

Ağız İçi Lipom: Olgu Serisi

Hüseyin Koca¹, Erinç Önem², Candan Efeoğlu¹, Turgay Seçkin¹, Taha Ünal³

¹Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Ve Çene Cerrahisi AD, Ege Üniversitesi

²Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Ve Çene Radyolojisi AD

³Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Patoloji AD

Özet

Lipomlar sık görülen yumuşak doku tümörlerinden olmakla birlikte oral ve maksillofasial bölgede nadir olarak gözlenirler. Genellikle yavaş büyüyen, ağrısız, asemptomatik sarımsı submukozal lezyonlardır. Histolojik olarak lipomlar; basit lipom, fibrolipom, spindle hücreli lipom, intramuskuler veya infiltrasyon gösteren lipom, tükürük bezi lipomu, miksoid lipom ve atipik lipomlar olarak sınıflandırılmaktadır. Bunların arasında miksoid lipomlar oral kavitede oldukça nadir olarak görülmektedir. Tedavi seçeneği genellikle cerrahi eksizyondur ve rekürrens nadirdir. Bu vaka serisinde farklı yerleşim bölgelerine sahip 4 basit lipom olgusunun klinik ve histopatolojik özellikleri literatür bilgileri eşliğinde sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Oral lipom, yağ dokusu

Abstract

Lipomas are common benign soft tissue neoplasm of mature adipose tissue; however they are relatively uncommon in the oral and maxillofacial region. In the oral cavity they present as a slow growing, painless, asymptomatic yellowish submucosal masses. Histologically, lipomas can be classified in to the following microscopic subtypes: simple lipomas, fibrolipomas, spindle cell lipomas, intramuscular or infiltrating lipomas, salivary gland lipomas, myxoid lipomas, and atypical lipomas. Among these variants myxoid lipomas are relatively rare found in the oral cavity. Treatment procedure is surgical excision and recurrence is not expected. In this case series, the clinical and histopathological features 4 cases of oral lipomas with different localisation are discussed with a literature review.

Key words: Oral lipoma, adipose tissue

Giriş

Lipom yağ dokusunun iyi huylu tümörüdür.¹ Mezenşimal kökenli bu lezyonlar vücutta en sık görülen yumuşak doku tümörleridir ve yaklaşık % 20 si baş ve boyun bölgesinde yerleşim gösterir. Lipomlar oral kavitede gözlenen tüm iyi huylu yumuşak doku tümörlerinin % 1-4,4'ünü oluşturmaktadır.^{2,3} Oral lipomlar subepitelyal yerleşimli, üzerleri normal mukozayla örtülü sarımsı renkte gözlenen, palpasyonda yumuşak, sınırları düzgün, hareket edebilen, saplı veya sapsız, yavaş büyüyen kitlelerdir. Yavaş büyüyen bu lezyonlar asemptomatik seyirli dirler. Oral kavitede sıklıkla yanak mukozası ve dil olmak üzere major tükürük bezleri, dudak, damak, ve ağız tabanında nadiren de dişeti ve bukkal fornikste (vestibüler mukoza) gözlenirler.⁴

Bu makalede ağız içinde farklı yerleşim bölgelerine sahip farklı klinik görünüm sergileyen 4 olgudan oluşan vaka serisi sunulurken ağız içi lipomların tanı, tedavi, klinik ve histopatolojik özelliklerinin yanısıra ayırıcı tanısı irdelenmektedir.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

60 yaşında kadın hasta, sol bukkal mukozasında uzun süredir var olan asemptomatik şişlik nedeniyle Ege

Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji kliniğine başvurdu. Hastanın tip II diyabetten başka herhangi bir sistemik rahatsızlığı bulunmamaktaydı. Klinik muayenede sol bukkal mukozanın trigonum retromolare komşuluğunda ağız içine doğru büyümüş yaklaşık 40x20 mm çapında üzeri sağlıklı mukoza ile örtülü saplı, palpasyonda yumuşak kitle saptandı (Resim 1a).

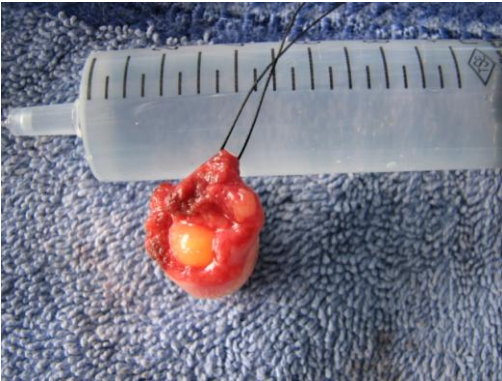


Resim 1a 1. Olgunun klinik görünümü

Hastanın yüzünde herhangi bir asimetri yaratacak ekstraoral şişlik yoktu ve lenfadenopati bulunmadı. Hasta tarafından herhangi bir travma hikayesi olmayan ve spontan geliştiği bildirilen kitlenin özellikle son 1 yıl içinde büyüdüğü bildirildi. Klinik olarak lipom veya fibrom ön tanısı konan kitlenin lokal anestezi altında eksizyonuna karar verildi. Lezyon yanağa bağlı olduğu kısımdan ve yanağa dik olarak yapılan mukozal kesi sonrasında, oturduğu musculus buccinator den diseksi edilerek eksize edilmiştir. Eksizyondan sonra hemostaz sağlandıktan sonra yanak mukozası serbestleştirilerek yara kısmen primer kısmen de sekonder olarak 4.0 ipek iplikle suture edilmiştir (Resim 1b,1c).



Resim 1b 1. Olgunun operasyon sırasında elde edilen görüntüsü



Resim 1c 1. Olguda operasyon sonucu elde edilen lezyonun makroskobik görüntüsü

Olgu 2

52 yaşındaki kadın hasta sağ yanak mukozasında son 1 yılda büyümüş asemptomatik kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Klinik muayenede sağ bukkal mukozada ağız içine doğru büyümüş yaklaşık 50x50 mm çapında üzeri sağlıklı mukoza ile örtülü saplı, lastiksi kıvamda kitle saptandı (Resim 2a) Klinik olarak lipom veya fibrom ön tanısı konan kitlenin lokal anestezi altında operasyona alındı. Lezyon eksize edildi ve yara primer olarak kapatıldı (Resim 2b, 2c).



Resim 2a 2. Olgunun klinik görünümü



Resim 2b 2. Olgunun operasyon sonrası görünümü



Resim 2c 2. Olguda operasyon sonucu elde edilen lezyonun makroskobik görüntüsü

Olgu 3

46 yaşındaki erkek hasta sol alt kanin diş bölgesinde mukogingival birleşim bölgesinde hareketli bölümlü protezin tutuculuğunu etkileyen şişlik nedeniyle Ağız Diş Çene Cerrahisi AD kliniğine başvurdu. Sistemik herhangi bir hastalığı bulunmayan hastada klinik muayene sırasında bölgede elle palpe edilebilen ancak gözle direkt fark edilmeyen sınırları düzgün 50x30 mm boyutlarında sert konsistansa sahip, hareketli ve ağrısız bir şişlik saptandı (Resim 3a).



Resim 3a 3. Olgunun klinik görünümü

Nervus mentalis ilişkili olduğu düşünülen kitle lokal anestezi altında gerçekleştirilen operasyonda en geniş çapına uygun olarak eksize edildi ve yara primer olarak kapatıldı (Resim 3b,3c).



Resim 3b 3. Olgunun operasyon sırasında elde edilen görüntüsü



Resim 3c 3. Olguda operasyon sonucu elde edilen lezyonun makroskobik görüntüsü



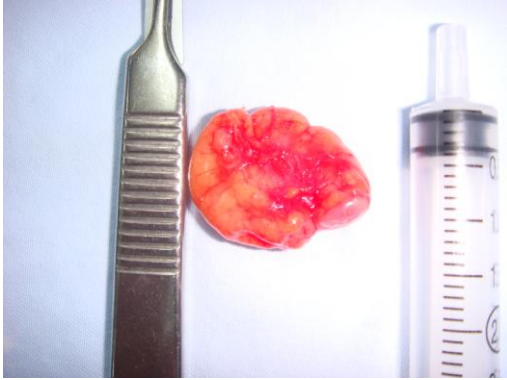
Resim 4a 4. Olgunun klinik görünümü



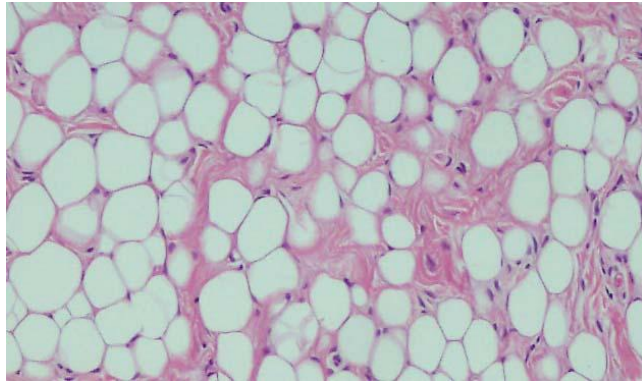
Resim 4b 4. Olguda operasyon sonucu elde edilen lezyonun makroskobik görüntüsü

Klinik olarak lipom ön tanısı konan kitle lokal anestezi altında eksize edildi ve yara primer olarak kapatıldı. (Resim 4c) Her üç olguda da panoramik radyografide kitle varlığı ile ilgili herhangi bir bulgu belirlenmedi. Oral patoloj tarafından yapılan histopatolojik incelemede lezyonların her dördünün de basit (klasik) lipom olduğu bildirildi. Histopatolojik inceleme lezyonun olgun adipöz hücrelerinden oluşan fibröz duvarlarla ayrılan lobüler bir yapı gösterdiği ve fibröz

kapsülle çevrelendiğini gösterdi (Resim 5). Postoperatif 24 aylık kontrol dönemi boyunca lezyonlarda herhangi bir rekürrens saptanmadı.



Resim 4c 4. Olguda operasyon sonucu elde edilen lezyonun makroskobik görüntüsü



Resim 5 Basit lipomun histopatolojik görüntüsü (H&E, X20)

TARTIŞMA

Lipom en sık gözlenen iyi huylu mezenşimal tümör olmakla birlikte oral kavitede nadir olarak gözlenir (% 0,5-5).⁵ Ağız içi lipom ilk kez 1848'te Roux tarafından yayınlanan alveoler kitlelerle ilgili derlemede sarı epulis olarak isimlendirilmiştir.⁶ Genellikle 50 ile 62 yaşları arasında gözlenmektedir. Vücudun ağız dışı bölgelerinde sıklıkla erkeklerde gözlenen lipomların ağız içinde görülen formu herhangi bir cinsiyet ayrımı göstermez.^{5,7} Bu makalede sözü edilen olguların yaş ve cinsiyet gözönüne alındığında literatüre uyumlu olduğu görülmektedir. Yavaş büyüyen bu tümörlerin genellikle 2- 2,2 cm çapa ulaştığında teşhis edilmektedir.^{4,5,8} Ancak daha büyük boyutlara ulaştığında konuşma, çiğneme ve yutma fonksiyonlarını etkileyebileceği ve çene yüz bölgesinde deformasyon yaratabileceği bildirilmektedir.⁷ Bizim her üç olgumuzda tümörlerin neredeyse literatürde bildirilen ortalamasının iki katı kadar büyüklüktedir. 1. ve 2. olguda lezyonun yeri ve büyüklüğü nedeniyle çiğneme fonksiyonunu olumsuz

yönde etkilediği 3. ve 4. olguda ise protez tutuculuğunu engellediği görülmüştür. Literatürde bildirilen vakaların yarısına yakını yağ dokusundan zengin yanak mukozasında (% 30,5-45,17) geri kalanı ise sırasıyla dil, ağız tabanı, mukogingival birleşim, dudaklar, damak ve nadir olarak dişetindedir ve genellikle yuvarlak yada oval submukozal nodüller şeklinde olduğu bildirilmektedir.^{4,5,9} Sunulan 4 olgudan 2'si yanak mukozasında diğerleri ise daha nadir olarak gözlenen mukogingival birleşim bölgesinde ve ağız tabanında yerleşmekteydi. Yine iki olgu daha nadir gözlenen saplı form sergilerken 3. ve 4. olgu tipik submukozal nodül şeklindeydi. 3. Olgu diğerlerinden farklı olarak derin dokulara yerleşimi nedeniyle gözle değil palpasyonda farkedilen atipik görünümdeydi. Histopatolojik olarak lipom fibröz duvarlarla ayrılan lobüllerle karakterize olgun yağ dokusundan oluşan kapsülle çevrelenmiş tümörlerdir.¹⁰ Lipomlar farklı metabolik aktivite taşımakla birlikte mikroskopik olarak yağ dokusundan ayırtedilememektedir. Lipomlar normal yağ dokusu gibi enerji kaynağı olarak kullanılamaz. Lipomdaki tümör hücrelerinin normal yağ dokusu hücrelerinden farkı yüksek lipoprotein lipaz aktivitesi taşımalarıdır. Lipoprotein lipaz aktivitesi tümörü büyümesi hızını belirlemektedir.^{4,11,12} Histopatolojik olarak basit (klasik) lipomlar veya bunlara fibröz doku (fibrolipom), miksoid doku (miksolipom), damarsal yapıları olan fibröz bağ dokusu (anjoliipom), tükürük bezine ait dokular (sialolipom, pleomorfik lipom), kas doku (intramuskuler lipom) kemik doku (osteolipom), kırkırdak doku (kondrolipom) gibi metaplastik elemanların eklenmesiyle sınıflandırılır.³ Basit (klasik) lipomlar en sık gözlenen lipomlardır (% 48). Fibrolipomlar görülme sıklığı bakımından basit lipomları takip etmektedir.^{11,13} Sunulan 3 olguda histopatolojik inceleme sonuçları lezyonun olgun adipoz hücrelerinden oluşan fibröz duvarlarla ayrılan lobüler bir yapı gösterdiği ve fibröz kapsülle çevrelendiğini yani en sık gözlenen lipom çeşidi olan basit lipom olduğunu gösterdi. Ancak olguların dördü de sıklıkla gözlenen lipom türlerinden basit lipom olmalarına karşın farklı lokalizasyonları ve belli bir büyüklüğe ulaşmaları nedeniyle önem göstermektedir. Lipomlar morfolojik olarak derin dokuları etkileyen diffüz form ve yüzeysel kapsüler form olarak iki şekilde gözlenirler. Diffüz formdaki lipomların cerrahi eksizyonu sırasında vital dokulara zarar verme riski bulunmaktadır.⁷ Sunulan olgulardan 3. olgumuz mandibuler kanala yakınlığı nedeniyle cerrahi eksizyonu sırasında ayrı bir önem taşımaktadır. Ağız içi lipomların oluşma nedeni ve patogenezi bilinememekle birlikte oluşumundan heredite, yağlı dokunun dejenerasyonu, hormonlar, travma, kronik iritasyon, enfeksiyon, enfarktüs ve embriyonik lipoblastik hücrelerin sorumlu olabileceği bildirilmektedir.¹¹ Bizim olgularımızın hiçbirinin kaynağının herhangi bir sistemik hastalık, herhangi bir ailesel lipom öyküsü veya travma olduğu

düşünülmemektedir. Klinik olarak lipomlar genellikle ağrısız submukozal nodül şeklindedir. Bu halleriyle ayırıcı tanıda tükürük bezi ve diğer mezenşimal tümörler akla getirilmelidir. Ancak 4. olgumuzda olduğu gibi bazı lipomlar fluktuant karakterde olabilmektedir. Bu şekilde gözlenen lipomların dermoid/ epidermoid veya lenfoepitelial kistlerle ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Lenfoepitelial kistler yaşamın erken dönemlerinde gözlenirler ve ağız tabanı, yumuşak damak, tonsillalar gibi lipomlar için tipik olmayan bölgelerde yerleşim gösterirler. Dermoid/ epidermoid kistler ise ağız tabanında ve orta hatta gözlenmeleriyle ayırtılabilmektedir.² Sunulan olgular klinik görünüşleri ve yerleşimleri gözönüne alındığında ayırıcı tanıda irritasyon fibromunu düşündürmüştür ancak histopatolojik analizleri lipom olduklarını doğrulamıştır. Lipomlar çok nadir olarak liposarkoma dönüşerek malign transformasyon gösterebilmektedir.¹⁴ Özellikle intramuskuler formu malignite açısından risk taşımaktadır.¹⁵

Lipom yüzeyselse sarımsı rengi ve yumuşak konsistansıyla tanı konması kolaydır. Herhangi bir radyografik görüntüleme seçeneği kullanılmasına gerek yoktur. Ancak derin dokularda yerleşmiş diffüz bir form taşıyorsa komputerize tomografi (CT) kullanımı önerilmektedir. Bahsedilen yöntemde yağlı dokulara ait densite değeri -100 (HU) Hounsfield Unit civarındadır. Lipomunda CT'de benzer bir densite değeri taşıması tanı koydurucudur. İleri görüntüleme seçeneklerinden manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve ultrasonografi (US) da yine derin lezyonlarda tercih edilebilmektedir.^{16,17}

Lipomların fazla büyüdülerinde, kozmetik sebeplerle veya diğer ağız içi yapılara baskı yaparak semptom geliştirdiklerinde tedavisi düşünülmelidir.² Tedavi seçeneği genellikle cerrahi olarak lokal eksizyondur. Ancak son yıllarda lezyonun aşırı büyümesi durumunda küçültmek amacıyla lipoliz özelliği taşıyan fosfatidilkolin enjeksiyonu kullanılmaya başlanmıştır. İnamuskuler formu dışında rekürrens nadirdir.

KAYNAKLAR

1. Fletcher CD, Unni K, Mertens F. *World Health Organization classification of tumours. pathology and genetics. Tumours of soft tissue and bone.* Lyon: IARC Press; 2002 p.20-46.
2. Bandéca MC, de Pádua JM, Nadalin MR, Ozório JE, Silva-Sousa YT, da Cruz Perez DE. Oral soft tissue lipoma: a case series. *J Can Dent Assoc* 2007;73: 431-434.
3. Gnepp DR. *Diagnostic and surgical pathology of the head and neck*. WB Saunders Philadelphia 2001: 191-194, 305-306, 543-548.
4. Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MR, Vargas PA. Lipomas of the oral cavity: Clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32: 49-53.
5. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers EL. Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol* 2004; 98: 441-450.
6. Roux M. On exostoses: their character. *Am J Dent Sci* 1948; 9: 133-134.
7. Del Castillo Pardo de Vera JL, Cebrian Carretero JL, Gomez Garcia E. Chronic lingual ulceration caused by lipoma of the oral cavity: Case report. *Med Oral* 2004; 2: 166-167.
8. Juliasse LE, Nonaka CF, Pinto LP, et al. Lipomas of the oral cavity: Clinical and histopathologic study of 41 cases in Brazilian population. *Eur arch Otorhinolaryngol* 2010; 267: 459-465.
9. Seldin HM, Seldin SD, Rakower W, Jarret WJ. Lipomas of the oral cavity: report of 26 cases. *J Oral Surg* 1967; 25: 270-274.
10. Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P. Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 1113-1118.
11. Mc Gregor AJ, Dyson DP. Oral lipoma: a review of the literature and report of twelve new cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966; 21: 770-777.
12. Solvonuk PF, Taylor GP, Hancock R, Wood WS, Fronlich J. Correlation of morphologic and biochemical observations in human lipomas. *Lab Invest* 1984; 51: 469-474.
13. Manor E, Sion-Vardy N, Joshua BZ, Bodner L. Oral lipoma: analysis of 58 new cases and review of the literature. *Annals of Diagnostic Pathology* 2011; 15: 257-261.
14. Yamada K, Dohara Y, Nagata M, Kawashima K, Yamashita S. A cases of liposarcoma of the cheek. *Jpn J Clin Onkol* 1979; 9: 123-130.
15. Silistreli OK, Durmuş 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: 394-398.
16. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, Miwa K, Kanda S, Ozeki S, Shinohara M. Imaging findings of lipomas in the orofacial region with CT, US, and MRI. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol* 1997; 84: 88-95.
17. Imai T, Michizawa M, Shimizu H, Imai T, Yamamoto N, Yura Y. Bilateral multiple spindle cell lipomas of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol* 2008; 106: 264-269.

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Erinç ÖNEM
Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene
Radyolojisi Anabilim Dalı 35100 Bornova İzmir Türkiye
Tel : +90 232 285 44 80
E-posta : onemerinc@hotmail.com