

## Olgu Sunumu

# Parafaringeal Alana Uzanan Rekürren Parotis Bezi Lipomu: Olgu Sunumu

Turgut KARLIDAĞ<sup>1</sup>, İrfan KAYGUSUZ<sup>1</sup>, Erol KELEŞ<sup>1</sup>, Yusuf AVCI<sup>1,a</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

### ÖZET

Lipomlar sırt, omuz ve boyunda sık görülen benign yumuşak doku tümörleridir. Parotis bezi lipomu tükrük bezinde seyrek olarak görülen non-epitelyal bir tümördür. Parotis bezi derin lobu kaynaklı lipomlar daha nadir görülürler. Nadir görülmelerinden dolayı parotis tümörlerinin ayırıcı tanısında genellikle düşünülmemektedir; bu yüzden de cerrahi tedavisi tartışmalıdır. Bu yazıda, daha önce farklı zamanlarda dört kez ameliyat edilen, parotis bezi derin lobundankaynaklanan ve parafaringeal alana da uzanan dev lipom olgusu sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Lipom, Parafaringeal Alan, Cerrahi.

### ABSTRACT

#### Recurrent Parotid Gland Lipoma Extending Parapharyngeal Region: Case Report

Lipomas are benign soft tissue tumors which are mostly found in the region of back, shoulder and neck. Parotid gland lipoma is a non-epithelial tumor rarely found in salivary gland. Lipomas caused by deep lobe of parotid gland are found much more rarely. Because of the rarity of their occurrence, they are not considered in the differential diagnosis, so surgical treatment of them is controversial. In this study, we present a gland lipoma phenomena extending to parapharyngeal region which is caused by the deep lobe of parotid gland and was operated four times in different times.

**Keywords:** Lipoma, Parapharyngeal Space, Surgery.

Lipomlar yavaş büyüyen benign yapılı mezankimal tümörlerdir. Baş ve boyunda yaygın olarak görülmesine rağmen, parafaringeal bölgede nadir görülmektedir (1). Benign yapıda olup, matür yağ hücrelerinden oluşur. Boyun, omuz ve sırt bölgesinde daha fazla görülürler (2, 3). İntraparotid lipomlar nadir olarak gözlenir ve literatürde parotis tümörleri arasında %0,6-%4 oranında görülürler (4, 5). Parafaringeal boşluk tümörleri ise tüm baş-boyun tümörlerinin %0,5-%0,8'ini oluşturmaktadır ve bu bölge tümörlerin sadece % 1-2'sinde lipom görülmektedir (1).

Bu yazıda, parotis bezi derin lobunda kaynaklanıp, parafaringeal boşluğa uzanan ve radyolojik olarak *dumbbell* bulgusu gözlenen, eş zamanlı olarak submandibular, boyun 2. ve 3. bölge yerleşimli rekürren, dev lipom olgusu literatür eşliğinde sunulmuştur.

### OLGU SUNUMU

Altmış yaşında kadın hasta, sağ kulak altında yavaş büyüyen kitle yakınması ile Mart 2016 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Hastanın, daha önce başka bir merkezde, sağ parotis lipomu nedeniyle yüzeysel parotidektomi dahil dört kez ameliyat geçirme hikayesi vardı. Yapılan fizik muayenede sağda parotis lojunda yaklaşık 6x3 cm'lik, boyun 2. ve 3. bölgede yaklaşık 4x5 cm'lik hareketli, yumuşak kıvamlı, ağrısız kitleler görüldü (Şekil 1). Ultrasonografide (USG) sağ parotis lojunda hiperekoik düzgün sınırlı 6 cm boyutunda lezyon vardı. Manyetik Rezonans (MR) görüntülemesinde ise parotis bezinden parafaringeal alana uzanan 6x3 cm ve 4x5 cm boyutlu bilobüle, birbiri ile ilişkili

ve ayrıca önde hyoid üzerinde 4x3 cm yağ ile benzer yapıya sahip kitle görüldü. MR görüntülemesinde *dumbbell* bulgusu vardı (Şekil 2). Hastaya nüks dev parotis lipomu tanısıyla, modifiye Blair insizyonu ve latera faringeal yaklaşımla, tamamlayıcı parotidektomi, parafaringeal bölgedeki, 2. ve 3. bölgedeki lipomun total rezeksiyonu yapıldı. Spesmen, sarı renkli, matür yağ doku görünümünde olup histopatolojik değerlendirmede lipom tanısı konuldu. Hastanın bir yıllık takibinde nüks ile karşılaşılmadı.



Şekil 1. Sağ parotis lojundaki hareketli, yumuşak kıvamlı kitle.



Şekil 2. MR görüntüleme yağ baskılı ve T2 görüntüleme boyun sağ tarafında parotis lojunda ve parafarengeal bölgede lipom.

## TARTIŞMA

Parafarengeal alan tümörleri, rutin klinik muayenede kolayca erişilebilir olmayan sessiz ve sinsi büyüyen tümörlerdir. Çoğu iyi huyludur ve nadir görülürler (6, 7). Bu bölge tümörlerinin %70-80'i benign yapıdadır. Bunların %40-50'si tükürük bezi tümörü, %20'si nörojenik, %15'i lenf nodu ve %16'sı ise diğer tümörler olarak bildirilmiştir (8).

Lipomlar matür adipositlerden oluşmaktadır. Bunlar genellikle ince bir kapsülle çevrili iyi sınırlı sarı renkli lezyonlardır (9). Parotis lipomları 7-72 yaş arasında görülebilmekle birlikte, sıklıkla 50-60 yaş aralığında ve erkeklerde 5-10 kez daha sık görülürler (10). Obezite, genetik yatkınlık, diyabet, siroz, kronik alkolizm, travma, malnütrisyon, radyasyon, endokrin bozukluklar, insülin enjeksiyonu ve kortikosteroid tedavisi muhtemel etiyolojik faktörler olarak kabul edilmektedir (11). Genellikle uzun bir süre asemptomatik büyüdüğünden teşhis sırasında büyük boyuttadır ve kolaylıkla rezekt edilebilir değildir. Klinik bulgusu ise asemptomatik boyun kitlesi, disfoni, yutma güçlüğü, trismus, otitis media ve kranial sinir disfonksiyonu olarak görülür (8). Trismus ve kranial sinir paralizisi ise genellikle malignite ile ilişkilidir (12).

Klinikte lipomlar, genellikle asemptomatik, yuvarlak-oval, orta sertlikte mobil, bazen lobule bir kitle şeklinde karşımıza çıkar. Nadiren bir siniri etkilerse ağrı ortaya çıkabilir (10). Ortaya çıkış süresi ortalama 6 aydır. Bizim olgumuzda ise, hastanın parotis bölgesinde asemptomatik yumuşak kıvamlı kitle olarak kliniğimize başvurmuştu. Histolojik olarak, fibröz bir kapsülle çevre dokulardan ayrılan düzgün sınırlı ve matür yağ doku görünümündedir. İnce bağ dokusu matür yağ hücrelerini septalarla, gruplara ayırır ve lobüler bir yapı ortaya çıkarır. Ayrıca; bağ dokusu septaları içinde kan damarları bulunabilir. Seyrek olarak da enflamatuar hücreler ve makrofajlar görülebilir (11).

USG, MR ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemeleri parotis kitlelerini değerlendirmede kullanılan

önemli yöntemlerdir. Lipom ve liposarkomun BT görüntüleme karakteristikleri ve diğer yağ dansiteli lezyonlardan (örneğin; yağlı infiltrasyon) ayırıcı tanının spesifik olması tanıyı kolaylaştırır (13). Özellikle MR'da yağ baskılı sekanslara kullanılması tanısal açıdan oldukça yol göstericidir. Olgumuzda yağ baskılı MR görüntüleri, ayırıcı tanı açısından oldukça yol gösterici idi. Parotis derin lobu lipomları literatürde oldukça nadir bildirilmiştir (14). Bizim olgumuzdaki lipom, parotis derin lobuna ve parafarengeal bölgeye uzanım gösteren ve daha önce dört kez opere edilen nüks bir olgu olması açısından dikkat çekici idi. Nüks lipom nedeni, genellikle cerrahi sırasında düzenli sınırları olmayan rezidü odaktan kaynaklanır (15). Bizim olgumuzda ise muhtemelen önceki cerrahide kitle enlok olarak çıkarılmadığından, rezidü bir odak nedeniyle nüks gelişmişti.

Parafarengeal bölge tümörlerinde farklı yaklaşımlar tercih edilmektedir. Bunlar: transoral yaklaşım, transservikal yaklaşım, transservikal-transmandibuler yaklaşım, transparotid yaklaşım, transparotid-transserviko-submaksiller yaklaşımlardır. Transservikal yaklaşım ve transservikal-parotid yaklaşım parafarengeal kitleler için en sık kullanılan cerrahi yaklaşımdır (16). Abie ve ark. (17), parafarengeal bölge tümörlerinde transoral robotik cerrahi eksizyon tekniğini de rapor etmişlerdir. Bu teknikle üç boyutlu büyütülmüş görsel teknolojiyi kullanmışlardır. Bizim olgumuzda, lipomun parotis ve parafarengeal alanı tamamen doldurduğu izlendiğinden, transparotid-transservikal yaklaşımı tercih ettik. Hastanın fasiyal fonksiyonlarını koruyarak tüm lipom dokusu total olarak çıkarıldı. Hastanın bir yıllık takiplerinde nüks ile karşılaşmadı.

Parotis ve parafarengeal alan lipomları, genellikle asemptomatik yavaş büyüyen kitle olarak gözlenen nadir lezyonlardır. Bu alan tümörlerinin cerrahi tedavisi için transparotid ve transservikal kombine yaklaşım, uygun bir alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır.

**KAYNAKLAR**

1. Pal P, Singh B, Sood AS. Unusual parapharyngeal lipoma. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2015; 67; 158–60.
2. Yazıcıoğlu AK, Akan H, Çelebi M. Parotid Bezi Lipomu. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji* 2002; 8: 203-5.
3. Zhong LP, Zhao SF, Chen GF, Ping FY. Ultrasonographic appearance of lipoma in the oral and maxillofacial region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 738-40.
4. Ethunandan M, Vura G, T Umar, et al. Lipomatous lesions of the parotid gland. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 1583–6.
5. Ulku CH, Uyar Y, Unaldi D. Management of lipomas arising from deep lobe of the parotid gland. *Auris Nasus Larynx* 2006; 32: 49–53.
6. Özcan M, Tuncel Ü, Ünal A, Arda N, Yalçın F. Parafarengeal kitlelere transservikal-transmandibuler yaklaşım: Dört olgunun sunumu. *KBB-Forum* 2002; 1: 48-53.
7. Bradley PJ, Guntinas-Lichius O. Salivary gland disorders and diseases: diagnosis and management. Thieme, Stuttgart 2012; 122: 183-4.
8. Khafif A, Segev Y, Kaplan DM, Gil Z, Fliss DM. Surgical management of parapharyngeal space tumors: a 10-year review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 132: 401–6.
9. Enzinger FM, Weiss SW. Benign lipomatous tumours. In: *Soft Tissue Tumors*. St. Louis, MO: CV Mosby; 1995. p.381-430.
10. Mc Daniel RK. Benign mesenchymal neoplasm: neoplasm of adipose tissue. In: Gnepp EA, ed. *Surgical Pathology of the Salivary Glands*. Philadelphia; WB. Saunders company; 1991; 503-5.
11. Hosnuter M, Kargı E, Babuccu O, et al. A case of lipoma of the deep lobe of the parotid gland. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2003; 10: 167-70.
12. Rodriguez-Ciurana J, Rodado C, Sáez M, Bassas C. Giant parotid pleomorphic adenoma involving the parapharyngeal space: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 1184–7.
13. Stewart MG, Schartz MR, Alford BR. Atypical and malignant lipomatous lesions of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 1151-5.
14. Weiner GM, Pahor AL. Deep lobe parotid lipoma: a case report. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 772-3.
15. Po-Han Lee, Jiann-Jy Chen and Yung-An Tsou A. Recurrent sialolipoma of the parotid gland: A case report. *Oncology Letters* 2014; 7: 1981-3.
16. Eisele DW, Richmon JD. Contemporary evaluation and management of parapharyngeal space neoplasms. *J Laryngol Otol* 2013; 127: 550-1.
17. Abie H. Mendelsohn, MD. Transoral robotic assisted resection of the parapharyngeal space. *Head and Neck*. 2015; 37: 273-80.