

Dev İntrakranial Lipom Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Giant Intracranial Lipoma: Case Report and A Review of Literature

Can Yıldız¹, Tiber Kaçira¹, Özlem Kıtık Kaçira², Davut Ceylan¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Sakarya, Türkiye

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye

Yazışma Adresi / Corresponding to:

Uzm. Dr. Can Yıldız, Sakarya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahisi Kliniği Merkez Kampüs Sakarya - Türkiye

Tel: 05053572222 Mail: drcanyaldiz@yahoo.com

Özet

Başvuru Tarihi: 27.02.2014 Kabul Tarihi: 27.05.2014

İntrakranial lipomlar tüm intrakraniyal tümörlerin %1'inden azını oluştururlar. Genellikle orta hatta yerleşim gösterirler. En sık perikalozal bölgede görülmelerine rağmen kraniyal bölgenin her yerinde görülebilirler. Çoğunlukla rastlantısal olarak yakalanırlar ve genellikle asemptomatiklerdir. Çok nadiren kitle etkisi nedeni ile semptomatik hale gelirler. En sık semptom baş ağrısıdır. Bununla birlikte epilepsi, hemipleji gözlenebilir. Bu benign karakterdeki kitlelere BBT ve kraniyal magnetik rezonans görüntüleme ile tanı konulabilir. Radyolojik olarak ayırıcı tanı yapılmalıdır. Benign karakterde olması, lokalizasyon olarak derin yerleşimli ve çevre dokular ile yapışıklık oluşturmaları nedeniyle radikal cerrahi önerilmemektedir. Biz rastlantısal olarak rastlanan bir olguyu boyutlarının büyüklüğü nedeniyle literatür eşliğinde sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: lipom, intrakraniyal, rastlantısal

Abstract

Application: 27.02.2014 Accepted: 27.05.2014

Intracranial lipomas are seen less than %1 in of all intracranial tumours. Mostly placed in midbrain. They occur often in pericallosal area, but can be seen any part of the brain. They are diagnosed incidentally and mostly are asymptomatic. They become symptomatic rarely because of mass effect. Most symptom is headache. Nevertheless epilepsy, hemiplegia are also seen. This benign masses can be diagnosed on MRI and CT scans. Differential diagnosis should be done radiologically. As benign, occurring in deep regions and being adherent to periferic tissues; radical surgeries are not advised for treatment. We concede to report this intracranial lipoma with a review of literature though being a giant lipoma and been diagnosing incidentally.

Keywords: lipoma, intracranial, random

Giriş

İntrakraniyal lipomlar (İKL) genellikle raslantısal olarak karşımıza çıkan, tüm intrakranial tümörlerin % 0.1'inden azını oluşturduğu düşünülen fakat tam olarak sıklığı bilinmeyen lezyonlardır¹. Kazner ve ark 17500 adet bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) incelemişler ve 11 adet (%0.06), Faerber ve ark 6125 adet BBT incelemişler ve 5 adet (%0.08) intrakranial lipoma rastlamışlardır². Patogenezinde bir çok teori bulunmakla birlikte primitif mezenşimal hücrelerden kaynaklandığı düşünülen doğumsal artıklar olarak tanımlanırlar³. Genellikle asemptomatikdirler. Çok nadiren kitle etkisi nedeni ile semptomatik hale gelirler. En sık semptom baş ağrısıdır. Bununla birlikte epilepsi, bilinç bozukluğu, hemipleji gözlenebilir⁴. İntrakranial bölgede en sık perikallosal bölgede yerleşirler ve genellikle orta hat kapanma defektleri ile birlikte dirler. Yerleşim olarak görülme sıklığı radyolojik çalışmalarda %64 korpuz kollozum, %13 infundibular kiazma, %0.06 serebello pontin köşe, %0.03 silviyan fissür olarak rapor edilmiştir². Bu benign karakterdeki kitlelere BBT ve kranial magnetik rezonans (MRG) görüntüleme ile tanı konulabilir. Lokalizasyon olarak derin yerleşimli ve çevre dokular ile yapışıklık oluşturmaları nedeniyle radikal cerrahi önerilmemektedir^{1,2}.

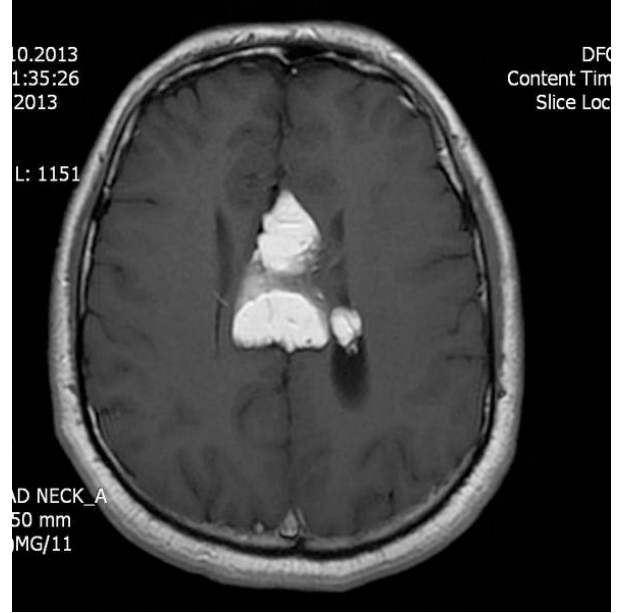
Olgu:

42 yaşında erkek olgu çalışmakta olduğu inşaat sahasında kafasına yüksekte düşen sert bir cisim nedeniyle acil servise başvurdu. Acil servise giriş nörolojik muayenesinde glaskov koma skoru 15, bilinç açık, oryante, koopere, 4 ekstremitte hareketli olarak gözlemlendi. Pariyetal bölgede yaklaşık 2 cm'lik cilt kesisi ve cilt altı hematoma tespit edildi. Acil serviste çekilen BBT'de travmaya sekonder patolojik bulgu görülmemekle birlikte perikallosal yerleşimli hipodens kitle izlendi. Yapılan kontrastlı kranial MRG incelemesinde perikallosal yerleşimli yaklaşık 5x4 cm boyutlarında, tüm sekanslarda yağ ile izointens, kontrast tutmayan intrakranial kitle lipom ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 1,2). Elelro ensefalo grafisi(EEG) normal olarak değerlendirilen hasta rastlantısal olarak tespit edilen intrakranial lipom olgusu olarak cerrahi müdahale gereği düşünülmeyerek poliklinik takibine alındı.

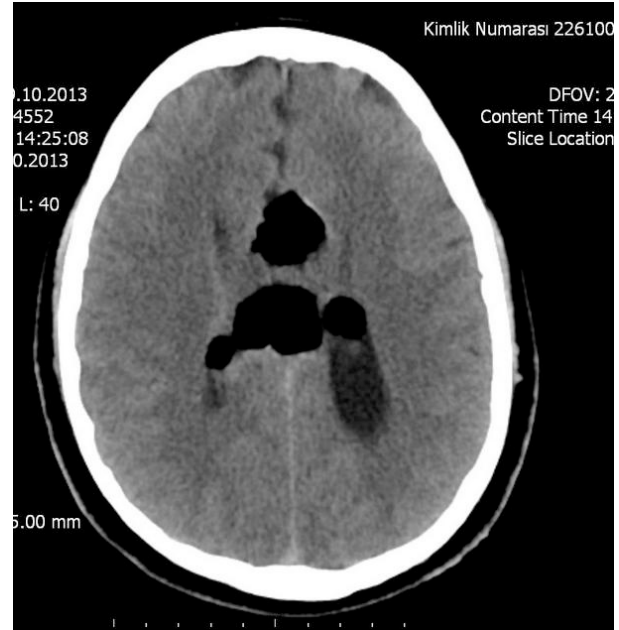
Tartışma:

Konjenital olarak oluşan ve iyi huylu olan bu tümörler oldukça nadir görülmektedir. Gerçek bir tümör olarak nitelendirilme-

mektedirler. İlk olarak 1818 yılında Meckel kiazmada lipomu tanımlamış, 1856 yılında Rokitansky korpuz kollozum agenezisini ve perikallosal lipomunu bildirmiştir³. 1856 yılından günümüze kadar yaklaşık 200 kadar korpuz kollozum lipomu olgusu bildirilmiştir⁵.



Resim1: Aksiyel kesitli kontrastlı MR incelemesinde hiperintens, kontrast tutulumu izlenmeyen lipom ile uyumlu kitle



Resim 2: Aksiyel kesitli kontrastsız BT incelemesinde hipodens, yağ dansitesinde, lipom ile uyumlu kitle

Literatürde intrakraniyal lipomlar genellikle olgu sunumları şeklinde sunulmuşlardır. Otopsi serilerinde %0.08 ila %0.46 olarak bildirilmiş ve radyolojik olarak oranlar buna yakın olarak yayınlanmıştır³. İntrakranial bölgede en sık perikallosal bölgede yerleşirler ve genellikle orta hat kapanma defektleri ile birlikte dirler. Literatürde en geniş çalışma Truwit ve Barokowich'in yaptığı 42 olguluk çalışmadır⁵. Bu çalışmada yerleşim yeri olarak görülme sıklığı %64 korpus kolozum, %13 infundibular kiazma, %0.06 serebellopontin köşe, %0.03 silviyan fissur şeklinde yayınlanmıştır². En sık semptomatik olarak kliniğe yansıyanlar serebello pontin köşeye yerleşen tümörleridir (% 80)^{1,2}.

İKL'in patogenezinde bir çok teori olmakla birlikte en çok kabul göreni 1926 yılında Verga tarafından tanımlanmış olan primitif mezenkimin hücrelerinin ektopik olarak kalan artıklarından kaynaklandıklarıdır^{3,5}. Meninkslerden kaynaklandığı düşünülen bu görüşe göre lipomlar daima subaraknoid boşlukta oluşmakta ve konnektif doku gelişimini bozarak meydana gelmektedirler. Bu teori intrakraniyal lipomlarla sıklıkla beraber görülen gelişim bozukluklarını ve konjenital hipoplazileri açıklamaktadır³.

İKL çoğunlukla bir konjenital malformasyon ile birlikte görülürler. En sık korpus kolozum agenezisi yada hipoplazisi ile birlikte olmakla beraber arterio venoz fistül ve anevrizmalarla da birlikte rastalanabilirler³. Bizim olgumuzda da korpus kallosum hipoplazisi ile birlikteydi.

Semptomları ile ilgili günümüzde geniş bir çalışma yapılmamıştır. Loddenkemper epilepsi hastalarında yaptığı radyolojik çalışmada tüm hastaların sadece % 0.14'ünde intrakraniyal lipoma rastlamıştır. Bu çalışma sonucunda epilepsi hastalarında tespit edilen İKL'in insidental olduğunu söylemiştir⁶. Gastout ve arkadaşları 4 olguluk sunularında korpus kolozum lipomu olan 4 epilepsi olgusunun 2 tanesinde EEG'de temporal bölgede epileptik aktivite görmüşlerdir¹. Bizim olgumuzda herhangi bir epileptik aktiviteye rastlanmamıştır.

Radyolojik görüntüleme yöntemlerinden BBT' de kontrast tutmayan, hipodens, homojen lezyonlar olarak görülmektedirler. Kranial MRG'de T1'de hiperintens, T2 sekansta izointens, kontrast tutmayan, homojen görünümlü kitlelerdir. Kapsül ve

fibroz kapsülde de kasifikasyonlar görülür³. Radyolojik olarak ayırıcı tanıda dermoid kist ve teratomlar ön planda düşünülmemelidirler. Bizim olgumuzda da BT ve kontrastlı MRG görüntüleri literatür ile uyumlu idi.

Perikallosal yerleşimli lipomların insidansı 1/1700 olarak tespit edilmiştir⁷. Perikallosal lipomların 2 tipi vardır. Tubulonodüler tip genellikle 2 cm'den büyük lezyonlardır ve anterior yerleşimlidir. Kurvilineer tip ise 1 cm'den büyük olup daha çok posterior yerleşim göstermektedirler. Ön beyin ve korpus kallosum anomalileri tubulonodüler tip lipomlara sıklıkla eşlik ederken, kurvilineer tip lipomlarda korpus kallosum anomalileri görülmemektedir. Bununla beraber kurvilineer tip lipomlara fronto nazal anomaliler eşlik edebilmektedir. Popülasyonumuzda tubulonodüler tip daha sık görülmektedir³. Bizim olgumuz tubulonodüler tipe örnektir.

İntrakraniyal lipomlar benign karakterde ve genellikle asemptomatik kitlelerdir. Çevre dokulara yapışıklığı ve anatomik olarak yerleşim yerlerinin önemi nedeniyle cerrahi mortalite ve morbidite çok yüksektir. Asemptomatik vakalar cerrahi uygulanmadan takip edilmelidir. Cerrahi müdahale gerekli olan vakalarda total kitle çıkarımından ziyade semptomlara yönelik dekompresif yaklaşımlar uygulanmalıdır. 21 olguluk bir cerrahi seride opere edilen intrakranial lipomların 10 adeti cerrahi esnasında ex olmuş, 1 hasta postoperatif ağır sekelli olarak yaşamına devam etmiştir⁶. Bizim olgumuz asemptomatik olarak halen takip edilmektedir.

Sonuç:

İntrakranial lipomlar genellikle asemptomatikdirler ve insidental olarak yakalanırlar. Kranial MRG ve BBT ile çok kolay tanı konulabilirler. Radyolojik ayırıcı tanı yapıldıktan sonra semptomatik olmayan olgulara cerrahi mortalite ve morbiditenin yüksekliği nedeniyle radyolojik olarak takip önerilmelidir.

Kaynaklar

1. Loddenkemper T, Morris HH, Diehl B ve ark. Intracranial lipomas and epilepsy. *J Neurol* 2006;253: 590–593.
2. Gökdoğan CA, İplikçioğlu C, Coşar M ve ark. İntrakranial Yerleşimli lipomlar. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2004;14(3):172-177.
3. Ovaloğlu AÖ, Yılmaz İ, Öğrenci A ve ark. İntrakranial lipomlar; iki olgu sunumu. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2012;46(4):217-220.
4. Canda M, Canda T, Sağol Ö ve ark. Corpus callosum lipomu: olgu sunumu. *Türk patoloji dergisi* 1995;11:303-305.
5. Yücel M, Bek S, Kaşıkçı T ve ark. İntrakranial dev lipom ve epilepsi: olgu sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 256-258.
6. Tahmouresie A, Kroll G, Shucart W. Lipoma of the corpus callosum. *Surg Neurol* 1979;11: 31–34.
7. Gomez Goselvaz FA. Intracranial lipomas in pediatrics: a retrospective study of 20 cases. *Revista De Neurologia* 2003;16:515-21.