

# Dev Servikal Lipoma, Servikal Bölgenin Nadir Benign Tümörü: İki Olgu Sunumu

GIANT CERVICAL LIPOMA, RARE BENIGN TUMOR OF CERVICAL REGION:  
TWO CASE REPORTS

Gonca KOÇ<sup>1</sup>, Canan ALTAY<sup>1</sup>, Nezahat ERDOĞAN<sup>1</sup>, Murat TUZUNER<sup>2</sup>, Orhan OYAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü

<sup>2</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Bölümü

### ÖZET

Lipomlar, en sık saptanan mezenşimal orjinli benign tümörlerdir. Vücutta herhangi bir yerde izlenebilirler, servikal bölgede ise oldukça nadir olarak karşımıza çıkarlar ve posterior cilt altı düzeyde daha sık rastlanırlar. Asemptomatik yavaş büyüyen yumuşak doku kitlesi olarak karşımıza çıkan lipomlar, dev boyutlara ulaşabilirler. Bu olgu bildirisinde nadir rastlanmaları nedeniyle anterior ve posterior servikal bölgede yerleşimli histopatolojik olarak tanısı doğrulanmış iki dev lipom olgusunun radyolojik bulguları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Lipom, servikal, boyun

### SUMMARY

Lipomas are the most frequent benign tumors of mesenchymal origin. Even though they can be viewed anywhere in the body, come as quite rare in the cervical region and can be seen more common in the posterior cervical region subcutaneously. Lipomas which appear as asymptomatic, slow growing soft tissue masses can reach giant proportions. In this case report, due to seeing rarely, two cases of giant lipomas in the anterior and posterior servikal region are discussed by radiologic findings; the diagnosis was histopathologically confirmed

**Key words:** Lipoma, cervical, neck

Gonca KOÇ  
İzmir Atatürk Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi  
Radyoloji Bölümü  
İZMİR

Lipomlar vücutta en sık karşılaşılan benign mezankimal tümör grubunu oluştururlar. Matür adipoz doku kaynaklıdır ve yağ dokusunun izlendiği tüm vücut bölümlerinde yerleşebilirler. Ancak baş boyun bölgesinde oldukça nadir olarak saptanırlar, sıklıkla cilt altında yerleşmelerine rağmen tüm kompartmanlarda rastlanabilirler ve literatürde en sık posterior servikal üçgende bildirilmişlerdir (1,2). Lipomların %80'i 5 cm den küçüktür ancak nadiren de olsa dev boyutlara ulaşabilirler. Lipom-

lar sıklıkla 4.-6. dekadlarda ortaya çıkarlar ve kadınlarda daha sık izlenirler (3).

Bu çalışmada boyunda nadir saptanan ve literatürde birkaç adet olgu sunumu şeklinde bildirilmiş dev servikal lipomlar iki olgu ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

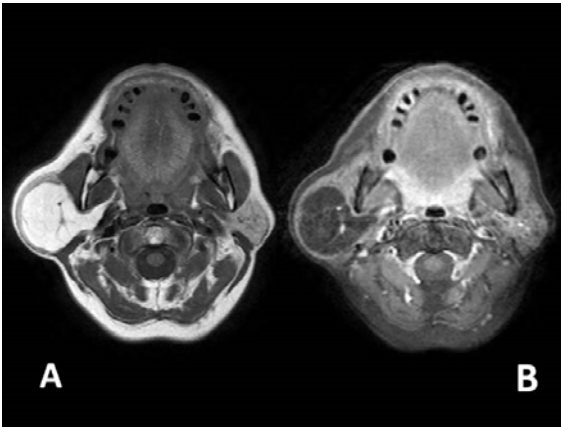
### OLGU 1

Kırk yedi yaşında kadın olgu, sağ boyun anteriorunda ağrısız yumuşak doku şişliği yakınması ile Kulak Burun

Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniğine başvurdu. Fizik muayenede; boyun sağ yarısında preauriküler düzeyden başlayan ve inferiorda supraklaviküler fossaya uzanan yumuşak doku kitlesi saptanan olguya 1,5 Tesla MR cihazı (The New Intera Nova 1.5T, Philips Medical Systems, Best, The Netherlands) ile boyun Magnetik Rezonans (MR) incelemesi gerçekleştirildi. Boyun MR incelemede, tüm sekanslarda yağ dokusu ile eş sinyal özelliği gösteren, kranialde parotis bez yüzeysel – derin lob bileşkesinden başlayarak boyun anterioru boyunca, kaudalde supraklaviküler fossaya uzanan kitlesel lezyon izlendi (Şekil 1). Tanımlanan lezyon 13 cm uzun aks boyutuna erişen boyutları nedeniyle dev lipom ile uyumlu olarak değerlendirildi (Şekil 2).

Tanımlanan kitle iyi sınırlı olup çevre kaslarda mediale ve posteriora itilmeye neden olmakta idi. Lezyonun parotis bez içinde yer alan bileşeninde ince septasyonlar izlenmiş olup düşük dereceli liposarkom açısından radyolojik kuşku oluştu. Lezyondan İİAB (İnce iğne aspirasyonu) yöntemi ile biyopsi alındı. Yapılan histopatolojik değerlendirmede lezyona lipom tanısı konuldu.

Tanı sonrası lezyona yönelik tedavi amaçlı rezeksiyon uygulandı.



**Şekil 1.** 1. Olguya ait aksiyal, T1 ağırlıklı MR görüntüde sağ parotis bezi içinden başlayarak inferiora uzanan, kapsüllü, iç yapısında ince septalar bulunan, hiperintens lezyon izlenmektedir (A). Yağ baskılı, aksiyel, intravenöz kontrast sonrası T1 ağırlıklı MR görüntüde ise lezyonun sinyalinin tümüyle baskılandığı ve septasyonların kontrastlandığı görülmektedir (B).



**Şekil 2.** 1. Olguya ait T2 ağırlıklı, koronal MR görüntüde parotis lojundan kaynaklanıp inferiora uzanan yüksek sinyalli, septasyonlar içeren dev servikal lipom izlenmektedir.

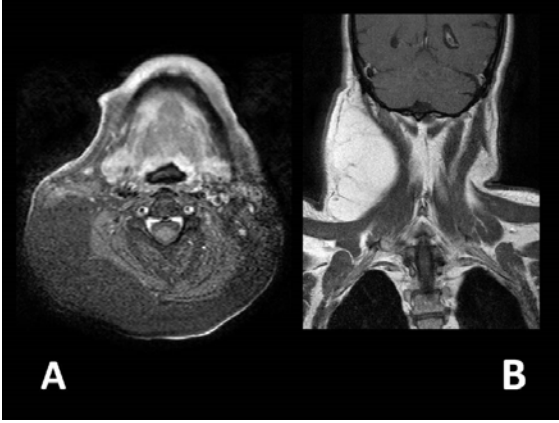
## OLGU 2

Yetmişbir yaşındaki erkek olgu boynun sağ posteriorunda, ağrısız, uzun süreden beri mevcut, ele gelen kitle yakınması ile Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğine başvurdu. Fizik muayenede sağda servikal bölgede, suboksipital bölgeden başlayıp üst torakal bölgeye uzanan dev kitlesel, yumuşak kıvamda lezyon tespit edildi ve boyun MR görüntüleme gerçekleştirildi. MR incelemede, boyunda sağ yanda, posterior servikal bölgede, suboksipital alandan başlayıp paravertebral kas planlarını mediale iten, inferiorda üst torakal segmente uzanan, makrolobüle, ince septasyonlar içeren, yağ sinyal özelliğinde kitlesel lezyon izlendi (Şekil 3). Lezyonun uzun aks boyutu 11 cm olarak saptandı. İİAB ve sonrasında gerçekleştirilen rezeksiyon ile lipom tanısı kesinleştirildi.

## TARTIŞMA

Lipomlar vücudun her yerinde sık olarak saptanabilen benign tümörlerdir. Sıklığı 0,01 ile 0,002 arasında değişkenlik gösterirler (4). Histopatolojik olarak ince kap-

sülle çevrelenmiş matür yağ lobüllerinden oluşurlar. Lipomların dev olarak adlandırılmaları için en az 10 cm genişlikte veya 1 kg üzerinde ağırlıkta olmaları gereklidir (5). Bizim olgularımızda servikal lipomların uzun aks çapları 13 ve 11 cm olarak ölçülmüştür.



**Şekil 3.** 2. Olguya ait aksiyel, yağ baskılı, T1 ağırlıklı MR (A) ve koronal, T1 ağırlıklı MR(B) görüntülerde sağ posterior servikalde suboksipital alanda, yağ baskılı sekansta sinyali baskılanan (yağ sinyal özelliğinde), ince septasyonlar içeren, inferiora üst torakal bölgeye uzanan lipomla uyumlu dev kitlesel lezyon izlenmektedir.

Benign lipomatöz lezyonlar histopatolojik özelliklerine göre klasik lipomlar, fibrolipom, anjiolipom, infiltratif lipom, pleomorfik lipom, intramüsküler lipom, hibernom, olarak sınıflandırılabilirler (6). Klasik lipomlar tek ya da multipl olabilir. Büyüklükleri yerleşim yerlerine göre değişkenlik gösterebilir.

Lipomların etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, endokrin ve travmatik faktörler en çok kabul gören nedenlerdir. Genetik olarak özellikle 12. kromozom translokasyon ve delesyonu suçlanmaktadır (7). Subkutan dokudaki mezankimal öncü hücrelerin yağ hücrelerine dönüşümü sırasında ko-insidental travmaya sekonder yağ nekrozu ve lokal büyüme faktörlerinin salınımı suçlanan diğer faktörlerdir. Belirgin travma öyküsü olmayan olgularda kronik süreçli mikrotavmaların lipom oluşumuna yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (8,9).

Tüm lipomların %30'u baş-boyun yerleşimlidir ancak anterior yerleşimli servikal lipom oldukça nadir görülür (10). Literatürde boyunda lokalize, posterior servikal uçgende iki, boyun anterior bölgesinde bir adet dev servikal lipom olgusu bildirilmiştir (11-13). Dev lipomların ayırıcısı tanısında tüm lipomatöz lezyonlarda olduğu gibi hemanjiyom, epidermoid kist, kas hernisi, yaygın lipoblastomatozis gibi benign patolojiler yanında; liposarkom, malign fibröz histiositom gibi malign patolojiler de göz önünde bulundurulmalıdır (6). Ultrasonografi ve MR inceleme gibi kesitsel görüntüleme yöntemleri tanı ve ayırıcı tanı aşamasında önemli katkılar sağlamaktadır. Lipomların yağ içerikli olmayan lezyonlardan ayrımında, ultrasonografide tipik homojen, hiperekojen görünümü ve MRG'de yağ baskılı sekanlarda sinyal kaybına uğraması önemli tanısallarıdır. Bizim olgularımızda olduğu gibi, lipomlar içerisinde kesitsel görüntüleme yöntemleriyle ince septasyonlar saptanabilir. Ancak septaların kalın ve nodüler görünümde olması, belirgin kontrastlanması daha çok düşük dereceli liposarkomlara ait özelliklerdir (14). MRG'de bu bulgular mevcutsa, özellikle malignite kuşkusu oluşturan bölgelere yönelik olarak uygulanan İİAB ile hem tanı sağlanmış hem de agresif cerrahi tedaviden kaçınılmış olunacaktır (15-17).

Sonuç olarak, dev servikal lipom literatürde nadir görülen benign bir tümördür. Tedavi marginal eksizyondan ibaret olmakla birlikte operasyon öncesinde yapılacak ultrasonografi ve onu takip eden kontrastlı MR inceleme ile ayırıcı tanı listesi oldukça daraltılabilecek ve agresif cerrahi yaklaşımdan kaçınılabilecektir.

#### KAYNAKLAR

1. El-Monem MH, Gaafar AH, Magdy EA: Lipomas of the head and neck: presentation variability and diagnostic work-up. *J Laryngol Otol* 2006; 120:47-55.
2. Som PM, Scherl MP, Rao VM, Biller HF. Rare presentations of ordinary lipomas of the head and neck: a review. *AJNR Am J Neuroradiol* 1986;7:657-664.
3. Salam G. Lipoma excision. *Am Fam Physician* 2002;65:901-905.
4. Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma. Factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma. *Acta Orthop Scand* 1983; 54:929-934.

5. Sanchez M, Golomb F, Moy J, Potozkin JR. Giant lipoma. Case report and review of the literature. *Am J Acad Dermatol* 1993; 28: 266–270.
6. Salvatore C, Antonio B, Del Vecchio W, Lanza A, Tartaro G, Giuseppe C. Giant infiltrating lipoma of the face: CT and MR imaging findings. *Am J Neuroradiol* 2003; 24: 283–288.
7. Turc CC, Dalcin P, Boghosian L. Breakpoints in benign lipoma may be at 12q13 or 12q14. *Cancer Genet Cytogenetic* 1988; 36: 131–133.
8. Copcu E, Sivrioğlu N. Posttraumatic lipoma: Analysis of 10 cases and explanation of possible mechanisms. *Dermatol Surg* 2003; 29: 215–218.
9. Signorini M, Gian Luca P. Posttraumatic Lipomas: Where do really come from? *Plastic and Recons Surg* 1998; 101: 699–705.
10. Barnes L. Tumors and tumor-like lesions of the head and neck. In: Barnes L, ed. *Surgical Pathology of the Head and Neck*. New York: Marcel Decker Inc; 1985.
11. Copcu E, Sivrioğlu N. Posterior cervical giant lipomas. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115: 2156–2157.
12. Pinop Rivero V, Triniad Ruiz G, Pardo Romeno G. Cervical giant lipoma. Clinical report of a case and differential diagnosis. *An Otorinolaryngol Ibero Am* 2005; 32: 345–351.
13. 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; 394–398.
14. Cree M Gaskin, Clyde A. Helms. Lipomas, lipoma variants and well-differentiated liposarcomas (atypical lipomas): Results of MRI evaluations of 126 consecutive fatty masses, *AJR* 2012;198.
15. Lucas DR, Nascimento AG, Sanjay BK, Rock MG. Well-differentiated liposarcoma: the Mayo Clinic experience with 58 cases. *Am J Clin Pathol* 1994;102:677–683.
16. Rozental TD, Khoury LD, Donthineni-Rao R, Lackman RD. Atypical lipomatous masses of the extremities: outcome of surgical treatment. *Clin Orthop* 2002;398:203–211.
17. Weiss SW, Rao VK. Well-differentiated liposarcoma (atypical lipoma) of deep soft tissue of the extremities, retroperitoneum, and miscellaneous sites: a follow-up study of 92 cases with analysis of the incidence of “dedifferentiation.” *Am J Surg Pathol* 1992;16:1051–1058.