

Intrakraniyal dev lipom ve epilepsi: olgu sunumu

Mehmet Yücel (*), Semai Bek (*), Tayfun Kaşıkçı (*), Zeki Gökçil (*), Zeki Odabaşı (*)

ÖZET

İntrakraniyal lipomlar tanı konmuş beyin tümörlerinin yaklaşık %0.1'i ve otopsi olgularının %0.08'i ile oldukça nadir görülen tümörlerdir. Santral sinir sisteminin konjenital malformasyonları içerisinde sınıflandırılan lipomlar, intrakraniyal lezyonların %0.06-0.46'sını oluşturmaktadır. Genellikle asemptomatik olup, radyolojik incelemeler veya otopsi esnasında bulunur. İntrakraniyal lipomlar genellikle baş ağrısı, epileptik nöbet, psikomotor retardasyon ve kraniyal sinir paralizisi gibi klinik bulgularla kendini gösterir. Yirmi yaşında erkek hasta, baş ağrısı yakınması ile polikliniğimize müracaat etti. Hastanın öyküsünde 12 yaşından beri kontrol altında olan epilepsi tanısı mevcuttu. Nörolojik muayenesi ve nörofizyolojik incelemeleri normal sınırlarda olan hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesinde interhemisferik bölgede tüm sekanslarda yağ ile izointens görünüm ile karakterize yaklaşık 5.5x6x8 cm boyutlarında dev lipom ile uyumlu kitle lezyonu ve kallozal agenezi izlendi. Epilepsi ile intrakraniyal lipom ve kallozal agenezi birlikteliğini literatürdeki benzer olgular ışığında vurgulamak için bu makale sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kallozal agenezi, kallozal lipom, epilepsi

SUMMARY

Intracranial giant lipoma and epilepsy: a case report

Intracranial lipomas are very rare tumors with an incidence of approximately 0.1% of diagnosed brain tumors and 0.08% of tumors found on autopsy. Lipomas, classified in congenital malformations of the central nervous system, constitute 0.06-0.46% of intracranial lesions. These tumors are usually asymptomatic, and detected during radiological investigations and autopsy. Intracranial lipomas usually present with headache, epileptic seizures, psychomotor retardation and cranial nerve paralysis. A 20-year-old male patient admitted to our department because of headache. He had the diagnosis of epilepsy (under control) since 12-year-old. His neurologic examination and neurophysiologic investigations were normal. His brain magnetic resonance imaging demonstrated a 5.5x6x8 cm sized interhemispheric mass lesion in fat intensity in all secanses and callosal agenesi. This article was presented to emphasize the co-existence of intracranial lipoma, callosal agenesi and epilepsy in the light of similar cases in the literature.

Key words: Callosal agenesi, callosal lipoma, epilepsy

Giriş

Santral sinir sisteminin konjenital malformasyonları içerisinde sınıflandırılan lipomlar, intrakraniyal lezyonların %0.06-0.46'sını oluşturmaktadır (1). En sık orta hatta yerleşim göstermekte ve özellikle korpus kallozum disgenезisi olmak üzere sıklıkla konjenital anomalilere eşlik etmektedir (2,3). İntrakraniyal lipomlar genellikle asemptomatik olup, radyolojik incelemeler veya otopsi esnasında saptanır. Semptomatik olanlarda baş ağrısı, epileptik nöbet, psikomotor retardasyon, kraniyal sinir paralizileri görülmektedir. Burada bayılma ve baş ağrısı yakınması ile polikliniğimize müracaat eden ve etiyolojik araştırma sırasında intrakraniyal dev lipom tespit edilen bir olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu Sunumu

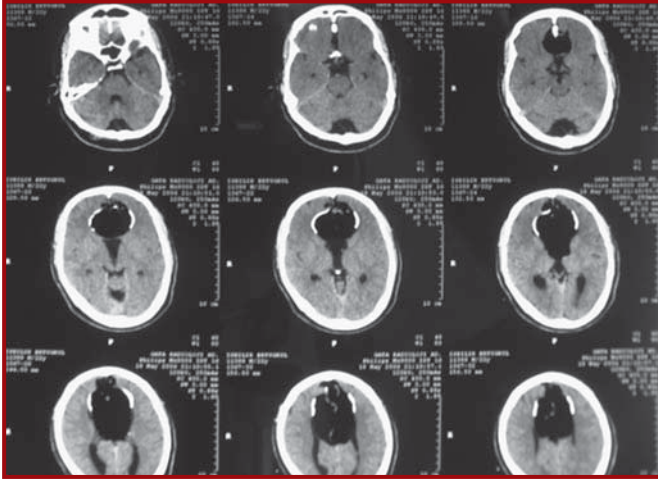
Yirmi yaşında erkek hasta, her gün akşam saatlerinde artan baş ağrısı yakınması ile polikliniğimize müracaat etti. Hastanın öyküsünde çocukluk çağlarında başlayan, 12 yaşına kadar ortalama ayda 1-2 kez olan, epileptik nöbeti vardı. Nöbet semiyolojisi jeneralize tonik-klonik örnekte epilepsi ile uyumluydu. Son 8 yıldır valproik asid 1000 mg/gün tedavisi ile tam nöbet kontrolünün sağlandığı anlaşıldı. Nörolojik muayenesi normal sınırlarda olan hastanın bilgisayarlı beyin tomografisinde hipodens kitle lezyonu (Şekil 1), beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) supratentoriyal serilerde; inferiyorda 3. ventrikül tavanı düzeyinden başlayıp, süperiyora doğru interhemisferik fissür boyunca verteks düzeyinde interhemisferik fissür anterosüperiyora kadar uzanan, her iki yan ventrikülün frontal hornu ve korpuslarını laterale yaylandıran ve komprese eden, tüm sekanslarda yağ ile izointens görünüm ile karakterize yaklaşık 5.5x6x8 cm boyutlarında lipom ile uyumlu kitle lezyonu izlendi. Korpus kallozum izlenmedi (korpus kallozum agenezisi) (Şekil 2,3,4). Hastanın yapılan elektroensefalografi (EEG), uyarılmış potansiyeller

*GATF Nöroloji Anabilim Dalı

Aynı basım isteği: Dr. Mehmet Yücel, GATF Nöroloji Anabilim Dalı Etilik-06018, Ankara

E-mail: drmehmetyucl@yahoo.com.tr

Makalenin geliş tarihi: 04.01.2009 • **Kabul tarihi:** 09.02.2009

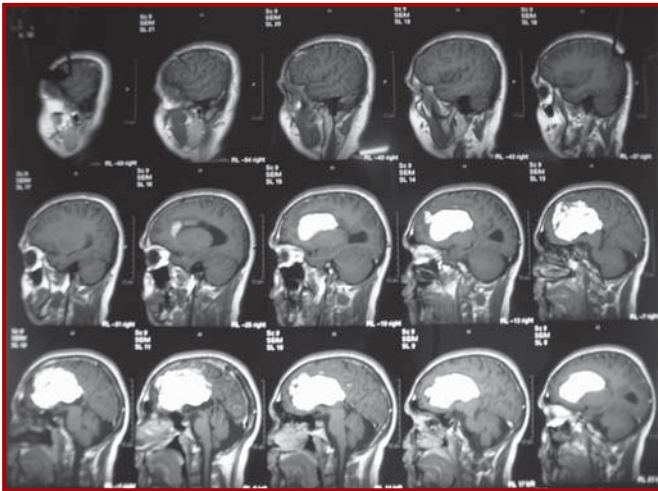


Şekil 1. Bilgisayarlı beyin tomografide verteksten başlayıp 3. ventrikül tavanına uzanım gösteren hipodens lezyon

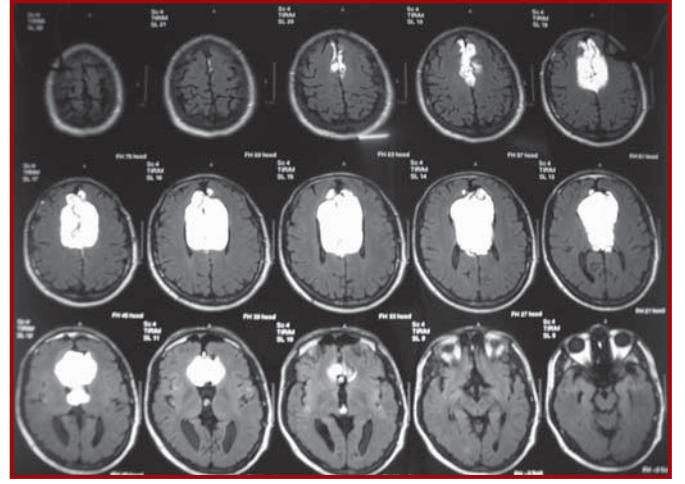
(duyusal, görsel, işitsel, motor uyarılmış potansiyeller ve işitsel olaya ilişkin potansiyelleri (SEP-VEP-BAEP-MEP-P300), sağ hemisfer testi ve bellek testinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın başağrısı etiyojisine yönelik yapılan araştırmalarda tespit edilen intrakraniyal lipom tedavisi için Beyin Cerrahisi Kliniği ile görüşüldü, ancak cerrahiye uygun olmadığına karar verildi. Başağrısına yönelik verilen parasetamol 1500 mg + kafein 195 mg/gün tedavisinden fayda gördü.

Tartışma

Intrakraniyal lipomlar literatürde daha çok olgu sunumları şeklinde tanımlanmıştır. Bugüne kadar bildirilen çalışmalar içerisinde en geniş Truwit ve Barkovich'in 42 olguyu içeren çalışmasıdır (2). Truwit ve Barkovich'in çalışmasında olguların %45'inde perikalozal-interhemisferik, %25'inde kuadrigeminal/süperiyor serebellar sistern, %14'ünde suprasellar/in-



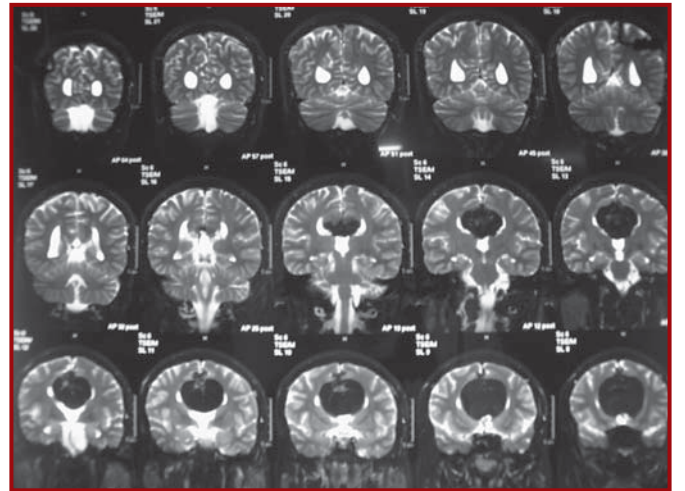
Şekil 3. Beyin manyetik rezonans görüntüleme T1 ağırlıklı sagittal kesitte korpus kalozum agenezisi, mega sisterna magna ve intrakraniyal lipom



Şekil 2. Beyin manyetik rezonans görüntüleme T1 ağırlıklı aksiyel kesitte verteksten başlayıp, 3. ventrikül tavanına uzanan, her iki lateral ventrikülün frontal hornu ve korpuslarını laterale yaylandıran ve komprese eden, yağ ile izointens görünüm ile karakterize yaklaşık 5.5x6x8 cm boyutta lipom ile uyumlu hiperintens kitle lezyonu ve korpus kalozum agenezisi

terpedinküler sistern, %9'unda serebellopontin köşe ve %5'inde silvian sistern yerleşimli lipom saptanmıştır. Olguların yaklaşık %28'inde lipoma eşlik eden konjenital anomali saptanmamıştır (2).

Intrakraniyal lipomların patogenezi hakkında pek çok hipotez öne sürülmüştür. Intrakraniyal lipomun, leptomeninkslerde bulunan yağ hücrelerinin proliferasyonu, nöral hücrelerin katabolik bir ürünü olan yağ depozisyonu veya nöral tüpün kapanması esnasında mezodermal elemanların inklüzyonu sonucu gelişebileceğini öne süren çalışmalar vardır (4,5). İlk kez 1929'da Verga tarafından tanımlanan hipoteze göre lipomlar intrauterin yaşamda sisternleri oluşturan meninks primitivanın tam olarak rezorbe edilememesi sonucunda gelişmektedir (6). Intrakraniyal lipomların



Şekil 4. Beyin manyetik rezonans görüntüleme T2 ağırlıklı koronal kesitte lipomun hipointens görünümü

sisternal yerleşim göstermeleri, en sık olarak perikallosal lokalizasyonda görülmesi ve meninks primitivanın yağ depolayan primitif perivasküler retiküloendotelium içermesi bu teoriyi destekleyen bulgulardır (7). Pontoserebellar köşede yerleşim gösteren lipomlar genellikle 7. ve 8. kranial sinirleri çepeçevre sarmakta ve sensorinöral tipte işitme kaybına neden olmaktadır (8). Hidrosefaliye neden olan kuadrigeminal sistern lipomu ve nörolojik belirti veren pontoserebellar köşe lipomları haricinde intrakraniyal lipomlar için cerrahi tedavi endikasyonu bulunmamaktadır (9,10).

MRG tetkiklerinde intrakraniyal lipomlar T1 ağırlıklı serilerde hiperintens olarak izlenmektedir. Bu özellikleri nedeniyle ayırıcı tanıda dermoid kist, epidermoid tümör, teratom gibi yağ içeren kitlesel lezyonların ve subakut hematoma düşünülmesi gerektiği bildirilmektedir (11). Dermoid kist, epidermoid tümör ve teratom yağ dokusu yanı sıra, içerdikleri diğer doku kalıntıları nedeniyle lipoma oranla heterojen olarak izlenmekte ve T1, T2 relaksasyon zamanı tümör içeriğine göre değişkenlik göstermektedir (12,13).

Rokitansky ilk kez korpus kallozum lipomunu 1856'da bir otopsi olgusunda tanımlamıştır (14). O zamandan beri korpus kallozumda lokalize yaklaşık 200 lipom olgusu tanımlanmıştır. Buna rağmen birçok vakada ilişkili semptom nöbet olup, sınırlı sayıda çalışma intrakraniyal lipom ve epilepsili hastalarda karakteristik EEG bulgularını incelemiştir (15-17). Loddenkemper ve ark. nın yaptığı çalışmada epilepsili hastaların %0.14'ünde intrakraniyal lipom görülmüştür (18). Bu çalışma sonucunda intrakraniyal lipomların epilepsili hastalarda yalnızca insidental olarak bulunduğu belirtilmiştir. Gastaut ve ark. intrakraniyal korpus kallozum lipomu ve nöbeti olan 4 hastanın 2'sinde her iki temporal bölgede nöbet aktivitesi kaydetmişlerdir (17).

Intrakraniyal lipomların cerrahi eksizyonları başarılı olmamıştır. Cerrahi işlem yapılan 21 hastayı içine alan bir derlemede hastaların 10'unun cerrahi sonrası kaybedildiği, 1'inde ciddi nörolojik sekel geliştiği bildirilmiştir (18).

Bizim olgumuzda kronik baş ağrısı etiyolojisi araştırılmasına yönelik yapılan görüntülemelerde intrakraniyal dev lipom tespit edilmesine rağmen, incelemeler sonucunda epilepsi ile ilişkisi tam olarak kurulamamıştır. Literatürde epilepsi ve intrakraniyal lipom birlikteliğinin insidental olduğu görüşü yaygın olsa da, epilepsi etiyopatogenezinde intrakraniyal lipom olduğunu belirten yayınlar da vardır (16,17). Bizim olgumuzda epileptik nöbetlerin erken yaşta başlaması intrakraniyal kallosal lipom veya kallosal agenezinin epilepsiye yol açabileceğini düşündürmektedir.

Intrakraniyal lipomlu hastalarda epilepsinin tedavisinde cerrahiden olabildiğince kaçınılması, antiepileptik ilaçlarla tedavi edilmesi önerilmektedir. Bizim olgumuzda da farmakoterapinin çok etkin olması bu görüşü desteklemektedir. Farmakoterapiye dirençli seçilmiş olgularda epileptik zon lokalizasyonunda lezyon varsa cerrahi düşünülebilir.

Kaynaklar

1. Baesa SS, Higgins MJ, Ventureyra EC. Dorsal brain stem lipomas: case report. *Neurosurgery* 1996; 38: 1031-1035.
2. Truwit CL, Barkovich AJ. Pathogenesis of intracranial lipoma: an MR study in 42 patients. *AJR* 1990; 155: 855-864.
3. Rubio G, Garcia Guijo C, Mallada JJ. MR and CT diagnosis of intracranial lipoma. *AJR* 1991; 157: 887.
4. Wilberger JE Jr, Abla A, Rothfus W. Lipoma of the septum pellucidum: case report. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 79-82.
5. Zettner A, Netsky M. Lipoma of the corpus callosum. *J Neuropathol Exp Neurol* 1960; 119: 305-319.
6. Verga P. Lipoma ed osteolipomi della pia madre. *Tumori* 1929; 15: 321-357.
7. List C, Holt J, Everett M. Lipoma of the corpus callosum. A clinicopathologic study. *AJNR* 1946; 55: 125-134.
8. Leinbrock LG, Deans WR, Block S, Shuman RM, Skultety FM. Cerebellopontine angle lipoma: a review. *Neurosurgery* 1983; 12: 697-699.
9. Kazner E, Stochdorph O, Wende S. Intracranial lipoma: diagnostic and therapeutic considerations. *J Neurosurg* 1980; 52: 234-245.
10. Maiuri F, Corriero G, Gallicchio B, Simonetti L. Lipoma of the ambient cistern causing obstructive hydrocephalus. *J Neurosurg Sci* 1987; 31: 53-58.
11. Friedman RB, Segal R, Latchaw RE. Computerized tomographic and magnetic resonance imaging of intracranial lipoma. *J Neurosurg* 1986; 65: 407-410.
12. Paterman SB, Steiner RE, Bydder GM. Magnetic resonance imaging of intracranial tumors in children and adolescents. *AJNR* 1984; 5: 703-709.
13. Doll A, Abu Eid M, Kehrl P, et al. Aspects of FLAIR, 3D-CISS and diffusion-weighted MR imaging of intracranial epidermoid cysts. *J Neuroradiol* 2000; 27: 101-106.
14. Rokitansky C *Lehrbuch der pathologischen Anatomie* 1856; p 468.
15. Britt PM, Bindal AK, Balko MG, Yeh HS. Lipoma of the cerebral cortex: case report. *Acta Neurochir (Wien)* 1993; 121: 88-92.
16. Gastaut H, Regis H, Gastaut JL, Yermenos E, Low MD. Lipomas of the corpus callosum and epilepsy. *Neurology* 1980; 30: 132-138.
17. Loddenkemper T, Morris HH 3rd, Diehl B, Lachhwani DK. Intracranial lipomas and epilepsy. *J Neurol* 2006; 253: 590-593.
18. Tahmouresie A, Kroll G, Shucart W. Lipoma of the corpus callosum. *Surg Neurol* 1979; 11: 31-34.