

# Dev timolipom olgusu

Tanzer Sancak, Nezih Özdemir, Sadık Bilgiç

T. Sancak (E), S. Bilgiç  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim  
Dalı, Ankara

N. Özdemir  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim  
Dalı, Ankara

**T**imolipomlar nadir görülen, yavaş büyüyen, benign mediastinal tümörler olup timik neoplazmaların %2-9 kadarını oluştururlar (1-3). Literatürde bildirilmiş 150 olgudan az olup, bilinen en büyük timolipomalardan birine ait direkt grafi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve dijital subtraksiyon anjiyografi (DSA) bulguları sunulmaktadır.

## Olgu bildirisi

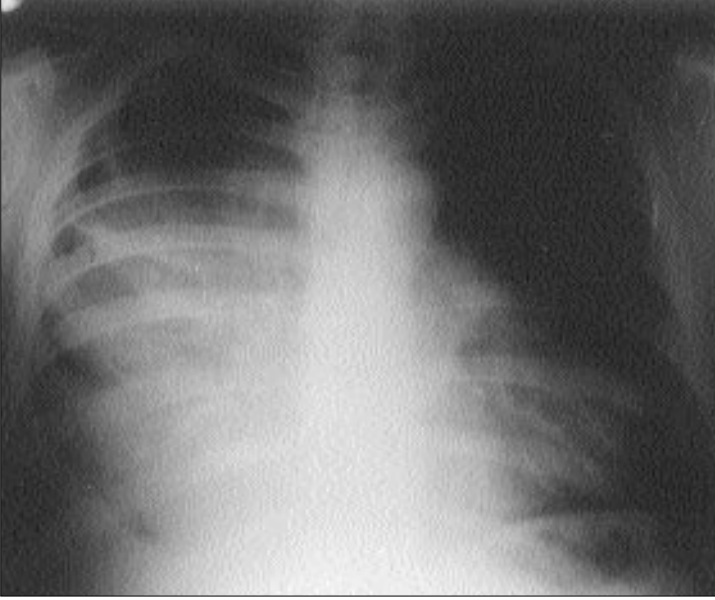
Otuz dört yaşındaki erkek olgunun inguinal fitik operasyonu öncesi rutin olarak çekilen akciğer grafisinde; sağ hemitoraksın hemen tümünü dolduran ve sol hemitoraksa doğru uzanan homojen dansite artımı saptanmıştır. Görünümü ileri derecede kalp büyümesini taklit etmektedir (Resim 1). Kan biyokimyasal analizinde beyaz küre mikrolitrede 12500 ve %78.5 oranında lenfosit olduğu saptanmıştır. Lenfositlerin de %90 oranında T lenfositlerden oluştuğu görülmüştür. Hemoglobün düzeyi 13 mg/dL'dir.

Toraks BT incelemesinde sağ hemitoraksı dolduran, sol hemitoraksa da uzanan, homojen yağ dansitesinde dev kitle lezyonu izlenmiştir. Sağda daha belirgin, her iki akciğer arkaya doğru itilmiştir. Kitle ile göğüs ön duvarı arasındaki sınır net olarak izlenmemektedir. Mediastinal yapıları içine alan lezyonun içinde ana vasküler yapılar, kontrast maddeye bağlı olarak net olarak seçilmektedir (Resim 2).

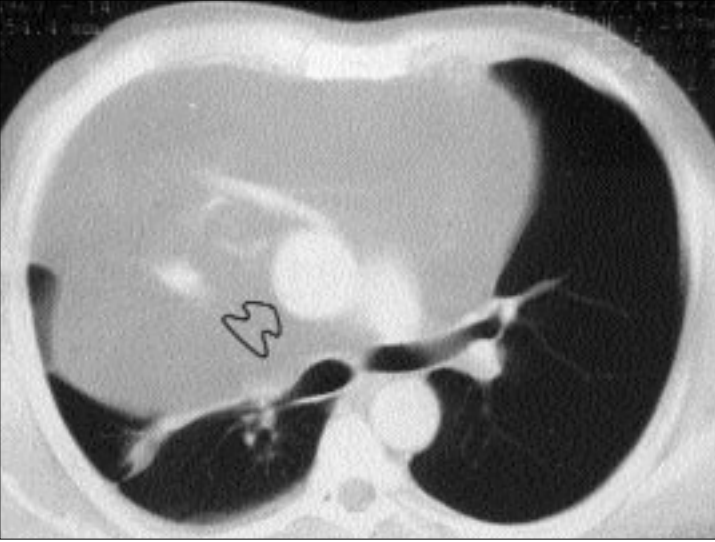
Toraks MRG'de kitle lezyonunun spin eko T1 ağırlıklı görüntülerde hiperintens sinyal özelliğinde olduğu ve yağ baskılı T2 ağırlıklı görüntülerde büyük oranda baskılandığı dikkati çekmiştir (Resim 3). T1 ağırlıklı görüntülerde deri altı yağ dokusunun, kitle ile benzer sinyal değerleri verdiği görülmektedir. Koronal kesitlerde geniş vasküler yapılar içindeki sinyal kaybı alanları net olarak izlenmektedir. Kitlenin toraks üst girişinden diyafragma kadar uzandığı ve sağ hemidiyafragmada bası etkisi yarattığı saptanmıştır.

Kitlenin vasküler yapısının ortaya konması ve operasyonun planlanması için yapılan DSA'da kitlenin internal torasik arterden beslendiği ve inominat vene drene olduğu ortaya konmuştur. Her iki subklavyan venin uzadığı vena kava superior bileşkesinde konfluens oluşturduğu dikkati çekmektedir (Resim 4).

Operasyon sırasında vena kava superior ve dallarının daha rahat kontrol edilebilmesi için kitle sağ anterolateral torakotomi ile explore edilmiştir. Torasik çıkıştan diyafragma kadar uzanan, mediastinal plevra



**Resim 1.** PA grafide sağ hemitoraksın difüz ve sol hemitoraksın kısmi opasifikasyonu seçilmektedir.



**Resim 2.** Aksiyel toraks BT'de dev lipomatöz kitlenin mediastinal damarsal yapılarını sardığı (ok) ve sol hemitoraksa doğru uzandığı izlenmektedir.

ile kaplı, kapsüle, tüm mediastinal yapıları örten, dev lipomatöz bir kitle gözlenmiştir. Mediastinal plevra açılmış ve kitle anteriora ekarte edilerek vena kava superior ve dalları disekt edilip serbestleştirilmiştir. Kitlenin sol hemitoraksa uzanan bölümüne hakim olabilmek için girişim "clemshell" kesisine çevrilmiştir. Bu bölgedeki yapışıklıklar ayrıldıktan sonra lezyon mobilize edilmiştir. Arterini sol subklavyan arterden aldığı venlerinin sol inominat vene döküldüğü görülmüştür. Ancak kitle, büyüklüğü nedeniyle vena kava superior ve dallarının posteriorundan geçirilememiştir. Bölünerek iki ayrı parça olarak çı-

karılmıştır. Lezyon ağırlığı 4500 g olarak belirlenmiştir. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz geçen hastada, histopatolojik değerlendirme timolipoma olarak bildirilmiştir.

Operasyon sonrası olgunun akciğeri hemen ekspanse olmuştur. Operasyon sonrası on beşinci günde kan tablosu normal düzeylerine ulaşmıştır. Beyaz küre mikrolitrede 5500 ve %35 lenfosit oranı bulunmuştur.

### Tartışma

Timolipoma ilk kez Lange tarafından timusun lipomu olarak tanımlanmıştır (4). Gerçek anlamda timolipoma terimi ise literatürde Hall tarafın-

dan 1949'da yerini almıştır. Hall'a göre daha önce tanımlanan mediastinal ve timusa bitişik olan lipomalar da bu grup içinde yer almaktadır. Bu tarihten sonra da bu tümör lipotimoma, timik doku kalıntısı mediastinal lipoma, benign timoma ve lipomatöz hamartoma olarak da anılmıştır (6,7).

Timolipomalar gerçek anlamda değişik oranlarda mediastinal yağ ve timik elementleri içeren, endodermal ve mezodermal kökenli benign tümörlerdir. Değişik tanımlamaları ise; normal timik eleman bulunan yağ içrekli tümör, hiperplastik timusun yağ dejenerasyonu veya yağ dokusunun timik elemanların gerilemesi ile anormal



**Resim 3.** T1 ağırlıklı koronal manyetik rezonans görüntüsünde lipomatöz kitlenin toraks çıkışından, diyafragma kadar uzandığı, mediastinal damarsal yapılarını (*ok başı*) ve vena kavayı içine aldığı (*ok*) izlenmektedir.



**Resim 4.** Dijital subtraksiyon anjiyografisinde (DSA) sol subklavian ve kaval venin uzamış olduğu, vena kava süperior bileşkesinde konfluens oluşturduğu dikkati çekmektedir.

büyümesi şeklindedir (6). Bazı yazarlar timolipomayı timomanın varyantı olarak kabul etse de histolojik olarak timoma bulguları yoktur. Ayrıca myastenia gravis ile ilişkili sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir (6,8,9). Geniş olgulu serilerde kadın erkek oranının eşit ve yaş ortalamasının 26.7 ile 31.1 olduğu bildirilmiştir (1,6).

Makroskopik incelemede; timolipomlar iyi sınırlı, lobüle, sarı-pembe, kapsüle görümlü olup, timusa bir sapla bağlı olabilir. İleri derecede bü-

yüeyebilen tümör serilerde, uzun ekseninde 18.4 cm olarak bildirilmiştir. Ayrıca çocuklarda bile 154 g ile 2235 g arasında, yetişkinlerde ise 100g ile 12000 g arasında ağırlıklarda bulunabilmektedir (1,10). Bizim olgumuzda 4500 g olan ağırlık ile literatürde bulunan en ağır olgulardan biridir.

Histolojik olarak; tümör dokusunu değişik oranlarda timik ve matür adipoz doku oluşturmaktadır. Timik doku normal elemanlardan oluşmakta olup epitelyal hücreler, lenfositler ve

Hassal korpüsküllerinden oluşmaktadır. İyi sınırlı korteks ve medulla bazı olgularda bulunmaktadır (6).

Vücut sıcaklığı ve yer çekimi nedeniyle timolipomlar anterior ve inferior mediastinal alana doğru büyüeyebilirler. Bundan dolayı da çevredeki dokuların şekillerine benzer izlenimler yaratarak direkt grafilerde kalp büyümesini taklit edebilir. Ayrıca kitle izlenimleri de yaratabilir (1,2,6). PA akciğer grafilerinde timolipomlar küçük ya da orta büyüklükte oldukları za-

man mediastinal kitle veya mediastinal genişleme olarak izlenmektedirler. Kitle izlenimleri ön mediastende belirgin olmakla birlikte, arka mediastane ve etrafa doğru uzanım gösterebilmekte ve bunun ile uyumlu radyografiler elde edilmektedir. Yan grafilerde, uzanım gösterdikleri diyafragma konturlarını silerek, diyafragma yükselemesini taklit edebilir. Kalp gölgesini silerek, kalbin boyutlarının net olarak anlaşılmasını engelleyebilirler (6). Bizim olgumuzda da kardiyomegaliyi taklit eden görünüm seçilmektedir.

Ultrasonografik olarak bulgular literatürde oldukça azdır. Bir olgu sunumunda, karaciğere göre rölatif olarak homojen düşük ekolu parakardiyak kitle olarak tanımlanmıştır (11).

BT'de yağ dokusunun gösterilmesi tanıda yardımcıdır. İki tip görünüm izlenmektedir. Eşit miktarda yağ ve yumuşak doku görünümü, ya da yağ doku ağırlıklı form olarak bulunur (6). Bizim olgumuzda da yağ içeriği ağırlıklı olarak izlenmiştir. Yağ içeriği bakımından mediastinal lipomdan az olması sayesinde BT ile ayrılabilir. BT ile toraks duvarı ilişkisi, ana vasküler yapılar ile olan ilişkileri de-

ğerlendirilmektedir.

MRG karakteristiği ise T1 ve T2 ağırlıklı serilerde yağ içeriğine bağlı hiperintensite saptanmasıdır. BT bulguları ile iyi korale olur. Yağ baskılı koronal kesitler diyafragma, ana vasküler yapılar ve mediasten ile ilişkiler açısından değerli bilgiler vermektedir (6,12). Olguda da koronal kesitler ile detaylı bilgiler elde edilmiş ve operasyon planlanmasında detaylı olarak kullanılmıştır.

Operasyon öncesi DSA büyük damarlar ile ilişki ve besleyici arterlerin ve venöz dönüşün belirlenmesi açısından önemlidir. Olguda detaylı vasküler planlama yapılarak operasyona girilmiş olmasına rağmen, kitlenin büyük olması nedeni ile vena kava superior ve dallarının posteriorundan geçilememiştir. Bölünerek iki ayrı parça

olarak çıkarılmak zorunda kalmıştır.

Ayırıcı tanıda timoma, lipom, liposarkom, mediastinal lipomatozis, mediastinal yağ yastığı, omental herniasyon, diyafragmatik herniasyon, masif timik hiperplazi ve matür teratom düşünülmelidir. Timus kökenli lipomun, yağ içeriği fazla olan timolipomadan ayrımı yapılmalı ve timus lipomu olarak adlandırılmalıdır. Masif timik hiperplazi ise sadece timus hücre sayısının artışı ile görülür (1,6).

Timolipomlar nadir görülen timus tümörleridir. Tanısal yaklaşım üst mediasten ile ilişkisi, yağ ve yumuşak doku dengeleri gözönünde bulundurulacak yapılmalıdır. Operasyonun planlanması için vasküler yapılar ile ilişki değişik modaliteler ve özellikle anjiyografi ile detaylı olarak ortaya konmalıdır.

#### CASE REPORT: A CASE OF MASSIVE THYMOLIPOMA

An abnormality was found incidentally on the chest radiograph of a 34-year-old man admitted for surgery. Preoperative computed tomography scan, magnetic resonance imaging and digital subtraction angiography results confirmed the presence of a thymolipoma, a rare benign tumor of the thymus.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2001; 7:366-369

#### Kaynaklar

1. Kitano Y, Yokomari K, Ohkura M, et al. Giant thymolipoma in a child. J Pediatr Surg 1993; 28:1622-1625.
2. Fraser RG, Pare JAP, Pare PD, Fraser RS, Genereux GP. Disease of the mediastinum. In Fraser RG, Pare JAP, Pare PD, Fraser RS, Genereux GP, eds. Diagnosis of Disease of the Chest. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1991; 2818-2820.
3. Gregory AK, Connery CP, Resta-Flarer F, et al. A case of massive thymolipoma. J Pediatr Surg 1997; 32:1780-1782.
4. Lange L. Uber ein Lipom des Thymus. Zentralbl Allg Pathol 1916; 27:97-101.
5. Hall GFM: A case of thymolipoma with

observations on a possible relationship to intrathoracic lipomata. Br J Surg 1948; 36:321-324.

6. Rosado-de-Christenson ML, Pugatch RD, Moran CA, et al. Thymolipoma: Analysis of 27 cases. Radiology 1994; 193:121-126.
7. Jagadha V, Ramaswamy G. An unusual case of thymolipoma with hamartomatous changes. Arch Pathol Lab Med 1984; 108:611-612.
8. Pan CH, Chang CY, Chen SS. Thymolipoma in patients with myasthenia gravis: Report of two cases and review. Acta Neurol Scand 1988; 78:16-21.
9. Otto HF, Löning T, Lachenmayer L, et al. Thymolipoma in association with myasthe-

nia gravis. Cancer 1892; 50:1623-1628.

10. Marchevsky AM, Kaneko M. Other tumors of the thymus. In: Marchevsky AM, Kaneko M, eds. Surgical Pathology of the mediastinum. 2nd ed. New York: Raven Press, 1992;143-195.
11. Yeh HC, Gordon A, Kirschner PA, Cohen BA. Computed tomography and sonography of thymolipoma. AJR 1983; 140:1131-1133.
12. Shirkhoda A, Chasen MH, Eftekhari F, Goldman AM, Decaro LF. MR imaging of mediastinal thymolipoma. J Comput Assist Tomogr 1987; 11:364-365.