

Parotis Bezi Derin Lobunda Lipoma: Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları

Törel Oğur¹, Rabia Sabiha Yalçın², Fatih Çelikyay³, Yusuf Ali Öner⁴, Nil Tokgöz⁴

ÖZET:

Parotis bezi derin lobunda lipoma: Manyetik rezonans görüntüleme bulguları

Amaç: Mezenşimal orjinli benign bir tümör olan lipomalar vücudun pek çok yerinde izlenmektedir. Ancak parotis bezinde özellikle de derin lobunda oldukça nadir bildirilmiş olup diğer parotis kitlelerinden ayrılması gerekmektedir. Bu olgu sunumuyla, parotis lipoması ile diğer parotis kitlelerinin ayırt edici tanısını yapmayı ve MR görüntüleme bulgularını tartışmayı hedefledik.

Olgu: Boynunda iki yıldır var olan ağrısız şişlik nedeniyle gelen erkek olgunun MR görüntüleme bulguları sunulmuştur.

Sonuç: Parotis bezinde lezyon saptandığı zaman tedavisini planlamak için eksternal ve internal tümörlerin ayırt edilmesi, fasial sinirle tümör kitlesinin ilişkisi varsa ortaya konulması, tümör kitlesinin malign ya da benign olmasının ayırt edilmesi oldukça önemlidir. Lipomlar için tanıda görüntüleme yöntemleri oldukça değerlidir.

Anahtar kelimeler: Parotis bezi, lipoma, manyetik rezonans görüntüleme

ABSTRACT:

Lipoma in the deep lobe of the parotid gland: magnetic resonance imaging findings

Object: Lipomas, which are benign tumors originating from Mesenchyme, are seen in several locations of the body. But they are very rarely reported in parotid gland, especially in deep lobe of parotid gland, and they should be differentiated during diagnosis from other parotid tumors. We aimed to discuss MR imaging findings and make differential diagnosis of parotis lipomas from other parotis tumors.

Case: MR imaging findings of a male patient who applied because of a painless swelling which has been for last two years in his neck.

Results: In cases with parotid gland lesions, in order to plan treatment, it is very important to differentiate external and internal tumors, determine the possible relationship of tumors with facial nerves, and to differentiate benign or malignant status of tumors. Imaging methods for diagnosis of lipomas are very valuable.

Key words: Parotid gland, lipoma, magnetic resonance imaging

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2015;49(4):308-12



¹Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ankara - Türkiye
²Ankara Özel Akay Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ankara - Türkiye
³Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Tokat - Türkiye
⁴Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Törel Oğur,
Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Radyoloji Bölümü, Ankara - Türkiye

E-posta / E-mail:
torelogur@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
8 Mart 2015 / March 8, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:
15 Mayıs 2015 / May 15, 2015

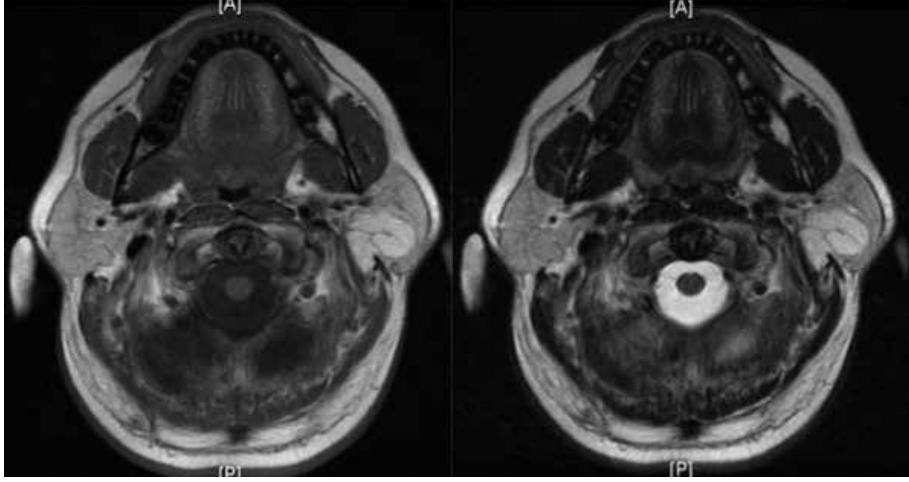
GİRİŞ

Vücudun diğer kesimlerinde çok sık rastlanan bir yumuşak doku kitlesi olan lipomlar, parotis bezinde çok nadir olarak gözlenmektedir. Parotis lipoması, tüm parotis tümörlerinin %0.5'inden daha az oranda izlenmektedir (1). Parotis lipomları, özellikle de derin lob yerleşimli olanlar literatürde sınırlı sayıda bildirilmiştir (2). Bu makalede amacımız derin lob yerleşimli bir parotis lipomalı olgunun manyetik rezonans

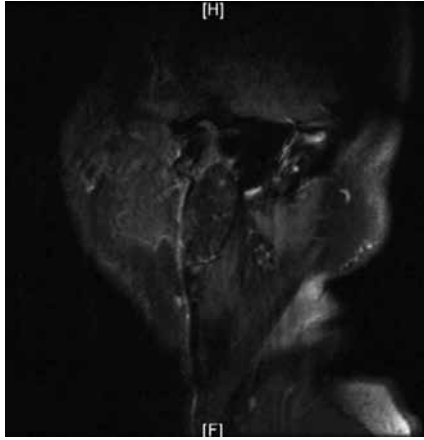
görüntüleme (MRG) bulgularının sunulması ve diğer parotis kitle lezyonları ile ayırıcı tanısının vurgulanmasıdır.

OLGU

Boynunda iki yıldır var olan ağrısız şişlik nedeniyle hastanemize başvuran 36 yaşında erkek hastanın, boyun MR incelemesinde, sol parotis bezi derin lobunda yaklaşık 2,5x3x4.5cm boyutlarında,

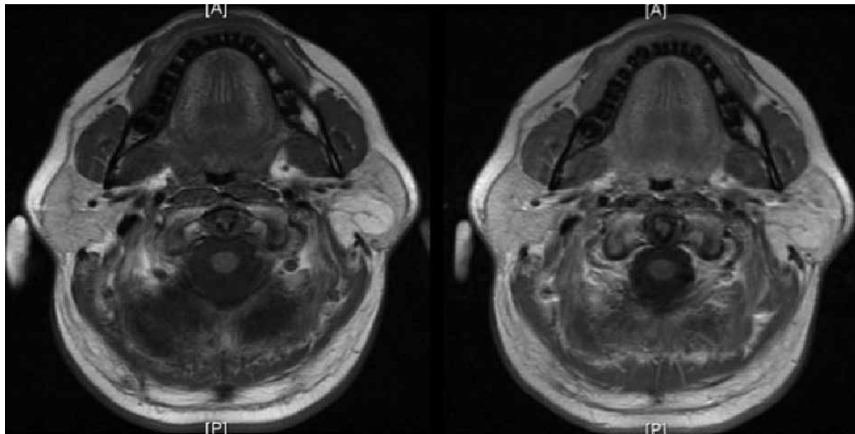


Resim 1: Sol parotis bezinde büyük kısmı derin loba yerleşik soldaki T1A ve sağdaki T2A kesitlerde hiperintens, düzgün sınırlı, ince septasyonlar içeren kitle lezyonu izlenmektedir.

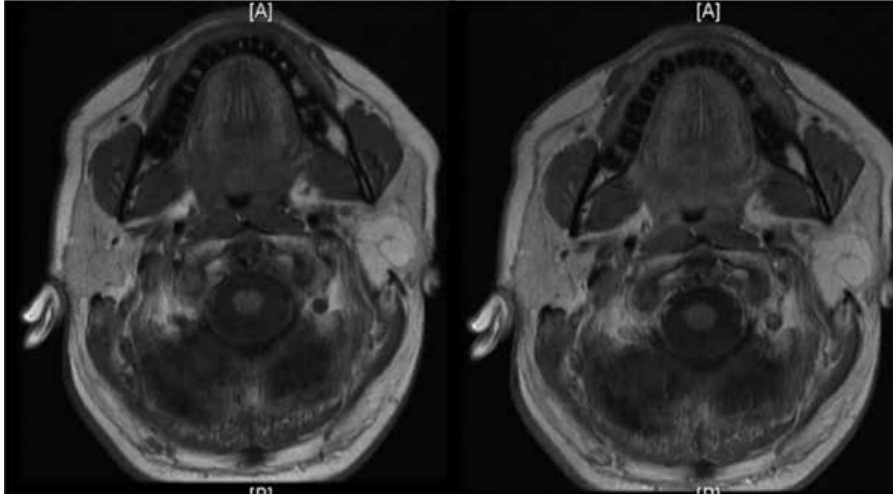


Resim 2: Sagittal STIR sekansında difüz baskılanan kitle lezyonu izlenmektedir.

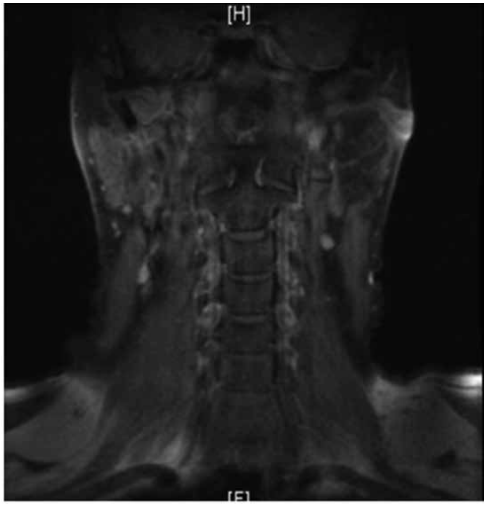
tüm serilerde hiperintens özellikte (Resim 1), yağ baskılı serilerde diffüz homojen baskılanma gösteren (Resim 3) içerisinde ince septasyonlarla uyumlu lineer patolojik sinyal değişiklikleri bulunan yumuşak doku kitlesi tespit edilmiştir. İntravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrasında kontrast tutulumu saptanmamıştır (Resim 2). Radyolojik bulgular ışığında olgu parotis lipomu ile uyumlu olarak değerlendirilmiş olup takibe alınmıştır. Bir buçuk yıl sonrasında gerçekleştirilen kontrol MRG'sinde lezyon boyut ve özelliklerinde farklılık saptanmamış olup olgu senelik takiplerle izlenmektedir (Resim 4,5).



Resim 3: T1A kontrast madde verilmeden önce (soldaki resim) ve verildikten sonra (sağdaki resim) elde edilen aksiyel kesitlerde sol parotis bezi derin lobunda kontrast tutulumu saptanmayan, hiperintens, septalı kitle lezyonu izlenmektedir.



Resim 4: Bir buçuk yıl sonraki kontrol MR incelemesinde bulgularda farklılık saptanmamıştır (Pre-post kontrast T1A aksiyel kesitler).



Resim 5: Bir buçuk yıl sonraki kontrol MR incelemesinde Gadolinyum enjeksiyonu sonrası elde edilen T1A'lı yağ baskılı koronal kesitlerde sol parotis bezi derin lobunda kontrast madde tutulumu göstermeyen diffüz, homojen baskılanan kitle lezyonu izlenmektedir.

TARTIŞMA

Parotis bezinde kitle saptandığı zaman tedavisini planlamak için ekstrasik tümörlerden intrinsik tümörlerin ayırt edilmesi, fasial sinirle tümör kitlesinin ilişkisi varsa ortaya konulması, tümör kitlesinin malign ya da benign olmasının ayırt edilebilmesi oldukça önemlidir (3). Bu nedenle görüntüleme yöntemleri ve klinik muayene bulguları oldukça değerlidir.

Parotis tümörlerinin %1-3'ünü oluşturan lipomların klinik tanısını koymak zordur (4). Lipomlar genellikle ağrısız, yavaş büyüyen, mobil, yumuşak parotis lezyonlarıdır. Preoperatif klinik değerlendirmede en sıklıkla Warthin tümör, parotis kisti ve pleomorfik adenom ile karışmaktadır (5).

Warthin tümörleri diğer adıyla papiller kistadenoma lenfomatozum, tüm parotis gland tümörlerinin %5-6'sını meydana getiren, orta yaş ya da daha yaşlı hastalarda izlenen, tipik olarak alt pol ya da parotis kuyruğuna lokalize, sıklıkla bilateral ya da multifokal olma özelliği gösteren kitle lezyonlarıdır. Tüm parotid gland tümörlerinin %10-25'ini oluşturan Warthin tümörleri parotid glandından kaynaklanan 2. en sık benign tümördür (6). Parotid glandının lenfoid dokusundan kaynaklanan kapsüllü kitlelerdir. Boyutları birkaç milimetreden 1-2 cm'ye kadar değişmektedir. Histopatolojik olarak lenfoid stroma ve epitelden oluşmaktadır. Epitelial komponenti bazen hemorajik alanlar içerebilmektedir. Kistik boşluklarla karakterizedir. T1 ağırlıklı serilerde izo-hipointens, T2 ağırlıklı serilerde doku özelliğine ve kistik komponentin büyüklüğüne göre orta derecede ya da belirgin hiperintens sinyal özelliği gösteren, keskin sınırlı kitle lezyonlarıdır. Kist içeriğindeki proteinöz materyale bağlı olarak T1A sekanslarda da hiperintens sinyal özelliği gösterebilmektedir. Bu tümörler genel olarak yavaş büyümektedir. Nadiren malign transformasyon ya da malign tümörle birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (7).

Pleomorfik adenomlar, epitelial, myoepitelial ve stromal (mukoid, miksoid, kondroid) hücresel komponentler içerebilmektedirler. Keskin sınırlı, soliter, genellikle parotis glandının yüzeysel kısmına yerleşen kitlelerdir. Yuvarlak ya da oval şekilli ve lobule yapıdadır. Nadiren kalsifikasyonlar barındırabilmektedir. MR ve CT görüntülerinde kontrast madde enjeksiyonu sonrasında değişen derecelerde heterojen kontrastlanmaktadır. T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2 ağırlıklı sekanslarda ise hiperintens sinyal özelliği göstermektedir (7). Kistik ve hemorajik değişiklikler özellikle tümör büyük boyutlara ulaştığı zaman izlenebilmektedir.

Yaşamın altıncı ayı ile 72 yaş arasında gözlenebilen parotis lipomları daha çok 6. ve 7. dekatta tanımlanmış olup oldukça nadir gözlemlenmelerinden dolayı ayırt edici tanıda pek düşünülmezler (4). Lipomlar için ince iğne aspirasyon biyopsisi ve sitolojinin tanıya ek bir katkısı olmadığı göz önüne alındığında, tanıda görüntüleme büyük önem taşımaktadır (4).

Tükrük bezi tümörlerinin tanısında kullanılan ilk görüntüleme yöntemi genellikle ultrasonografi olmaktadır. Parotis lipoması sonografik olarak iyi sınırlı, ovoid, çok sayıda ekojenik çizgilenmeler içeren cilt yüzeyine paralel yerleşimli hafif hipoekoik kitlelerdir. Baş boyun lipomlarının sonografik bulguları oldukça karakteristik olmakla birlikte daha spesifik tanıları BT ya da MR ile konulabilmektedir (4). BT'de normal parotis dokusu, kas dokusuna benzer ya da daha az dansitede iken sudan daha fazla densedir. Lipomlar ise tipik olarak homojen, kapsüllü görünüme sahip olup -50 ve -100HU arasında değişen negatif atenuasyon değerlerine sahiptirler (2,8). MRG'de lipomlar T1A ve T2A ağırlıklı imajlarda yağ içeriğine sekonder yüksek sinyalli olup yağ baskılı sekanslarda ise homojen bas-kılanma göstermektedirler. Yukarıda sunulan olguda olduğu gibi çoğu zaman internal septaları olan keskin sınırlı homojen kitlelerdir (5,7).

MRG üstün yumuşak doku rezolüsyonu, doku karakterizasyonuna imkan tanınması ve olası sarkomatöz transformasyonun ayırt edilebilmesine olanak tanıyarak büyük önem kazanmakta, hastanın tedavisinin planlanmasında da yol gösterici olmaktadır. Kitlenin lokalizasyonunu, longitudinal uzanımını iyonize radyasyon ve tomogafide rastlanılan çizgi artefaktı olmaksızın ortaya koyabilmektedir (4).

Yağ içeriğinden dolayı göz önünde bulundurulması gereken parotis kitleleri arasında liposarkom, lipoblastoma, sialolipoma, diffüz lipomatozis de yer almaktadır.

Oldukça nadir olan sialolipoma, lipomanın nispeten yeni bir histolojik varyantı olup onkositik lipoadenoma olarak da bilinmektedir (9). Onkositik metaplazi, hafif-orta derecede lenfositik infiltrata ek olarak glandüler atrofi, periduktal fibrosis ve periferik sinir tutulumları bildirilmiştir (1,9). Matur adipoz doku ve inflammatuar infiltratın glandüler doku ile yer değiştirmesi söz konusudur. MR sinyal özellikleri yağ içeren ve içermeyen komponentlerinden dolayı heterojendir (9,10).

Literatürde parotis lojunda birkaç adet liposarkom olgusu bildirilmiş olup tedavi ve prognozunun farklı olması ve uzun süre takip gerektirmesi nedeniyle lipomdan ayırt edici tanısı yapılmalıdır. İyi diferansiyasyon, miksoid, pleomorfik ve yuvarlak hücreli olmak üzere 4 subtipi bulunmaktadır. İyi diferansiyasyon ve miksoid tipleri hemen hiç metastaz yapmazken sadece lokal rekürrenslere eğilimleriyle iyi bir prognoza sahiptirler; yuvarlak hücreli ve pleomorfik tipleri ise metastaz yapabilir, lokal rekürrensleri siktir. Olguların yaklaşık %20'si 5 yıl gibi düşük sağkalım süresine sahiptir (4). Lipomalarla karşılaştırıldığında iyi diferansiyasyon liposarkomun daha çok fibröz septa içermeye eğilimli olduğu ve atipik hücrelerin veya fibroblast benzeri iğ hücrelerle karışık haldeki vakuollü lipoblastların sıklıkla değişik ebattaki yağ lobüllerini çevreleyen septada lokalize oldukları bildirilmiştir (11,12). İyi diferansiyasyon tipleri atipik lipomlardan histolojik olarak bile ayırt edilemeyebilmektedir (3). İyi diferansiyasyon liposarkomlarında sıklıkla multinodüler konturun ve benign lipomalarda ise uninodüler konturun varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (13). Benign lipoma ve iyi-diferansiyasyon liposarkomlarında, MR görüntüleme ile kontur özelliklerinin yanı sıra internal karakteristikleri değerlendirilerek preoperatif ayırt edici tanıları yapabilmek mümkün olabilmektedir.

Radyolojik olarak tümör volümünün %75'inden daha azını yağ dokusunun oluşturması, nodüler ya da globüler tarzda yağ içermeyen alanların ya da kitlelerin varlığı, kalın septalar malignite olasılığını arttırmaktadır (4). Liposarkomların mixt CT atenuasyonları hemoraji, nekroz ve kitle içindeki farklı parankimal ve stromal doku yoğunluğunun bir sonucudur; düzensiz

sınırlar ve lokal invazyon bu tanıyı destekler (14).

Lipomatöz parotis şişliğine neden olan ayırddedici tanıda düşünülmesi gereken diğer bir tümör ise lipoblastomadır. Lipoblastomalar matür ve immatür yağ hücrelerinin her ikisini birden içeren embriyojenik dokunun benign tümörü olup oldukça nadirdir. Hemen daima çocuklarda meydana gelen nadir bir lipoma varyantıdır (4). 5 yaşından küçüklerde ve erkek çocuklarda daha sıktır (15). Lipoblastomaların çoğu ekstremit ve gövdeden kaynaklanmakta olup çok azı boyundan kaynaklanmaktadır (15,16). Literatürde parotis lipoblastomalı sadece 3 olgu bildirilmiştir (4). Olguların 2/3'ü iyi sınırlı ve kapsüllü iken olguların 1/3'ünde infiltre eden şekilde (lipoblastomatozis), diffüz olarak meydana gelmektedir. CT'de yumuşak doku dansitesindeki septalarla ayrılmış yağ dansitesinde ve kontrast madde enjeksiyonu sonrasında kontrastlanmayan kitle şeklinde gözlenmektedir (16). MR'da T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda yağ içeriğinden dolayı hiperintens ancak T1 ağırlıklı sekanslarda subkutan yağ dokusuna göre nispeten hipointens olduğu gözlenmiştir. Bu farkın hem lipoblastomada artmış sellüleriteden hem de subkutan yağ dokusundaki matur yağ hücrelerine karşılık lipoblas-

tomadaki immatür yağ hücrelerinin varlığından kaynaklandığı düşünülmüştür. Lipoblastomanın bu özelliği lipoma gibi diğer lipomatöz lezyonlardan ayırddilebilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca lipoblastomalar lobuler olmaya eğilimlidirler (15).

Parotis glandının lipomları, diffüz lipomatozisten de ayırddilebilmelidir. Diffüz lipomatozis, genellikle bilateral nadiren unilateral gözlenen normal parotis lobüllerinin arasında yer yer lipomatöz sinyallerin alınması ile karakterize metabolik anormalliklere ya da ilaç kullanımına bağlı gelişen bir durumdur (4). Sıklıkla diabetiklerde görülen yağlı parotid infiltrasyonu normal parotid dokunun matür yağ dokusu tarafından infiltre alanlarla parotid genişlemesine neden olur. Tipik olarak BT'de genellikle bilateral -15 HU'ye sahip bir oluşum şeklinde gözlenir. İnfiltrat edici veya diffüz lipomatozis fokal lipomaya az çok benzer şekilde gözlenir (14). Lipomlardan farklı olarak lipomatozis iyi sınırlı değildir ve internal septalar içermezler (4).

Sonuç olarak parotisin nadir ve benign kitlelerinden olan lipomlar, MRG'deki karakteristik bulguları ile diğer görüntüleme yöntemlerine ve olası majör cerrahi eksizyona gerek kalmaksızın tanı alabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Qayyum S, Meacham R, Sebelik M, Zafar N. Sialolipoma of the parotid gland: Case report with literature review comparing major and minor salivary gland sialolipomas. *J Oral Maxillofac Pathol* 2013; 17: 95-7.
2. Ozcan C, Unal M, Talas D, Gorur K. Deep lobe parotid gland lipoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 449-50.
3. Teresi LM, Lufkin RB, Wortham DG, Abemayor E, Hanafée WN. Parotid masses: MR imaging. *Radiology* 1987; 163: 405-9.
4. Gooskens I, Manni JJ. Lipoma of the deep lobe of the parotid gland: report of 3 cases. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2006; 68: 290-5.
5. Walts AE, Perzik SL. Lipomatous lesions of the parotid area. *Arch Otolaryngol* 1976; 102: 230-2.
6. Espinoza S, Felter A, Malinvaud D, Badoual C, Chatellier G, Siauve N, et al. Warthin's tumor of parotid gland: Surgery or follow-up? Diagnostic value of a decisional algorithm with functional MRI. *Diagn Interv Imaging*. 2014; pii: S2211-5684(14)00335-0. doi: 10.1016/j.diii.2014.11.024.
7. Valvassori GE. *Valvassori. Imaging Of The Head And Neck*. New York: Thieme Medical 1995. p.488-500.
8. Ethunandan M, Vura G, Umar T, Anand R, Pratt CA, Macpherson DW, et al. Lipomatous lesions of the parotid gland. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 1583-6.
9. Mitsimponas KT, Agaimy A, Schlittenbauer T, Nkenke E, Neukam FW. Oncocytic lipoadenoma of the parotid gland: a report of a new case and review of the literature. *Int J Clin Exp Pathol* 2012; 5: 1000-6.
10. Cappabianca S, Colella G, Pezzullo MG, Russo A, Iaselli F, Brunese L, et al. Lipomatous lesions of the head and neck region: imaging findings in comparison with histological type. *Radiol Med* 2008; 113: 758-70.
11. Stewart MG, Schwartz MR, Alford BR. Atypical and malignant lipomatous lesions of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 1151-5.
12. Arkun R, Memis A, Akalin T, Ustun EE, Sabah D, Kandiloglu G. Liposarcoma of soft tissue: MRI findings with pathologic correlation. *Skeletal Radiol* 1997; 26: 167-72.
13. Ohguri T, Aoki T, Hisaoka M, Watanabe H, Nakamura K, Hashimoto H, et al. Differential diagnosis of benign peripheral lipoma from well-differentiated liposarcoma on MR imaging: is comparison of margins and internal characteristics useful? *AJR Am J Roentgenol* 2003; 180: 1689-94.
14. Korentager R, Noyek AM, Chapnik JS, Steinhart M, Luk SC, Cooter N. Lipoma and liposarcoma of the parotid gland: high-resolution preoperative imaging diagnosis. *Laryngoscope* 1988; 98: 967-71.
15. Perlis CS, Collins MH, Honig PJ, Low DW. Forehead lipoblastoma mimicking a hemangioma. *Pediatrics* 2000; 105: 123-8.
16. Vazquez E, Enriquez G, Castellote A, Lucaya J, Creixell S, Aso C, et al. US, CT, and MR imaging of neck lesions in children. *Radiographics* 1995; 15: 105-22.