %100, %100 ve %25 olarak izlenmiştir. Hem BT hem de MRG, tedavi planlamasını kolaylaştırmak ve postoperatif komplikasyonlardan kaçınmak için tümörün boyutu, yeri ve lezyon özellikleri hakkında yeterli bilgi sağladığı izlenmiştir. Fakat aynı çalışmadaki İİAB sonuçları dört hasta için lipom ve yedi hasta için non-diagnostik olarak raporlanmıştır. Sonuç olarak parotis lipomlarının doğru teşhisinde BT ve MRG taramaları İİAB sitolojisinden daha güvenli olarak gözükmektedir [11]. Biz olgumuzda özgüllüğünün düşük olmasından dolayı İİAB sitolojisini tercih etmedik.

Yapılan bir çalışmada parotis lipomların cerrahi eksizyonunun nedeni %83'ünün kozmetik rahatsızlık olduğu bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da hasta kozmetik nedenlerden ötürü ameliyatı kabul etti. Kozmetik kaygılar dışında, tümörün büyüklüğü kitlenin fasiyal sinirden ayrılmasını güçleştirerek postoperatif yüz felci riskini artırmaktadır [3]. Bundan ötürü, kitle çok büyümeden opere edilmesi uygundur. Olgumuz başvuru tarihinden itibaren ilk yirmi gün içinde opere edilmiştir.

Parotis bezi lipomlarının cerrahi tedavisinde farklı yöntemler tercih edilmektedir. Tercih yöntemini etkileyen faktörler arasında kitlenin büyüklüğü ve yerleşimi yer almaktadır. Kapsüllenmiş intra/paraparatois lipomları için enüleasyon veya eksizyon önerilmiştir. Bununla birlikte, fasiyal sinirin cerrahi sırasında zedelenme ihtimali

nedeni ile süperfisyel parotidektomi çoğu cerrah tarafından tercih edilmektedir [5]. Literatürde enüklasyon [4,10,12] ve süperfisyel parotidektomi [5,6,8,13,14,] tercih edildiği bildirilmiştir. Olgumuzda modifiye Blair insizyonu ile süperfisyel parotidektomi cerrahisini gerçekleştirdik. İnsizyon sonrası fasyal sinir ana trunkustan tanındı, kitlenin fasiyal sinirin marjinal dalı ile yakın ilişki halinde olduğu izlendi. Dikkatli diseksiyon yardımı ile kitle fasyal sinir korunarak çıkartıldı. Derin lob lipomlarında ise cerrahi tedavi, fasyal sinirin korunduğu total parotidektomidir [15]. Güvenliliği ve etkinliği ne olursa olsun, derin lob lipomlarının enükleasyon yoluyla total eksizyonu önerilmemektedir çünkü baş ve boyun bölgelerinin derinliklerine yerleşen lipomlar iyi diferansiye liposarkomlar olarak kabul edilmelidir [2]. Postoperatif en yaygın komplikasyonlar, fasyal sinir yaralanmalarından kaynaklanan fasyal paralizidir [2]. Ayrıca Frey sendromu, fasyal skar ve kontur asimetrisi izlenebilir [1]. Tekrarlayan hastalık çok nadirdir ve parotis bezi lipomlarının tedavisi için yeterli cerrahi eksizyon genellikle yeterli olmaktadır [6].

Kaynaklar

1. Paparo F, Massarelli M, Giuliani G. A rare case of parotid gland lipoma arising from the deep lobe of the parotid gland. *Ann Maxillofac Surg.* 2016;6(2):308-310. doi: 10.4103/2231-0746.200335. PMID: 28299278.
2. Rehal SS, Alibhai M, Perera E. Post-traumatic Lipoma of the Parotid gland. *J Surg Case Rep.* 2016(4):rjw041. doi: 10.1093/jscr/rjw041. PMID: 27106616.
3. Fakhry N, et al. Is surgical excision of lipomas arising from the parotid gland systematically required? *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012;269(7):1839-44. doi: 10.1007/s00405-011-1843-0. Epub 2011 Nov 25. PMID: 22116381.
4. Dispenza F, De Stefano A, Romano G, Mazzoni A. Post-traumatic lipoma of the parotid gland: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008 Apr;28(2):87-8. PMID: 18669074.
5. Tilaveridis I, Kalaitidou I, Pastelli N, Antoniadis K. Lipoma of Parotid Gland: Report of Two Cases. *J Maxillofac Oral Surg.* 2018;17(4):453-457. doi: 10.1007/s12663-018-1080-9. PMID: 30344387.
6. Dellaportas D, Mantzos DS, Theodosopoulos T, Paraskeva A, Vassiliou I. Parotid Gland Lipoma: An Unusual Entity. *Chirurgia (Bucur).* 2016;111(1):64-6. PMID: 26988542.
7. El-Monem MH, Gaafar AH, Magdy EA. Lipomas of the head and neck: presentation variability and diagnostic work-up. *J Laryngol Otol.* 2006;120(1):47-55. doi: 10.1017/S0022215105004597. Nov 25. PMID: 16359147.
8. Tong KN, Seltzer S, Castle JT. Lipoma of the Parotid Gland. *Head Neck Pathol.* 2020 Mar;14(1):220-223. doi: 10.1007/s12105-019-01023-3. PMID: 30888640.
9. Sharma V, Sharma R, Tiwari T, Goyal S. Role of IDEAL technique in diagnosing a rare parotid gland lipoma. *BMJ Case Rep.* 2022;15(2):e247382. doi: 10.1136/bcr-2021-247382. PMID: 35135803.
10. Kim DS, Kwon H, You G, Jung SN. Surgical treatment of a giant lipoma in the parotid gland. *J Craniofac Surg.* 2009;20(5):1601-2. doi: 10.1097/SCS.0b013e3181b1464e. PMID: 19816304.
11. Arslan IB, et al. Diagnostic dilemma of parotid lipomas: imaging versus fine needle aspiration cytology. *Bosn J Basic Med Sci.* 2014 3;14(4):250-3. doi: 10.17305/bjbms.2014.4.58. PMID: 25428679.
12. Wu CW, et al. Giant lipoma arising from deep lobe of the parotid gland. *World J Surg Oncol.* 2006;2;4:28. doi: 10.1186/1477-7819-4-28. PMID: 16740172.
13. Ryu JW, et al. Lipoma of the parotid gland. *J Korean Med Sci.* 1996;11(6):522-5. doi: 10.3346/jkms.1996.11.6.522. PMID: 9008102.
14. Baykul T, Aydın MA, Fındık Y, Yıldırım D. Huge lipoma of the right parotid gland: Case report and review of 42 cases. *Ear Nose Throat J.* 2016;95(1):E8-E13. doi: 10.1177/014556131609500103. PMID: 26829698.
15. Chakravarti A, et al. Lipoma of the deep lobe of parotid gland - a case report and review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;60(2):194-6. doi: 10.1007/s12070-008-0075-0. PMID: 23120540.

