

Lipomların nadir lokalizasyonları: BT ve MR görünüşleri

Rare locations of lipomas: CT and MRI appearances

Meriç Tüzün, Baki Hekimoğlu

RESİMLERLE BİR KONU

Lipomlar, matür yağ dokusu içeren ve yavaş büyüyen iyi huylu mezenkimal tümörlerdir. Yağ dokusunun olduğu herhangi bir yerde görülebilirler [1, 2]. Yüzeysel veya derin yerleşimli, tek veya çok sayıda olabilirler [1]. Obezite, diyabet, kortikosteroid tedavisi, radyasyon, travma ve kalıtım gibi farklı sebepleri olabilir [1, 2]. Büyük çoğunluğu, gövde ve ekstremitelerde cilt altı lokalizasyonda görülür. Genellikle 1-3 cm büyüklüğünde olurlar; büyüklüğü en az 10 cm veya ağırlığı en az 1 kg olan ve dev lipom olarak adlandırılanları nadir görülür [3]. Genellikle semptom vermezler; ancak, bulunduğu lokalizasyon ve büyüklüğüne göre değişen semptomları olabilir [3, 4].

Lipomlar, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de cilt altı yağ dokusuna benzer görünümde izlenen, genellikle homojen yapıda olan veya ince fibröz septalar içeren, düzgün kenarlı lezyonlardır [4]. Genellikle, iyi sınırlı ve kapsüllüdürler. BT'de -50 ile -150 Hounsfield ünitesi değerleri arasında değişen yağ dansitesinde, T1 ve T2 ağırlıklı MRG incelemelerinde ise hiperintens olarak izlenirler [1, 2]; yağ baskılı manyetik rezonans (MR) görüntülerinde lezyonda sinyal kaybı olur. Fibröz kapsülü dışında lezyonda genellikle kontrast tutulumu görülmez. Fibröz kapsülü T1 ve T2 ağırlıklı MR görüntülerinde hipointens izlenir ve çevre yağ dokusundan ayırımı bu şekilde yapılabilir [1-5]. Ayırıcı tanıda en başta düşünülmesi gereken lezyon, liposarkomdur. Lezyon içinde kalın septalar, nodüller veya daha büyük boyutlarda yağ dışı doku varlığı ve heterojen görünüm gibi bulgular, liposarkomu akla getirir [1].

Lipomların yaklaşık %13 kadarı, baş-boyun bölgesinde, burada da daha çok, boyun arka kesiminde cilt altı lokalizasyonda görülür; boyun ön kesiminde (Resim 1) seyrek olarak saptanırlar [1, 2].

Retrofaringeal lipomlar (Resim 2) çok nadir görülürler ve büyük boyutlara ulaştığında nefes alma güçlüğü, uyku apnesi veya yutma güçlüğüne yol açabilirler [6, 7].

Tüm parotis bezi tümörleri içinde lipomların görülme oranı yaklaşık %0,6-4,4 arasındadır [1]. Hastaların %75'inde yüzeysel lobda, %8,5'unda derin lobda (Resim 3) ve %16,5'unda; hem yüzeysel hem de derin lobda görülürler; parafarengeal bölgeye uzanım gösterebilirler [1], duktal tıkanmaya yol açarak siyaladenite sebep olabilirler [2].

Plevral lipomlar, parietal plevranın submezotelyal tabakasından kaynaklanırlar ve subpleval, plevral veya ekstraplevral mesafeye uzanım gösterirler (Resim 4). Genellikle semptom vermezler. Nadiren kuru öksürük, egzersizde nefes darlığı, sırt ağrısı gibi belirtiler gösterirler [8]. Genellikle tek sayıda olurlar ve toraksın her iki tarafında aynı sıklıkta görülürler [9]. Plevral lipomlar eğer diafragmatik yüzeyden kaynaklanıyorsa, ayırıcı tanıda herniler, lokalize eventrasyonlar, diafragma kökenli lipomlar düşünülebilir. Diafragma kökenli lipomlar daha çok sol tarafta ve posterolateral kesimde görülür [8].

Kas lipomları tüm lipomların yaklaşık %1,8'ini oluşturur (Resim 5). Daha çok ekstremitelerde görülür [2]. Değişik şekillerde izlenebilirler ama daha çok, oval veya içi şekilli olurlar. Çoğunlukla kapsülleri yoktur. Histolojik olarak iyi sınırlı, infiltratif veya mikst tipte olabilirler. İnfiltratif kas lipomları, kas lifleri arasına girerler. Nadiren, kas dışında tendon veya fasya infiltrasyonu da görülebilir. Kas lipomlarında seyrek olarak kondroid veya osseöz metaplazi görüldüğü de bildirilmiştir [10]. Sıklıkla asemptomatik olurlar, ama nadiren lokal ağrı, hassasiyet, hareket kısıtlılığı, kas krampları gibi semptomlar görülebilir [5, 10].

Tüm kemik tümörleri içinde kemik lipomlarının görülme oranı, yaklaşık %0,1'dir. En sık, proksimal femurda intertrokanterik bölgede (%34) görülür. Kemik lipomlarının daha az oranda görüldüğü diğer yerler, tibia (%13), fibula (%10), iliak kemik (%8) ve kalkaneustur (%8) (Resim 6). Ağrı olabilir, patolojik fraktür görülebilir. Kemik lipomları genellikle intramedüller yerleşimlidir, daha nadir olarak intrakortikal yerleşim gösterebilirler. Uzun kemiklerde metafiz tutulumu tipiktir; ancak, diyafizer tutulum da nadir değildir; epifizyel tutulum ise seyrek olarak görülür [5]. Lezyon içinde yağ

Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

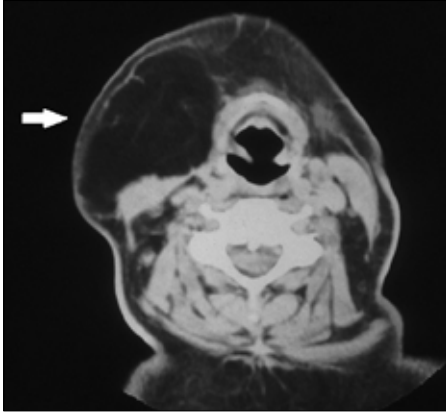
Sorumlu Yazar:
Meriç Tüzün

E-posta:
tuzunmericybr@yahoo.com.tr

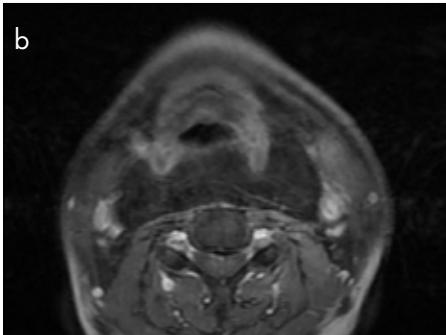
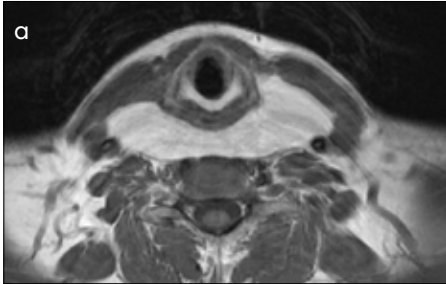
Geliş Tarihi: 13.06.2016
Kabul Tarihi: 30.07.2016

©Telif Hakkı 2016 Türk Radyoloji Derneği - Makale metnine www.turkradyolojidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

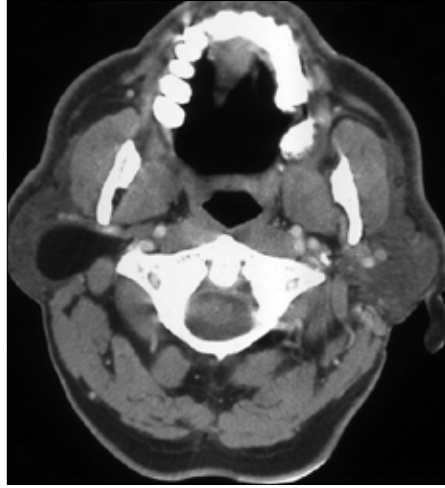
©Copyright 2016 by Turkish Society of Radiology - Available online at www.turkradyolojidergisi.org



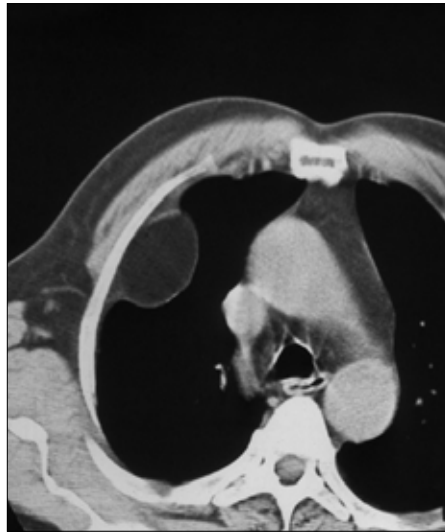
Resim 1. Anterior boyun bölgesinde lipom. Boyun bölgesinin kontrastlı aksiyel BT görüntüsünde, sağ anterior kesimde, cilt altı yağ dokusu ile aynı dansitede kitle (ok) ve içinde ince septalar izlenmektedir.



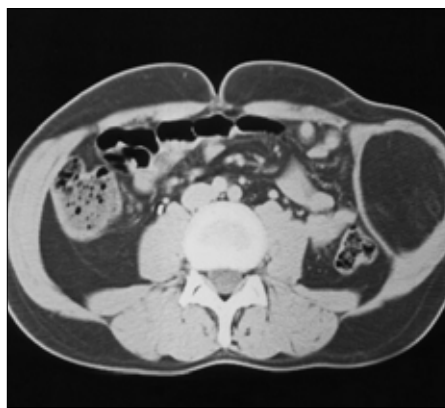
Resim 2. a-c. Retrofaringeal lipom. (a) T1 ağırlıklı aksiyel boyun MR görüntüsünde, ağırlıklı olarak infrahiyoid seviyeyi kaplayan hiperintens retrofaringeal kitle izlenmektedir. (b) Yağ baskılı T1 ağırlıklı aksiyel MR görüntüsünde, kitlenin intensitesinin baskılandığı görülmektedir. (c) Kontrastlı koronal BT kesitinde, lezyon boyanmamıştır ve belirgin hipodensdir.



Resim 3. Parotis bezinde lipom. Kontrastlı aksiyel BT incelemesinde, sağ parotis bezi derin lobunda yerleşik ve kısmen yüzeysel loba da uzanım gösteren, homojen yapıda hipodens kitle görünümü vardır.



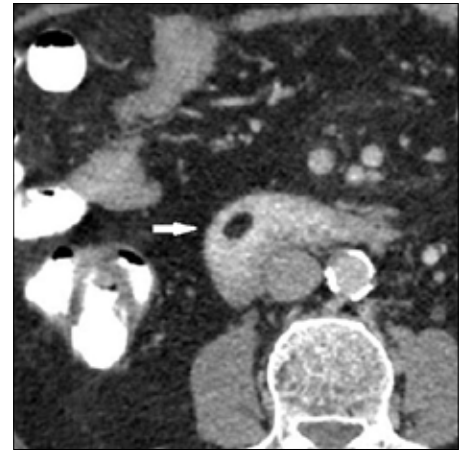
Resim 4. Plevral lipom. Aksiyel toraks BT kesitinde, sağ lateral kesimde, homojen yapıda hipodens plevral lipom görünümü izlenmektedir.



Resim 5. Kas içi lipom. Kontrastlı aksiyel batin BT kesitinde, solda karın lateral duvarında, internal oblik kas seviyesi ve civarını kaplayan, içinde ince septalar bulunan hipodens lipom görülmektedir.



Resim 6. Kemik içi lipom. Aksiyel ayak bileği BT kesitinde, kalkaneusta hipodens lipom görülmektedir.

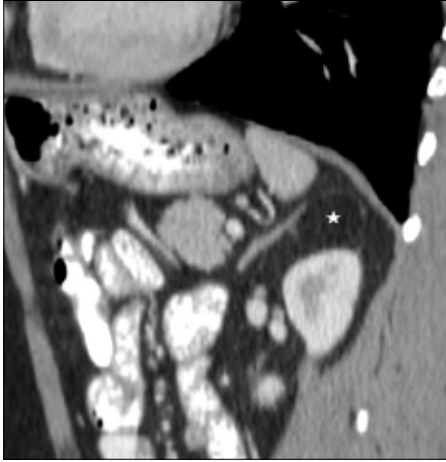


Resim 7. Duodenal lipom. Kontrastlı aksiyel BT kesitinde, duodenum lokalizasyonunda, oval şekilli homojen hipodens lipom görünümü izlenmektedir (ok).

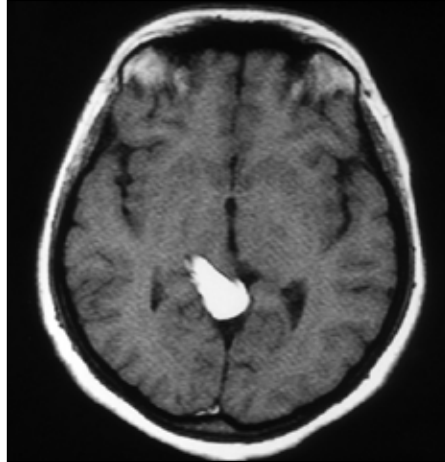
nekrozu, kist formasyonu, kalsifikasyon ve ossifikasyon gelişebilir. Milgram sınıflamasına göre [5]: evre 1 lezyonlarda sadece yağ dokusu bulunur; evre 2 lezyonlarda, yağ dokusu ile beraber yağ nekrozu ve distrofik kalsifikasyon vardır; evre 3 lezyonlarda ise yoğun yağ nekrozu, kist formasyonu, kalsifikasyon ve reaktif yeni kemik formasyonu izlenir.

Gastrointestinal sistemde lipom seyrek görülür; en sık kalın barsakta rastlanır; duodenum nispeten daha nadir olarak görüldüğü bir lokalizasyondur (Resim 7). Genellikle asemptomatik olurlar. Seyrek olarak ülserasyon, kanama, anemi, obstrüksiyon veya invajinasyona neden olabilirler [11].

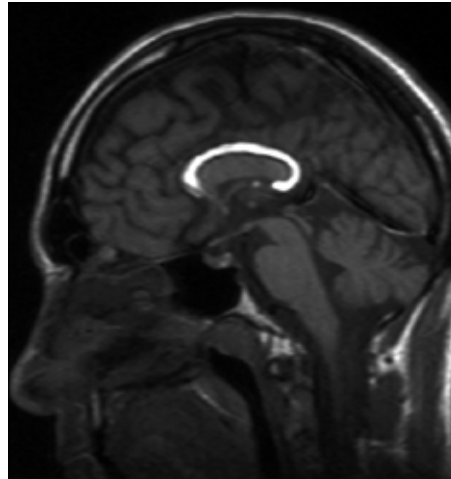
Adrenal bez lipomları nadir görülür ve genellikle semptom vermezler (Resim 8). Büyüklüğü-



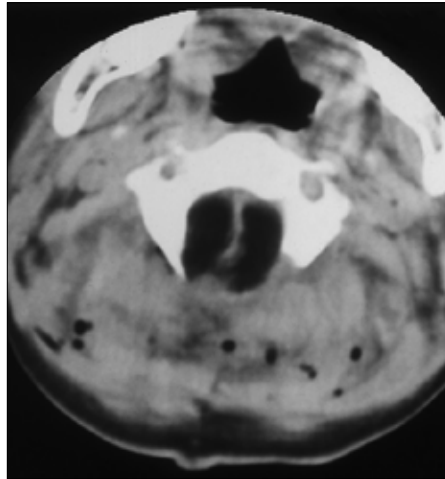
Resim 8. Adrenal lipom. Kontrastlı sagittal abdomen BT kesitinde, sol adrenal bez lokalizasyonunda, çevre yağ dokusu ile izodens olan düzgün kenarlı homojen lipom görünümü izlenmektedir (yıldız).



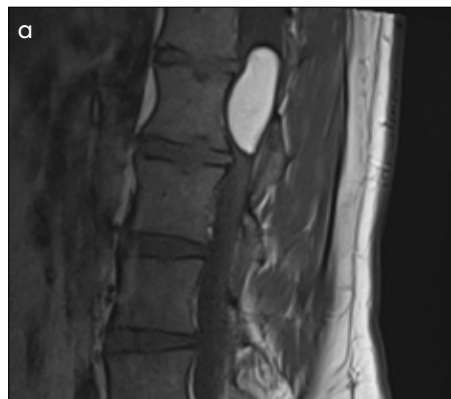
Resim 10. Kuadrigeminal sisterna lipomu. Kontrastsız aksiyel T1 ağırlıklı kranial MR incelemesinde, kuadrigeminal sisterna lokalizasyonunda hiperintens lipom görünümü izlenmektedir.



Resim 9. Perikallozal lipom. Kontrastsız sagittal T1 ağırlıklı kranial MR incelemesinde, hiperintens perikallozal lezyon görülmektedir.



Resim 11. Spinal lipom. Aksiyel boyun BT kesitinde, spinal kordu saran intradural ektramedüller hipodens lipom görünümü izlenmektedir.



Resim 12. a, b. Spinal lipom. (a) Sagittal T1 ağırlıklı ve (b) sagittal T2 ağırlıklı MR kesitlerinde, torakolomber düzeyde, spinal korda bası yapan intradural hiperintens lipom görünümü vardır.



ne bağlı olarak ve böbrek basısı nedeniyle bazen ağrı, hipertansiyon ve hematüriye yol açabilirler [12].

İntrakraniyal lipomlar, tüm intrakraniyal tümörlerin yaklaşık % 0,1-0,5'ini oluşturur. Olguların yarısından çoğunda lipoma, diğer beyin ano-

malileri eşlik eder. Nadiren semptom verirler; baş ağrısı, epilepsi, psikomotor retardasyon, kranial sinir defektleri görülebilir. İntrakraniyal lipomların yaklaşık %50'si perikalozal yerleşimlidir (Resim 9); kuadrigeminal sisternada %25 (Resim 10), suprasellar-interpedinküler bölgede %14, pontocerebellar köşede %9, silvian sisternada %5 oranında görülürler [13].

İntraspinal lipomlar, tüm intraspinal tümörlerin yaklaşık %1'ini oluşturur. İntraspinal lipomlar spinal kord, kauda ekuina, intradural ektramedüller mesafe ve epidural mesafede görülebilirler (Resim 11, 12); daha çok servikotorasik bileşke, torasik bölge veya kauda ekuina bölgesinde izlenirler. Sıklıkla intradural lokalizasyonda görülür ve intramedüller, ektramedüller veya ikisinin kombinasyonu şeklinde olabilirler. Nörolojik yapıların basısıyla oluşan ve yavaş ilerleme gösteren semptomlar bulunur [14-17].

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağlımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.T., B.H.; Tasarım - M.T., B.H.; Denetleme - M.T.; Kaynaklar - M.T.; Malzemeler - M.T.; Veri Toplanması ve/veya işlemesi - M.T.; Analiz ve/veya Yorum - M.T.; Literatür taraması - M.T.; Yazıyı Yazan - M.T., B.H.; Eleştirel İnceleme - M.T., B.H.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Mesoletta M, Ricciardiello F, Oliva F, Abate T, Di Lullo AM, Marino A. Parotid Lipoma: A Case Report. Case Reports in Clinical Medicine 2014; 3: 437-42. [CrossRef]
2. Kim KS, Yang HS. Unusual locations of lipoma: differential diagnosis of head and neck mass. Aust Fam Physician 2014; 43: 867-70.
3. Dutta SRB, Singh SP, Rathor A. Giant anterior neck lipoma with mediastinal extension: a rare case report. International Journal of Scientific and Research Publications 2013; 3: 1-4.
4. Bancroft LW, Kransdorf MJ, Peterson JJ, O'Connor MI. Benign fatty tumors: classification, clinical course, imaging appearance, and treatment. Skeletal Radiol 2006; 35: 719-33. [CrossRef]
5. Murphey MD, Carroll JF, Flemming DJ, Pope TL, Gannon FH, Kransdorf MJ. From the archives of the AFIP: benign musculoskeletal lipomatous lesions. RadioGraphics 2004; 24: 1433-66. [CrossRef]
6. Gupta P, Deo RP, Udupa KV, Ravi HR, Pai SA. A case of retropharyngeal Lipoma. Indian J Surg 2008; 70: 40-1. [CrossRef]

7. Radhakrishna Pillai OS, Vijayalakshmi S, Adarsha TV, Thahir M, Gopinathan UK, Mohammed N. Retropharyngeal lipoma - a case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 5: 360-2. [\[CrossRef\]](#)
8. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ Jr. Fat-containing lesions of the chest. *Radiographics* 2002; 22: S61-78. [\[CrossRef\]](#)
9. Zidane A, Atoini F, Arsalane A, et al. Parietal pleura lipoma: a rare intrathoracic tumor. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 59: 363-6. [\[CrossRef\]](#)
10. McTighe S, Chernev I. Intramuscular lipoma: a review of the literature. *Orthop Rev (Pavia)*. 2014 16; 6: 5618.
11. Thompson WM. Imaging and findings of lipomas of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 184: 1163-71. [\[CrossRef\]](#)
12. Shah S and Bhatti U. Primary adrenal lipoma. *J Coll Physicians Surg Pak* 2009; 19: 450-1.
13. Yıldız H, Hakyemez B, Koroglu M, Yeşildağ A, Baykal B. Intracranial lipomas: importance of localization. *Neuroradiology* 2006; 48: 1-7. [\[CrossRef\]](#)
14. Hermann G, Sacher M, Hauser D, Song SK, Sachdev V. Case report 282. Epidural lipoma at the level of T8. *Skeletal Radiol* 1984; 12: 139-41. [\[CrossRef\]](#)
15. Wood BP, Harwood-Nash DC, Berger P, Goske M. Intradural spinal lipoma of the cervical cord. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 145: 174-6. [\[CrossRef\]](#)
16. Morano JU, Miller JD, Connors JJ. MR imaging of spinal epidural lipoma. *AJNR Am J Neuroradiol* 1989; 10: S102.
17. Arslan E, Kuzeyli K, Acar Arslan E. Intraspinal lipomas without associated spinal dysraphism. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16: e11423. [\[CrossRef\]](#)