

Göğüs Duvarının Dev Lipomu: Olgu Sunumu

Chest Wall Giant Lipoma: A Case Report

Erkan AKAR

Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa

Özet

Göğüs duvarı tümörleri deriden, kaslardan, yağ dokusundan, sinir ve damarlardan, kemik ve kıkırdak dokudan köken alabilir. Göğüs duvarının primer malign tümörleri nadirdir. Birlikte ele alındığı zaman yumuşak doku, primer toraks duvarı tümörlerinin majör kaynağı olmaktadır. Burada, toraks duvarında dev lipom tanısı alan bir olgu sunulmaktadır. Lipomlar için genellikle tanısız değeri olan sonuçlar veren ultrasonografi ve bilgisayarlı toraks tomografi incelemelerinde malignite ihtimali ekarte edilememiştir. Olguya tanı ve tedavi amaçlı cerrahi girişim uygulanmış ve kesin tanı ancak histopatolojik inceleme sonucunda konabilmektedir. En sık görülen benign yumuşak doku lezyonlarından olan lipomlar klinik ve radyolojik bulguları ile malign kitleleri taklit edebilirler.

Anahtar sözcükler: Göğüs duvarı; lipom; yumuşak doku tümörleri.

Summary

Chest wall tumors may originate from skin, muscles, fatty tissue, nerves and blood vessels, bone, and cartilage tissue. Primary tumors of the chest wall are rare. When taken together, soft tissue is the major source of primary tumors of the chest wall. A diagnosis of chest wall giant lipoma is described in the present report. The possibility of malignancy could not be ruled out in ultrasonography and computed tomography, which usually provide diagnostic value for lipomas. The patient underwent diagnostic and therapeutic surgery, but definitive diagnosis could be performed as a result of histopathological examination. Lipomas, the most common benign soft-tissue lesions, may mimic malignant masses in clinical and radiological findings.

Keywords: Chest wall; lipoma; soft-tissue tumors.

Giriş

Göğüs duvarı tümörleri, göğüs duvarını oluşturan kas ve iskelet sistemi ile ilgili çeşitli tümörlerden oluşur. Primer malign göğüs duvarı tümörlerinin yaklaşık %55'i kıkırdak ve kemik dokudan köken alırken, %45'i yumuşak doku kökenlidir.^[1] Lipom en sık görülen mezokimal yumuşak doku tümürüdür, ancak büyük boyutlara nadir ulaşır.^[2] Göğüs duvarında dev lipomu olan hastayı literatür bilgileri ışığı altında sunduk.

Olgu Sunumu

Elli yaşındaki erkek hastanın yaklaşık dört yıldır sol arka göğüs duvarında yer alan palpabl kitle vardı. Gittikçe artan ağrı şikayetlerine neden olan kitlenin son bir yıldır boyutlarında artış olmuştu. Fizik muayenede sol hemitoraksta yer değiştirebilen, oval şekilli, yumuşak kitle lezyonu tespit edildi. Bilgisayarlı toraks tomografisi (BT) ve ultrasonografik görüntüleme solda parakostal kas yapıları içerisinde uzanan, içeri-

İletişim: Dr. Erkan Akar.
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa
Tel: 0224 - 295 50 00

Başvuru tarihi: 26.11.2013
Kabul tarihi: 07.02.2014
Online baskı: 20.12.2015
e-posta: drerkanakar@hotmail.com



sinde çok sayıda septasyonlar içeren, iyi sınırlı yumuşak doku lezyonu görüldü (Şekil 1). Kitle esas olarak sol göğüs duvarında latissimus dorsi kasının altında yer almakta idi. Lezyon kotlarda destrüksiyona yol açmamış ve sol hemitoraks içi ile bağlantısı yoktu. Yapılan incelemelerde malignite ihtimali ekarte edilemediğinden olguya tanı ve tedavi amaçlı cerrahi girişim düşünüldü. Cerrahi prosedür için hasta, ameliyat masasına sol posterolateral pozisyonda yatırıldı. Sol arka aksiller hat ile skapula alt uç hizası dokuzuncu kot üzerinde yaklaşık 10 cm'lik insizyon uygulandı. Cilt, cilt altı ve latissimus dorsi kası insize edildikten sonra kitle kostaların üzerinde görüldü ve kostaların üzerinden künt diseksiyonlarla serbestleştirilerek total olarak eksize edildi (Şekil 2a). Kitlenin kostaları destrükte etmediği görüldü. Kaslar arasına ve kostalar üzerine birer adet hemovak dren yerleştirildi. Kanama kontrolünden sonra katlar anatomik planda kapatıldı.

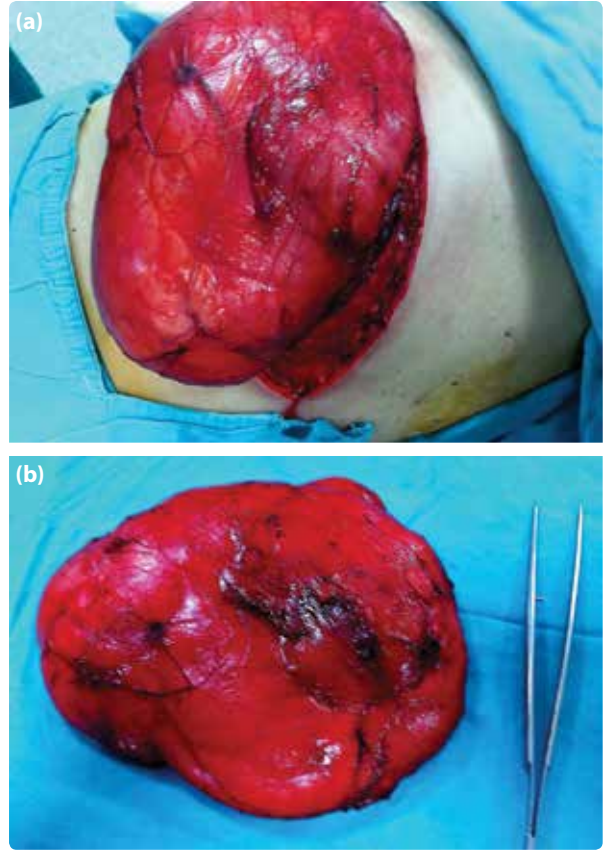
Makroskopik incelemede, nispeten iyi sınırlı, sarımsı, homojen ve yumuşak olan kitlenin boyutları 17x12x8 cm idi (Şekil 2b). Histopatolojik olarak, lezyon matür lipositlerden oluşmakta idi. Sellüler atipi izlenmeyen kitle lipom tanısı aldı. Ameliyat sonrası ikinci günü kostalar üzerindeki ve üçüncü günde kaslar arasındaki hemovak dreni çekilen hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Altı aylık takiplerinde nüks gelişmedi.

Tartışma

Göğüs duvarı tümörleri yavaş büyürler ve ilk aşamada bulgu vermezken, tümör büyüdükçe semptom vermeye başlarlar. Özellikle malign toraks duvarı tümörleri daha çok semptomludur. Ağrı ve şişlik, en sık rastlanan semptomlarıdır.^[3]



Şekil 1. Toraks bilgisayarlı tomografide, solda parakostal kas yapıları içerisinde uzanan, içerisinde çok sayıda septasyonlar bulunan, iyi sınırlı yumuşak doku lezyonu görülmektedir.



Şekil 2. (a) Operatif sahada düzgün kenarlı kitlenin doğurtulmuş hali görülmektedir. (b) Kitlenin makroskopik incelemesinde, iyi sınırlı, homojen ve yumuşak olan kitlenin boyutları 17x12x8 cm olarak görülmektedir. Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir (www.keahdergi.com).

mörleri daha çok semptomludur. Ağrı ve şişlik, en sık rastlanan semptomlarıdır.^[3]

Lipom yavaş büyüyen, benign, ağrısız, mobil, oval-yuvarlak şekilli bir yumuşak doku tümörüdür. Lipom tüm yaş gruplarında saptanmakla beraber genellikle ilk kez 40–60 yaş aralığında görülür. Genellikle sırt, omuz, baş boyunun subkutanöz dokusunda saptanır. Lezyonun üzerini örten deri normal görünümündedir. Fizik muayene ile kolaylıkla saptanır, genellikle tedavi gerektirmez. Bu tümör toraks, karın-içi organlar ve intermusküler septalar gibi derin dokularda da bulunabilir.^[4,5] Lipomun kemik lokalizasyonu nadirdir.^[6] Bizim hastamız elli yaşında erkekti. Son zamanlarda gittikçe artan sırt ağrısı ile kliniğimize yönlendirilmişti.

Göğüs duvarı tümörlerinin tanısında konvansiyonel radyolojinin yanı sıra BT'de tanıda önemlidir. Özellikle nöral kökenli tümörlerin tanısında, tümörün vasküler yapılar ve mediasten ile ilişkisinin tespitinde manye-

tik rezonans görüntüleme çok önemlidir.^[2] Hastamıza göğüs radyografisinin yanı sıra, BT de çektilirdi. BT'de lipom, genellikle iyi sınırlı, tama yakın matür yağ dokusundan oluşan kitle olarak görülür. Bu görüntüleme yöntemi ayrıca, lezyona bağlı komşu dokulardaki invazyonu da gösterir.

Göğüs duvarı tümörlerinde klinik ve radyolojik olarak lezyonun benign-malign olduğunun ayırt edilmesi güç olabilir. Bu tümörlerin tanısında iğne aspirasyonu, insizyonel biyopsi ya da eksizyonel biyopsiden yararlanılabilir. Bununla birlikte iğne aspirasyonu ve insizyonel biyopsi yapılması, tümörün biyopsi traktı boyunca yayılmasına yol açabilir. Bu nedenle mümkün olduğunca tümörün eksizyonel olarak komplet rezeksiyonu ve operasyon sırasında tanısının kesinleştirilmesi sağlanmalıdır. Cerrahi sınır şüpheli olgularda, mutlaka frozen kesitlerin analizi gerekmektedir.^[7] Olgumuzun BT'sinde benign-malign ayırımı tam olarak yapılamadığından operasyon kararı verildi. Kitleden aspirasyon ve biyopsi yapılmadı. Kitlenin kapsüllü, düzgün kenarlı olması ve total olarak çıkartılması nedeniyle frozen çaişilmedi. Alttaki kaburgada invazyon görülmedi.

Semptumlu lipomun tedavisi komplet cerrahi rezeksiyondur.^[8] Lipomu eksize etmeden önce tümörün subkutanöz ve subfasyal planlarını net olarak belirlemek önemlidir. Çevre dokulardan tümörü diseke etmeden önce psödokapsülü ile üzerindeki dokuları doğru bir şekilde insize etmek yararlıdır. Lokal nüks olağan değildir, fakat bildirilmiştir.^[5] Olgumuzun altı aylık takiplerinde nüks görülmedi.

Patolojik olarak matür adipositlerden oluşan genellik-

le multi-lobule, sarımsı olan bu lezyon kapsüllüdür ve kemiğe geniş tabanla oturur. Sellüler atipi izlenmesi çok nadirdir.

Sonuç olarak, en sık göğüs duvarının benign yumuşak doku lezyonlarından olan lipomlar, klinik ve radyolojik bulgular ile malign kitleleri taklit edebilir. Kesin tanı için yapılan cerrahi girişimler ve patolojik incelemeler karşımıza sürpriz sonuçlar getirebilir. Özellikle önemsenmeyen ağrı ve şişlik durumlarında hızla gerekli tanısız girişimler yapılmalı, operabl olgularda geniş rezeksiyondan kaçınılmamalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Incarbone M, Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors. *World J Surg* 2001;25(2):218–30. [CrossRef](#)
2. Ozpolat B, Ozeren M, Akkaya T, Yucel E. Giant lipoma of chest wall. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26(2):437. [CrossRef](#)
3. Pairolero PC. Chest wall tumours. In: Shields TW, LoCicero J, Poon RB, editors. *General thoracic surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000. p. 589–98.
4. Salam GA. Lipoma excision. *Am Fam Physician* 2002;65(5):901–4.
5. Takamori S, Miwa K, Hayashi A, Shirouzu K. Intramuscular lipoma in the chest wall. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26(5):1038. [CrossRef](#)
6. Kim HK, Choi YH, Cho YH, Sohn YS, Kim HJ. Intercostal neuralgia caused by a parosteal lipoma of the rib. *Ann Thorac Surg* 2006;81(5):1901–3. [CrossRef](#)
7. Akay H. Göğüs duvarı tümörleri. In: Ökten İ, Güngör A. *Göğüs cerrahisi*. Ankara: 2003;2:731–45.