

Mediasten Kaynaklı Dev Lipom

Mediastinum Based Giant Lipoma

Hasan Oğuz Kapıcıbaşı, İlker İskender, Hakan Sönmez, Altan Kır, Ali Atasalihi

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Elli iki yaşında erkek hasta mediastinal yağlı dokudan kaynaklanan sol hemitoraksı dolduran düzgün kenarlı kapsüllü sol akciğerde ateletaziye neden olan 3.9 kg ağırlığında ve en uzun çapı 32 cm olan dev lipom olgusu literatürler eşliğinde tartışıldı. Literatürde bu büyüklükte intratorasik lipom olgusuna rastlanmadı. (*Tur Toraks Der 2008;9:131-2*)

Anahtar sözcükler: Atipik lipoma, mediasten, torakotomi

Geliş Tarihi: 30. 12. 2006 Kabul Tarihi: 01. 03. 2007

ABSTRACT

Our case is a male patient aged 52 years. The presence of a giant lipoma, arising from mediastinal fatty tissue, weighing 3.9 kg with a maximum diameter of 32 cm, with smooth edges and a capsule, and filling the left hemithorax, and thus causing atelectasia of the left lung, is discussed together with the literature. No case of such a large intrathoracic lipoma has been reported in the literature.

(*Tur Toraks Der 2008;9:131-2*)

Key words: Atypical lipoma, mediastinum, thoracotomy

Received: 30. 11. 2006

Accepted: 01. 03. 2007

GİRİŞ

Lipom matür yağ dokusundan kaynaklanan ve sık karşılaşılan benign bir neoplazmdir [1]. Vücudun her yerinde görülebilmeye karşın mediastende olanlar en sık anterior mediastene yerleşirler [2,3]. Lipomlar yavaş büyüyen ve iyi kapsüllü tümörlerdir. Klasik lipomlar, lipomların %80' lik kısmını oluştururken %20' lik kısmını angiolipoma, intramusküler lipoma, spindle hücreli lipoma, myolipoma ve pleomorfik lipomalar oluşturur [3].

OLGU

Elli iki yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük yakınmasıyla merkezimize başvurdu. Kan tükürmesi ve ateş yoktu. Yapılan fizik muayenede tansiyon arteriyel 130/70 mmHg, nabız 81 vuru/dk ve sol hemitoraksta bazal ve orta zonda solunum sesleri alınamıyordu. Matite mevcuttu. Periferik lenfadenopati ve clubbing saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri doğal idi.

Posterioanterior (PA) akciğer grafisinde sol hemitoraksta orta ve alt zonu içine alan kalbin sol sınırını silen homojen dansite artışı mevcut idi (Şekil 1). Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sol hemitoraks alt bölgeyi dolduran, diyafragmayı, kalbin inferiorunu ve mediasteni sağa deplase eden, sol akciğer bazalinde bası etkisiyle kollapsa neden olan yağ dansitesinde kitlesel lezyon mevcuttu. Bu lezyonun internal yapısı incelendiğinde yer yer yumuşak doku dansitesinde heterojen alanlar dikkati çek-

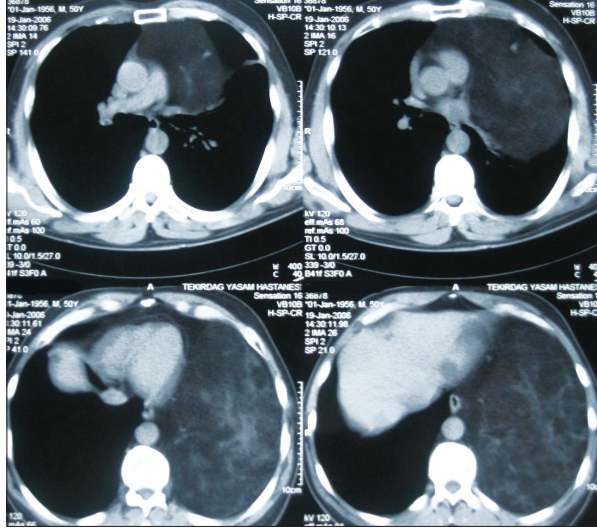
mekle birlikte lezyon genel olarak belirgin düşük dansiteli (50-100 Hounsfield Ünitesi) karakterindeydi. Lezyon tüm fasiyal plana uymakta diyafragmayı, toraks duvarı ve mediastinal planı geçmemektedir (Şekil 2). Bilgisayarlı tomografi altında yapılan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisinde alınan materyal matür yağ dokusu olarak rapor edildi. Solunum fonksiyon testinde FVC:2,2 litre (%54), FEV1:1,9 litre (%58) idi. Hastanın biyokimyasal ve hemotolojik laboratuvar bulguları normal değerlerdeydi. Hasta bu bulgularla operasyona alındı. Sol posterolateral torakotomi insizyonu ile 5. interkostal aralıktan toraksa



Şekil 1. Hastanın PA akciğer grafisi

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Hasan Oğuz Kapıcıbaşı, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel: 0216 421 42 00 E-posta: hokan1907@hotmail.com



Şekil 2. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisi

girildiğinde diyafragmayı aşağıya doğru deplase eden, sol akciğer alt lobda ateletaziye neden olmuş kapsüllü üzerinde vasküler yapılar olan, anterior mediastene bir pedikülle tutunan yaklaşık olarak 30 cm çapında yağ kitlesi görüldü. Pedikülü disseke edilip bağlanıp kesildikten sonra kitle çıkartıldı. Bir adet 32 French ebatında polietilen dren konularak kapatıldı. Hasta postop 3. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Kitlenin makroskobik incelenmesinde dış yüzü kapsüllü 32 cm çapta, 3900 gr ağırlığında, sarı beyaz renkli yer yer kanamalı olduğu görüldü (Şekil 3). 30 parafin blok hazırlandı. Mikroskobik incelemesinde dış yüzeyde ince fibröz kapsül, altında matür lipositlerin bulunduğu tümör görüldü. Fokal hemoraji alanları izlendi. Tekrarlanan seri kesitlerde lipoblast görülmedi. Seçilen bir kısım kesitlere S-100 boyaması uygulandı, boyanan hücre izlenmedi.

TARTIŞMA

Mezankimal tümörler tüm mediasten kitlelerin %6' sını oluştururlar [1]. Lipom intratorasik olarak seyrek görülür ve orjinleri belli değildir. Oluşturdukları semptomlar kitlenin lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlıdır. 3-60 yaş arasında görülürler [4]. Yavaş büyürler ve semptomları kitle basısına bağlıdır. Semptomlar ise disfaji, dispne, öksürük, juguler distansiyon ve kardiak aritmidir [5]. Lipoma histopatolojik olarak lipoma, angiolipoma, spindle hücreli lipoma, pleomorfik lipoma, benign lipoblastoma ve angiomyolipoma olarak sınıflandırılabilirler [3]. Benign tümörde (lipom) matür yağ hücreleri ve kollagen septum-



Şekil 3. Kitlenin makroskobik görünümü

lar görülür. Bunlarda mitotik aktivite yoktur. İyi differansiye liposarkomda yağ hücreleri farklı büyüklükte, soliter veya birçok hiperkromatik nükleus ve eozinofilik vakuol görünümüne, lipid damlacıkları içeren sitoplazma yapısı görülür [3]. Bu zamana kadar literatürlerde bildirilen en büyük intratorasik lipom 2850 gr'dır [6]. Bizim olgumuz tanımlanan en büyük intratorasik lipomdur. Lipomda kitlenin tamamının çıkarılması oluşturduğu semptomları önler ve yeterli cerrahi tedavi rekürrensini önüne geçer [1,7]. Lipomların maligniteye dönüşmesi çok nadirdir. Literatürlerde bu konuda birkaç örnek rapor edilmiştir. Rapor edilenlerin bir kısmı pleomorfik lipomlardır; diğerleri ise ilk incelemeler sırasında tümörün malignite karakteri tespit edilememiş olan iyi differansiye liposarkomlardır [3].

KAYNAKLAR

1. Cutilis T, Schietroma M, Marcelli VA, et al. Giant cervicomedistinal lipoma. A clinical case. Minerva Stomatol 1999;48:23-8.
2. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, et al. Intrathoracic lipomas. Report of three cases and review of the literature with emphasis on endobronchial lipoma. J Thorac Cardiovasc Surg 1979;77:550-6.
3. Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 4th ed. St Louis: Mosby, 2001:571-639.
4. Korstein MJ, de Blois GG. Pathology of the Thymus and Mediastinum. Philadelphia: WB Saunders Company;1995:224.
5. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, et al. Fat-containing lesions of the chest. Radiographics 2002;22:S61-78.
6. Vougiouklakis T, Mitselou A, Agnantis NJ. Giant Lipoma: An unusual cause of intrathoracic mass. Pathology-Research and Practice 2006;202:47-9.
7. Beshay M, Schmid RA. Intrathoracic giant lipoma. Ann Thorac Surg 2004;78:1850