

Dev Mediastinal Timolipoma

Giant Mediastinal Thymolipoma

Ali Çelik, Ertan Aydın, Nurettin Karaoğlanoğlu

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

ÖZET

Timolipoma, anterior mediasteninin nadir görülen lezyonudur ve tüm timus kaynaklı tümörlerin %2-9'unu oluşturur. Kırk beş yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bilgisayarlı akciğer tomografisinde, sol hemitoraksın tamamına yakını dolduran, anteriordan sağ mediastene uzanan, yağ doku dansitesinde kitlesel lezyon izlendi. Sol torakotomi ile kitle total olarak çıkarıldı. Patoloji sonucu timolipoma olarak raporlandı. Timolipoma nadir olarak dev boyutlara ulaşabilir ve nefes darlığı ile karşımıza çıkabilir. Cerrahi eksizyon ile kesin tanı ve tedavi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Timolipoma, cerrahi, mediasten

ABSTRACT

Thymolipoma is a rarely seen lesion of the anterior mediastinum and constitutes 2-9% of all thymic tumors. A 45 year old female patient was admitted to our clinic with a complaint of shortness of breath. A mass lesion with a fatty tissue density, pervading almost the entire left hemithorax extending anteriorly to the right mediastinum, was observed on the computed tomography of thorax. The mass was totally excised with a left thoracotomy. The pathologic examination was reported as thymolipoma. Thymolipoma may rarely reach a giant size and confronted with the shortness of breath. Definitive diagnosis and treatment are possible with surgical excision.

Keywords: Thymolipoma, surgery, mediastinum

GİRİŞ

Timolipoma, tüm timus kaynaklı tümörlerin %2-9'unu oluşturan, anterior mediasteninin nadir görülen hastalığıdır ve ilk defa 1916 yılında Lange tarafından tanımlanmıştır (1). Genellikle genç yaş grubunda görülen bu tümörler çoğunlukla asemptomatiktir. Lezyonlar dev boyutlara ulaştığında ise bası yaptığı organa göre nefes darlığı, öksürük, çarpıntı, hipotansiyon, takipne boyun venlerinde dolgunluk, alt ekstremitelerde ödem gibi semptomlara neden olabilir (2).

OLGU SUNUMU

Kırk beş yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Şikayeti efor ile artan hastanın, yapılan fizik muayenesinde solunum sesleri solda azalmıştı. Akciğer grafisinde sol hemitoraksın orta ve alt zonunu kaplayan, mediastende sağa kaymaya neden olan radyopak görünümlü lezyon izlendi

(Resim 1). Akciğer tomografisi, prevasküler alanda ve özellikle solda daha belirgin, her iki parakardiyak düzeyde, sol hemitoraks anterior kesiminin tamamını dolduran, yer yer hetorejen yapıda yağ dansitesinde lezyon, lipom? liposarkom? olarak raporlandı (Resim 2). Solunum fonksiyon testlerinde FEV₁:%58, FVC: %52 olarak saptandı. Eksplorasyonda 30x20x10 cm boyutlarında, dış yüzeyi yağlı ve damarlanması zengin kitlesel lezyon izlendi (Resim 3). Sol torakotomi ile total eksizyonu yapılan 2740 gr ağırlığındaki kitlenin patoloji sonucu timolipoma olarak raporlandı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta 5. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Timolipoma karakteristik olarak matür adipoz dokudan oluşan, yavaş büyüyen ve kapsüllü, hem mezodermal (yağ) hem de endodermal (timik epitel) kökenli tümördür. Timolipomanın timik komponenti timomadan farklı olarak mitoz ve atipi gös-

Alındığı tarih / Received date: 01.12.2010; Kabul tarihi / Accepted date: 17.07.2011

Yazışma adresi / Address for correspondence: Ali Çelik, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Keçiören, 06280 Ankara, Türkiye; E-posta: alicelik78@gmail.com

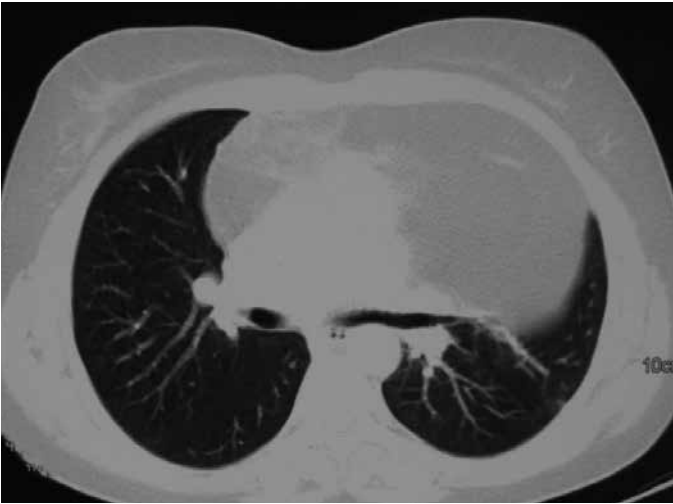
© Telif hakkı 2013 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) • © Copyright 2013 Turkish Respiratory Society (TRS)

Solunum 2013;15(2):120-122 • DOI: 10.5152/solunum.2013.022

Makalelerin tam metinlerine www.solunum.org.tr/dergi adresinden ulaşabilirsiniz. • Available online at www.solunum.org.tr/dergi



Resim 1. Ön-arka akciğer filminde sol hemitoraksın alt ve orta zonunu dolduran ve mediastinal yapılarda sağa kaymaya neden olan lezyon

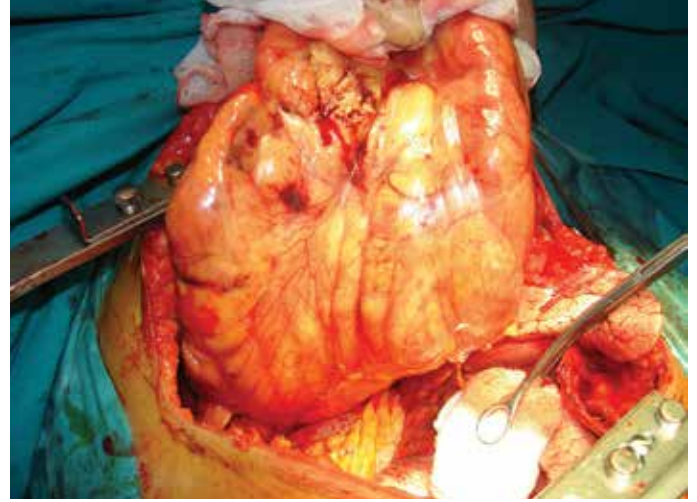


Resim 2. Toraks BT'de sol toraks kavitesinin anterior kısmının tamama yakınına dolduran, mediastenden karşı parakardiyak alana kadar uzanım gösteren 30x20x10 cm'lik lezyonun görünümü

termez, matür yağ dokusu timus dokusundan net bir şekilde ayrılabilir, etraf dokuları genellikle invaze etmez ve uzak metastaz gibi malign davranış göstermez.

Özellikle 3. ve 4. dekadlarda görülen bu tümörler, klinik olarak çoğunlukla asemptomatik seyrederek. Ancak nadiren dev boyutlara ulaşabilir ve semptomatik olabilirler. İleri yaş grubundaki hastalarda ise sıklıkla daha küçük boyutlarda ve Myastenia Gravis (MG) ile birlikte görülür. Timolipoma diğer timus tümörleri gibi paraneoplastik sendromlar ile birlikte olabilir. Timus hastalıklarına paraneoplastik sendrom olarak en sık eşlik eden MG, bu popülasyonunda %2,8-50 oranında görülebilir (3). Ayrıca aplastik anemi, hipogamaglobulinemi, Hodgkin's lenfoma, liken planus, sistemik lupus eritematosus gibi paraneoplastik sendromlar da timolipomaya eşlik edebilir.

Semptomlar genellikle kalp, büyük damarlar, akciğer ve bronş gibi intratorasik komşu organ ve yapılara olan basıdan kaynaklanır (4). Dispne, göğüs ağrısı, siyanoz, takipne en sık görülen semptomlardır. Kardiyak basıya bağlı boyun venlerinde



Resim 3. İntraoperatif görüntü; damarlanması zengin, kapsüllü, yağ dokusu görünümünde lezyon

distansiyon, alt ekstremitelerde ödem gibi yetmezlik bulguları olabilir ancak vakaların %30-50 kadarı asemptomatiktir (2).

Radyolojik olarak ön arka grafilerde çoğunlukla mediastende genişleme izlenir. Hastaların %40'ından fazlasında kardiyomegali ile uyumlu röntgen bulguları vardır (4). BT'de yağ dokusu dansitesinde, yer yer normal timik doku adacıklarını içeren lezyon, MRI'da T1 kesitlerde adipoz doku görünümünde isointens, T2 kesitlerde yüksek sinyal intensitesinde lezyonlar şeklinde görülür (5,6). Diğer önemli bir bulgu ise bir hemitoraksı doldurmuş tümörlerde diyafram elevasyonunu taklit eden görünümdür (7). Ayırıcı tanıda lipom, liposarkoma, teratom, kardiyomegali, perikardiyal yağ yastıkçığı, perikardiyal efüzyon, perikardiyal tümörler, konjenital diyafram hernileri düşünülmelidir. Tanı için lezyondan iğne biyopsisi yapmak çok anlamlı değildir. Tanıya yönelik radyolojik yöntemler çoğu zaman lezyon hakkında fikir verir ancak cerrahi rezeksiyon, hem kesin tanı hem de tedavi için gereklidir.

Tedavi, lezyonun komplet eksizyonudur. Özellikle MG'si olan hastalarda lezyon ile beraber timusun da çıkarılması önerilir. Prognoz çok iyi olduğundan bu hastalarda uzun dönem takiplere gerek yoktur. Torakotomi, sternotomi, VATS lezyona göre tercih edilecek cerrahi yöntemlerdir. Genellikle sternotomi en çok ihtiyaç duyulan insizyon şeklidir (4). Ancak bir hemitoraksın tamamına yakınına dolduran lezyonlarda, mediasten komponenti olsa da torakotomi tercih edilir. Biz de hastamızda torakotomi ile lezyonun tamamını çıkardık. Şayet torakotomi tek başına yetmezse, gerektiğinde insizyona sternotomi de eklenerek kitap kapağı insizyonu ile lezyonların çıkarılması düşünülür. Özellikle dev boyutlara ulaşmış lezyonların geniş torakotomi yapılmadan çıkarılması mümkün değildir. Bu nedenle video-yardımlı torakoskopik cerrahi çok tercih edilen bir yöntem değildir. Benzer şekilde düşük gradeli tümörler ve lipoma benzeri liposarkomda tümörün komplet çıkarılmaması durumunda veya plevral aralığa tümör hücreleri yayıldığında nüks olacağından VATS önerilmez (8). Video-yardımlı torakoskopik cerrahi, sadece küçük boyutlu lezyonlarda uygulanabilir. Timolipomalarda tam rezeksiyon sonrası nüks görülmez. Cerra-

hi sonrası, eşlik eden otoimmün hastalıklarla ilişkili semptomlar düzelebilir. Ancak bu konu ile ilgili farklı görüş bildiren yayınlar vardır. Reiker ve ark. (3) timolipomalı 9 hastanın 7'sinde MG olmasına rağmen cerrahi sonrası uygun tedavi ile ancak 1 hastada MG semptomlarında düzelme olduğunu bildirmişlerdir. Damadoglu ve ark. (4) ise inceledikleri 10 hastanın 5'inde MG olduğunu, bunlarında tamamının cerrahi sonrası MG semptomlarının düzeldiğini bildirmişlerdir.

SONUÇ

Timolipoma anterior mediasteninin seyrek görülen benign tümördür. Nadiren büyük boyutlara ulaşip akciğer kapasitesinde azalmaya ve solunum sıkıntısı gibi semptomlara neden olabilir. Timik tümörlere benzer şekilde paraneoplastik sendromlar hastalığa eşlik edebilir. İlişkili semptomlar cerrahi sonrası düzelebilir. Cerrahi kesin tanı ve tedavi için gereklidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları

Fikir - A.Ç., N.K.; Tasarım - A.Ç., N.K.; Denetleme - N.K.; Kaynaklar - A.Ç., E.A.; Malzemeler - A.Ç., E.A.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - A.Ç., E.A.; Analiz ve/veya yorum - A.Ç., E.A.; Literatür taraması - A.Ç., E.A.; Yazıyı yazan A.Ç., E.A.; - Eleştirel İnceleme - A.Ç., E.A.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions

Concept - A.Ç., N.K.; Design - A.Ç., N.K.; Supervision - N.K.; Funding - A.Ç., E.A.; Materials - A.Ç., E.A.; Data Collection and/or Processing - A.Ç., E.A.; Analysis and/or Interpretation - A.Ç., E.A.; Literature Review - A.Ç., E.A.; Writing - A.Ç., E.A.; Critical Review - A.Ç., E.A.

KAYNAKLAR

1. Mourad OM, Andrade FM, Abrahão P, Monnerat A, Judice LF. Asymptomatic giant mediastinal mass: a rare case of thymolipoma. *J Bras Pneumol* 2009; 35:1049-52. [\[CrossRef\]](#)
2. Lerro A, De Luca G. Giant thymolipoma causing cardiocompressive syndrome with chronic heart failure. *Ann Thorac Surg* 2009; 87: 644. [\[CrossRef\]](#)
3. Rieker RJ, Schirmacher P, Schnabel PA, Moser K, Hoffmann H, Diemann H, et al. Thymolipoma. A report of nine cases, with emphasis on its association with myasthenia gravis. *Surg Today* 2010; 40: 132-6. [\[CrossRef\]](#)
4. Damadoglu E, Salturk C, Takir HB, Ertugrul M, Yilmaz A, Atasalihi A, et al. Mediastinal thymolipoma: an analysis of 10 cases. *Respirology* 2007; 12: 924-7. [\[CrossRef\]](#)
5. Faerber EN, Balsara RK, Schidlow DV, Marmon LM, Zaeri N. Thymolipoma: computed tomographic appearances. *Pediatr Radiol* 1990; 20: 196-7. [\[CrossRef\]](#)
6. Shirkhoda A, Chasen MH, Eftekhari F, Goldman AM, Decaro LF. MR imaging of mediastinal thymolipoma. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 364-5. [\[CrossRef\]](#)
7. Rosado-de-Christenson ML, Pugatch RD, Moran CA, Galobardes J. Thymolipoma: analysis of 27 cases. *Radiology* 1994; 193: 121-6.
8. Ferrari G, Paci M, Sgarbi G. Thymolipoma of the anterior mediastinum: videothoroscopic removal using a bilateral approach. *Thorac Cardiovasc Surg* 2006; 54: 435-7. [\[CrossRef\]](#)