

## Olgu Sunumu

# Perikallosal Körvilineer Lipom

Erhan ARSLAN<sup>1</sup>, Çiğdem HACİFAZLIOĞLU<sup>2</sup>, Cengiz GÖMLEKSİZ<sup>3</sup>,  
Gürkan GAZİOĞLU<sup>4</sup>, Uğur YAZAR<sup>4</sup>

<sup>1</sup> S.B. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Bölümü, Ankara

<sup>2</sup> S.B. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ankara

<sup>3</sup> Erzincan Üniversitesi, Nöroşirürji Bölümü, Erzincan

<sup>4</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Trabzon

İntrakraniyal lipomlar ender lezyonlardır. BT ve MRG'nin giderek yaygınlaşmasından dolayı nörolojik defisiti olmayan hastalarda insidental olarak tespit edilirler. İntrakraniyal lipomların yaklaşık % 30-50'si perikallosal bölge yerleşimlidir. Perikallosal lipomların yaklaşık % 50'sine korpus kallosum displazisi eşlik eder. Radyolojik olarak körvilineer ve tübülodüler olmak üzere iki subtipi mevcuttur. Biz bu makalede, korpus kallosum anomalisinin eşlik etmediği körvilineer subtipde perikallosal lipomlu bir hastayı klinik ve radyolojik bulgular ile sunmaktayız.

**Anahtar kelimeler:** Perikallosal lipom, körvilineer subtip, MRG

*J Nervous Sys Surgery 2014; 4(1):42-44*

## Pericallosal Curvilinear Lipoma

Intracranial lipomas are rarely seen lesions. They have become detectable incidentally in patients without any neurological deficits thanks to the widespread use of CT and MRI methods. About 30-50 % of the intracranial lipomas are located in the pericallosal region. Fifty per cent of pericallosal lipomas are associated with dysplasia of corpus callosum. There are 2 radiological subtypes as curvilinear and tubulonodular lipomas. We report the clinical and radiological findings of a patient with curvilinear type pericallosal lipoma without any corpus callosum anomaly.

**Key words:** Pericallosal lipoma, curvilinear subtype, MRI

*J Nervous Sys Surgery 2014; 4(1):42-44*

İntrakraniyal lipomlar tüm intrakraniyal tümörlerin % 1'inden daha azını oluşturan ender lezyonlardır<sup>(1,2)</sup>. İntrakraniyal lipomların yarısından fazlasında, çeşitli derecelerde eşlik eden özellikle orta hat anomalileri olan beyin malformasyonları da görülebilir<sup>(1)</sup>. En sık eşlik eden beyin anomalisi korpus kallosum agenezi veya disgenезisidir<sup>(1,2)</sup>. Bu makalede eşlik eden beyin anomalisi olmaksızın perikallosal körvilineer subtipde lipomlu erişkin bir olguyu klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde sunmaktayız.

**Alındığı tarih:** 16.10.2012

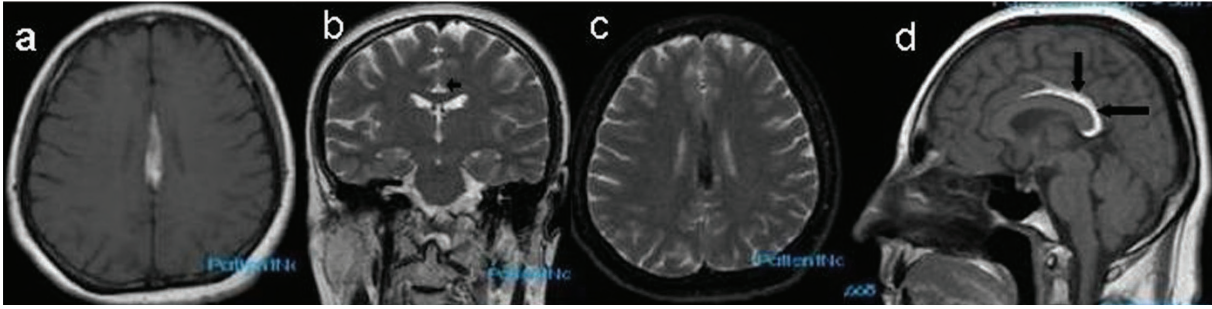
**Kabul tarihi:** 24.10.2013

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Erhan Arslan, Sanataryum C. No: 25, Keçiören /Ankara

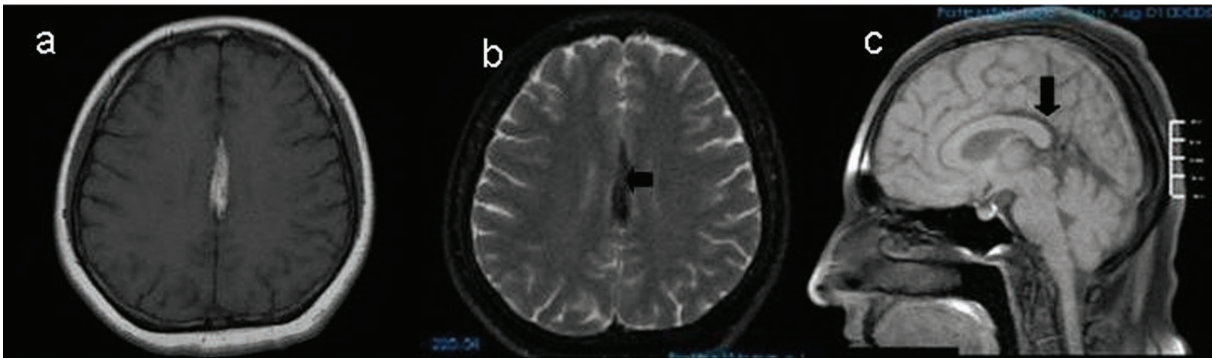
**e-mail:** arserhan@gmail.com

## OLGU SUNUMU

Kırk altı yaşında kadın hasta yaklaşık 10 yıldır mevcut olan aralıklı baş ağrısı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan nörolojik muayenesi intakttı. Hastanın kraniyal Magnetik Resonans Görüntülemesinde (MRG) T1A ve T2A sekanslarda hiperintens, yağ baskılı T1 ve T2 sekanslarda düşük sinyal yoğunluğunda perikallosal lipom izlendi. Korpus kallosum da dahil olmak üzere eşlik eden beyin anomalisine rastlanmadı (Resim 1a-d). Hasta ayaktan kontrol kraniyal MRG çektirmek üzere poliklinik takibine alındı. Hastanın 13 ay sonra çekilen kontrol kraniyal MRG'sinde perikallosal lipom



Resim 1. a) Aksiyal T1 ağırlıklı kranial MRG incelemesinde interhemisferik hiperintens lezyon; b) koronal T2 ağırlıklı MRG incelemesinde interhemisferik lokalizasyonlu hiperintens lezyon (siyah ok); c) aksiyal T2 ağırlıklı yağ baskılı MRG sekansında hipointens olarak lezyonun baskılandığı; d) sagittal T1 ağırlıklı yağ baskılı sekansda korpus kallosumun üzerinde hipointens lipomatöz lezyon (siyah oklar) görülmektedir.



Resim 2. a) Aksiyal T1 ağırlıklı kranial MRG incelemesinde hiperintens, etraf beyin dokusuna baskı yapmayan kitlesel lezyon; b) aksiyal T2 ağırlıklı yağ baskılı MRG sekans da hipointens interhemisferik lezyon (siyah ok); c) sagittal T1 A yağ baskılı MRG incelemesinde belirgin intensitesi baskılanmış, hipointens posterior perikallosal lokalizasyonlu lipom (siyah ok) görülmektedir. Korpus kallosum anomalisi de dahil ek beyin anomalisi izlenmemektedir.

boyutlarında değişiklik izlenmedi (Resim 2a-c). Hastada herhangi bir nörolojik defisit olmadığı ve kitlenin boyutunda artış olmadığı için cerrahi müdahale düşünülmüdü. Radyolojik olarak da tipik intrakraniyal lipom bulguları olduğundan dolayı lezyondan biyopsi alınmadı. Hastaya yıllık poliklinik kontrollerine gelmek üzere önerilerde bulunuldu.

## TARTIŞMA

İntrakraniyal lipomlar ender lezyonlardır ve tüm intrakraniyal tümörlerin yalnızca % 1'inden daha azını oluştururlar (2-4). İntrakraniyal lipomlar sıklıkla orta hat veya orta hatta yakın yerlerde, en sık olarak da perikallosal sistemada yerleşirler (2). İntrakraniyal lipomların diğer yerleşim yerleri; kuadrogeminal/süperior serebellar, suprasellar/interpedinküler, serebellopontin açığı ve silvian

sisternalardır (2,5,6). İntrakraniyal lipomlar ender olarak da serebral hemisfer yüzeylerinde yerleşebilirler (7). Bu lezyonların yarısından fazlasına özellikle orta hat anomalileri olmak üzere çeşitli beyin anomalileri eşlik eder (8). Korpus kallosum agenezisi veya disgenезisi en sık eşlik eden beyin anomalisidir (9). İntrakraniyal lipomlar genellikle perikallosal asemptomatik orta hat lezyonlarıdır. Semptomatik intrakraniyal lipomlar çok enderdir ve lipomun lokalizasyonuna göre semptomlar değişiklik gösterir. Sürekli baş ağrısı, konvülsiyonlar, psikomotor gerilik, kranial sinir defektleri olabilir (10). Olgumuzda sürekli olmayan baş ağrısı mevcut olup, nörolojik muayenesi intakttı. Kranial MRG'de perikallosal lipoma eşlik eden korpus kallosum anomalisi veya bir başka beyin anomalisi gözlenmedi. Hastanın perikallosal lipomu insidental olarak tespit edildi.

İntrakraniyal lipomların BT ve MRG bulguları karakteristiktir <sup>(2)</sup>. BT’de lipomlar kontrast tutmayan keskin sınırlı hipodens lezyonlardır. Kalsifikasyon sıklıkla interhemisferik lipomlarda gözlenir. Lipomların etrafındaki fibröz kapsül çoğunlukla kalsifiye olur <sup>(11)</sup>. Kalsifikasyon lipomun etrafına doğru uzanan eğrilerden oluşur. Veya lezyonun merkezinde nodüler şekildedir <sup>(2)</sup>. Yayınlanmış suprasellar/interpedinküler lipomların yaklaşık yarısında ossifikasyon bildirilmiştir <sup>(2,12,13)</sup>. Diğer lokalizasyonlarda kalsifikasyon daha ender görülür <sup>(12)</sup>. MRG’de T1-ağırlıklı sekanslarda ve T2- ağırlıklı sekanslarda hiperintens kitlelerdir <sup>(2,14)</sup>. Büyük lipomlar özellikle interhemisferik ve silvian fissürde lokalize olurlar ve kimyasal şift artefaktı gösterirler <sup>(2)</sup>. Yağ baskılı sekanslarda gri cevherle izointensdirler <sup>(11)</sup>. Perikallosal lipomla 2 subgruba ayrılırlar <sup>(2,5,15)</sup>. İlk grup, 2 cm’den daha küçük nodüler lezyonla karakterize olan tübülodümler tipidir. Tübülodümler lipomlar ağırlıklı olarak anterior ya da posterior lokalizasyondadır. Anterior subtip daha şiddetli bir formdur. Lipomdan daha çok, eşlik eden fronto-fasiyal anomaliler semptomları oluşturur <sup>(15)</sup>. İkinci subgrup, körvilineer tipidir. Körvilineer lipomlar küçük ya da büyük ve genellikle asemptomatiktirler <sup>(2,15)</sup>. Genellikle 1 cm’de daha ince ve posteriorda lokalizedirler. Korpus kallosum bu tipte hipoplastik olabilir <sup>(2)</sup>. Tübülodümler lipomlar körvilineer lipomlardan daha sıktırlar <sup>(5)</sup>. Sunduğumuz olgu, radyolojik olarak körvilineer subtipde, korpus kallosum anomalisi olmayan bir perikallosal lipom olgusudur.

## KAYNAKLAR

1. Sommet J, Schiff M, Evrard P, Blanc R, Elmaleh-Bergès M. Perikallosal lipoma and middle cerebral artery aneurysm: a coincidence? *Pediatr Radiol Aug* 2010;40(8):1417-1420. <http://dx.doi.org/10.1007/s00247-009-1534-9>
2. Yıldız H, Hakyemez B, Koroglu M, Yesildag A, Baykal B. Intracranial lipomas: importance of localization. *Neuroradiology* 2006;48:1-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00234-005-0001-z>
3. Friedman RB, Segal R, Latchaw RE. Computerized tomographic and magnetic resonance imaging of intracranial lipoma. *J Neurosurg* 1986;65:407-10. <http://dx.doi.org/10.3171/jns.1986.65.3.0407>
4. Eghwudjakpor PPO, Kurisaka M, Fukuoka M, Mori K. Intracranial lipomas: current perspectives in their diagnosis and treatment. *Br J Neurosurg* 1992; 6:139-44. <http://dx.doi.org/10.3109/02688699209002916>
5. Truwit CL, Barkovich AJ. Pathogenesis of intracranial lipoma: an MR study in 42 patients. *Am J Roentgenol* 1990;155:855-65. <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.155.4.2119122>
6. Baeesa SS, Higgins MJ, Ventureyra CG. Dorsal brain stem lipomas: case report. *Neurosurgery* 1996; 38:1031-5. <http://dx.doi.org/10.1097/00006123-199605000-00035>
7. Uchino A, Hasuo K, Matsumoto S, Masuda K. MRI of dorsal mesencephalic lipomas. *Clin Imaging* 1993; 17:12-6. [http://dx.doi.org/10.1016/0899-7071\(93\)90004-7](http://dx.doi.org/10.1016/0899-7071(93)90004-7)
8. Macpherson RI, Holgate RC, Gudeman SK. Midline central nervous system lipomas in children. *J Can Assoc Radiol* 1987;38:264-70.
9. Donati F, Vasella F, Kaiser G, Blumberg A. Intracranial lipomas. *Neuropediatrics* 1992;23:32-8. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1071309>
10. Maiuri F, Cirillo S, Simonetti L, De Simone MR, Gangemi M. Intracranial lipomas: diagnostic and therapeutic considerations. *J Neurosurg Sci* 1988;32:161-7.
11. Barkovich AJ. Congenital malformations of the brain and skull. In: Barkovich AJ (ed) *Pediatric neuroimaging*, 3rd edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000; 265-266.
12. Sinson G, Gennarelli TA, Wells GB. Suprasellar osteolipoma: case report. *Surg Neurol* 1998;50:457-60. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-3019\(97\)00152-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-3019(97)00152-3)
13. Friede RL. Osteolipomas of the tuber cinereum. *Arch Pathol Lab Med* 1977;101:369-72.
14. Warakaulle DR, Anslow P. Differential diagnosis of intracranial lesions with high signal on T1 or low signal on T2-weighted MRI. *Clin Radiol* 2003;58:922-33. [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-9260\(03\)00268-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-9260(03)00268-X)
15. Demaerel P, Van de Gaer P, Wilms G, Baert AL. Interhemispheric lipoma with variable callosal dysgenesis: relationship between embryology, morphology, and symptomatology. *Eur Radiol* 1996;6:904-9. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00240701>