

Dev Servikal Lipom: Olgu Sunumu

Giant Cervical Lipoma: A Case Report

Muharrem Çakmak, Mehmet Nail Kandemir

Özet

Lipomlar matür yağ hücrelerinden oluşan, yumuşak, yavaş büyüyen, benign, ağrısız tümörlerdir. Tüm yaşlarda görünmekle birlikte genelde 40-60 yaş arasında görülürler. Fizik muayenede kolaylıkla saptanır ve genellikle tedavi gerektirmezler. Yağ dokusunun olduğu tüm vücut bölgelerine yerleşebilirler, ancak baş boyun bölgesinde nadirdirler. Baş, boyun bölgesi için en sık yerleşim yeri ise posterior servikal üçgendir. Grafide iyi sınırlı radyolüsent bir kitle, ultrasonografide iyi sınırlı, eliptik-oval şekilli, uzun aksları cilt yüzeyine paralel, ekojenik çizgiler içeren kitle şeklindedirler. Bilgisayarlı Tomografide ise dansitometrik ölçümleri, Hounsfield Unit skalasında eksi değerlerde saptanır. Lezyondaki atenüasyonun heterojen görünüm alması liposarkoma işaret edebilir. Yüzeysel, küçük, basit lipomlar nadiren çok büyük boyutlara ulaşır. Lezyonun, dev lipom olarak sınıflandırılması için minimum 10 cm genişliğinde veya 1 kg'ın üzerinde olması gereklidir. Literatürde, boyuna lokalize dev lipom olguları nadir bildirilmiştir. Çalışmamızda servikal bölgeye lokalize dev lipomu literatür eşliğinde sunduk.

Anahtar Sözcükler: Dev Lipom, servikal, cerrahi.

Abstract

Lipomas consisting of mature fat cells are soft, slow-growing, benign, indolent tumors. Despite appearing in all age groups, lipomas are usually seen in women between 40 and 60 years of age. Lipomas are easily detected by physical examination and often do not require treatment. Lipomas can settle in all parts of the body where there is fat, but they are rare in the head and neck region. The most common location in head and neck region is the posterior cervical triangle. Lipomas are in the form well-defined radiolucent mass on plain radiography. In addition, lipomas are well circumscribed, elliptical-oval, the long axis parallel to the skin surface, contains echogenic lines on ultrasound. In computed tomography, their densitometric measurements are determined, minus the value in the Hounsfield Unit scale. Heterogeneous appearance of the lesion is a sign of liposarcoma. Superficial small, simple lipomas are rarely reach very large sizes. In the literature, the neck localized giant lipoma has only rarely been reported. In our study, presented a giant lipoma localized to the cervical region along with literature.

Key words: Giant Lipoma, cervical, surgery.

Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Department of Thoracic Surgery, Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Diyarbakır, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 22.01.2015 **Kabul tarihi (Accepted):** 30.03.2015

İletişim (Correspondence): Muharrem Çakmak, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

e-mail: drcakmak@gmail.com



Lipomlar matür yağ hücrelerinden oluşan, yumuşak, yavaş büyüyen, benign, ağrısız, mobil, oval ya da yuvarlak şekilli yumuşak doku tümörlerdir. Lipomlar, tüm yaş gruplarında saptanmakla beraber genellikle 40-60 yaş aralığında görülürler. Fizik muayene ile kolaylıkla saptanır ve genellikle tedavi gerektirmezler (1,2). Yağ dokusunun bulunduğu tüm vücut bölgelerinde yerleşebilirler, ancak baş boyun bölgesinde nadirdirler, sıklıkla cilt altında yerleşim gösterirler. Literatürde baş, boyun bölgesi için en sık posterior servikal üçgen bildirilmiştir (3).

Lipomlar, direkt grafide iyi sınırlı radyolüsent bir kitle olarak izlenirler. Ultrasonografide iyi sınırlı, eliptik ya da oval şekilli, uzun aksları cilt yüzeyine paralel, ekojenik çizgiler içeren kitleler şeklinde karşımıza çıkarlar. Bilgisayarlı Tomografi (BT)'de dansitometrik incelemelerde Hounsfield Unit skalasında eksi değerlerde saptanırlar (4). Subkutan bir lipomu ince bir yumuşak doku kapsülü çevreleyebilir. Lezyon içinde homojen yağ dansitesi olmalıdır ve pek azında internal septa görülebilir. Büyük lezyonlar kan damarları içerebilirler. Lezyondaki atenüasyonun heterojen görünüm alması liposarkoma işaret edebilir (5). Yüzeysel, küçük, basit lipomalar eksize edilmedikleri takdirde uzun yıllar herhangi bir fonksiyonel probleme yol açmadan büyüme gösterebilmekte ve nadiren çok büyük boyutlara ulaşabilmektedirler. Lipomların dev olarak sınıflandırılmaları için minimum 10 cm genişliğinde veya 1 kg'ın üzerinde ağırlığa sahip olmaları gereklidir (6). Literatürlerde nadir de olsa, boyuna lokalize dev lipom olguları bildirilmiştir (7-10).

Burada, diğer anatomik lokalizasyonlarda sıkça görülmesine rağmen, yerleşimi itibari ile boyun sol lateralden posteriora uzanım gösteren, nadir gözlenen dev boyutlara ulaşmış bir lipom olgusunu sunduk.

OLGU

Kırk beş yaşında erkek hasta, boyun sol tarafında ağrısız kitle şikâyeti ile polikliniğimize müracaat etti. Yaklaşık 10 yıldır mevcut olan kitle son bir yılda hızlı büyüme göstermişti. Fizik muayenesinde boyun sol lateralinden posteriora uzanım gösteren 25x15 cm boyutlarında, üzerinde belirgin damarlanmaların olduğu, orta yumuşaklıkta kitle lezyonu tespit edildi (Şekil 1 ve 2). Hastadan laboratuvar tetkikleri, ultrasonografi, sol üst ekstremité doopler ve boyun-toraks tomografisi istendi. Laboratuvar sonuçlarında herhangi bir anormallik yoktu. Ultrasonografi sonucu belirgin vaskülarite artışının eşlik ettiği lipomatöz kitle (lipom?) olarak geldi. Üst ekstremité arteriyel-venöz doopler sonucu normaldi. Tomografide, kitlenin toraksla bağlantısının olmadığı ve servikal sol bölgeyi dolduran lipo-

matöz bir kitle olduğu tespit edildi. Dev lipom teşhisi konulan hastaya, 10 cm'lik lateral ve 5 cm'lik vertikal cilt insizyonları yapılarak, kitle total olarak eksize edildi (Şekil 3). İntraoperatif değerlendirilmede, lezyonun belirgin vasküler ve kanamalı olduğu görüldü. Sınırları tespit edilen kitle çevre dokulardan küt ve keskin diseksiyonlarla eksize edildi (Şekil 4 ve 5). Kitle 1.500 gram ağırlığındaydı. Postoperatif takiplerinde sorun olmayan hastanın patoloji sonucunu "Lipom" olarak raporlandı.



Şekil 1: Kitlenin lateral görünümü.

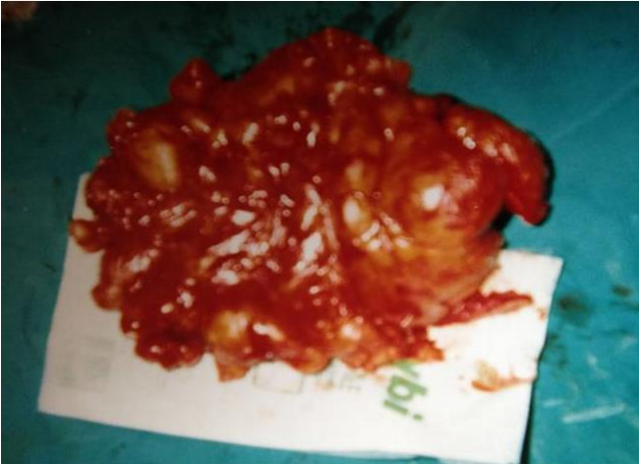


Şekil 2: Kitlenin anterior görünümü.

TARTIŞMA

Lipomlar tüm yaş gruplarında saptanmakla beraber genellikle 4. ve 5. dekatlarda görülen ve genellikle tedavi gerektirmeyen lezyonlardır (1,2). Hastamız, 45 yaşında

erkek hasta idi. Basit bir yağ birikiminden lipomları ayıran özellik, histolojik olarak fibroz bir kapsülle çevre bez dokusundan ayrılmasıdır. Bağ dokusu septaları matür yağ hücrelerini gruplara ayırır ve lobüler bir yapı ortaya çıkar. Bu septalar içinde kan damarları bulunabilir. Seyrek olarak inflamatuvar hücreler ve makrofajlar görülebilir. Makroskopik olarak iyi sınırlı, yuvarlak-oval, yumuşak-lastik kıvamında kitleler olup kesit yüzeyleri sarı renkli, yağlı, lobüler görünümlüdür (11). Hastamızdaki lezyonda, yaygın bir damarlanma mevcuttu. Muhtemelen damarlanmadaki artışa bağlı olarak son dönemlerde progresif bir büyüme meydana gelmiştir.

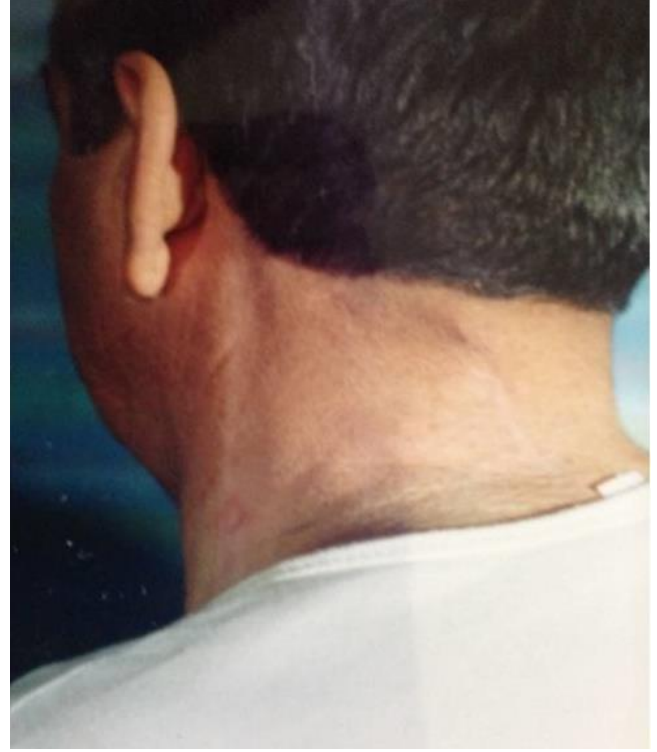


Şekil 3: Çıkarılan kitle lezyonu.

Lipomların etiopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, endokrin ve travmatik faktörler en çok kabul gören nedenlerdir. Genetik olarak özellikle 12'nci kromozom translokasyon ve delesyonu suçlanmaktadır. Subkutan dokudaki mezankimal öncü hücrelerin yağ hücrelerine dönüşümü sırasında travmaya sekonder yağ nekrozu ve lokal büyüme faktörlerinin salınımı suçlanan diğer faktörlerdir. Belirgin travma öyküsü olmayan olgularda kronik süreçli mikro travmaların lipom oluşumuna yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (12-14). Hastamızda, herhangi bir travma hikayesi olmamakla birlikte soy geçmişinde de bir özellik yoktu.

Benign lipomatöz lezyonlar histopatolojik özelliklerine göre klasik lipomlar, fibrolipom, anjiolipom, infiltratif lipom, pleomorfik lipom, intramüsküler lipom, hibernom, olarak sınıflandırılabilirler. Klasik lipomlar tek ya da multipl olabilir. Büyüklükleri yerleşim yerlerine göre değişkenlik gösterebilir. Yüzeysel, küçük, basit lipomalar eksize edilmedikleri takdirde uzun yıllar herhangi bir fonksiyonel probleme yol açmadan büyüme gösterebilmekte ve nadiren çok büyük boyutlara ulaşabilmektedirler. Lipomların dev olarak sınıflandırılmaları için minimum 10 cm genişliğinde veya 1 kg'ın üzerinde ağırlıkta olmaları gereklidir

(15,6). Hastamızdaki lipom, son bir yılda hızlı bir büyüme gösteren, 25x15 cm boyutlarında ve 1.500 gram ağırlığında idi.



Şekil 4: Ameliyat sonrası posterolateral görünüm.



Şekil 5: Ameliyat sonrası anterior görünüm.

Yağ dokusunun bulunduğu tüm vücut bölgelerinde lipomlar yerleşebilirler, ancak baş boyun bölgesinde nadirdirler ve sıklıkla cilt altında yerleşim gösterirler. Literatürde baş,

boyun bölgesi için en sık posterior servikal üçgen bildirilmiştir (3). Hastamızdaki lipom, boyun sol lateralinden, posteriora doğru uzanım gösteriyordu.

Tanıda, fizik muayene, USG, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) seçilen yöntemlerdir. Ultrasonografide lipomlar komprese edilebilir, iyi sınırlı, eliptik ya da oval şekilli, uzun aksları cilt yüzeyine paralel, ekojenik çizgiler içeren kitleler şeklinde karşımıza çıkarlar (4). Bilgisayarlı Tomografi (BT)'de yağın karakteristik atenüasyonu nedeni ile lipomları ayırt etmek genellikle kolaydır ve dansimetrik incelemelerde Hounsfield Unit skalasında eksi değerlerde saptanırlar. Subkutan bir lipomu ince bir yumuşak doku kapsülü çevreleyebilir. Lezyon içinde homojen yağ dansitesi olmalıdır ve pek azında internal septa görülebilir. Büyük lezyonlar kan damarları içerebilirler. Yağlı lezyondaki atenüasyonun heterojen görünüm alması liposarkoma işaret edebilir (5). Manyetik rezonans görüntüleme lipomlar T1 ağırlıklı (T1A) imajlarda parlak sinyal gösterirler ve T2 ya da yağ baskılı T2 ağırlıklı (T2A) fast spin eko sekanslarda artmış sinyal intensitesi göstermezler. T1 ve T2A imajlarda düşük sinyal intensitesinde septasyonlar görülebilir. Lipomlar paramagnetik kontrast maddenin enjeksiyonu sonrasında parlaklaşma göstermezler. Manyetik rezonans görüntüleme, parosteal lipomların cerrahi öncesi değerlendirilmesinde ve beraberindeki kas atrofisi ile sinir tutulumunu göstermede yararlıdır (16). Hastamızda lezyonun tanısı için fizik muayene ve ultrasonografi yeterli olmuştu. İlâveten, toraks ile ilişkisi ve vasküler yapıları değerlendirmek için boyun-toraks tomografisi ve üst ekstremité arteriyel-venöz doppler tetkikler yapıldı.

Temel tedavi şekli cerrahi eksizyondur. Total rezeksiyonu takiben genellikle rekürrens göstermezler. Biz de olgumuza total eksizyon uyguladık. Takiplerinde patoloji gelişmedi.

Sonuç olarak, servikal bölgede dev lipom literatürde nadir görülen bir durumdur. Bu tümöral oluşumların tanı ve tedavileri basit olmasına rağmen, lezyonun semptomatik olmaması nedeniyle tedavideki gecikme, daha büyük bir kitleye müdahale ve bu durumdan kaynaklanabilecek estetik kaygı ve fonksiyonel bozukluk gibi ek sorunlara yol açmaktadır. Böyle olgularda lezyonun total eksizyonu tedavide yeterlidir ve rekürrens sık karşılaşılan bir durum değildir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - M.Ç., M.N.K.; Tasarım ve Dizayn - M.Ç., M.N.K.; Denetleme - M.Ç., M.N.K.; Kaynaklar -; Malzemeler -; Veri Toplama ve/veya İşleme - M.Ç., M.N.K.; Analiz ve/veya Yorum - M.Ç.; Literatür Taraması - M.Ç.; Yazıyı Yazan - M.Ç.; Eleştirel İnceleme - M.Ç.

KAYNAKLAR

1. Salam GA. Lipoma excision. Am Fam Physician 2002; 65:901-4.
2. Takamori S, Miwa K, Hayashi A, Shirouzu K. Intramuscular lipoma in the chest wall. Eur J Cardiothorac Surg 2004; 26:1038. [\[CrossRef\]](#)
3. El-Monem MH, Gaafar AH, Magdy EA. Lipomas of the head and neck: presentation variability and diagnostic work-up. J Laryngol Otol 2006; 120:47-55. [\[CrossRef\]](#)
4. Belli P, Costantini M, Mirk P, Maresca G, Priolo F, Marano P. Role of color Doppler sonography in the assesment of musculoskeletal soft tissue masses. J Ultrasound Med 2000; 19:823-30.
5. Jenkins JPR. The soft tissues. In: Sutton D, Ed. Textbook of radiology and imaging. 7th ed. London: Churchill Livingstone; 2003:1417-49.
6. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. Am J Acad Dermatol 1993; 28:266-8. [\[CrossRef\]](#)
7. Copcu E, Sivrioğlu N. Posterior cervical giant lipomas. Plast Reconstr Surg 2005; 115:2156-7. [\[CrossRef\]](#)
8. Pino Rivero V, Triniad Ruiz G, Pardo Romeno G, González Palomino A, Pantoja Hernández CG, Marqués Rebollo L, et al. Cervical giant lipoma. Clinical report of a case and differential diagnosis. An Otorinolaryngol Ibero Am 2005; 32;345-51.
9. Silistreli OK, Durmus EU, Ulusal BG, Oztan Y, Gorgu M. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. Br J Plast Surg 2005; 58:394-8.
10. Yılmaz YF, Titiz A, Sahin C, Tezer MS, Unal A. Posterior cervical giant lipomas. KBB ve BBC Dergisi 2006; 14:87-9.
11. Mc Daniel RK. Benign mesenchymal neoplasm: neoplasm of adipose tissue: In: Gnepp EA, ed. Surgical pathology of the salivary glands. Philadelphia: WB. Saunders company; 1991: 503-5.
12. Turc-Carel C, Dal Cin P, Boghosian L, Leong SP, Sandberg AA. Breakpoints in benign lipoma may be at

- 12q13 or 12q14. *Cancer Genet Cytogenetic* 1988; 36:131–5. [\[CrossRef\]](#)
13. Copcu E, Sivrioglu NS. Posttraumatic lipoma: analsis of 10 cases and explanation of possible mechanisms. *Dermatol Surg* 2003; 29:215–20. [\[CrossRef\]](#)
14. Signorini M, Campiglio GL. Posttraumatic lipomas: where do really come from? *Plast Reconstr Surg* 1998; 101:699–705. [\[CrossRef\]](#)
15. Salvatore C, Antonio B, Del Vecchio W, Lanza A, Tartaro G, Giuseppe C. Giant infiltrating lipoma of the face: CT and MR imaging findings. *AJNR Am J Neuroradiol* 2003; 24:283–6.
16. Stoller DW, Johnston JD, Steinkirchner TM. Bone and soft-tissue tumors. In: Stoller DW, Ed. *Magnetic resonance imaging in orthopaedics & sports medicine*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996:1231-339.