

Intrakranial lipomlar; iki olgu sunumu

Ayşegül Özdemir Ovalıoğlu¹, İlhan Yılmaz², Ahmet Öğrenci¹, Ersegun Batçık¹, Turgay Bilge¹

ÖZET:

Intrakranial lipomlar; iki olgu sunumu

Intrakranial yerleşimli lipomlar, tüm intrakranial tümörler içinde % 0,1 gibi çok nadir oranda rastlanırlar. Genellikle orta hatta yakın yerleşim gösteren bu lezyonlar; korpus kallosumda, kuadrigeminal sisternlerde infundibuler kiazmatik bölgede, serebellopontin köşede ve silviyan fissured, daha nadir olarak da medulla, pons, koroid pleksus ve kortikal bölgede görülebilirler. Gerek acil servislerde gerekse günlük polikliniklerde karşımıza gelen radyolojik görüntülerde rastlanabilen bu kitlelerin tanınması ve özelliklerinin iyi bilinerek doğru yaklaşılması önemlidir.

Olgu: Acil servise travma nedeniyle başvuran, bilgisayarlı tomografi (BT) ve Magnetik rezonans (MR) incelemelerinde korpus kollosum lipomu saptanan 52 yaşında bir erkek hasta; baş ağrısı yakınması ile gelen beyin MR'ında klivus yerleşimli lipom saptanan 46 yaşında bir bayan olmak üzere iki olgu sunulmaktadır intrakranial lipomlarda klinik, radyolojik özellikler, yerleşim yerleri, yönetimi ve ayırıcı tanıları gözden geçirildi.

Sonuç: Genellikle asemptomatik olan ve nadir görülen intrakranial lipomlar BT ve MR görüntülemelerde tanınabilmektedir. Eşlik eden başka patolojilerin varlığı araştırılmalıdır. Selim seyirli olması, oldukça yavaş büyümesi, çevre nörovasküler yapılarla yakın komşuluğu nedeniyle bu kitlelerde ancak bası bulguları olması halinde dekompresyon amaçlanarak cerrahi çıkarılmaları düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: intrakranial lipomlar, orta hat lipomları, malformasyonlar

ABSTRACT:

Intracranial lipomas; two cases report

Intracranial lipomas are very rare tumors an incidence of approximately % 0.1 of intracranial tumours. They usually occur near the middle line, as corporis callosi, quadrigeminal and ambient cisterns, infundibular chiasma, cerebellopontine angle and sylvian fissure, rarely in the medulla oblongata, pons, proplexus and cortical area. We may encounter with radiological imaging of this lesions in both emergency services and policlinics. Therefore, this lesions and caharacteristics must to be well known and must be approached correctly.

Case: We presented two cases in this report. Firstly; a 52 year old male patient admitted to emergency service because of trauma that his cranial tomography and magnetic resonance imaging revealed a corporis callosi lipoma and the latter; a 46 year old female patient admitted to our department because of headache that her cranial magnetic resonance imaging demonstrated a lipoma in the clivus. In this report, the clinic, radiological imaging, the area they occurred, process management and differential diagnosis of intracranial lipomas were overwived.

Conclusion: The intracranial lipomas are usually asymptomatic and rare. They can detected from computer tomography and magnetic resonance imagings. The pathologies that accompany this tumours must be ascertained. Because of benign prognosis low speed of growth, the close to neurovascular structure they must not remove until compression findings are happened.

Key words: Intracranial lipomas, lipoma of the median line, malformations

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2012;46(4):217-220

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nöroşirurji Kliniği, İstanbul-Türkiye

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nöroşirurji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
İlhan Yılmaz, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Nöroşirurji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-557-6974

E-posta / E-mail: ilhanyumit@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
15 Şubat 2012 / February 15, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:
16 Mayıs 2012 / May 16, 2012

GİRİŞ

Çoğunlukla rastlantısal olarak saptanan intrakranial lipomlar, tüm intrakranial tümörler içinde %0.1'den daha az oranda bulunurlar (1) ancak gerçek görülme

sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Meninks primitiva'nın mezenkimal dokularında anormal farklılaşması sonucu ortaya çıkan doğumsal malformasyonlar olarak kabul edilirler (2,3). Sıklıkla asemptomatik olan bu kitleler başlıca perikallosal alanda yerleşirler ve diğer orta

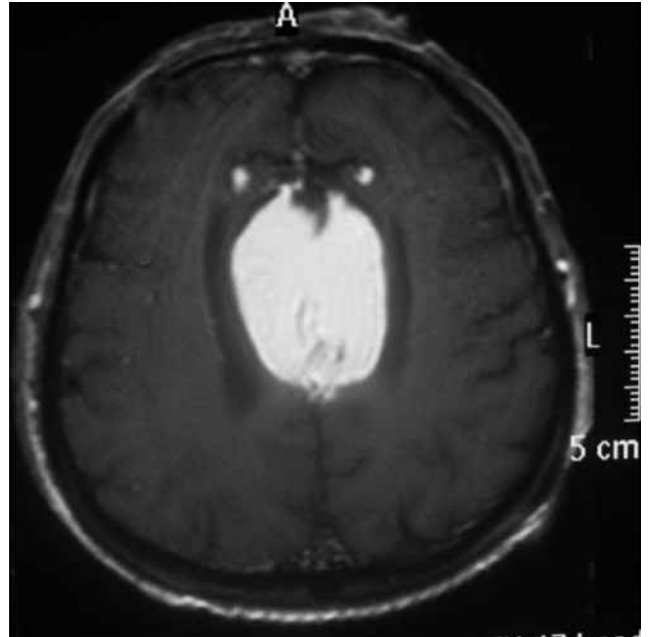
hat defektleri de eşlik eder. Semptomatik olanlar ise oldukça nadirdir ve bunlarda en sık baş ağrısı yakınması olur. Bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile tanı konulabilen bu kitlelerde; çevre nörovasküler yapılarla yapışık olmaları, genellikle şikayet oluşturmamaları ve cerrahi sonuçlarının yüksek mortalite ve morbidite riski taşıması nedeniyle; radikal cerrahi tedavi yapılmamalıdır. Bu nadir rastlanılan lezyonlara örnek iki olgu sunulmaktadır.

OLGU 1

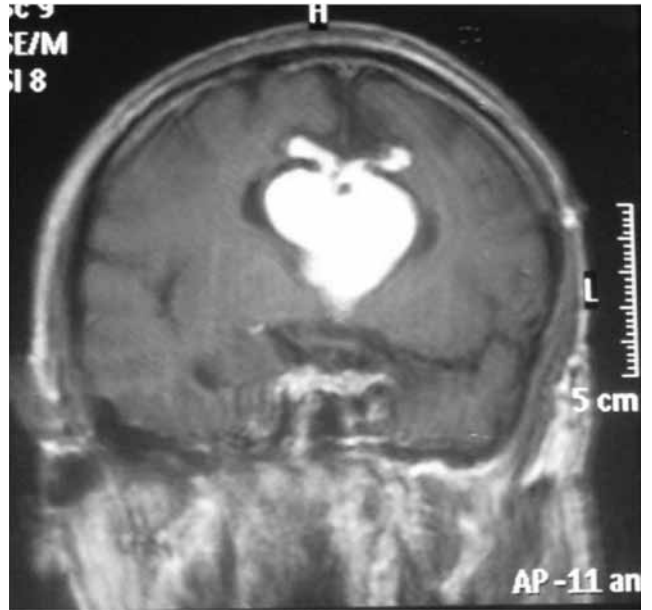
52 yaşında araç dışı trafik kazası nedeniyle acil polikliniğine getirilen hastanın nörolojik muayenesinde; bilinci açık ancak kooperasyonu ve oryantasyonu sınırlı olmasının dışında normaldi. Kranyal BT'sinde orta hat yerleşimli 5x5x5 cm boyutlarında hipodens lezyon (Resim 1) saptanan hastanın kontrastlı beyin MRG'sinde T1 ağırlıklı kesitlerde hiperintens (Resim 2), T2 ağırlıklı kesitlerde izo/hiperintens (Resim3) özellikle perikallosal yerleşimli lipom görüldü. Hastanın sonradan yakınlarından alınan bilgiye göre; hastanın mental retarde olduğu ve travmadan önceki durumuyla bir farklılık olmadığı öğrenildi. Cerrahi tedavi düşünülmeyen hasta poliklinik takinde izlenmektedir.



Resim 1: Aksiyal kesitli BT'de hipodens görünümlü korpus kallozum lipomu



Resim 2: Aksiyal kesitli kontrastsız T1 ağırlıklı MRG'de hiperintens görünümlü korpus kallozum lipomu



Resim 3: Koronal kesitli kontrastsız T1 ağırlıklı MRG'de hiperintens görünümlü korpus kallozum lipomu

OLGU 2

46 yaşında baş ağrısı nedeniyle polikliniğe başvuran, nörolojik muayenesi doğal olan hastanın çekilen kranyal MRG'sinde klivus yerleşimli T1 ağırlıklı kesitlerde hiperintens (Resim 4,5), T2 ağırlıklı kesit-

TARTIŞMA

Konjenital iyi huylu malformasyonlar olarak bilinen intrakranyal lipomlar, oldukça nadir görülen tümörlerdir. 1818 yılında ilk defa Meckel tarafından bir kiazma lipomu tarif edilmiştir, 1856'da ise Rokitsky bir otopside korpus kallozum agenezisinin eşlik ettiği perikallozal lipom olgusunu saptamıştır (4). Otopsi serilerinde insidansı %0.08 - %0.46 olarak bulunan (5,6) bu kitlelerin insidental BT'de rastlanma oranı da benzer şekildedir (7,8). %50'den fazlası perikallozal siternde, %20-25'i ambient ve quadrigeminal siternde, %9'u pontoserebellar siternde, %5'i lateral sulkal siternde ve nadiren de serebral hemisfer yüzeyinde yerleşirler (9,10). Semptomatik olanlarda en sık başağrısı, nöbet, psikomotor gerilik ve kranyal sinir palsileri görülür (11). Yerleşim yerleri içinde serebellopontin köşe lipomları en çok (%80) semptomatik olanıdır. Olguların yaklaşık yarısında başka serebral malformasyonlar da birlikte görülür; en sık korpus kallozum agenezi/hipoplazi rastlanır. Anevrizmalar (fuziform veya sakküler) ve arteriovenöz malformasyonlar ile birliktelik gösterebilirler (12).

Intrakranyal lipomların patogenezinde birçok teori üretilmiştir. Son zamanlarda, lipomların konjenital bir malformasyon olduğu, primitif mezenkimal dokunun yanlış differensiasyonu sonucu oluştuğu ve ektopik doku artıklarından geliştiği düşünülmektedir (2,3). Meninkslerden kaynak aldığı için intrakranyal lipomlar hemen her zaman subaraknoid boşlukta yerleşmektedir. Yanlış differansiye olmuş subaraknoid boşluk (lipom), kortikal dokunun gelişimini engelleyerek kortikal displaziye neden olabilmektedir (13,14). Patogenezdaki bu embriyogenez görüşü sayesinde kallozal ve diğer beyin hipoplazilerinin sık eşlik etmesi açıklanmaktadır. Eşlik eden anomaliler, lipomun yerleşim yeri ve büyüklüğüne bağlıdır.

Kranyal BT ve MRG bulguları karakteristik ve patognomiktir. BT'de lipomlar homojen yapıda, düzgün sınırlı, kontrast tutmayan, hipodens kitle olarak görülürler (15,16). MRG'de ise T1 ağırlıklı sekanslarda hiperintens, T2 ağırlıklı sekanslarda izo-hipointens, kontrast tutmayan, homojen yapıda kitlelerdir (4,15). Yağ basılanmış sekanslarda ise sinyalin kaybaldığı görülür (17). İnterhemisferik lipomlarda, özellikle lipomu saran fibröz kapsülün içinde kalsifikasyonlar sık görülür (18).



Resim 4: Koronal kesitli kontrastsız T1 ağırlıklı MRG'de hiperintens görünümlü klivus lipomu



Resim 5: Sagittal kesitli kontrastsız T1 ağırlıklı MRG'de hiperintens görünümlü klivus lipomu

lerde izointens özellikte 1,5x2x1,5 cm boyutlarında lipom kitlesi görüldü. Klinik ve radyolojik olarak bası etkisi olmayan intrakranyal lipomlu bu hasta da poliklinik takibine alınarak halen izlenmekte olup cerrahi yapılmamıştır.

Bu kalsifikasyonlar eğrisel çizgide, lipomun periferinde veya lipomun ortasında nodüler şekilde olabilirler. Lipomlar fast spin echo T2 ağırlıklı ve FLAIR kesitlerde hiperintens görünmeleri nedeniyle subakut hematomla karışabilir (19). MRG'de ayırıcı tanıda dermoid kistler ve teratomlar da düşünülmelidir (7).

Perikallozal lipomlar iki alt gruba ayrılırlar (4,20). Tubulonodüler tip; 2 cm'den küçük nodüler lezyonlarla karakterizedir, posterior veya sıklıkla anterior lokalizasyonda bulunur. Anterior yerleşimli olan tipinde; lipomun kendisinden ziyade eşlik eden fronto-fasiyal anomaliler semptomlardan sorumludur ve nispeten daha kötü olan formu budur. Eğrisel tip lipomlar ise; genellikle posteriorda yerleşen, 1 cm'den ince, ekstan-sif uzanan, asemptomatik kitlelerdir. Bu tip lipomlarda korpus kallozum hipoplazik olabilmektedir. Tubulonodüler tip lipomlar, eğrisel tip'ten daha sık görülmektedir. İlk olgumuzda görülen korpus kallozum lipomu eğrisel tipte olup korpus kallozum hipoplazi ve mental gerilik de eşlik etmektedir. Klivus yerleşimli lipom olgumuz ise tubulonodüler tip lipomlara örnektir.

Intrakranyal lipomlar çevre dokulara yapışık olmaları ve nörovasküler yapıları çevrelemeleri nedeniyle

cerrahi olarak çıkarılmaları yüksek mortalite ve morbidite riski taşır. İnsidental olarak saptanan lipomlar cerrahi tedavi gerektirmezler ancak kontrol edilemeyen nöbetler, hidrocefali, ilerleyici demans ve kafa içi basınç artışı durumlarında cerrahi düşünülmelidir. Cerrahi stratejide total çıkarılmadan ziyade dekompresyon amaçlanmalıdır. Sunulan her iki olgumuzda da cerrahi endikasyon konulmamış olup takipte izlenmektedirler.

SONUÇLAR

Intrakranyal lipomlar genellikle asemptomatik ve insidental olarak saptanan oldukça nadir görülen benign kitlelerdir. Kranyal BT ve MRG ile kolaylıkla tanımlanabilen bu kitleler en sık orta hat çevresinde ve dorsal mezensefalik alanda yerleşirler, diğer konjenital malformasyonlarla birlikte olabilirler. İlerleyen semptomatik olgularda; kitlenin büyümesi, intrakranyal basınç artışı ve hidrocefali gelişmesi halinde cerrahi düşünülmelidir. Çevre nörovasküler yapılarla sıkı komşulukları ve çok yavaş büyümeleri nedeniyle cerrahi düşünülen vakalarda total çıkarılmalarından ziyade dekompresyon planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Eghwudjakpor PPO, Kurisaka M, Fukuoka MÖ, Mori K (1992) Intracranial lipomas: current perspectives in their diagnosis and treatment. *Br J Neurosurg* 6: 139-144.
2. Russel DS, Rubinstein LJ (1989) Pathology of tumors of the nervous system. London: Hodder and Stoughton Limited. 707-708.
3. Wallace D (1976) Lipoma of the corpus callosum. *J Neurolog and Psych* 39: 1179-1185.
4. Truwit CL, Barkovich AJ (1990) Pathogenesis of intracranial lipoma: an MR study in 42 patients. *AJNR* 11: 665-674.
5. Vonderhae AR, Niemer WT (1994) Intracranial lipoma: a report of four cases. *J Neuropathol Exp Neurol* 3: 344-354.
6. Budka H (1974) Intracranial lipomatous hamartomas (intracranial lipomas): a study of 13 cases including combinations with medulloblastoma, colloid and epidermoid cysts, angiomas and other malformations. *Acta Neuropathol* 28: 205-222.
7. Kazner E, Stochdorph O, Wende S, Grumme T (1980) Intracranial lipomas: Diagnostic and therapeutic considerations. *J Neurosurg* 52: 234-245.
8. Faerber EN, Wolpert SM (1978) The value of computed tomography in the diagnosis of intracranial lipoma. *J Comput Assist Tomogr* 2: 297-299.
9. Fujii Y, Konishi Y, Kriyama M, Hori C, Sudo M (1993) Lipoma on surface of centroparietal lobes. *Pediatr Neurol* 9: 144-146.
10. Gabrovsky S, Poptodorov G, Aleksiev A, Kruster E, Dimitrov D (1999) Lipoma of the temporal lobe. *Khirurgija (Sofia)* 155: 55-59.
11. Maiuri F, Cirillo S, Simonetti L, De Simone MR, Gangemi M (1988) Intracranial lipomas: diagnostic and therapeutic considerations. *J Neurosurg Sci* 32: 161-167.
12. Donati F, Vassella F, Kaiser G, Blumberg A (1992) Intracranial lipomas. *Neuropediatrics* 23: 32-38.
13. Hadecke J, Buchfelder M, Hans-Jürgen T, Schneyer U (1997) Multiple intracranial lipoma: a case report. *Neurosurg Rev* 20: 282-287.
14. Sasaki H, Yoshida K, Wakamoto H, Otani M, Toya S (1996) Lipomas of the frontal lobe. *Clin Neurol Neurosurg* 98: 27-31.
15. Friedman RB, Segal R, Latchaw RE (1986) Computed tomographic and magnetic resonance imaging of intracranial lipoma. *J Neurosurg* 65: 407-410.
16. Kazner E, Stochdorph O, Wende S, Grumme T (1980) Intracranial lipoma: diagnostic and therapeutic considerations. *J Neurosurg* 52: 234-245.
17. Mawhinney RR, Buckley JH, Worthington BS (1986) Magnetic resonance imaging of the cerebellopontine angle. *Br J Radiol* 59: 961-969.
18. Barkovich AJ (2000) Congenital malformations of the brain and skull. In: Barkovich AJ (ed) *Pediatric neuroimaging*, 3rd edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp 265-266.
19. Bakshi R, Shaikh ZA, Kamran S, Kinkel PR (1999) MRI Finding in 32 consecutive lipomas using conventional and advanced sequences. *J Neuroimaging* 9: 134-140.
20. Demaerel P, Van de Gaer P, Wilms G, Baert AL (1996) Interhemispheric lipoma with variable callosal dysgenesis: relationship between embryology, morphology, and symptomatology. *Eur Radiol* 6:904-909.