

# Omurilikte İntradural Subpiyal Lipoma

## Spinal Intradural Subpial Lipoma

KAYHAN KUZEYLİ, FADIL AKTÜRK, ERAY SÖYLEV

K.T.Ü. Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Trabzon

**Özet:** Omurilik lipomları, doğumsal olduğu düşünülen nadir tümörlerdir. Semptomatolojide hakim tablo, omurilikteki yerleşimle uyumlu myelopati bulgularıdır. Ancak yavaş büyümelerinden dolayı önemli boyuta varmadan önce bulgu vermeyebilirler. Bu makalede hamilelik süresince hızla gelişerek parapareziye yol açan intradural subpial lipoma olgusu sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Lipoma, manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonik aspiratör

**Abstract:** Spinal cord lipomas are rare congenital tumours. They may remain asymptomatic for years before they reach a large volume. They cause myelopathic changes at the affected level of the spinal cord. In this article an intradural subpial lipoma with acute onset paraparesis during pregnancy is presented.

**Key Words:** Magnetic resonance imaging, spinal intradural-subpial lipoma, ultrasonic aspirator

### GİRİŞ

Omurilik lipomaları nadir, benign lezyonlar olup tüm omurilik tümörlerinin yaklaşık % 1'ini oluştururlar (5,8,11,13,14). Olguların büyük bir kısmında sinir sisteminin, daha azında da diğer organ sistemlerinin doğumsal anomalileri söz konusudur (4,12). Doğumsal anomalilerin eşlik etmediği omurilik lipomu olgu sayısı henüz ikiyüzden azdır (2,3,7,8,12).

Omurilik lipomu olgularında iki önemli sorun söz konusudur. Bunlardan ilki lezyonun tespit edildiğinde genellikle önemli bir boyuta ulaşmış olması, ikincisi de lezyonun tam çıkarılmasındaki zorluktur.

Konu özellikle bu iki açıdan tartışılmıştır.

### OLGU SUNUMU

Onsekiz yaşında 6 aylık hamile kadın hasta son iki ay içerisinde bacaklarında kuvvetsizlik

gelişmesi nedeniyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde 3/5 paraparezi, patella ve aşil reflekslerinde artma, 2-3 atımlık aşil klonusu, bilateral Babinski işareti ile 3-4. torakal seviyenin altında hipoestezisi tespit edildi. Hastaya manyetik rezonans görüntüleme ( MRG ) yapıldı. MRG'de sagittal kesitlerde 4-10. torakal omurgalar arasında posterior yerleşimli homojen hiperintens kitle izlendi, aksiyel kesitlerde bu lezyonun omuriliği arka ve yanlardan kılıf tarzında sardığı görüldü (Şekil 1). Ameliyatta torakal 4-10. omurga arasına laminektomi yapıldı, gergin olan dura açıldığında sarı renkte sert tümör dokusu ile karşılaşıldı. Tümör dokusu ile omurilik arasında belirgin bir ayırım hattı yoktu, tümör dokusunun çıkarılmasında önce ultrasonik aspiratör (UA) kullanıldı, ancak sert tümör dokusu UA ile ancak % 40 oranında çıkarıldı. Daha sonra mikrocerrahi teknikle tümör parça parça kısmen çıkarıldı. Ameliyat sonrası dönemde hastanın paraparezisinde düzelme oldu. Çıkarılan tümör dokusunun histopatolojik tanısı lipoma olarak bildirildi.

## TARTIŞMA

Omurilik lipomları ilk kez Gowers tarafından 1876 yılında bildirilmiştir (2).

Malignitenin olmadığı tekdüze olgun yağ dokusundan ibaret lipomların mezenşimal kaynaklı olduğuna inanılmaktadır (2, 12). Bu görüş tümör kitlesinde glial dokunun bulunmayışıyla destek görmüştür (2). Ayrıca lipomların histogenezisinin açıklanmasında şu teoriler öne sürülmüştür; a) pia-araknoid bağ dokusunun yağ doku metaplazisi, b) yağ hücrelerinin pia yüzeyinde çoğalması, c) nöral tüpün şekillenmesi sırasında meninkslerin üzerindeki embriyolojik kalıntılardan lipom gelişmesi (13).

Omurilik lipomlu olguların 2/5'i ekstradural, 3/5'i intradural yerleşim gösterir (14). İntramedüller yerleşime çok daha nadir rastlanır; tümör sıklıkla subpialdır (8).

Erişkin yağ dokusundan şekillenen tümör oldukça sıkı, lobüllü ve pia'dan kaynaklanan bağ dokusu ile çevrelenmiştir. Böylece fibröz septumlar aracılığıyla nöral yapılara çok sıkıca yapışmaktadır (1,11,12). Bu yapışıklık tümörün yavaş büyümesiyle muhtemelen tüm lezyon boyunca oluşur. Omurilikte işlev bozukluğuna yol açmadan uzun süre asemptomatik kalmalarındaki en önemli faktör yavaş büyümedir (5,8,11,13).

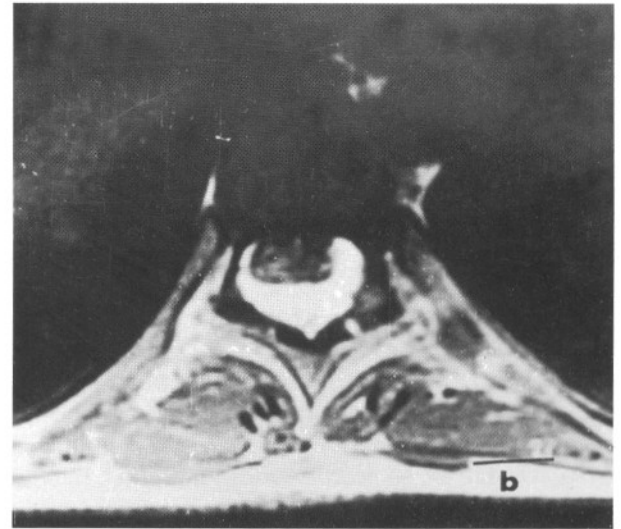
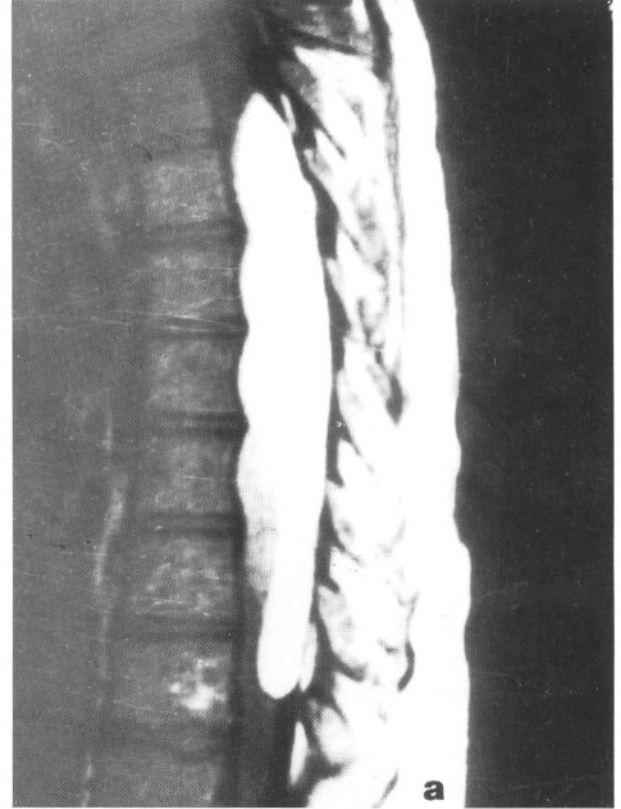
Erişkin yaşam boyunca yağ hücrelerinin boyutundaki genel artışa bağlı olarak tümör hacminde de büyüme olur ve klinik semptomlar ortaya çıkmaya başlar (8). Böylece lezyonun geliştiği omurilik seviyesi ile uyumlu olarak ağrı, disestezi, paraparezi ve/veya tetraparezi ile idrar kaçırma gelişebilir (1,4,8,9). Bu sürenin 20 yıla kadar uzadığı olgular bildirilmektedir (7).

Kadın hastalardaki semptomların hamilelik süresinde veya doğumdan sonra yavaş olarak arttığı bilinmektedir. Giuffre(4) hamilelikte semptomların ortaya çıkışı veya hızlanışına a) omurilik venöz dönüşünün bozulması, b) karın içi ve dolayısıyla omurga kanalı içi basıncın artmasının sebep olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca hamilelikteki hormonal değişikliklerin lipomdaki büyümeyi arttırabileceği bilinmektedir (3).

Olgumuzda tümörün torakal 4-10 düzeyler arasında oldukça büyük bir mesafeyi tutması, ayrıca omuriliği bir kenara sıkıştırarak kendine dev bir alan

yaratmasına karşılık (Şekil 1) kliniğin son aylarda ortaya çıkışı şaşırtıcıdır.

Omurilik lipomlarının sıkı, ağ tarzındaki bağ dokusu yapışıklıkları bu lezyonların tam



Şekil 1, a) Sagittal T1 ağırlıklı kesitlerde 4. ve 10. torakal omurgalar arasında homojen hiperintens kitle, b) aksiyel T1 ağırlıklı kesitlerde kitlenin omuriliği arka ve yanlardan kılıf tarzında sardığı izleniyor.

çıkartılmasını engelleyen en önemli sorundur. Cerrahi tedavinin hedefi nöral yapılar üzerindeki basıyı kaldırarak rahatlama sağlamaktır. Tam çıkarma sağlam omurilik işlevlerinin kaybedilmesi tehlikesini taşır (5,8,13). Bunun yanında tümörün aspiratöre gelmemesi, nöral yapıyla ayırım alanının olmaması, cerrahi çıkarmayı kısıtlayan diğer önemli nedenler arasındadır. Ultrasonik aspiratör yardımıyla daha geniş olarak çıkarılabileceği bildirilmekteyse de (9) Mari ve arkadaşları servikal intrameduller lipomlu bir olguda bu teknikle rezeksiyon oranını % 40 olarak bildirilmiştir (11). Fujiwara ve ark. subpial lipomlu 4 olguda ultrasonik aspiratör kullanmışlarsa da tümörün sertliği nedeniyle tam olarak çıkaramamışlardır (3).

Lee ve ark. lipomların yüksek su içeriğini göz önüne alarak karbondioksit laserin cerrahi işlemdeki üstünlüğünü ileri sürmüşlerdir (8). McLone (10), James ve ark. (6) karbondioksit laserin gerek ameliyat süresini gerekse ameliyat sırasında kan kaybı ve cerrahi travmayı azalttığını bildirmişlerdir.

Olgumuzda UA'ün emme gücü, tümör çıkarılması sırasında sıkı pia-omurilik ilişkisiyle önemli hareketlenmelere yol açmaktaydı. Omurilikte hasar oluşturma tehlikesini ortadan kaldırmak için mikrocerrahi teknik yeğlendi.

Sonuç olarak bu tümörlerin çıkarılmasında, UA'ün yanında gerek pia omurilik birleşimine yakın alanlarda gerekse sinir kökü çevresinde mikrocerrahi yöntemin önemli nörolojik hasar yaratmadan sonuca ulaştırılabileceği düşünülmektedir.

**Yazışma Adresi:** Dr. Kayıhan Kuzeyli  
KTÜ Tıp Fakültesi  
Nöroşirürji ABD  
Trabzon

## KAYNAKLAR

1. Acar O, Erongun U, Özkal E, Kalkan E: Spinal subpial lipoma. Nörol Bil Derg 3-4:226-227,1988
2. Caram PC, Scarcella G, Carton CA: Intradural lipomas of the spinal cord with particular emphasis on the intramedullary lipomas. J Neurosurg 14:28-42,1957
3. Fujiwara F, Tamaki N, Nagashima T, Nakamura M: Intradural spinal lipomas not associated with spinal dysraphism. A report of four cases. Neurosurgery 37:1212-1215,1995
4. Giuffre R: Intradural spinal lipomas. Review of the literature (99 cases) and report of an additional case. Acta Neurochir 14:69-95,1966
5. Heary RF, Bhandari Y: Intradural cervical lipoma in a neurologically intact patient. Case report. Neurosurgery 29: 468-472,1991
6. James HE, Williams J, Brock W, Kaplan GW, Sang H: Radical removal of lipomas of the conus and cauda equina with laser microneurosurgery. Neurosurgery 15:340-343,1984
7. Lantos G, Epstein F, Kory LA: Magnetic resonance imaging of intradural spinal lipoma. Neurosurgery 20:469-474, 1987
8. Lee M, Rezai AR, Abbott R, Coelhod DH, Epstein FJ: Intramedullary spinal cord lipomas. J Neurosurg 82: 394-400,1995
9. Mc Gillicuddy GT, Shucart W, Kwan GSK: Intradural spinal lipomas. Neurosurgery 21:343-345,1987
10. Mc Lone DG, Naidich TP: Laser resection of fifty spinal lipomas. Neurosurgery 18 : 611-615,1986
11. Mori K, Kamimura Y, Uchida Y, Kurisaka M, Eguchi S: Large intramedullary lipoma of the cervical cord and posterior fossa. J Neurosurg 64:974-976,1986
12. Rogers HM, Long DM, Chou SN, French LA: Lipomas of the spinal cord and cauda equina. J Neurosurg 34:349-354,1971
13. Taniguchi T, Mufson JA: Intradural lipoma of the spinal cord. Report of a case. J Neurosurg 7:584-586,1950
14. White WR, Fraser R AR: Cervical spinal cord lipoma with extension into the posterior fossa . J Neurosurg 12: 460-462,1983