

INTRAPANKREATİK LİPOM: GÖRÜNTÜLEME BULGULARI

INTRAPANCREATIC LIPOMA: IMAGING FINDINGS

Erdoğan BÜLBÜL¹ Bahar YANIK KEYİK¹ Murat YILDAR² Gülen DEMİRPOLAT¹ Bahri KEYİK³

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Balıkesir
²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Balıkesir
³Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi, Radyoloji Servisi, Balıkesir

Yazışma Adresi:

Yard. Doç. Dr. Erdoğan Bülbül
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Çağış
Yerleşkesi (bigadiç Yolu Üzeri 17. Km) 10145
Balıkesir - Türkiye

Eposta: drerdoganbulbul@yahoo.com

Kabul Tarihi: 26 Eylül 2013

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Pankreatik lipomlar pankreasın mezenkimal tümörleri olup literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir. Lezyon büyük olmadığı ya da bası bulguları oluşturmadığı sürece asemptomatiktir. Pankreasın ultrasonografi (USG) ile değerlendirilmesindeki sınırlılıklar nedeniyle özellikle küçük boyutlu lezyonların USG ile tespiti güç olabilir. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) homojen iç yapıda, düzgün sınırlı, vücudun diğer bölgelerindeki yağ doku ile benzer dansite/sinyal özelliği gösterirler. Kontrast tutulumu ve peripankreatik yağ dokuya uzanımları görülmez. Ayırıcı tanıda fokal yağlı infiltrasyon, teratom, liposarkom gibi yağ doku içeren lezyonlar bulunur. Özellikle malign tümör olan liposarkomdan ayırım önemlidir. Lezyonun büyük boyutta (>5cm) ve heterojen iç yapıda olması, kontrast tutulumu göstermesi, takipte boyut artışı malignite lehinedir. BT ve MRG lipomların tespiti ve ayırıcı tanısında çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: bilgisayarlı tomografi, lipom, magnetik rezonans görüntüleme, pankreas

SUMMARY

Pancreatic lipomas are mesenchymal tumors of pancreas and limited numbers of cases were reported in the literature. Lesion is asymptomatic unless it is a large mass or it causes compression findings. Because of the limitations in sonographic evaluation of pancreas, it can be difficult detecting lesions especially the small ones. In computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) they have homogenous internal structure, smooth borders and same density/intensity like fat tissues at the other parts of body. They do not enhance, or extend to peripancreatic fat tissue. Fat containing lesions like focal fatty infiltration, teratoma, and liposarcoma are in differential diagnosis. It is particularly important to differentiate from liposarcoma which is malignant. Bigger size (>5cm), heterogeneous internal structure, contrast enhancement and size increasing are in favor of malignancy. CT and MRI are very important in detecting and differential diagnosis of lipomas.

Key words: computed tomography, lipoma, magnetic resonance imaging, pancreas

GİRİŞ

Benign mezenkimal tümör olan lipom başta kolon olmak üzere tüm sindirim sistemi boyunca görülebilir¹. Mezenkimal tümörler tüm pankreatik tümörlerin %1'ini oluşturur. Bununla beraber literatürde bildirilen az sayıda pankreatik lipom olgusu bulunmaktadır²⁻⁴. Pankreatik lipomlar büyük boyutlara ulaşmadığı ya da pankreatik kanala veya koledoga bası oluşturmadıkları sürece asemptomatiktir⁵.

Pankreatik lipomlar çoğu kez tedavi gerektirmemelerine rağmen pankreasın yağlı doku içeren diğer lezyonlarıyla ayırıcı tanılarının yapılması gereklidir. Lipom gibi çok nadir görülen liposarkom ayırıcı tanıda soruna yol açabilir. İlk tespit esnasında lezyon boyutunun büyük olması (>5cm), iç yapısının heterojen olması ve takip

incelenmelerde boyut artışının belirlenmesi liposarkom açısından kuşku uyandırmalıdır⁴.

Nadiren pankreas içinde görülebilen lipomlar çoğunlukla başka amaçlarla yapılan radyolojik tetkiklerde rastlantısal olarak saptanırlar ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile manyetik rezonans görüntüleme (MRG) vücudun diğer bölümlerindeki yağlı dokular ile benzer yapıda izlenir.

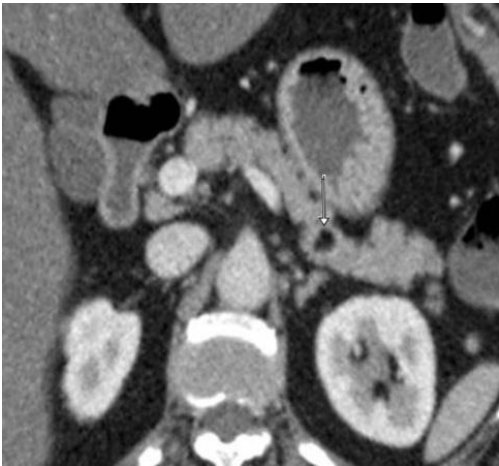
Bu makalede insidental saptanan intrapancreatik lipomun BT ve MRG bulguları sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

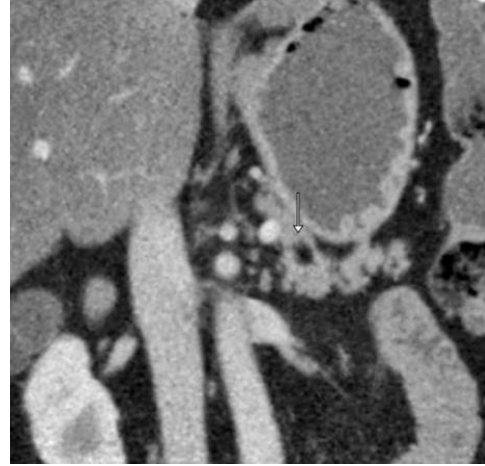
Altmışaltı yaşındaki kadın hasta üç aydır devam eden özellikle göbek çevresinde olan devamlı karın ağrısı şikâyeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın diyabet nedeniyle tedavi gördüğü öğrenildi. Hastanın

özgeçmişinde laparoskopik kolesistektomi, apendektomi ve çekumdan polipektomi öyküsü bulunmaktaydı. Fizik muayenesinde paraumbilikal hassasiyet dışında özellik bulunmuyordu. Laboratuvar tetkiklerinde kan şekeri 144mg/dl, kolesterol 251mg/dl, trigliserid 216mg/dl, ALT81U/l, AST 37 U/l, GGT 60U/l, HbA1c %7.3 olup normalden yüksekti. Sedimentasyon hızı, lipaz ve amilaz değerleri normaldi. Abdominal ultrasonografi (USG) incelemesinde safra kesesinin cerrahi yokluğu dışında özellik saptanmadı. BT incelemesi 64 kesitli multidedektör cihazla oral kontrast madde kullanılmaksızın, intravenöz (İV) yoldan kontrast madde verilerek 0.5 mm kalınlığında ince aksiyel kesitler alınarak gerçekleştirildi. Görüntüler koronal ve sagittal multiplanar rekonstrüksiyon imajlarla birlikte değerlendirildi. BT incelemede pankreas korpus-kuyruk bileşkesinde 1x1cm boyutlarında, düzgün konturlu ve iyi sınırlı, homojen, hipodens iç yapıda solid lezyon saptandı (Resim 1 A-B). Lezyonun atenüasyonu -100 Hounsfield Ünite (HU) olup yağ dansitesindeydi. Pankreatik kanala ve komşu vasküler yapılara bası ya da invazyon gözlenmedi. Lezyon MRG incelemede T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde (AG) hiperintens, yağ baskılı T1 AG'de hipointens izlendi (Resim 2 A-B). Lezyon intrapankreatik lipom olarak değerlendirilerek takibe alındı. Altı ay sonraki MRG kontrolünde boyut ve görünüm farklılığı saptanmadı.

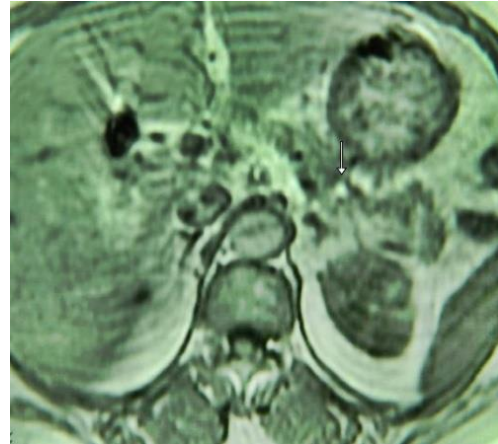
Resim 1A. Aksiyel kontrastlı BT görüntüsünde pankreas gövde-kuyruk bileşkesi düzeyinde 1x1 cm boyutlarında, yağ doku dansitesinde (-100 HU), iyi sınırlı, hipodens lezyon (beyaz ok) izlenmektedir.



Resim 1B. Koronal multiplanar reformat BT görüntüsünde lezyon (beyaz ok) görülmektedir.



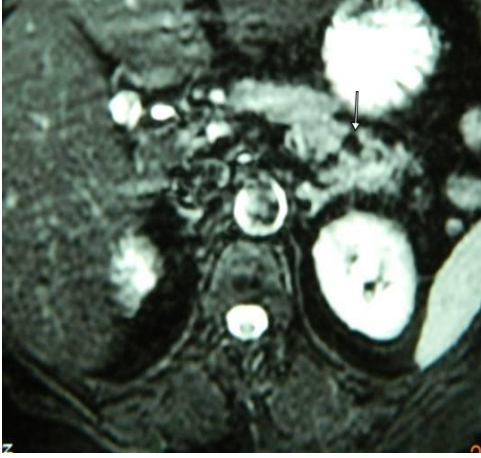
Resim 2A. Aksiyel T1 ağırlıklı görüntüde (AG) pankreas gövde-kuyruk bileşkesinde lokalize lezyon ciltaltı ve retroperitoneal yağ doku ile benzer şekilde hiperintens (ok) olarak izlenmektedir.



TARTIŞMA

Pankreasın nadir tümörlerinden olan lipom matür adipositler ve onları çevreleyen ince kollagen kapsülden oluşur^{2,3}. Pankreasın tüm bölümlerinde görülebilir. Pankreas başında lokalize lipomların etiyolojisinin embriyolojik dönemde dorsal ve ventral pankreatik dalların birleşmesi sırasında retroperitoneal ve mezenterik yağ dokusunun sıkışmasına bağlı olabileceği savunulurken, gövde ve kuyrukta lokalize lipomların etiyopatogenezi henüz tam olarak bilinmemektedir⁶. Pankreas başındaki lipomlar klinik olarak bulgu oluşturabilirken gövde ve kuyruk bölümünde lokalize tümörler 10 cm'den büyük boyutlarda bile sessiz olabilirler⁷.

Resim 2B. Aksiyel yağ baskılı T2 AG'de lezyon sinyali baskılanmakta ve hipointens (ok) görülmektedir.



İntrapankreatik lipom literatürde ilk defa Bigard ve ark. tarafından 1989'da tanımlanmıştır. Bu ilk olguda lezyon USG'de hipoekoik kitle şeklinde görülmüştür⁸. Daha sonraki yayınlarda farklı eko özelliklerinde olabileceği ortaya konmuştur. İtai ve ark. serilerinde hiperekojen ve hipoekojen lipomlar tanımlamışlardır⁹. Lezyon USG ile hipoekoik görünümde olduğunda maligniteden ayırmak mümkün değildir. Pankreasın USG ile değerlendirilmesindeki teknik zorluklar nedeniyle lipomun bu yöntemle tespiti güç olabilir⁴. Bizim olgumuzda pankreasta genel olarak hafif yağlanma nedeniyle eko artışı söz konusuydu. Lezyonun hiperekoik görünümde olması nedeniyle USG'de dikkati çekmemiş olabilir.

İntrapankreatik lipomlar BT incelemesinde homojen, iyi sınırlı, yağ dansitesinde, İV kontrast madde enjeksiyonu sonrasında merkezi ve/veya çevresel kontrastlanma göstermeyen lezyonlardır. Lezyon dansitesi -80 ile -120 HU arasında olup cilt altı yağ dokusu ile benzer dansitededir. Ekstrapankreatik uzanım görülmez ve abdominal yağ dokusu ile bağlantısı bulunmaz¹. Komşu portal ve/veya mezenterik vasküler yapılara bası oluşturabilir¹⁰. Bizim olgumuzda lezyon literatürde tanımlandığı gibi yağ dansitesinde (-100 HU) olup intraabdominal yağ dansitesi ile ilintili değildir. Pankreatik kanala veya komşu vasküler yapılara bası oluşturmamaktadır.

İntrapankreatik lipomun sınırları MRG incelemesinde daha iyi ortaya konabilir. Lipom T1AG ve T2AG'de hiperintens izlenir ve yağ baskılama sekanslarında intraabdominal ve cilt altı yağlı doku ile benzer şekilde homojen hipointens gözlenir⁵. Bizim olgumuzda da

lezyonda bu sekanslarda benzer görünüm özellikleri saptanmıştır. İntrapankreatik lipom ayırıcı tanısında pankreasın yağ içeren diğer lezyonları olan fokal yağlı infiltrasyon, teratom, fibrolipom, lipoblastom ve liposarkom düşünülmelidir. Fokal yağlı infiltrasyon ve lipom ayırıcı tanısı, lipom pankreatik kanal veya koledokta tıkanma oluşturmadığı sürece klinik açıdan önemli değildir. Hem lipom hem de fokal yağlı infiltrasyon insidental olarak tespit edildiğinde ve asemptomatik olduğunda konservatif yaklaşılır. Fokal yağlı infiltrasyonda lezyon ile abdominal yağ doku arasında devamlılık izlenirken; lipom tamamen pankreas dokusuyla çevrilidir⁵. Fokal yağlı infiltrasyonun diyabet ile ilişkisi birçok defa bildirilmesine rağmen intrapankreatik lipomlarda bildiğimiz kadarıyla yalnızca bir olguda diyabetin eşlik ettiği bildirilmiştir¹¹⁻¹³. Bizim olgumuz da diyabetikti. Pankreasta teratom (matür dermoid kist) çok az sayıda bildirilmiştir. Tümör değişik oranlarda kistik, yağlı komponentler ile birlikte heterojen ve yüksek dansiteli kas, kıkırdak, kemik, saç, diş gibi solid komponentler içerir. Teratomun duvarı epitel ve konnektif doku içermesiyle lipomdan farklılık gösterir. Teratom sıklıkla cerrahi eksizyon gerektirir¹. Bizim olgumuzda lezyonda farklı yüksek dansiteli herhangi bir komponent izlenmedi. Pankreas liposarkomu lipomdan daha nadirdir. Lipom gibi matür adipositlerden oluşur. Ancak tespit edildiğinde lipomdan daha büyük (>5cm) boyuttadır. Dansitesinin heterojen olması en önemli ayırt edici özelliklerindedir. Yumuşak doku dansitesinde /sinyalinde kalın bantlar içerir. Kalsifikasyon, orta derecede kontrastlanma, nodüler kontur özelliği, takip incelemelerde hızlı boyut artışı maligniteyi destekleyen diğer bulgulardır. Yine de liposarkomun seyrek bir formu olan lipojenik- liposarkomun homojen dansiteli/sinyalli ve iyi sınırlı olması nedeniyle lipomdan ayrılması sorun oluşturabilir⁴. Olgumuzda pankreastaki lezyon küçük boyutta ve homojen dansitede olması, kontrastlanma ile peripankreatik uzanım göstermemesi, BT dansite ve MR sinyal özelliklerinin yağ dokuya uyması nedenleriyle lipom olarak değerlendirildi. Cerrahi müdahale ya da histopatolojik tanı yapılmadan takibe alındı. Lipom pankreasın nadir tümörlerindedir. Literatürde az tanımlanmasına rağmen olguların bir kısmının asemptomatik olması nedeniyle gerçek sıklığı maskelenebilir. BT ve MRG gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri lezyonun saptanması ve ayırıcı tanısında çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Hois EL, Hibbeln F, Sclamberg JS. CT appearance of incidental pancreatic lipomas. *Abdom Imaging* 2006; 31:332-8.
2. Lee SY, Thng CH, Chow PKH. Lipoma of the pancreas, a case report and a review of the literature. *World J Radiol* 2011; 3(10): 246-8.
3. Barutcu O, Cihangiroglu M, Yildirim T, Kayaselcuk F, Noyan T. Fat containing unusual tumor of the pancreas. *Eur Radiol* 2002;12:770-3.
4. Stadnik A, Cieszanowski A, Bakon L, Grodzicka A, Rowinski O. Pancreatic lipoma: An incidentiloma which resemble cancer-analysis of 13 cases studied with CT and MRI. *Pol J Radiol* 2012; 77(3): 9-13.
5. Secil M, Igci E, Goktay AY, Dicle O. Lipoma of the pancreas: MRI findings. *Comput Med Imaging Graph* 2001; 25: 507-9.
6. Karaosmanoglu D, Karcaaltincaba M, Akata D, Ozmen M, Akhan O. Pancreatic lipoma computed tomography diagnosis of 17 patients and follow-up. *Pancreas*. 2008;36:434-436.
7. Lee JY, Seo H, Park EY, Kim GH, Park DY, Kim S. Histologic confirmation of huge pancreatic lipoma: a case report and review of literatures. *J Korean Surg Soc* 2011;81:427-30.
8. Bigard MA, Boissel P, Regent D, Froment N. Intrapancreatic lipoma: first case in the literature. *Gastroentrol Clin Biol*. 1989; 13:505-7.
9. Itai Y, Saida Y, Kurosaki Y, Kurosaki A, Fujimoto T. Focal fatty masses of the pancreas. *Acta Radiol* 1995; 36: 178-81.
10. Katz DS, Nardi PM, Hines J, Brackhausen R, Math KR, Fruauff AA, Lane MJ. Lipomas of pancreas. *Am J Roentgenol* 1998; 170: 1485-7.
11. Kim HJ, Byun JH, Park SH, Shin YM, Kim PN, Ha HK, Lee M. Focal fatty replacement of the pancreas: Usefulness of chemical shift MRI. *AJR* 2007; 188:429-432.
12. Lee LS, Kim SH, Jun DW et al. Clinical implications of fatty pancreas: Correlations between fatty pancreas and metabolic syndrome. *World J Gastroenterol* 2009 April 21; 15(15): 1869-75.
13. Suzuki R, Irisawa A, Hikichi T, Shibukawa G et al. Pancreatic lipoma diagnosed using EUS-FNA. A case report. *J Pancreas (Online)* 2009; 10(2):200-203.