Are the Intracranial Lipomas Always Asymptomatic?

İntrakraniyal Lipomlar Her Zaman Asemptomatik mi?

Semptomatik İntrakraniyal Lipom / Symptomatic Intracranial Lipoma

Mustafa Yılmaz[1], Aytaç Dinç[2], Mehtap Gürger[1], Metin Ateşçelik[1]
[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Elazığ,
[2]Pazarcık Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

Özet

İntrakraniyal lipomlar nadir görülürler ve santral sinir sisteminin konjenital lezyonu olarak kabul edilirler. Sıklıkla orta hat yerleşimlidir ve benign karakterlidir. Beyinde en sık olarak perikallozal bölge, kuadrigeminal sisterna, suprasellar sisterna ve serebellopontin köşelerde lokalizedir. Hastalar sıklıkla asemptomatik olmakla beraber nadiren lokalizasyon yerine göre klinik belirti oluşturmaktadır. Bu semptomlar baş ağrısı, baş dönmesi, nöbet, ataksi gibi sistemik belirtiler olmaktadır. Bu yazımızda bulantı, kusma, baş ağrısı şikayetiyle acil servise gelen elli yedi yaşında erkek hastada sağ gözde pitozis ve yukarı–lateral bakış kısıtlığı oluşturan yani lokalize nörolojik semptomu olduğu tespit edilen mezensefalon yerleşimli ve bası etkisi olan intrakraniyal lipom olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler

İntrakraniyal Lipom; Nörolojik Defisit; Mezensefalon

Abstract

Intracranial lipomas are rarely observed, and accepted as the congenital lesion of central nervous system. Intracranial lipomas are usually based centrally and have benign character. In the brain, it is mostly localized in pericallosal region, quadrigeminal system, and suprasellar region and cerebellopontine angles. As being mostly asymptomatic, the patients occasionally constitute clinical symptoms according to localization area. These symptoms are systemic symptoms such as cephalalgia, drowsiness, crisis and ataxy. In this article, we aimed to present the intracranial lipomas phenomenon which was diagnosed to have caused ptosis and upper lateral sight problem, namely causing localized neurological symptom, situated in mesencephalon and having pressure effect, regarding a 57-year old male patient brought to the emergency service with the nausea, throwing up and cephalalgia ailments.

Keywords

Intracranial Lipomas; Mesencephalon; Neurologic Deficit

DOI: 10.4328/JCAM.2692 Received: 22.07.2014 Accepted: 16.08.2014 Printed: 01.02.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 41-3
Corresponding Author: Mustafa Yılmaz, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD 23119 Elazığ, Türkiye.
T.: +90 4242122960/1443 E-Mail: drmylmz@hotmail.com

Giriş

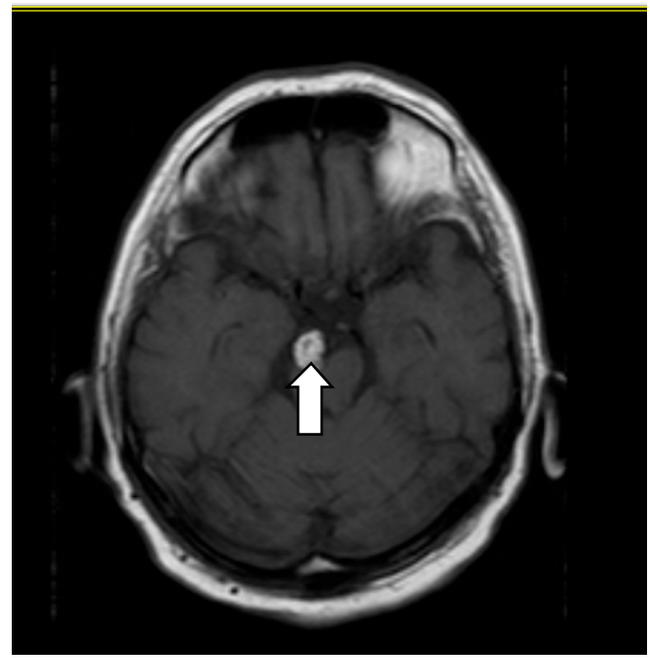
Konjenital olarak oluştuğu kabul edilen intrakraniyal lipomlar nadir olarak görülmekte ve çoğunlukla asemptomatik olduğu içinde tesadüfen tespit edilmektedir. Tüm intrakraniyal tümörler içerisinde % 0,1 ile %1,7 arasında görülme sıklığına sahiptir. İntrakraniyal lipomlar genellikle orta hatta yakın yerleşirler. Klinik olarak olguların çoğunluğu asemptomatik olmasından dolayı görülme sıklığı tam olarak tespit edilememekte ve çoğunlukla başka nedenler için yapılan görüntülemelerde tesadüfen saptanmaktadır. Semptomatik olanlar ise oldukça nadirdir ve genellikle baş ağrısı, baş dönmesi, nöbet, serebellum ve köşe lipomlarında ise, serebellar ataksi, vizyon azalması, çift görme, işitme azlığı veya kaybı gibi semptomlar ile başvurabilirler[1-4]. Bu yazımızda acil servise baş ağrısı, baş dönmesi kusma gibi nonspesifik şikâyetleriyle gelen fakat muayenesinde lokal nörolojik bulgu oluşturan lipom vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Elli yedi yaşında erkek hasta, 2 gündür baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma şikâyetleriyle acil servisimize getirildi. Baş ağrısının özellikle başının sağ tarafında, sürekli tarzda olduğunu, baş dönmesinin ise gözleri açık olduğu zamanlarda arttığını, gözleri kapalıyken daha az olduğunu belirtti. Baş dönmesine günde 5-6 kez kusmalarının da eşlik ettiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde şuuru açık, Glaskow koma skalası 15 olan hastanın sağ gözde pitozis ve yine sağ gözde yukarı–dışa bakış kısıtlığının olduğu saptandı. Özgeçmişinde 20 yıldır Tip 2 DM olduğu, insülin kullandığı aynı zamanda kronik böbrek hastalığı olduğu öğrenildi. Kronik böbrek hastalığı için nefroroloji takibinde olduğu ve hemodiyalize girmediğini belirtti. Laboratuvar değerlerinde kan üre azotu 105 mg/dl (N:10 – 50) ve kreatin düzeyi 2 mg/dl (N:0,7 – 1,2) olarak saptanması haricinde diğer biyokimyasal değerleri normaldi. Baş ağrısına eşlik eden sürekli tarzda bulantı, kusma ve lokalize nörolojik semptomu olması nedeniyle çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografisinde mezensefalon sağ anterior kesimde 13x9 mm boyutunda, hipodens ve mezensefalona anteriordan bası etkisi gösteren lipom ile uyumlu olabilecek lezyon saptandı (Şekil 1). Mevcut kliniğin lipoma bağlı olup olmadığı ve olası akut serebral enfaktın dışlanması amacıyla çekilen kraniyal MR görüntülemesinde, T1A hiperintens (Şekil 2), T2A heterojen hiperintens (Şekil 3) mezensefalona sağdan bası etkisi izlenen yağ intensitesinde lipom saptandı. Hastanın klinik tablosunu açıklayan başka bir patoloji saptanmaması üzerine hasta semptomatik intrakranial lipom olarak değerlendirildi. Cerrahi girişim düşünülmeyen hastaya semptomatik tedavi başlandı ve nöroloji takibine alındı.



Şekil 1. Hastanın Beyin BT görüntüsü



Şekil 2. Hastanın T1 A Kranial MRG görüntüsü

Tartışma

Lipomların oluşum mekanizması tartışmalıdır. Genel kabul gören teori ise nöral krest mezenşimlerinden kaynaklanan embriyolojik primitif meninkslerin yağ dokusuna dönüşüp lipom oluşumu teorisidir[3]. İntrakraniyal lipomlar genellikle orta hatta yakın yerleşirler. İntrakraniyal yerleşim olarak genelde korpus kallosum (%64), quadrigeminal ve ambient sisternler (%13), infundibular kiazmatik bölge (%13), serebellopontin köşe (%0.06) ve silvian fissürde (%0.03) görülürler. Oldukça nadir olarak da medulla, pons, koroid pleksus ve beyin korteksinde görülürler[4].

İntrakraniyal lipomalar genellikle asemptomatiktirler. Semptomatik olduklarında ise yerleşim yerine göre değişmekle birlikte baş ağrısı, baş dönmesi, nöbet, ataksi, işitme azlığı veya kaybı görülebilir. Serebellopontin köşe lipomları en çok semptom oluşturan lipomlardır[3-5]. Bizim vakamızda bulantı, baş dömesi, kusma gibi nonspesifik ve literatürde sıklıkla bahsedilen semptomlara ilave olarak tek taraflı olarak pitozise ve bakış kısıtlılığı gibi nörolojik defisit olması nedeniyle yapılan görüntüleme teknikleri ile mezensefalona baskı lipom tespit edildi. Mevcut bulguların kesin olarak lipoma bağlı olduğunu açıklamak için diğer nedenler dışlandı.

Mezensafalonda N. Oculomotoriusun çekirdeği bulunmaktadır. Bu kraniyal sinir göz küresini hareket ettiren altı kastan dördünü oluşturan m. rectus internus, m. rectus superior, m. rectus inferior ve m. obliqus inferioru innerve eder. Böylece göz küresinin içe, yukarı, aşağı, yukarı- dışa ve aşağı dışa hareketlerini sağ-



Şekil 3. Hastanın T2 A Kranial MRG görüntüsü

lar. M. levator palpebrae superior kasını innerve ederek üst göz kapağını kaldırır. Hastamızda sağ gözde pitozis ile birlikte sağ gözde yukarı – dışa bakış kısıtlığının meydana gelmesinin nedeni olarak, lipomun mezensefalona bası etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Lipomlar Beyin BT ve MR ile kolaylıkla tanınmaktadırlar. Kranyal BT ve MRG bulguları karakteristik ve patognomiktir. BT'de lipomlar homojen yapıda, düzgün sınırlı, kontrast tutmayan, hipodens kitle olarak görülürler. MRG'de ise T1 ağırlıklı sekanslarda hiperintens, T2 ağırlıklı sekanslarda izo-hipointens, kontrast tutmayan, homojen yapıda kitlelerdir[6].

İntrakraniyal lipomalar semptomatik tedavi ile takip edilir. Çevre nöro-vasküler dokuya sıkı komşuluğu, genellikle büyümeyen benign bir lezyon olması nedeniyle cerrahi tedavi çoğunlukla önerilmemektedir. Cerrahi girişimden sonra daha ağır klinik bulgular gösteren istenmeyen komplikasyonlar gelişen hatta ölümle sonuçlanan olgular bildirilmiştir. Ancak hidrosefali saptanan olgularda cerrahi önerilmektedir[7,8]. Vakamızda hidrosefalisinin olmaması nedeniyle cerrahi düşünülmemiş olup semptomatik tedavi ile nöroloji takibine alınmıştır.

Sonuç

İntrakraniyal lipomlar genellikle asemptomatik, tesadüfen saptanan ve oldukça nadir görülen benign kitleler olarak bilinse de nadir olarak semptomatik olabileceği unutulmamalıdır. Semptomatik olan hastalarda da kliniği açıklanamayan kusmalara nörolojik defisitin eşlik ettiği hastada Beyin BT gibi ileri görüntüleme tekniklerine başvurulmalıdır. BBT ve Manyetik rezonans görüntüleme ile kolaylıkla tanınabilen bu kitleler en sık orta hat çevresinde ve dorsal mezensefalik alanda yerleşirler. Genellikle tedavi gerektirmemekte ya da semptomatik tedavi ile hastalar takip edilmektedir. İlerleyen semptomatik olgularda; kitlenin büyümesi, intrakraniyal basınç artışı ve hidrosefali gelişmesi halinde cerrahi düşünülmelidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Yıldız S, Yıldız A, Çetinkol E, Kaya A. İntrakraniyal lipomların ender rastlanan yerleşimleri ve MRG özellikleri. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2001;7:328-32.
2. Chao SC, Shen CC, Cheng WY. Microsurgical removal of sylvian fissure lipoma with pterion keyhole approach-case report and review of the literature. Surg Neurol 2008;70(1):85-90.
3. Maiuri F, Cirillo S, Simonetti L, De Simone MR, Gangemi M. Intracranial lipomas: Diagnostic and therapeutic considerations. J Neurosurg Sci 1988;32:161-7.
4. Gökduman CA, İplikcioglu CI, Cosar M, Ceylan D, Arslan M, Başocak K. İntrakranial lipomlar. Türk Nöroşirürji Dergisi 2004;14:172-7.
5. Besir FH, Ozkan F. CT and MRI in the diagnostic and therapeutic management of intracranial lipomas. Abant Med J 2012;1(1):35-6.
6. Ovalioglu AO, Yilmaz I, Ogrenci A, Batcik E, Bilge T. Intracranial lipomas; two cases report. The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital 2012;46(4):217-20.
7. Kazner E, Stochdorph O, Wende S, Grumme T. Intracranial lipoma: diagnostic and therapeutic considerations. J Neurosurg 1980;52(2):234-45.
8. Tankere F, Vitte E, Dunverneuil NM, Soudant J. Cerebellopontine Angle Lipomas: Report of four cases andreview of the literature. Neurosurgery 2002;(50):626-32.

How to cite this article:
Yılmaz M, Dinç A, Gürger M, Ateşçelik M. Are the Intracranial Lipomas Always Asymptomatic? J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 41-3.