

Parotis Lipomlarının Ayırıcı Tanı Özellikleri ve 5 Olgunun Sunumu

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PAROTID LIPOMAS: REPORT OF 5 CASES

Taner Kemal ERDAĞ*, Enis Alpin GÜNERİ*, Vehip BEYAZGÜN*, Ahmet Ömer İKİZ*,
Emel ADA**, Sülen SARIOĞLU***

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı*

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı**

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı***

ÖZET

Amaç: Az görülmesi nedeniyle ilginç bulunan parotis lipomunun güncel tanı ve tedavi yöntemlerinin tartışılması.

Hastalar ve yöntemler: Kliniğimizde parotis tümörü nedeni ile cerrahi uygulanan 127 olgunun patoloji kayıtları geriye dönük olarak incelendi ve 5 olguda (%3,9) parotis lipomu saptandı. Bu beş hastanın genel özellikleri, başvuru yakınmaları, klinik baki bulguları, radyodiagnostik inceleme sonuçları, operasyon bulguları ve izlem sonuçları ayrıntılı olarak incelendi.

Bulgular: Parotis lojunda yavaş büyüyen ağrısız kitle yakınması ile başvuran dördü erkek, biri kadın 5 hastanın tümünde operasyon öncesi fizik baki ve radyodiagnostik incelemeler sonucu lipom tanısına ulaşıldı. Lipomun intraglanduler izlendiği uç olguya süperfüzyal parotidektomi, periglanduler olan iki olguya ise enukleasyon cerrahisi uygulandı. Kitle ile parotis ilişkisi açısından 2 olguda, operasyon bulguları ile radyodiagnostik inceleme sonuçları arasında uyumsuzluk saptandı. Preoperatif incelemelerde yalnız ultrasonografinin (US) kullanıldığı bu olguların ilkinde, periparotid olduğu düşünülen tümörün operasyonda intraglanduler, diğerinde de intraglanduler olduğu düşünülen tümörün operasyonda periparotid yerleşimli olduğu görüldü. Postoperatif 7 ile 65 ay arasında değişen, ortalama 41 aylık izlemlerde hastaların hiçbirinde rekürrens görülmedi.

Sonuç: Lipom, parotisin az görülen benign tümörlerinden biridir. Fizik baki ve güncel görüntüleme yöntemlerinin kullanımı ile preoperatif tanı çoğunlukla olanaklıdır. Ancak bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tümörün periparotid ya da intraglanduler yerleşim ayırımının yapılmasında US'ye göre daha üstündür. Tedavide seçilecek yöntem total cerrahi eksizyondur. Tümör rekürrensi nadir görülür.

Anahtar sözcükler: Parotis Neoplazmları/patoloji, lipom/tanı, lipom/ultrasonografi bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme

SUMMARY

Objective: To discuss current diagnostic and therapeutic methods of parotid lipomas which are interesting because of their rarity.

Patients and methods: The pathology reports of 127 cases who had surgery because of parotid tumors were evaluated retrospectively and parotid lipomas were found in 5 cases (3,9%). Their general characteristics, complaints, clinical findings, radiodiagnostic examination results, surgical findings and follow-up results were studied in details.

Taner K.ERDAĞ

Korutürk Mah.Meşe Sk.

No.17/5 Erarslan Apt.

35330 Balçova İZMİR

Tel: 232 2777777 – 3260

e-mail: erdag@netone.com.tr

*Bu çalışma 10-13 Ekim 2000 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı tarafından düzenlenen "Ağız ve Tükürük Bezi Hastalıklarına Multidisipliner Yaklaşım" sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

Results: Physical and radiodiagnostic examinations revealed the clinical diagnosis of lipoma in all the patients of whom four were males, presenting with painless mass in the parotid region. Superficial parotidectomy was performed for the three patients whose lipomas were intraglandular and enucleation for the other two patients whose tumors were periparotid. In terms of the relation between tumor and the parotid gland, in 2 cases, there was difference between radiodiagnostic examination and surgical findings. In the first one of these 2 cases in whom only ultrasonography (US) was used preoperatively, it was seen perioperatively that the tumor which had been thought as periparotid was intraglandular; in the other one it was seen that the tumor which had been thought as intraglandular was in fact in periparotid location. During the 7- to 65- month postoperative follow-up (mean 41 months) of the 5 patients, no recurrence was noted.

Conclusion: Lipoma is one of the rarely seen benign tumors of the parotid gland. Preoperative diagnosis is usually possible with physical examination and current radiodiagnostic methods. But computensed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) are superior to US in distinguishing the periparotid or intraglandular tumor location. The treatment of choice is total surgical excision. Tumor recurrence is rarely seen.

Key words: Parotid Neoplasms/pathology, lipoma/diagnosis, lipoma/ ultrasonography, tomography, X-ray computed, magnetic resonance imaging.

Matür adipoz dokudan oluşan lipom, en sık görülen benign mezenkimal tümördür (1). Histolojik olarak benign olmasına karşın, lokal invaziv özellikleri nedeni ile cerrahi eksizyon sonrası %5 oranında rekürrens görülebilir (2). Lipomların yaklaşık %13'ü baş boyunda yer alır; en sık subkutan yerleşimlidirler; az olarak oral kavite, larengofarenks, nazofarenks, parafarengeal alan, üst mediasten ya da intrakranial yerleşim gösterebilirler (3,4). Lipomların seyrek rastlanan bir lokalizasyonu da parotistir ve genellikle parotis tümörlerinin ayırıcı tanısında yer almazlar (5).

Bu çalışmanın amacı, az görülmesi nedeniyle ilginç bulunan parotis lipomu olgularını güncel bilgilerin ışığında sunmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda yaklaşık 15 yıllık dönemde (Şubat 1987-Eylül 2000) parotis cerrahisi uygulanan 138 hastanın patolojik kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. 103'ü benign, 24'ü malign parotis tümörü nedeni ile opere edilen toplam 127 olgudan 5'inin (%3,9) tanısı histopatolojik inceleme sonucu parotis lipomu olarak belirlenmiştir. Bu beş hastanın genel özellikleri, başvuru yakınmaları, klinik bakı bulguları, radyodiagnostik inceleme sonuçları, operasyon bulguları ve izlem sonuçları ayrıntılı olarak incelenmiştir.

BULGULAR

Parotis lipomu görülme sıklığı, dizimizde yer alan tüm parotis tümörleri arasında %3,9; benign parotis tümörleri arasında %4,8 olarak saptanmıştır. Lezyonların 3'ü (%2,3) intraglandular (süperfişyal lob), 2'si (%1,6) periparotid yerleşimlidir. Hastaların 4'ü erkek, biri kadındır. Yaşları 39 ile 63 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 51'dir.

Parotis lojunda 12 ile 60 ay arasında değişen yaklaşık 25 aydır var olan ve yavaş büyüyen ağrısız kitle nedeni ile başvuran hastaların fizik bakılarında, 4'ünde solda, birinde sağda olmak üzere en büyüğü 5x4 cm, en küçüğü 3x2 cm çaplı (ortalama 4x3 cm) boyutlarında ağrısız, yumuşak kitle saptanmıştır.

Radyodiagnostik incelemelerde, hastaların 2'sine yalnız boyun US, birine yalnız BT, bir hastaya US ve BT, bir hastaya da US ve MRG yapılmıştır. Operasyon öncesi hastaların tümünde fizik bakı ve radyodiagnostik incelemelerin birlikte değerlendirilmesi ışığında lipom öntanısına ulaşılmıştır. Ancak kitle ile parotis ilişkisi açısından 2 olguda, operasyon bulguları ile radyodiagnostik inceleme sonuçları arasında uyumsuzluk saptanmıştır. Lipomun parotis yüzeyel lobundan kaynaklandığı 3 hastaya süperfişyal parotidektomi, parotis lateral yüzeyine dıştan bası oluşturacak şekilde gland içine makroskopik invazyonun izlenmediği 2'sine de enükleasyon cerrahisi

uygulanmış ve hiçbir hastada erken postoperatif komplikasyona rastlanmamıştır.

Olguların patolojik incelemelerinde, tümörlerin makroskopik olarak ince bir kapsülle sarılı oldukları ve kesit yüzlerin sarı renkte olduğu gözlenmiştir. Mikroskopik incelemelerde ise tümörlerin matür liposite benzer geniş saydam sitoplazmalı, eksantrik nükleuslu poligonal ve uniform hücrelerden oluştuğu gözlenirken, atipik bulgu izlenmemiştir (Şekil 1).

Postoperatif 7 ile 65 ay arasında değişen, ortalama 41 aylık izlemde hastaların hiçbirinde rekürrens görülmemiştir.



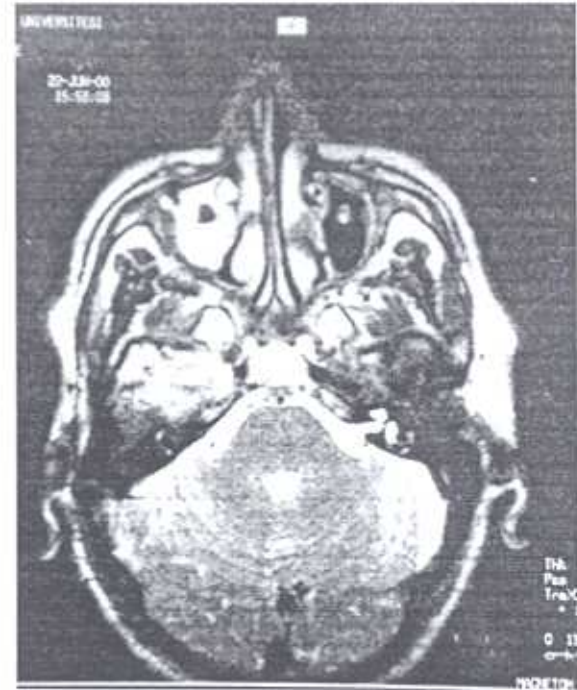
Şekil 1. Lipom mikroskopik görünümü (H&E x 20)

TARTIŞMA

Parotis içi lokalizasyonlu lipom oldukça az görülür ve tüm parotis tümörlerinin yaklaşık %1 ile 2'sini oluşturur (6). Intraglandüler ya da periparotid yerleşimli lipom ayırımının yapılmadığı dizilerde bu oranın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (5). Parotis intraglandüler lipomları yüzeysel lobdan köken alırken, derin lob yerleşimli lipomlara son derece az rastlanır (5,7). Çalışmamızda intraglandüler lipoma rastlanma sıklığı, tüm parotis tümörleri içinde (127 olgu) %2,3 olarak bulunmuştur. Parotiste lipom sınırlı bir kitle, ya da yaygın bir infiltrasyon şeklinde ortaya çıkabilir. Lokalize lipom ağrısız, yumuşak bir kitle olarak belirti verirken, yaygın lipomatozisin genellikle bilateral ol-

duğu ve diabetes mellitus, alkolizm ya da malnutrisyon gibi altta yatan metabolik bir hastalığa sekonder geliştiği bildirilmiştir (6). Dizimizde yer alan 3 hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus olmasına karşın, bunların tümünde de lipom unilateral lokalize bir kitle olarak saptanmıştır. Diğer 2 hastanın da tek yakınması unilateral, ağrısız, yavaş büyüyen, yumuşak parotis kitlesi olup, hiçbir olguda yaygın lipomatozis formuna rastlanmamıştır.

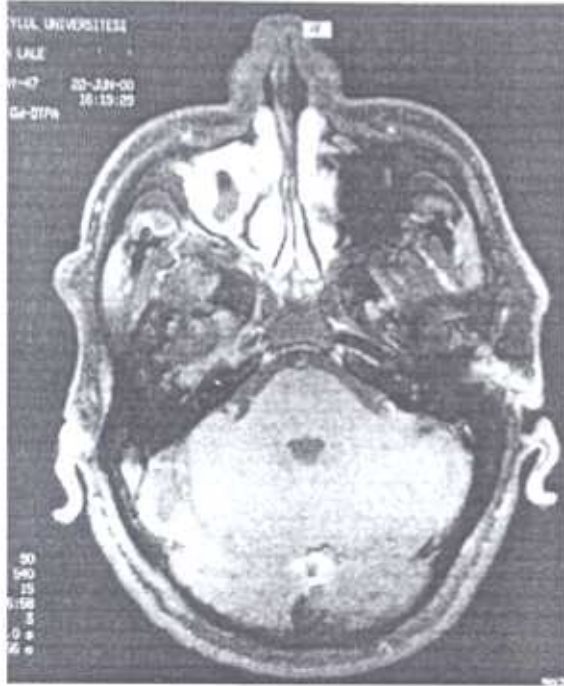
Parotis lipomlarında güncel görüntüleme yöntemlerinin kullanımı ile preoperatif tanı çoğunlukla olanaklıdır. Lipomların karakteristik sonografik özellikleri yanında yüksek rezolüsyonlu BT'de doku dansitelerinin ölçülmesi de tanıda yararlı olmaktadır (8,9). MRG'de ise T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerin karşılaştırılması ve özellikle yağ supresyon tekniklerinin uygulanması ile tanıya gidilebilmektedir (10,11) (Şekil 2,3). Çalışmamızdaki 5 hastada da fizik bakı ve radyodiagnostik incelemeler sonrasında, preoperatif lipom ontanısına ulaşılmış olması, lipoma yönelik olan radyodiagnostik inceleme yöntemlerinin oldukça sensitif olmasına bağlanmıştır.



Şekil 2. Turbo spin eko T2 ağırlıklı aksiyel kesitte sol parotis lojunda hiperintens 1,5 x 2 cm. boyutlarında düzgün konturlu periparotid yerleşimli kitle lezyonu izleniyor.

Tümör gland ilişkisi açısından preoperatif radyodiagnostik incelemeler ile operasyon bulguları karşılaştırıldığında, 2 hastada uyumsuzluk saptanmıştır.

Preoperatif incelemelerde yalnız US'nin kullanıldığı bu olguların ilkinde, periparotid olduğu düşünülen tümörün operasyonda intraglanduler; diğerinde de intraglanduler olduğu düşünülen tümörün operasyonda periparotid yerleşimli olduğu görülmüştür. Bu bulgu, US'nin, lipomun periparotid ya da intraglanduler yerleşimi konusunda yetersiz bilgi verebileceğini düşündürmüştür.



Şekil 3. Gd-DTPA sonrası, yağ baskılama tekniği kullanılarak elde edilen T1 ağırlıklı kesitte kitlenin tümü ile baskılandığı izleniyor.

Parotis lipomlarının histopatolojik ayırıcı tanısında diffüz lipomatozis ve liposarkom da bulunmalıdır. Diffüz lipomatozisten ayırımında lezyonun kapsüllü olması lipom tanısı için önemlidir. İyi diferansiye liposarkomların gözden kaçmaması için çok sayıda kesitte atipik nükleer özelliklerin ve lipoblastların dikkatle araştırılması gerekir (5,9,12). Bu dizide tanımlanan olgularda herhangi bir atipik bulguya rastlanmaması ve tümörlerin kapsüllü olmaları nede-

niyle "lipom" tanısına ulaşılmış; tüm lezyonların yüzeysel yerleşimi de bu tanıyla uyumlu bulunmuştur.

Parotis lipomunun cerrahi tedavisinde, enükleasyon ya da süperfisyal parotidektomi uygulanabilir (5,13). Preoperatif olarak lezyonun kesin lokalizasyonunun belirlenmesinde radyodiagnostik incelemelerden büyük oranda yarar sağlanabilmekle birlikte, parotis lipomunun cerrahi tedavisinde, tüm olgularda öncelikle standart süperfisyal parotidektomi planlanmalıdır. Enükleasyon ise yalnızca, peroperatuar olarak, gland kapsülüne komşu yerleşimli, ekstraglanduler olduğu net olarak belirlenen lezyonlarda uygulanmalıdır.

Sonuç olarak lipom, parotisin az görülen benign tümörlerinden biridir. Fizik bakı ve güncel görüntüleme yöntemlerinin kullanımı ile preoperatif tanı çoğunlukla olanaklıdır. Ancak BT ve MRG tümörün periparotid ya da intraglanduler yerleşim ayırımının yapılmasında US'ye göre daha üstündür. Tedavide seçilecek yöntem total cerrahi eksizyondur. Tümör rekürrensi nadir görülür.

KAYNAKLAR

1. Kim YH, Reiner L. Ultrastructure of lipoma. *Cancer* 1982;50:102-106.
2. Ramakantan R, Shah P. Anterior neck lipoma masquerading as an external laryngocoele. *J Laryngol Otol* 1989;103:1087-1088.
3. Kakani RS, Bahadur S, Kumar S, et al. Parapharyngeal lipoma. *J Laryngol Otol* 1992;106:279-281.
4. Çelik O, Yalçın Ş, Kaygusuz I, et al. Ön alt boyun ve ön üst mediasteni tutan derin lipoma. 23. Ulusal ORL & Baş Boyun Cerrahisi Kongresi Tutanaklar Kitabı: 1995;205-208.
5. Weiner GM, Pahor AL. Deep lobe parotid lipoma: a case report. *J Laryngol Otol* 1995;109:772-773.
6. Baker SE, Jensen JL, Correl RW. Lipomas of the parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981;52:167-171.
7. Özcan C, Unal M, Talas D, et al. Deep lobe parotid gland lipoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:449-450.
8. Ahuja AT, King AD, Kew J, et al. Head and neck lipomas: sonographic appearance. *AJNR Am J Neuroradiol* 1998;19:505-508.

9. Korentager R, Noyek AM, Chapnik JS, et al. Lipoma and liposarcoma of the parotid gland: High resolution preoperative imaging diagnosis. *Laryngoscope* 1988;98: 967-971.
10. Vogl TJ, Balzer J, Mack M, et al. *Differential Diagnosis in Head and Neck Imaging*. Stuttgart-New York, Thieme: 1999;144.
11. Jungehülsing M, Fischbach R, Pototschnig C, et al. Rare benign tumors: Laryngeal and hypopharyngeal lipomata. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000;109:301-305.
12. Stewart MG, Schwartz MR, Alford BR. Atypical and malignant lipomatous lesions of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:1151-1155.
13. Janecka IP, Conley J, Perzin KH, et al. Lipomas presenting as parotid tumors. *Laryngoscope* 1977;87: 1007-1010.