



Parafarengial alana uzanım gösteren parotis derin lob kaynaklı lipom: Olgu sunumu

Lipoma in the deep lobe of parotid gland extending to parapharyngeal space: Case report

Müge Özçelik Korkmaz¹, Süleyman Cesur¹, Kıyasettin Asil², Mehmet Güven¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

ÖZ

Parotis bezinin lipomatöz lezyonları oldukça nadirdir. Genellikle diğer parotis bezi kitlelerinin araştırılması sırasında tesadüfen fark edilirler. En sık görülen klinik bulgu ağrısız ve yavaş büyüme gösteren boyun kitlesi şeklindedir. Parotis bezi lipomlarının derin lobdan kaynaklanması nadir olup parafarengial alana uzanım göstermesi çok daha nadir bir durumdur. Bu çalışmada 70 yaşında erkek hastada parafarengial uzanım gösteren parotis lipomu olgusu sunuldu. Kitle, T₁ ve T₂ ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemeye belirgin yoğunluk artışı ve yağ baskılanması göstermekteydi. Kitle transservikal yaklaşımla yüzeysel parotis dokusu ile birlikte tamamen çıkarıldı. Bu çalışmada parotis kitlelerinin değerlendirilmesi sırasında lipomatöz lezyonların da akılda tutulması gerektiğini ve manyetik rezonans görüntülemenin parotis tümörlerinde büyük bir tanıl sağlama değere sahip olduğu vurgulanmıştır.

Anahtar sözcükler: Derin lob; lipom; parafarengial alan; parotis.

ABSTRACT

Lipomatous lesions of the parotid gland are very rare. They are usually noticed by chance during the diagnosis of other parotid gland masses. The most common clinical finding is in the form of a painless, slowly growing mass in the neck. It is rare that the parotid gland lipomas originate from deep lobes and it is even exceptional that it extends to the parapharyngeal area. Herein, we report a case of parotid lipomas with a parapharyngeal extension in a 70-year-old male patient. The mass showed distinctive increase in density and fat suppression on T₁ and T₂ weighted magnetic resonance imaging. It was completely removed, including the superficial parotid tissue, via the transcervical approach. In this study, we emphasize that lipomatous lesions should also be kept in mind during the evaluation of parotid masses and that the magnetic resonance imaging has a high diagnostic value in parotid tumors.

Keywords: Deep lobe; lipoma; parapharyngeal space; parotid.

Lipomlar mezenkimal orijinli benign yumuşak doku tümörleri olup vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilir. Yaklaşık %10 oranında baş boyun bölgesinde, çoğunlukla da posterior servikal üçgende ve alın bölgesinde yerleşim gösterirler.^[1] Parotis bezi içinde yerleşim göstermeleri nadir görülen bir durumdur. Parotis bezi lipomları tüm tükürük bezi tümörlerinin yaklaşık %1-4'ünü oluştururlar ve sıklıkla beşinci dekatta karşımıza çıkarlar.^[2,3] Genellikle yüzeysel lobda yerleşim göstermekle birlikte nadiren de derin lob kaynaklı olabilirler. Klinik olarak ağrısız asemptomatik yumuşak kıvamlı boyun kitlesi

şeklinde karşımıza çıkarlar ve diğer tükürük bezi tümörleri ile karıştırılabilirler. Yavaş büyüme seyri gösterdiklerinden derin lob kaynaklı lipomlar parafarengial alana doğru büyüme gösterebilir. Bu durumda farengial boşlukta itilmeye bağlı yutma ve solunum güçlüğü şikayetleri gelişebilir. Ayırıcı tanıda görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi (USG), kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi seçenekler bulunmakla birlikte kitle özelliklerinin değerlendirilmesinde MRG daha avantajlıdır. Kontrastlı boyun MRG'sinde kesitlerde yağ baskılanması

Geliş tarihi: 23 Nisan 2016 Kabul tarihi: 12 Şubat 2017

İletişim adresi: Dr. Müge Özçelik Korkmaz, Kemalpaşa Mah., Selçuklu Konakları, No: 34, 54050 Serdivan, Adapazarı, Sakarya, Türkiye.
Tel: 0530 - 820 17 37 e-posta: ozcelikmuge@gmail.com

© 2017 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı

görülmesi ve kitlenin etrafındaki “siyah halka” görüntüsü lipom tanısında oldukça patognomiktir.^[4] Parotis bezi lipomuna dair literatürde bildirilmiş 140’a yakın olgu sunumu olmakla birlikte parafarengeal boşluğa uzanım gösteren derin lob kaynaklı lipomu olgusu oldukça nadir görülen bir durumdur.^[5]

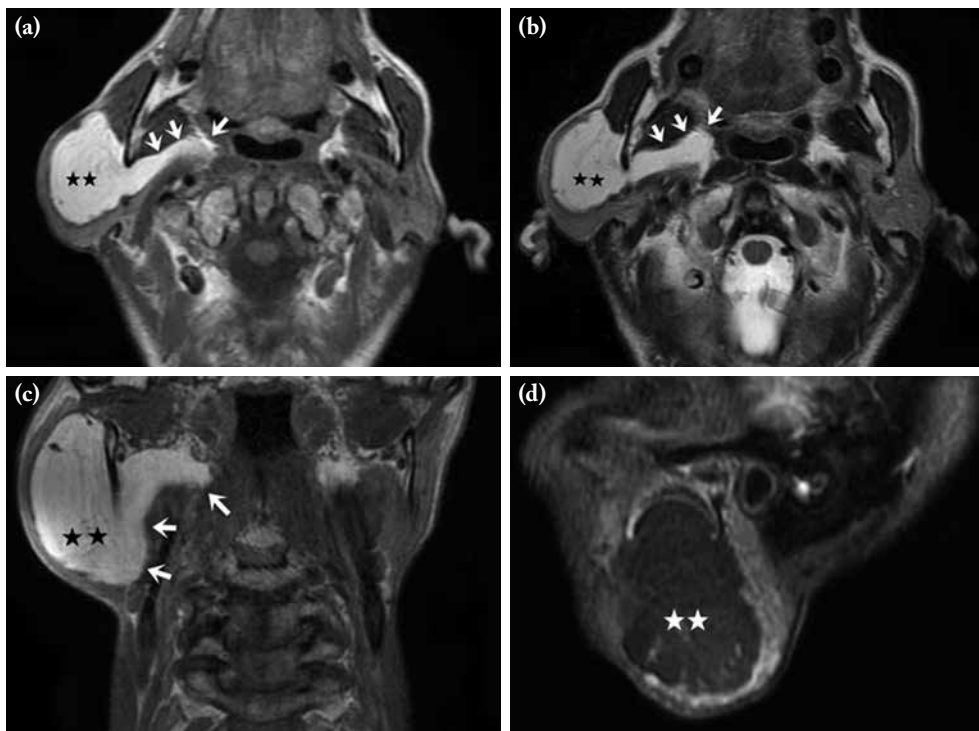
OLGU SUNUMU

Yetmiş yaşında erkek hasta uzun zamandır var olan sağ boyunda ağrısız şişlik yakınması ile Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan kulak burun boğaz muayenesinde sağ parotis bezi alt komşuluğundan başlayıp ramus mandibula altına doğru uzanım gösteren yaklaşık 6x5 cm boyutunda ağrısız, düzgün yüzeyli, yumuşak kıvamlı, mobil kitlesel lezyon tespit edildi (Şekil 1). Sağ yan farengeal duvarda hafif derecede mediale itilme vardı. Diğer muayene bulgularında özellik tespit edilmedi. İki taraflı fasiyal sinir fonksiyonları sağlamdı. Tanısal amaçlı çekilen kontrastlı boyun MRG’sinde aksiyel kesitlerde T₁ ve T₂A sekanslarında sağ parotis bezi yerleşimli, hiperintens ve yağ baskılanması gösteren, düzgün sınırlı 65×41×64 mm boyutlarında kitlesel lezyon tespit edildi. Kitlenin parotis



Şekil 1. Kitlenin ameliyat öncesi görüntüsü.

bezinin derininde yerleşik ramus mandibula arkasından dolaşarak parafarengeal bölgeye uzanım gösterdiği izlendi. Kitleye ait bulgular öncelikle lipom ile uyumlu olarak yorumlandı (Şekil 2). Tanıyı kesinleştirmek amacıyla yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunda sitolojik tanı için yeterli bulgu elde edilemedi. Hastaya genel anestezi altında transservikal yaklaşımla kitle eksizyonu



Şekil 2. (a) Aksiyel planda T₁A manyetik rezonans görüntüsü. (b) Aksiyel planda T₂A manyetik rezonans görüntüsü. (c) Koronal planda T₁A manyetik rezonans görüntüsünde sağda intraparotodial yerleşimli (**) ve parafarengeal alana uzanan (oklar) hem T₁A hem de T₂A görüntülerde hiperintens kitle lezyonu izleniyor. (d) Koronal planda yağ baskılanmalı (STIR) manyetik rezonans görüntüsünde kitle lezyonunun sinyali lipomla uyumlu olarak baskılanıyor.



Şekil 3. Kitlenin ameliyat sırasındaki görüntüsü. Fasiyal sinirin alt dallarının kitlenin hemen yüzeyinde seyrettiği görülmekte. FN: Fasiyal sinir.

işlemi planlandı. Modifiye Blair insizyonunu takiben cilt flepleri eleve edildiğinde kitlenin derin lobdan kaynaklanarak yüzeysel lobu yukarı doğru ittiği ve yüzeysel lobu oldukça inceltmiş olduğu görüldü. Fasiyal sinir ana turunkusu ve dalları kitlenin yüzeyinde seyrediyordu. Fasiyal sinir dalları, sinir monitörü yardımı ile kitlenin üst yüzeyinden ayrılarak sakrifiye edildi (Şekil 3). Kitle takip edildiğinde mandibulanın altından stilomandibular ligamanı geçerek parafarengeal bölgenin medial sınırına kadar uzandığı gözlemlendi. Yaklaşık 7×6.5 cm boyutlarındaki sarımsı, düzgün sınırlı kitle yüzeysel parotis lobu ile birlikte total olarak çıkarıldı. Ameliyat sonrası dönemde hastada marjinal sinir paralizisi vardı. Marjinal sinir paralizisi bir hafta sonra geriledi. Yapılan histopatolojik inceleme sonucu lipom ile uyumlu olarak geldi.

TARTIŞMA

Lipomlar histolojik olarak matur yağ dokusu özelliğinde olan, etrafı düzgün fibröz bir kapsülle sınırlı benign yumuşak doku tümörleridir. Vücudun herhangi bir yerinde görülebilirler ancak parotis bezinde yerleşim göstermeleri oldukça nadir bir durumdur. Tüm parotis bezi tümörleri arasında lipomların oranı %1 ila %4 arasındadır.^[2] Genellikle boyunda ağrısız, asemptomatik, yumuşak kıvamlı şişlikler şeklinde karşımıza çıkarlar ve parotisin diğer benign tümörleri ile karıştırılabilirler. Bu nedenle parotis kitlelerinde ayırıcı tanıda lipomlar nadiren akla gelir. Sıklıkla yüzeysel lob yerleşimlidirler. Parotis derin lob kaynaklı lipom olgusu daha az oranda bildirilmiştir.^[3,4] Özellikle derin lob kaynaklı lipomlar parafarengeal bölgeye doğru uzanım gösterebilirler. Ancak bu durum oldukça nadir olup Starkman ve ark.^[5] parotis lipomlarına dair yaptıkları bir analizde

70 hastadan sadece birinde parafarengeal boşluğa uzanımı olduğu bildirilmiştir.

Normalde baş boyun kaynaklı yumuşak doku tümörlerinde ucuz ve kolay olması nedeniyle ilk akla gelen görüntüleme yöntemi USG'dir. Ancak özellikle parotis kitlelerinde, MRG kitlenin özelliklerinin ve yerleşim yerinin daha ayrıntılı değerlendirilmesine imkan tanımaktadır.^[6] Özellikle kitlenin cerrahi eksizyonu planlanıyorsa kitlenin yüzeysel ya da derin lob yerleşimli olması ve sınırlarının değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle olgumuzda kitlenin görüntülenmesi amacıyla ilk olarak MRG yöntemi tercih edildi. Lipomlar MRG'de T₁ ve T₂ ağırlıklı kesitlerde güçlü sinyal verirken, yağ baskılı kesitlerde zayıf sinyal verirler. Bunun yanı sıra çevrelerini sınırlandıran "siyah halka" sayesinde çevre adipöz dokudan ayrılabilirler.^[7] Parotis bezinin liposarkomları oldukça nadirdir. Radyolojik olarak MRG'de kitlede çevre dokuya uzanım, düzensiz bir sınır görüntüsü, intralezyonal kanamaya veya nekroza bağlı olarak heterojen bir yoğunluk görünümü varsa bu durumda liposarkom ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Stewart ve ark.^[8] tanımladığı bir retroözofageal liposarkoma olgusunda MRG'de T₂ ağırlıklı kesitlerde kitlenin çevre dokuya dikensi uzanımlarının olduğu belirtilmiş ve derin plan yerleşimli lipomatöz lezyonlarda mutlaka liposarkomların da akılda tutulması gerekliliği vurgulanmıştır. Ameliyat öncesi parotisteki kitlenin malign olup olmadığı dışlanması için bir diğer tanı yöntemi de ince iğne aspirasyon biyopsisidir. Fakat lipom kaynaklı tümörlerde ince iğne aspirasyon biyopsisi tanıyı kesinleştirmek ve maligniteyi dışlamak için yetersiz kalmaktadır.^[9] Bu nedenle eğer cerrahi sırasında kitlenin sınırlarında düzensizlik ve etrafa yapışıklık varsa, geniş bir cerrahi rezeksiyon yapılması gerekliliğini savunan görüşler vardır.^[10]

Özellikle derin lob kaynaklı parotis lipomu olgularında cerrahi müdahale planlanırken kitlenin parafarengeal boşluğa uzanımı olabileceği ve fasiyal sinir ve dalları ile ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kitlenin çıkarılması için genellikle eksternal yaklaşımla fasiyal sinirin ve dallarının iyi bir şekilde ortaya konulması ve yüzeysel parotidektomi ile birlikte kitlenin çıkarılması önerilmektedir.^[10] Ancak bazı derin lob kaynaklı lipomlarda total parotidektomi de gerekebilir. Bizim olgumuzda lipom parotis bezinin derin lobundan kaynaklanmakla birlikte yüzeysel lobu yukarı doğru itmiş ve kitle üst yüzeyi ile yüzeysel lob arasındaki sınır kaybolmuştu. Bu nedenle biz olgumuzda kitle eksizyonu ile birlikte yüzeysel parotidektomi uyguladık. Yine cerrahi sırasında fasiyal sinir dallarının kitlenin yüzeyinde seyrettiği görüldü ve dallar identifiye edilerek korunmaya çalışıldı. Ancak ameliyat sonrası dönemde geçici marjinal sinir paralizisi görüldü. Benign parotis tümörlerinin

cerrahisi sonrasında geçici marjinal sinir paralizisi en sık görülen komplikasyonlardan biri olup, görülme oranı %8.2 olarak belirtilmiştir.^[11] Bununla birlikte literatüre bakıldığında derin lob kaynaklı lipomların cerrahisinde bu oranın daha yüksek olduğu görülmektedir.^[3,5,10] Bu nedenle özellikle derin parotis bezi kaynaklı lipomların cerrahisi sırasında kitlenin fasiyal sinir ile yakın ilişkide olabileceği unutulmamalı ve cerrahi sırasında gerekirse fasiyal sinir monitörleri kullanılmalıdır.

Sonuç olarak, parotis bezi kaynaklı kitlelerde nadir de olsa lipomatöz lezyonlar karşımıza çıkabilmektedir. Lipomların büyüme seyri farklı bölgelere özellikle parafarengeal boşluğa doğru olabileceğini hatırlatmak istedik. Tanıda MRG büyük bir öneme sahip olup cerrahisi sırasında fasiyal sinirin korunmasına özen gösterilmelidir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Erizinger FW, Weiss SW. Soft tissue tumors. 4nd ed. St. Louis: CV Mosby; 2001.
2. Ethunandan M, Vura G, Umar T, Anand R, Pratt CA, Macpherson DW, et al. Lipomatous lesions of the parotid gland. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:1583-6.
3. Kimura Y, Ishikawa N, Goutsu K, Kitamura K, Kishimoto S. Lipoma in the deep lobe of the parotid gland. *Otol Fukuoka* 1999;15:211-4.
4. Weiner GM, Pahor AL. Deep lobe parotid lipoma: a case report. *J Laryngol Otol* 1995;109:772-3.
5. Starkman SJ, Olsen SM, Lewis JE, Olsen KD, Sabri A. Lipomatous lesions of the parotid gland: analysis of 70 cases. *Laryngoscope* 2013;123:651-6.
6. Som PM, Braun IF, Shapiro MD, Reede DL, Curtin HD, Zimmerman RA. Tumors of the parapharyngeal space and upper neck: MR imaging characteristics. *Radiology* 1987;164:823-9.
7. Korentager R, Noyek AM, Chapnik JS, Steinhardt M, Luk SC, Cooter N. Lipoma and liposarcoma of the parotid gland: high-resolution preoperative imaging diagnosis. *Laryngoscope* 1988;98:967-71.
8. Stewart MG, Schwartz MR, Alford BR. Atypical and malignant lipomatous lesions of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:1151-5.
9. Layfield LJ, Glasgow BJ, Goldstein N, Lufkin R. Lipomatous lesions of the parotid gland. Potential pitfalls in fine needle aspiration biopsy diagnosis. *Acta Cytol* 1991;35:553-6.
10. Ulku CH, Uyar Y, Unaldi D. Management of lipomas arising from deep lobe of the parotid gland. *Auris Nasus Larynx* 2005;32:49-53.
11. Mehle ME, Kraus DH, Wood BG, Benninger MS, Eliachar I, Levine HL, et al. Facial nerve morbidity following parotid surgery for benign disease: the Cleveland Clinic Foundation experience. *Laryngoscope* 1993;103:386-8.