

## Olgu Sunumu

# Dev Lipom: Olgu Sunumu

Zekeriya Okan KARADUMAN<sup>1,a</sup>, Kazım SOLAK<sup>2</sup>, İstemi YÜCEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Düzce Üniversitesi, Ortopedi Travmatoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

<sup>2</sup>Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Düzce, Türkiye

<sup>3</sup>Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

### ÖZET

Lipom, insan vücudunun mezenkimal kaynaklı en sık görülen neoplazmi olarak karşımıza çıkmaktadır. Asemptomatik olmaları nedeniyle nadiren de olsa dev boyutlara ulaşabilirler. Ayırıcı tanıda birçok benign ve malign tümoral yapı ile karışabilmesine rağmen tedavide total cerrahi eksizyon yeterlidir. Görülme yaşı ortalama 5. dekadır ve erkeklerde 5-10 kat daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu olguda sırtta yaklaşık 18 cm boyutlarında dev kitle şikayeti ile başvuran ve eksizyon sonucu patolojik incelemede lipom olarak değerlendirilen 44 yaşında erkek hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Lipom, Mezenkimal Tümör, Cerrahi.

### ABSTRACT

#### Giant Lipoma: A Case Report

Lipoma is the most common mesenchymal neoplasm in the human body. They may rarely become giant masses due to their asymptomatic nature. Differential diagnosis includes many malignant and benign tumors. Total surgical excision is the preferred treatment modality. The average age period of the affected patients is the fifth decade of life. It is 5-10 times more common in males. In this case report, we report a 44-year-old male with a giant back mass with a diameter of 18 cm and diagnosed as lipoma after its removal and histopathological examination, and reviewed the literature.

**Keywords:** Lipoma, Mesenchymal Neoplasm, Surgery.

Lipomlar en sık görülen mezenşimal tümörlerdir ve histolojik olarak matür yağ dokusuna çok benzerler. Basit bir yağ birikiminden lipomları tek ayıran özellik çevrelerindeki ince fibröz kapsül varlığıdır (1). Sırt, omuz ve boyun bölgesinde daha sık ortaya çıkarlar. Klinikte çapları genellikle birkaç santimetre olmakla beraber çok büyük boyutlara da ulaşabilen genellikle yavaş büyüyen, asemptomatik ağrısız bir kitle olarak görülürler (2).

### OLGU SUNUMU

Olgumuzda 44 yaşında sırtında ağrısı ve kitlesi olan erkek bir hastayı sunduk. Hastanın öyküsünden sırtında 10 yıldır mevcut olan kitlesinin zamanla yavaş yavaş büyüme gösterdiği ve daha önce herhangi bir ağrıya neden olmadığı fakat son birkaç aydır ağrısının analjeziklere yanıt vermediği öğrenilmiştir. Yapılan fizik muayenesinde sırtının sol tarafında üzerindeki cilt dokusu normal olarak izlenen, palpasyonda yumuşak

kıvamlı, hassasiyet göstermeyen ve etraf dokulara fiksasyon göstermeyen kitle izlendi. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) koronal ve transvers kesitlerinde kitlenin infraspinatus ve teres minör kaslarının üzerinde olduğu, cilt altında kalın bir kapsülü olduğu izlendi (Şekil 1-2). Hastaya operasyon planlandı. Prone pozisyonda yatırılan hastaya sol omuz skapula üzerinden yaklaşık 15 cm longitudinal insizyon yapıldı. Cilt ve cilt altı geçildikten sonra yüzeysel olarak izlenen kitlenin kapsülü takip edilerek, kitle çevre dokulardan diseke edildi. Makroskopik olarak iyi sınırlı, yuvarlak oval, sarı-turuncu renkli, yumuşak lastik kıvamında kitle görüldü (Şekil 3). Yaklaşık boyutu 18x9x5 cm olan kitle eksize edildi (Şekil 4). Histolojik incelemede lipom için tanısız olan; fibröz bir kapsülle çevre bağ dokusundan ayrılan, iyi sınırlı ve ince bağ dokusu septaları tarafından oluşturulan lobüler yapının ortaya çıktığı matür yağ dokusu görünümü tespit edildi (Şekil 5).

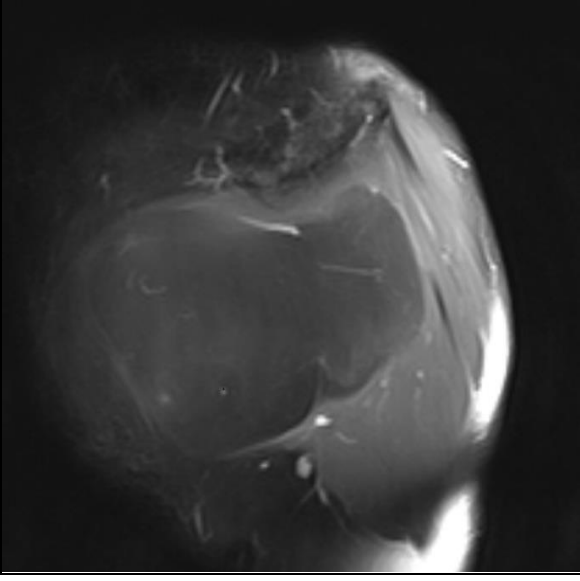
<sup>a</sup>Yazışma Adresi: Zekeriya Okan KARADUMAN, Düzce Üniversitesi, Ortopedi Travmatoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Tel: 0380 542 1390

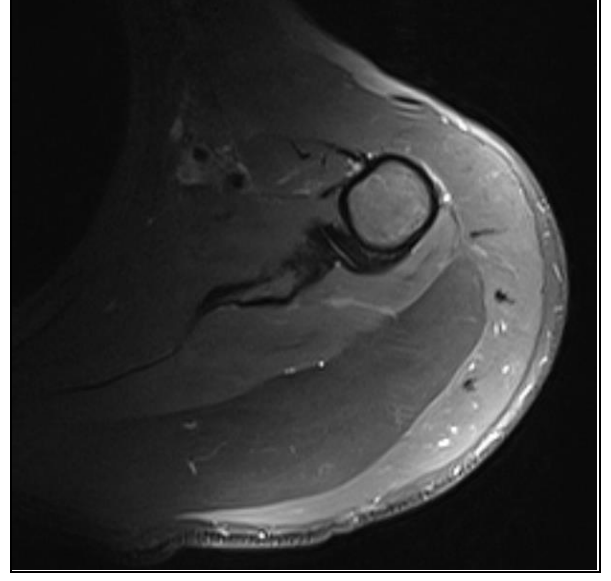
Geliş Tarihi/Received: 17.03.2016

e-mail: karadumano@hotmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 24.01.2017



Şekil 1. Kitlenin koronal MR görüntüsü.



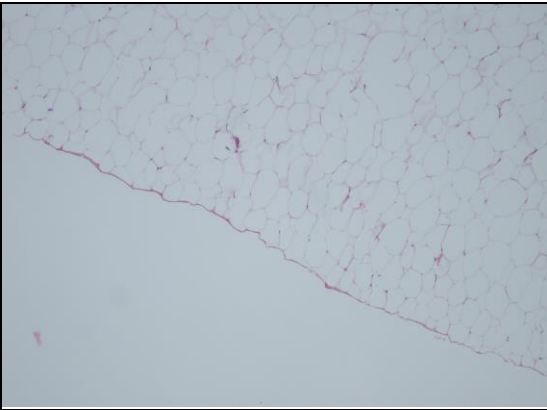
Şekil 2. Kitlenin transvers MR görüntüsü.



Şekil 3. Dokulardan disekt edilen kitlenin makroskopik görüntüsü.



Şekil 4. İnce fibröz kapsülü izlenen matür adipositlerden oluşan lezyon (HE x 100).



Şekil 5. Eksize edilen kitlenin mikroskopik görüntüsü.

## TARTIŞMA

Lipomlar yağ dokusunun bulunduğu her lokalizasyonda, genellikle subkutan doku yerleşimli olup, sıklıkla 5-6. dekatta kadın ve erkekte eşit oranda görülürler (3). Büyüklükleri çevre dokuların sıkıştırıcı etkilerine göre değişiklik gösterebilir. Genellikle kozmetik şikayetler dışında semptomlara sebep olmazlar (4). Hastalar genellikle lezyonun büyüklüğüne bağlı olarak kötü görünüm nedeniyle doktora başvururlar (5). Bizim olgumuzda uzun süredir mevcut olan kitlenin yavaş büyüme gösterdiği ve daha önce herhangi bir ağrı şikâyetine neden olmadığı fakat son birkaç aydır geniş kitlenin kütanöz sınırlara basıdan kaynaklandığını düşündüğümüz ağrısının analjeziklere yanıt vermediği öğrenilmiştir.

Yavaş büyümeleri ve semptoma sebep olmamaları nedeniyle hastalar tarafından önemsenmeyen bu lipomatöz lezyonlar dev boyutlara ulaşabilirler (6). Lipomların dev olarak sınıflandırılmaları için minimum 10 cm genişlikte olmaları veya 1000 gram üzerinde ağırlığı olması gereklidir (7). Bizim olgumuzda eksizyon materyali 1700 gram ağırlığında idi. Dev lipomların benign ve malign hastalıklarla ayırıcı tanısı tedavi ve prognoz açısından mutlaka yapılmalıdır. Benign lipomatöz lezyonlar histopatolojik özelliklerine göre: klasik lipomlar, fibrolipom, anjiolipom, infiltratif lipom, pleomorfik lipom, intramusküler lipom, hibernom, olarak sınıflanabilirler. Klasik lipomlar soliter veya multipl olarak izlenebilirler (7). Üstündağ ve Dervişoğlu'nun (8), 843 olguluk lipomatöz tümör serilerinde sadece 44 olguda malignite saptanmış ve benign olanların % 75'i klasik lipom tanısı almıştır. Lipomların maligniteye dönüşmesi çok nadirdir. Literatürlerde bu

konuda birkaç vaka rapor edilmiştir. Rapor edilenlerin bir kısmı pleomorfik lipomlardır; diğerleri ise histopatolojik ilk incelemeler sırasında malignite karakteri tespit edilememiş olan iyi differansiye liposarkomlardır (9). Bizim olgumuzda dev, soliter ve tek lipom vardı. Histopatolojik incelemede fibröz bir kapsülle çevre bez dokusundan ayrılan, iyi sınırlı matür yağ dokusu görünümü pleomorfizme rastlanmayan klasik lipom varlığı tespit edildi.

Lipomların etyopatogenezi tam olarak ortaya konulmamış olmakla birlikte genetik, endokrin ve travmatik faktörler kabul edilen nedenlerdir. Genetik olarak özellikle 12. kromozom translokasyon ve delesyonu ile lipom oluşumu arasında ilgi olabileceği bildirilmektedir (10). Subkutan dokudaki mezansimal öncü hücrelerin travmaya sekonder inflamatuvar mediatörlerin oluşumu, yağ nekrozu ve lokal büyüme faktörlerinin salınımı suçlanan diğer faktörlerdir (11). Bizim olgumuzda travma öyküsü olmamakla birlikte uzun zamandır var olan ve yavaş büyüyen bir kitle şikâyeti mevcuttu. Temel tedavi şekli cerrahi eksizyon olan lipomlar, fonksiyonel veya kozmetik nedenlerle eksize edilebilirler. Total rezeksiyonu takiben genellikle rekürrens göstermezler ve bu nedenle ek tedavi gerektirmezler (6). Biz de olgumuza total rezeksiyon uyguladık. Sonuç olarak; her ne kadar lipomatöz lezyonlar klinik olarak benign özelliklere sahip olsalar da mutlaka lipomun histopatolojik olarak karakteri tanımlanmalıdır. Klinisyenler tarafından basit bir lipom olarak değerlendirilen lezyonlarda tanı açısından güçlük çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Zhong LP, Zhao SF, Chen GF, Ping FY. Ultrasonographic appearance of lipoma in the oral and maxillofacial region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 738-40.
2. Kohler S. Muscle, adipose and cartilage neoplasms. In: Bologna JI, Jorizzo JI, Rapini RP. eds. *Dermatology*, Edinburgh: Mosby; 2003: 1883-98.
3. Robbins SL, Cotran Sr, Kumar V: *Pathologic Basis of Disease*, 3<sup>rd</sup> end. Philadelphia: W.B. Saunders, 1984: 270.
4. Yoshihara T, Kawano K, Mita N. Retropharyngeal lipoma causing severe dysphagia and dyspnea. *J Otolaryngol* 1998; 27: 363-6.
5. Piattelli A, Fioroni M, Rubini C. Intramuscular lipoma of the cheek: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 817- 9.
6. Silistreli OK, Durmus EU, Ulusal BG, Oztan Y, Gorgu M. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. *Br J Plast Surg* 2005; 58: 394-8.
7. Sanchez M, Golomb F, Moy J, Potozkin JR. Giant lipoma. Case report and review of the literature. *Am J Acad Dermatol* 1993; 28: 266-70.
8. Üstündağ N, Dervişoğlu S. Recently described lipomatous tumors and our 11 year-experience on lipomatous tumors. *Cerrahpaşa J Med* 2003; 34: 119-26.
9. Weiss SW, Goldblum JR. *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*. 4th ed. St Louis: Mosby, 2001: 571-639.
10. Turc CC, Dalcin P, Boghosian L. Breakpoints in benign lipoma may be at 12q13 or 12q14. *Cancer Genet Cytogenetic* 1988; 36: 131-3.
11. Signorini M, Campiglio GL. Posttraumatic lipomas: Where do really come from? *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 699-705.