

Olgu Sunumu/ Case Report

Parmakta dev lipom

A Giant Lipoma in Finger

Tekin Şimşek^a, Fatih Söylemez^a, Musa Keleş^a, Oğuz Aydın^b

^a Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Samsun

^b Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji A.D., Samsun

MAKALE BİLGİLERİ

Makale Geçmişi:

Geliş 07 / 10 / 2009
Kabul 26 / 02 / 2010

* Yazışma Adresi:

Tekin Şimşek
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi AD., Kurupelit, Samsun
e-posta: drtekinsimsek@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Dev
Lipom
Yağ
Benign
Parmak
Tümör

Key Words :

Giant
Lipoma
Fat
Benign
Finger
Tumor

ÖZET

Lipom, yağ dokusundan orijin alan ve en sık rastlanan iyi huylu tümöral oluşum olup vücutta yağ dokusu tabakasının bulunduğu her anatomik lokalizasyonda gelişebilir. Parmak gibi deri altı yağ tabakasının az olduğu vücut kısımlarında ise lipoma hem az rastlanır hem de rastlanan lezyonlar bölgenin anatomik yapısından dolayı belirli bir büyüklüğü aşmazlar. El ve parmak gibi ince maharetli hareketlerin önem arz ettiği bölgelerdeki büyük lipomlar fonksiyonları kısıtlayacak boyutta morbiditeye yol açarlar. Tedavileri dar bir anatomik alan içinde yakın komşulukta buldukları tendon, damar ve sinir yapıları nedeni ile titiz ve dikkatli yapılmalıdır. Bu yazıda sağ el 3. parmağında, el ve parmak hareketlerinde kısıtlama yapacak boyutta yavaş büyüme gösteren bir şişlik nedeni ile başvuran hastaya klinik olarak lipom ön tanısı ile eksizyonel biyopsi yapıldı ve patolojik olarak sonucu teyid edildi. Titiz cerrahi disseksiyon ile her hangi bir fonksiyonel yapıya zarar vermeksizin yapılan tedavi sonrası hastanın postoperatif erken ve geç dönem sonuçları iyi olarak gözlemlendi.

J. Exp. Clin. Med., 2010; 27: 73-76

ABSTRACT

Lipoma is a frequently encountered benign tumoral mass of adipose tissue and may originate from any localization where fat exists. Typically the finger contains little subcutaneous fat and thus lipomas originating from finger are uncommon, and expected to be small when present. A giant lipoma located within the hand is likely to impose restriction of motion and impede dexterity. Surgical excision warrants utmost caution in order to spare the critical structures such as tendons nerves and vessels, which course in a tightly packed manner within the hand. In this article, we present a patient who had a slowly growing pattern subcutaneous lipomatous mass that restricted the motion of the right hand's 3rd finger. Excisional biopsy was performed and pathological analysis confirmed the diagnosis. Caution was exercised during surgical dissection and critical structures were preserved. Thus, there were no early or late complications through the follow up.

J. Exp. Clin. Med., 2010; 27:73-76

Bu çalışma 17-21 Ekim 2009 tarihleri arasında, Hilton Otel, Adana'da düzenlenen XXXI. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ulusal Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

© 2010 OMÜ Tüm Hakları Saklıdır.

1. Giriş

Lipom, yağ dokusundan kaynaklanan ve yaygın görülen yumuşak doku tümörlerindedir (Choi ve ark., 2003; Ersozlu ve ark., 2007). Ekstremiteler, omuzlar, sırt, baş ve boyun bölgesi lipomların en sık görüldükleri anatomik lokalizasyonlardır (Yamamoto ve ark., 2001). Parmakta yerleşimli lipomlara ise hem daha az rastlanır hem de deri, yumuşak ve kemik dokuların dar bir anatomik alanda sınırlı yer işgal etmelerinden dolayı daha küçük boyutta olmaya eğilimlidirler (Stuffer ve Thurner, 1995; De Giorgi ve ark., 2005; Azuma ve ark., 2006; Ersozlu ve ark., 2007). Nispeten küçük çapta

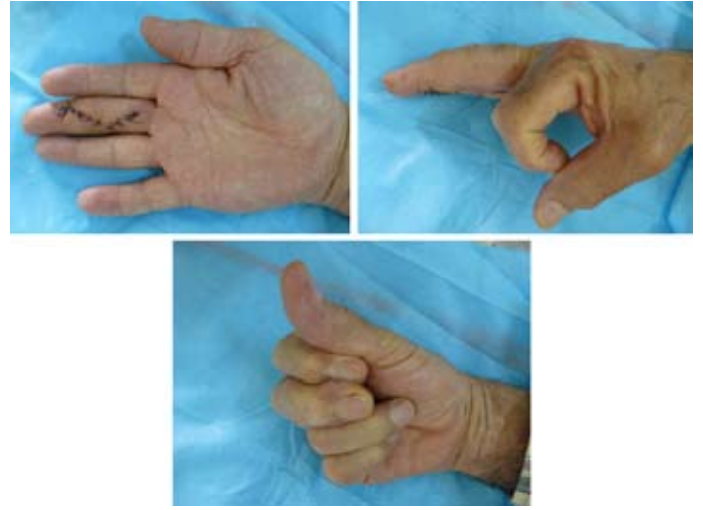
olsalar dahi maharetli hareketlere sahip parmakların fonksiyonlarında oluşturacakları kısıtlama ile önemli bir morbidite kaynağı oluştururlar (De Giorgi ve ark., 2005).

Parmakta yerleşimli lipomların tedavisi buldukları anatomik lokalizasyona ve büyüklüklerine göre uygun anestezi altında eksizyondur (Ersozlu ve ark., 2007). Olgumuzda olduğu gibi parmakta yerleşik dev lipomlar etraflarındaki önemli damar ve sinir yapılarına yakın komşulukta olmalarından dolayı titiz bir cerrahi teknikle disseke edilip total eksize edilmelidirler (Kalisman ve Dolich, 1982; Azuma ve ark., 2006).

2. Olgu Bildirimi

69 yaşında erkek hastanın, yaklaşık 10 yıldır sağ el 3. parmağında yavaş büyüyen bir şişliği mevcuttu. Şişlik nedeni ile parmak fleksiyonunda kısıtlılık gelişmesi üzerine 2 yıl önce lipom tanısı ile totale yakın rezeksiyon uygulanmıştı. Fakat operasyondan sonra şişliğin tekrar oluşması ve büyümesini devam ettirmesi üzerine hasta tekrar başvurdu. Anamnezinde daha önce vücudunun başka bir yerinde benzer bir şişliği olmadığı, herhangi bir travmaya maruz kalmadığı öğrenildi. Yapılan fizik bakışında sol el 3. parmak proksimal ve orta falanks seviyesinde, parmakta çepre çevre genişleme etkisi oluşturan, palpasyonla yumuşak kıvamda, lobüle kontür hissi veren ağrısız bir lezyonu mevcuttu (Şek.1). Sol el 3. parmak orta falanks çevresi 67 mm, sağ taraf 82 mm' idi.

Lokal anestezi (dijital blok) altında ve dijital turnike



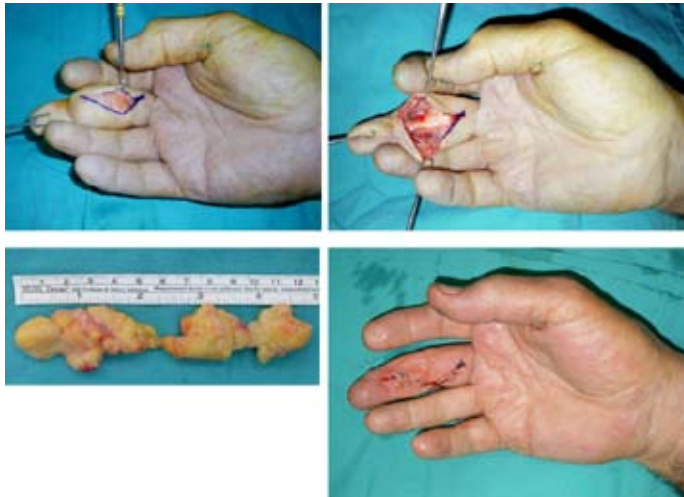
Şek. 3: Postoperatif 12. gün erken dönem parmağın görünümü

yaptığı cilt ekspansiyonu nedeni ile fazla cilt eksize edilerek revizyon yapıldı. Hemostaz sağlandı. Penröz dren konularak cilt doğrudan 4/0 Prolen sütür ile primer kapatıldı (Şek. 2). Parmağı nötral ekstensiyonda tutacak şekilde istirahat ateli konuldu. Günlük kapalı pansuman uygulandı. Postoperatif 1. gün penröz dreni çekildi, 3. günden itibaren aktif parmak hareketleri başladı. 12. gün sütürleri alındı (Şek. 3). 3 aylık takibinde şişliğin tekrarlama bulgusunun olmadığı, parmak çevresinin cilt örtüsünün doğal ve karşı taraf ile benzer ebatta ve normal hareket açıklığına sahip olduğu görüldü. Patolojik incelemede 5x2.5x1 cm ve 5x2x1.6 cm boyutlarında 2 parça halinde (total 5x4.5x1.6 cm) kirli sarı- kirli beyaz, kesiti sarı renkte yağ dokusu görünümlü, ince fibröz kapsül yapısı seçilebilen, matür lipositlerden kurulu, benign lipomatöz oluşum rapor edildi (Şek. 4).

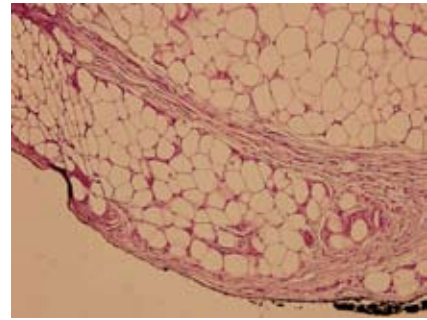


Şek. 1 : Dev lipomun sağ el 3. parmakta yaptığı çepre çevre genişleme etkisi

desteğinde, parmak volar yüzünde Brunner zig zag cilt insizyonu ile girildi. Lipomatöz kitlenin subkutan mesafeden itibaren her iki dijital nörovasküler sapın derininde olacak şekilde altta falanks kemikleri ve onlara tutulu fleksör ve ektensör tendonları sarmalayacak şekilde volar ve dorsal yüzde sirküler uzanım gösterdiği görüldü. Dev lipom epiteninöz yüzeylerden ve nörovasküler yapılardan dikkatlice dissekte edilerek 2 parça halinde total eksize edildi. Kitlenin



Şek. 2 : Parmakta yerleşik dev lipomun peroperatif aşamaları.



Şek. 4 : Patolojik kesitin H/E ile boyanmasında ince bir fibröz kapsül yapısı ile çevrili matür lipositler görülmekte (x20 büyütme yapılmıştır).

3. Tartışma

Lipomlar her ne kadar iyi huylu yumuşak doku tümörü olsalar da buldukları vücut bölgesinde ileri derecede büyük boyutlara ulaşarak sadece kozmetik değil, fonksiyonel problemlere de yol açabilirler (Silistreli ve ark., 2005) (Şek. 5). Parmaklarda yerleşik lipomlar tüm lipomların %1 kadar az bir kısmını oluşturur ve kadınlarda erkeklerden daha sıktır (De Giorgi ve ark., 2005). Parmakların fonksiyonel hareket açıklığını kısıtlayarak maharetli hareketlerin yapılmasını güçleştirirler (De Giorgi ve ark., 2005). Yakınında buldukları önemli damar ya da sinir yapılarını itme, çek-



Şek. 5: Üstteki şekilde, sol üst kol medialinde yerleşik, kozmetik problem haricinde hiçbir fonksiyonel sıkıntı oluşturmayan bir olgu ve eksize edilen lipom kitlesi görülmektedir. Alttaki şekilde sağ üst kol proksimaline yakın yerleşimli bir olguda aksiller bölgeye uzanımı olan lipom ön kol ve elde parasteziye neden olmaktadır. Eksize edilen lipomun yan kenar ucunda sinirin sıkışma hattına uyan oluk görünümü mevcuttur (okla işaretli). (Şekiller otürün kişisel hasta arşivinden alınmıştır).

me etkisi ile dolaşım sıkıntılarına, parastezi ve motor parezilere yol açabilirler (Kalisman ve Dolich, 1982; De Giorgi ve ark., 2005, Azuma ve ark., 2006). Falankslara yakın derin yerleşimli (parosteal lipoma) olduklarında ise kemik yüzeyde radyolojik olarak fark edilir şekilde kabarıklık, pürüz ve erozyon yaptıkları bildirilmiştir (Yamamoto ve ark., 2001).

El veya parmaklarda subkutan şişlik şikâyeti ile başvuran hastalarda tanı koyarken lipomlar akılda bulundurulması gereken lezyonlardandır (Ersozlu ve ark., 2007). Liposarkom, lipoblastom, spindle hücreli lipom, pleoformik lipom, anjiyolipom ve nöral fibrolipom gibi lipom varyantları yanı sıra tendon kılıfından kaynaklanan dev hücreli tümörler, basit epidermal kistler, vasküler anomaliler, gut tüfüsleri, nörofibrom ve nörinoma gibi nörojenik tümörlerde parmakta şişlik şikâyeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken diğer patolojilerden bazılarıdır (De Giorgi ve ark., 2005; Ersozlu ve ark., 2007).

Tanıda fizik muayene yanı sıra yumuşak doku USG, BT ve MRI yardımcı radyolojik tanı yöntemleri olmakla beraber bizim hastamızda aynı lokalizasyondan daha önce geçirdiği cerrahi müdahale sonrası klinik tanısı lipom ola-

rak teyit edildiğinden tanıya yönelik radyolojik incelemeye gerek duyulmadı.

Lipomların temel tedavi şekli total eksizyondur (Silistreli ve ark., 2005). Literatürde vakum yardımcı ya da ultrasonik liposakşın ve laser yardımcı lipoliz gibi tedavi yöntemleri rapor edilmiştir (Choi ve ark., 2007; Khoury ve ark., 2008; Minabe ve ark., 2009). Yapısında yoğun fibrotik bantların bulunduğu lipomlarda cerrahi eksizyon haricindeki bu tedavi yaklaşımları ile lezyonun tam olarak çıkartılmama ve tekrarlama oranı yüksek görülmüştür (Silistreli ve ark., 2005; Choi ve ark., 2007). Keza, el ve parmak düzeyindeki lipomlara temel tedavi yaklaşımı diğer vücut bölgelerindeki lipomlardan farklı olarak cerrahidir. Önemli olan nokta bulunduğu lokalizasyonda parmak hareketlerinden, dolaşımından, duysal ve motor innervasyonundan sorumlu önemli anatomik yapıların farkında olup, ayırımı yaparak dikkatli bir cerrahi teknik uygulamaktır (Azuma ve ark., 2006). Olgumuzun ilk cerrahi yaklaşımında olduğu gibi, bu yapıların zarar görmesinden kaçınmak için konservatif davranarak yapılan kısmi eksizyon sonrasında da tekrarlama olasılığı yüksektir.

Literatürde, olgumuzdaki kadar ileri boyutlara ulaşmış parmakta yerleşik lipom olgu raporuna rastlayamadık. Bunun önemi cerrahi tedavi esnasında disseksiyon alanının dar olması nedeni ile komşuluğundaki dijital damar, sinir ve tendon yapılarına zarar verme riski taşımasıdır. Yine de postoperatif erken dönemde hastamızın parmak hareketlerinde kısıtlılık, dolaşım ve duyu kaybı gibi olumsuz bir durumla karşılaşmadık. Henüz postoperatif 3. ay takibinde olmakla birlikte erken dönem nüksü düşündürülen bir bulgu da ortaya çıkmadı.

4. Sonuç

Olgumuzda da olduğu gibi, lipomlar basit oluşumlar olarak kabul edilip kısmi eksize edildiklerinde büyüme-lerine devam edebilmekte ve ilave morbidite kaynağı oluşturabilmektedirler. Bu nedenle özellikle parmakta olduğu gibi, subanatomik yapıların farkındalığının önem arz ettiği vücut bölgelerinde titiz bir disseksiyonla total çıkartılmaları hem olası bir morbiditeden kaçınma hem de en iyi fonksiyonel geri kazanımın sağlanması açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

- Azuma, R., Demitsu, T., Hiratsuka, Y., Kakurai, M., Imagawa, I., Yoneda, K., Kiyosawa, T., 2006. Subcutaneous lipoma of the index digit presenting as fingertip bulging. *J. Dermatol.* 33, 386–387.
- Choi, C.W., Kim, B.J., Moon, S.E., Youn, S.W., Park, K.C., Huh, C.H., 2007. Treatment of lipomas assisted with tumescent liposuction. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 21, 243–246.
- Choi, H.S., Yi, J.H., Kang, S.H., Yun, S.K., 2003. Lipoma of the index finger. *J. Dermatol.* 30, 834–836.
- De Giorgi, V., Salvini, C., Sestini, S., Alfaioli, B., Carli, P., 2005. Lipoma of the finger: a case report and differential diagnosis. *Clin. Exp. Dermatol.* 30, 439–440.
- Ersozlu, S., Ozgur, A.F., Tandogan, R.N., 2007. Lipoma of the index finger. *Dermatol. Surg.* 33, 382–384.
- Kalisman, M., Dolich, B.H., 1982. Infiltrating lipoma of the proper digital nerves. *J. Hand. Surg. Am.* 7, 401–403.
- Khoury, J.G., Saluja, R., Keel, D., Detwiler, S., Goldman, M.P., 2008. Histologic evaluation of interstitial lipolysis comparing a 1064, 1320 and 2100 nm laser in an ex vivo model. *Lasers Surg. Med.* 40, 402–406.

- Minabe, T., Momosawa, A., Harii, K., 2009. Endoscopic and ultrasonic removal of a lipoma on the forehead with no facial scarring: practicality of patient's early return to work. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg.* 43, 22–28.
- Silistreli, O.K., Durmuş, E.U., Ulusal, B.G., Oztan, Y., Görgü, M., 2005. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. *Br. J. Plast. Surg.* 58, 394–398.
- Stuffer, M., Thurner, J.E., 1995. Lipoma of the index digit--a very rare location. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 114, 239–240.
- Yamamoto, T., Marui, T., Mizuno, K., 2001. Parosteal lipoma of the distal phalanx: a case report and review of the literature. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 389, 181–184.