

Erkek hastada kalsifiye yağ nekrozu içeren dev bir meme lipomunun radyolojik bulguları

Bilal Battal (*), Murat Kocaoğlu (*), Fatih Örs (*), Taner Üçöz (*), İbrahim Somuncu (*), Sıtkı Gülhan (*)

Özet

Erkeklerde meme hastalıkları nadiren görülür. Erkek memesinin en önemli hastalıkları, meme kanseri ve jinekomastidir. Diğer daha nadir hastalıkları yağ nekrozu, lipom ve epidermal inklüzyon kistleri gibi cilt ve cilt altı dokusu patolojileridir. Biz, 68 yaşında bir erkek hastada kalsifiye yağ nekrozu da içeren bir lipomun, ultrasonografi, mamografi ve manyetik rezonans görüntüleme bulgularını sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Lipom, mamografi, manyetik rezonans görüntüleme, meme

Summary

Radiologic features of a giant breast lipoma with calcified fat necrosis in a male patient

Breast diseases in male are seen infrequently. The most important diseases of the male breast are gynecomastia and breast cancer. Other rare diseases are skin and subcutaneous tissues pathologies such as fat necrosis, lipoma, and epidermal inclusion cysts. We present ultrasonography, mammography and magnetic resonance imaging findings of a lipoma with calcified fat necrosis in a 68-year-old male.

Key words: Lipoma, mammography, magnetic resonance imaging, breast

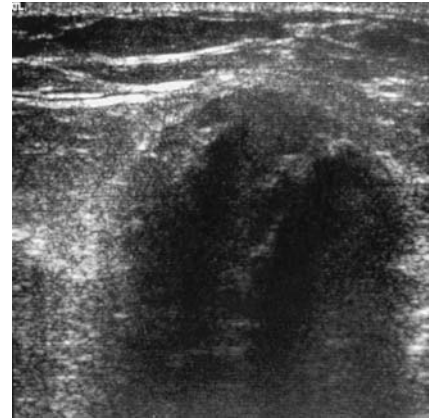
Giriş

Erkeklerde meme lezyonlarının büyük çoğunluğunu jinekomasti ve meme kanseri oluşturmaktadır (1). Lipomlar erkek memesinde rastlanabilecek benign natürde lezyonlardan olup, çok nadiren yağ nekrozu sonucu kalsifikasyon içerebilir (2). Genellikle soliter olan lipomlar, yavaş büyüyen ve oldukça büyük boyutlara ulaşabilen lezyonlardır. Jinekomasti veya meme karsinomunu klinik olarak taklit edebilirler. Tedaviye yön verme açısından, benign natürde olan bu lezyonların, diğer meme patolojilerinden ayırıcı tanısının yapılmasında, radyolojik görüntüleme yöntemleri oldukça önemli bir yere sahiptir.

Biz yazımızda yetişkin bir erkek hastada oldukça büyük boyutlara ulaşan, iç yapısında yağ nekrozu sonucu oluşmuş kalsifikasyon bulunduran dev meme lipomu olgusunun mamografi, ultrasonografi (US) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularını sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Sol memede şişlik şikayeti ile hastanemize başvuran 68 yaşında erkek hastada fizik muayenede sol memede çok daha belirgin olmak üzere her iki memede boyut artışı mevcuttu. Meme cildinde çekinti, kalınlaşma ya da renk değişikliği saptanmadı. Fizik muayenede sol memeyi belirgin derecede büyüten yumuşak kıvamlı kitle palpe edilmekteydi. Yapılan US incelemesinde her iki meme cildi, meme başı ve aksiller bölgeler normaldi. Her iki memede yağlı doku artışı (adipozomasti) ve sol meme cilt altı dokuda 9x10x14 cm boyutta homojen, cilt altı yağlı doku ile izoekoik, düzgün sınırlı ve ince hiperekojen kapsülüne bulunan solid karakterde kitle izlendi. Bu lezyonun ortasında 2x3x4 cm boyutlarında lobüle konturlu ancak düzgün sınırlı, hipokoik, solid görünümde, yer yer yoğun akustik gölge oluşturan bir alan mevcuttu (Şekil 1). Yapılan mamografi incelemesinde bilateral adipozomasti ile uyumlu yağ doku miktarında artış saptandı. Mamografide glandüler doku saptanmadı. Sol memede



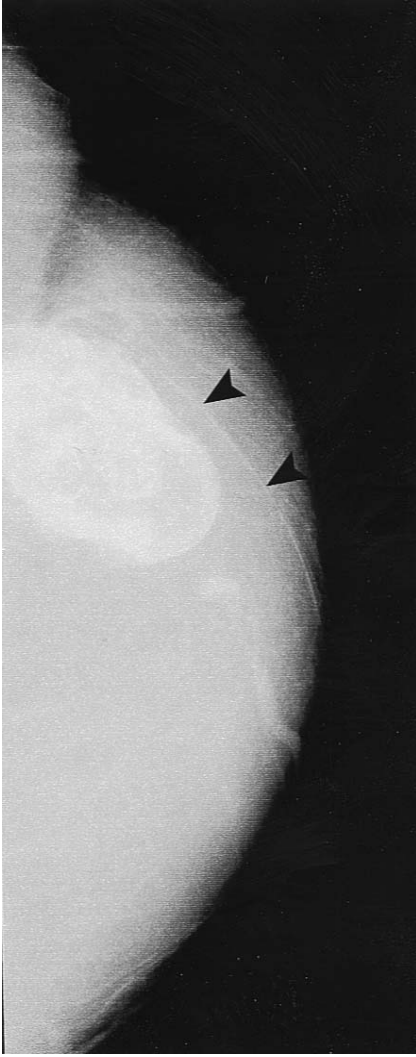
Şekil 1. Ultrasonografik incelemede, sol memedeki enkapüle lipomatöz kitle içinde düzgün lobüle konturlu, hipokoik, solid görünümde, yer yer yoğun akustik gölge oluşturan heterojen bir alan izlenmektedir.

*GATA Radyoloji AD

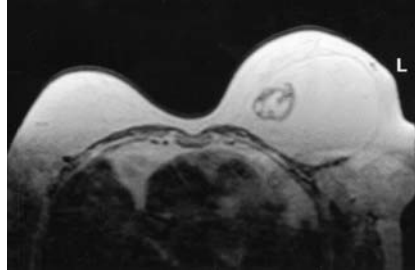
Ayrı basım isteği: Dr. Bilal Battal, GATA Radyoloji AD, Etlik-06018, Ankara
E-mail: bilbat_23@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 25.10.2005
Kabul tarihi: 30.12.2005

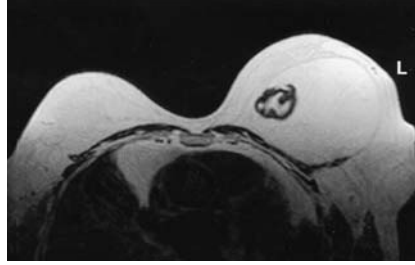
memeyi ekspanse eden, ince dens kapsülü bulunan radyolüsent lezyon ve bu lezyonun iç kesiminde 2x3x4 cm boyutta keskin ve düzgün sınırlı, ancak lobüle konturlu kalsifiye kitle lezyonu saptandı (Şekil 2). Sol memede bahsedilen lezyon, öncelikle dev boyutlarda lipom ve yağ nekrozuna bağlı kalsifik alan olarak değerlendirildi. Ancak lezyonun sınırlarının ve iç yapısının daha net olarak ortaya konabilmesi için, hasta meme MRG ile incelendi. Meme MRG'de sol memede US ve mamografide bahsedilen lezyonun cilt altı yağlı doku ile benzer şekilde T1 ağırlıklı sekanslarda belirgin hiperintens (Şekil 3a), T2 ağırlıklı sekanslarda ara intensitede (Şekil 3b) olduğu ve hipointens



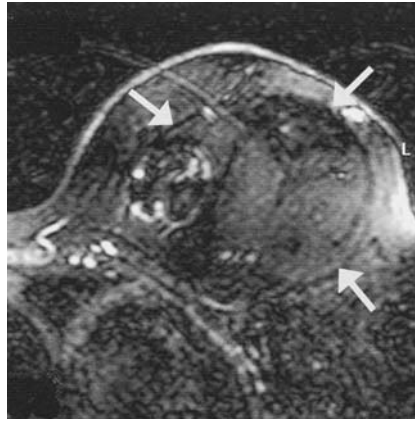
Şekil 2. Sol meme mediolateral oblik mamografide memeyi ekspanse eden, ince dens kapsülü bulunan radyolüsent lezyon (ok uçları) ve bu lezyonun santralinde düzgün konturlu yoğun kalsifikasyon izlenmektedir



Şekil 3a



Şekil 3b



Şekil 3c

Şekil 3a,b. Manyetik rezonans görüntüde T1 ağırlıklı (a) ve T2 ağırlıklı (b) aksiyal kesitlerde, her iki memede lipomatöz doku artışı ile birlikte, sol memede, hipointens kapsülü bulunan, cilt altı yağ dokusu ile izointens lipom ile uyumlu kitle lezyonu izlenmektedir. Lipom mediyalinde ise her iki sekansda da sinyalsiz halkasal sınırlar gösteren kalsifikasyon gözlenmektedir. (c) Yağ baskılamalı, postkontrast aksiyal T1 ağırlıklı kesitle, sol memedeki kitle lezyonu ve kalsifiye alan kontrast tutmamakta ve cilt altı yağ dokusu ile uyumlu şekilde baskılanmaktadır. Ultrasonografi ve mamografide kalsifiye olarak görülen alanda, paroksizmal hiperintens odaklar dikkati çekmektedir

tens ince kapsülünün bulunduğu görüldü. Lezyonun orta iç kesiminde saptanan kalsifiye kitlenin yağ dokusu ile izointens yapıda olduğu ve çevresinde kalsifikasyonla uyumlu sinyalsiz alanların bulunduğu saptandı. Ayrıca yağ baskılamalı kontrastlı sekanslar memedeki

kitlenin, cilt altı yağ dokusu gibi tamamen baskılandığını ve lipomatöz içerikte olduğunu doğruladı (Şekil 3c). Paramanyetik kontrast madde injeksiyonuna bağlı patolojik kontrastlanma izlenmedi. Lezyon, yağ nekrozuna bağlı kalsifik alan içeren dev boyutta kalsifiye lipom olarak değerlendirildi.

Tartışma

Jinekomaşi ve meme kanseri, erkek memesinde karşılaşılan iki önemli hastalıktır. Jinekomaşi, erkek memesinin duktal ve stromal yapılarının proliferasyonu sonucu oluşur ve erkek meme kitlelerinin %85'ini oluşturur (1). Genellikle subareolar alanda 2 cm'den büyük şişlik şeklindedir. Yüzde 63 bilateral, %27 sol memede, %10 sağ memede yerleşir (2). Pubertede yüksek östrojen değerleri, yaşlıda serum testosteron düzeyinin düşmesi gibi hormonal nedenler, hipogonadizm (Klinefelter sendromu, anorşi, kazanılmış testiküler yetmezlik), tümörler (adrenal karsinom, hipofiz adenomu, testiküler tümörler, hipertiroidi), sistemik hastalıklar (ilerlemiş alkolik siroz, hemodiyaliz, kronik pulmoner hastalıklar) ve ilaçlara (anabolik steroidler, prostat kanserinde östrojen tedavisi, dijitaler, simetidin, ergotamin, INH, Marijuana) bağlı olabileceği gibi idiyopatik de olabilir. Özellikle obezlerde memede yağlı doku proliferasyonu sonucu yalancı jinekomaşi görünümü oluşabilir (2).

Erkeklerde meme kanseri jinekomaşiden çok daha nadirdir. Erkek meme kanseri bütün meme kanseri olgularının yaklaşık %1'ini oluştururken (1), erkeklerde görülen kanserlerin %0.17'si meme kanseridir. Klinik olarak sert, sabit, ağrısız kitle şeklindedir. Kanlı meme başı akıntısı siktir (1). Erkeklerde meme kanseri risk faktörleri ileri yaş, iyonizan radyasyon maruziyeti, elektromanyetik alan radyasyonuna mesleki maruziyet, inmemiş testis, testis hasarı, Klinefelter sendromu, karaciğer disfonksiyonu, meme kanseri aile öyküsü ve daha önce geçirilmiş göğüs travmasıdır (1).

Erkek memesinde cilt ya da subkütanöz doku kaynaklı olan lipom, yağ nekrozu veya epitelyal inklüzyon kisti gibi hastalıklarla karışabilir (1). Lipomlar adipositlerin oluşturduğu benign mezankimal tümörlerdir. En sık rastlanan yumu-

şak doku tümörü olup, memede de yerleşebilir (3). Genellikle soliter lezyonlardır (4). Meme lipomları klinik olarak genellikle uzun süredir var olan ve yavaş büyüyen lezyonlar olup, tek taraflı meme şişkinliği ve ele gelen kitle bulgularına yol açar. Kadınlarda sık olarak rastlanan lipomlar erkeklerde de nadir de olsa memede yerleşebilir ve jinekomasti ya da karsinom gibi patolojileri taklit edebilir. Lipomlarda yağ nekrozu direkt eksternal travma, biyopsi sonrası ve radyasyon sonucu oluşabilir. Klinik olarak sessiz seyrederek sert, fikse ve ağrısız kitle şeklindedir. Kötü sınırlı, irregüler, spiküle dens kitle şeklinde görüldüğünde, eğer tabloya çevre dokularda distorsiyon, ciltte kalınlaşma ve retraksiyon da eşlik ediyorsa ise karsinomlardan ayırımı oldukça zor olabilir (2). Lipomlar, bazen yağ nekrozundan kaynaklanan halkasal tarzda kalsifikasyon içerebilir (5). Lipomlar, US'de iyi sınırlı homojen hiperekoik ve ince kapsülü bulunan lezyonlar şeklinde izlenir. Mamografik olarak ise radyolüsent iyi sınırlı ve ince dens kapsülü bulunan lezyonlardır. Yüzde 27 olguda yuvarlak ya da

oval radyolüsent yağ kisti, yumurta kabuğu şeklinde kalsifikasyon içerebilir (4). Radyolojik olarak US ve mamografi genellikle lipomların tanısında yeterli olup, biyopsiye gerek kalmaz. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi, çok büyük boyutlara ulaşmış ve içinde yağ nekrozu nedeni ile kalsifik odaklar bulunan, heterojen alanlar içeren lipom olgularında, lezyonun sınırlarının ve natürünün daha doğru olarak ortaya konması açısından meme MRG ayırıcı tanıya önemli katkı sağlar. Lipomlar MRG'de iyi sınırlı, homojen, ince kapsülü bulunan lezyonlardır. Sinyal intensite karakteristikleri subkütanöz yağ dokusuna benzemekte olup, T1 ağırlıklı serilerde hiperintens, T2 ağırlıklı serilerde ara intensitededir. MRG'de yağ baskılamalı sekanslarda total baskılanması, diğer lezyonlardan ayırıcı tanısında oldukça önemlidir (2). Liposarkomlardan ayırıcı tanısında, lipomların intravenöz kontrast madde uygulamasından sonra kontrast madde tutulumu göstermemesi ve homojen yağ intensitesinde olması oldukça önemlidir (2).

Sonuç olarak erkek hastalarda meme

lezyonlarına kadın hastalara göre oldukça nadir olarak karşılaşılmakta olup, lezyonların büyük çoğunluğunu jinekomasti ve karsinom olguları oluşturur. Lipomlar erkek memesinde karşılaşılabilecek nadir benign lezyonlardan olup, genellikle soliterdir. Lipomların tanısında ve ayırıcı tanısında US ve mamografi genellikle yeterli olmakla birlikte, kalsifikasyon ve heterojenite içeren lipomlarda ayırıcı tanıda MRG tanıya önemli katkı sağlayabilmektedir.

Kaynaklar

1. Appelbaum AH, Evans GF, Levy KR, Amirkhan RH, Schumpert TD. Mammographic appearances of male breast disease. *Radiographics* 1999; 19: 559-568.
2. Dahnert W. *Radiology Review Manual*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 557-561.
3. Pant R, Poh AC, Hwang SG. An unusual case of an intramuscular lipoma of the pectoralis major muscle simulating a malignant breast mass. *Ann Acad Med Singapore* 2005; 34: 275-276.
4. Pui MH, Movson IJ. Fatty tissue breast lesions. *Clin Imag* 2003; 27: 150-155.
5. Muttarak M, Chaiwun B. Imaging of giant breast masses with pathological correlation. *Singapore Med J* 2004; 45: 132-139.