

İntrakranyal Lipoma ve Epilepsi: Olgu Sunumu

Intracranial Lipoma and Epilepsy: A Case Report

Mete Karatay, Yavuz Erdem, Tuncer Taşcıoğlu, İdris Sertbaş, Mehmet Akif Bayar
Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Santral sinir sisteminin konjenital lezyonları içinde yer alan intrakranyal lipomalar seyrek görülürler. En sık olarak orta hatta, özellikle korpus kallosumda bulunurlar. Genellikle asemptomatik olup radyolojik incelemeler veya otopsi sırasında bulunurlar. Semptomatik olanlarda baş ağrısı, epileptik nöbet, psikomotor bozukluklar, kraniyal sinir paralizileri görülmektedir. İntrakranyal lipomalar nadiren cerrahi tedaviye ihtiyaç gösterirler. İntrakranyal lipomaların tedavisinde cerrahiden kaçınılmalıdır. Cerrahi girişimden sonra daha ağır klinik bulgular gösteren, istenmeyen komplikasyonlar gelişen ve ölümlü sonuçlanan olgular bildirilmiştir. İntrakranyal lipomalı hastalarda epilepsiye yönelik olarak antiepileptik tedavi önerilmelidir. Burada nöbet geçirme yakınması ile kliniğimize başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda intrakranyal lipoma tespit edilen bir olgu tartışılmıştır. (*Türk Nöroloji Dergisi 2012; 18:72-4*)

Anahtar Kelimeler: İntrakranyal lipoma, epilepsi, cerrahi

Summary

Intracranial lipomas are rare congenital lesions of the central nervous system located mostly in the middle line areas of the brain, especially in the corpus callosum. They are usually asymptomatic and seen in radiological evaluations or autopsy. Headache, epileptic seizures, psychomotor disorders and cranial nerve paralysis may be present in symptomatic cases. Generally there is no need for surgical treatment and as complications of the surgery may lead to more severe disability and mortality, surgery should be limited only to selected cases. Anti-epileptic treatments should be recommended to the patients. Here, we present the case of a patient with intracranial lipoma who admitted to our clinic with syncope and seizures. (*Turkish Journal of Neurology 2012; 18:72-4*)

Key Words: Intracranial lipoma, epilepsy, surgery

Giriş

Santral sinir sisteminin konjenital lezyonları içinde yer alan lipomalar seyrek görülürler (%0,1) (1). En sık orta hatta, özellikle korpus kallosumda bulunurlar (2). Çoğunlukla rastlantısal olarak radyolojik incelemelerde veya otopsi esnasında saptanırlar. Klinik olarak olguların çoğunluğu asemptomatiktir. Semptomatik olanlarda baş ağrısı, epileptik nöbetler, psikomotor bozukluklar, kraniyal sinir paralizileri görülmektedir (3). Burada baygınlık ve nöbet geçirme yakınması ile kliniğimize başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda intrakranyal lipoma tespit edilen bir olgu tartışıldı.

Olgu Sunumu

On bir yaşında kız hasta baygınlık ve nöbet geçirme yakınması ile kliniğimize başvurdu. Ailesinin tarifine göre yaklaşık olarak 3 dk. süren jeneralize tonik klonik tarzda olduğu düşünülen, epileptik nöbeti olan hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) hipodens kitle lezyonu (Resim 1) mevcuttu. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) anterior interhemisferik düzeyde büyük boyutlara ulaşan lipoma ile uyumlu kitle lezyonu izlendi. Korpus kallosum izlenmedi (korpus kallosum agenezi) (Resim 2-4).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mete Karatay, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji Kliniği, Ankara, Türkiye
Gsm: +90 505 311 77 26 E-posta: lexel26@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 31.12.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 08.04.2012

Hastaya EEG tetkiki yapılamadı. Hastada sistemik veya metabolik bir patoloji saptanmadı. Hastanın epileptik nöbetinin intrakranyal lipomaya bağlı olduğu düşünüldü. İntrakranyal lipomanın çevre nöral ve vasküler dokuya olan sıkı komşuluğu, lezyonun bu dokulardan ayrılması sırasında mortalite ve morbidite riskinin çok artacak olması ve bu lezyonların benign olup genellikle büyümemesi nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmadı. Hastaya fenitoin sodyum tedavisi başlandı. Klinik takiplerinde epileptik nöbet gözlenmeyen hasta taburcu edildi. Taburculuğu sonrası 2 aylık takiplerimizde hastanın hiç epileptik nöbetinin olmadığı görüldü.

Tartışma

İntrakranyal lipoma ilk kez Rokitansky tarafından 1856 yılında bildirilmiştir (4). İntrakranyal lipomalar nadir görülen lezyonlardır. Vonderache ve Niemier 5000 vakalık otopsi serisinde 4 olguda, Budka ise 5000 otopside 12 olguda lipoma saptamıştır (5,6). İntrakranyal lipomalar en sık korpus kallosum da yerleşirler. Daha seyrek olarak orta beyin tektum, üst vermis, tuber sinerum, infundibulum ve çok nadir olarak pontocerebellar köşe, hipotalamus, 3. ventrikül çevresi ve silvian fissürde yerleşirler (2). İntrakranyal lipomalar sıklıkla çeşitli santral sinir sistemi anomalileri ile birlikte gelir. En sık olarak görülen anomali korpus kallosum agenezidir (7). Lipomaların etyolojisi tartışmalıdır. Genel

kabul gören teori nöral krest mezensefalerinden kaynaklanan embriyolojik primitif meninkslerin yağ dokusuna dönüşüp lipoma oluşumu teorisidir (8).

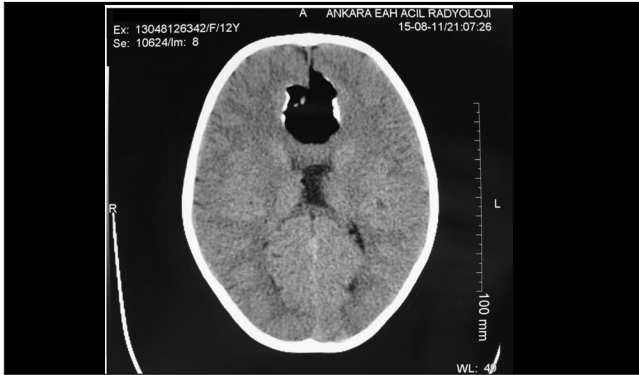
İntrakranyal lipomalar genellikle asemptomatiklerdir. Semptomatik olduklarında ise baş ağrısı, baş dönmesi, nöbet, ataksi, işitme azlığı veya kaybı görülebilir. Yerleşim yerine göre en çok semptom oluşturan serebellopontin köşe lipomalardır (9).

MRG tetkiklerinde lipomalar T1 ağırlıklı kesitlerde hiperintens olarak izlenmektedir. Bu özellikleri sebebiyle ayırıcı tanıda dermoid kist, epidermoid tümör ve teratomlar düşünülmelidir. Lipomalar MRG'de homojen olarak görülürken diğer lezyonlar heterojen olarak görülürler (10).

İntrakranyal lipomaların tedavisinde çevre nöral ve 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 ve ölümlü sonuçlanan olgular bildirilmiştir. Ancak hidrosefali saptanan olgularda cerrahi önerilmektedir (11). Bizim olgumuzda da cerrahi tedavi uygulanmamıştır.

İntrakranyal lipoma ve epilepsi birlikteliğinin insidental olduğu görüşü yaygın olsa da epilepsi etyopatogenezinde intrakranyal lipoma olduğunu belirten yayınlar mevcuttur (12). Biz de olgumuzun başka bir sistemik ve/veya metabolik patolojisi olmadığını saptayarak epilepsi nedeninin intrakranyal lipomaya bağlı olduğunu düşündük.

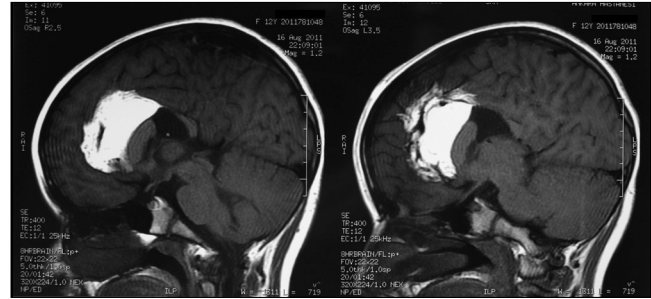
İntrakranyal lipoma tanısı alan hastalarda epilepsiye yönelik olarak antiepileptik tedavi önerilmelidir. Bizim olgumuzda da antiepileptik tedavi sonrası 2 aylık takiplerinde epileptik nöbet saptanmamıştır.



Resim 1. BBT' de anterior interhemisferik yerleşimli lipoma ile uyumlu hipodens kitle lezyonu görülüyor.



Resim 2. Axial plan Kraniyal MRG' da anterior interhemisferik yerleşimli lipoma ile uyumlu hiperintens kitle lezyonu görülüyor.



Resim 3. Sagittal plan Kraniyal MRG' da korpus kallosum agenezi ve lipoma ile uyumlu hiperintens kitle lezyonu görülüyor.



Resim 4. Koronal plan Kraniyal MRG' da interhemisferik yerleşimli lipoma ile uyumlu hiperintens kitle lezyonu görülüyor.

Sonuç

İntrakranyal lipomalar nadir görülen genellikle asemptomatik tümörlerdir. BBT ve MRG ile tanıları kolaylıkla konur. Nöral ve vasküler dokulara olan komşulukları ve ayrıca bu lezyonların büyümelerinin nadir olması nedeni ile kitle etkisi ve hidrosefali dışında cerrahi tedavi önerilmemektedir. Beraberinde görülen epilepsi için antiepileptik tedavi verilerek takibi uygundur.

Kaynaklar

1. Baesa SS, Higgins MJ, Ventureyra EC. Dorsal brain stem lipomas: case report. *Neurosurgery* 1996;38(5):1031-5.
2. Maiuri F, Crillo S, Simonetti L, De Simone MR, Gangemi M. Intracranial lipomas: diagnostic and therapeutic considerations. *J Neurosurg Sci* 1998;32(4):161-7.
3. Nelson JS, Paris JE, Schochet SS. Principles and practise of Neuropathology, ST Louis: Mosby Year Book, Inc, 1993. p. 228.
4. Rokitsky CL. Der pathologischen Anatomie 1856. p. 468.
5. Budka H. Intracranial lipomatous hamartomas(intracranial lipomas): A study of 13 cases including combinations with medulloblastoma, colloid and epidermoid cysts, angiomatosis and other malformations. *Acta Neuropathol (Berl)* 1974;28(3):205-22.
6. Vonderache AR, Niemer WT. Intracranial lipoma: A report of four cases. *J Neuropathol Exp Neurol* 1944;3(4):344-54.
7. Sasaki H, Yoshida K, Wakamoto H, Otani M, Toya S. Lipomas of the frontal lobe. *Clin Neurol Neurosurgery* 1996;98(1):27-31.
8. Truwit CL, Barkovich AJ. Pathogenesis of intracranial lipoma. An MR study in 42 patients. *AJNR Am J Neuroradiol* 1990;11(4):665-74.
9. Zimmermann M, Kellerman S, Gerlach R, Seifert V. Cerebellopontine angle lipoma: Case report and review of the literature. *Acta Neurochir (Wien)* 1999;141(12):1347-51.
10. Friedman RB, Segal R, Latchaw RE. Computerized tomographic and magnetic resonance imaging of intracranial lipoma. *J Neurosurg* 1986; 65(3):407-10.
11. Kazner E, Stochdorph O, Wende s, Grumme T. Intracranial lipoma: diagnostic and therapeutic considerations. *J Neurosurg*1980;52(2):234-45.
12. Loddenkemper T, Morris HH 3rd, Diehl B, Lachhwani DK. Intracranial lipomas and epilepsy. *J Neurol* 2006;253(5):590-3.