

# Ani İşitme Kaybı Olgusunda İnternal Akustik Kanal Lipoması

## Internal Acoustic Canal Lipoma in Sudden Hearing Loss: Case Report

Dr. Sevim ASLAN FELEK,<sup>1</sup> Dr. R. Pelin DEMİR,<sup>2</sup> Dr. Arzu TÜZÜNER<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği,

<sup>2</sup> Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

### ÖZET

İntrakranial lipomaların %0,1-9'u serebellopontin köşe ve internal akustik kanalda izlenir. Bu anatomik lokalizasyondaki lipomalar sıklıkla tek taraflı işitme kaybı, tinnitus ve vertigoya yol açabilir. Lipomalarda işitme kaybının ani başlangıç göstermesi ender rastlanan tablodur. İnternal akustik kanal lipoma olgusu, ani gelişen işitme kaybı özelliği nedeniyle sunuldu. Ayrıca bu bölge tümörlerinde tanı ve tedavi planı yapılırken göz önüne alınması gereken önemli noktalar olgunun takdimi ile birlikte ele alınmıştır.

#### Anahtar Sözcükler

İnternal akustik kanal; lipoma; ani işitme kaybı

### ABSTRACT

Cerebellopontine angle and internal acoustic canal houses 0.1-9% of all intracranial lipomas. In this anatomic location, lipomas may cause unilateral hearing loss, tinnitus or vertigo, however, sudden onset sensorineural hearing loss is a rare. This lipoma case is presented for presence of sudden hearing loss. Important points in diagnosis and treatment plan of these tumors are also discussed.

#### Keywords

Internal acoustic canal; lipoma; sudden hearing loss

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **04.07.2014**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **06.09.2014**

≈

Yazışma Adresi

Sevim ASLAN FELEK

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

KBB Kliniği,

Talatpaşa Bulvarı, Cebeci/Dörtüol,

Ankara, TÜRKİYE

E-posta: saslanfelek@yahoo.com

## GİRİŞ

Lipomalar yumuşak doku tümörlerinin en yaygın formu olmalarına karşın intrakranial olarak oldukça nadir görülürler (%0,08). İntrakranial lipomaların sadece %0,1-9'u serebellopontin köşe (SPK) ve internal akustik kanalda (İAK) izlenir.<sup>1,2</sup> Literatürde daha az sayıda intravestibüler yerleşimli lipoma olguları rapor edilmiştir.<sup>3</sup>

İntrakranial lipomaların primitif meninks primitivanın persistansı ve maldiferansiyasyonu sonucu geliştiği düşünülmektedir.<sup>4</sup>

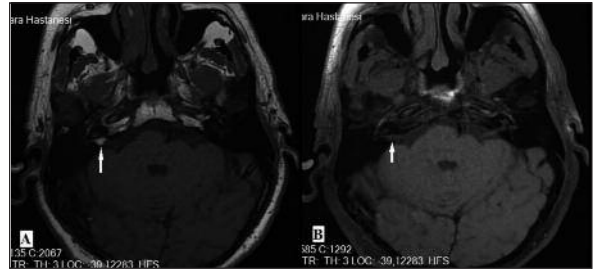
SPK ve İAK'nin diğer tümörlerinde olduğu gibi, bu anatomik lokalizasyondaki lipomalarda da tek taraflı işitme kaybı, tinnitus ve vertigo sık görülen şikayetlerdir. Semptomlar sıklıkla tanı konulmasından çok daha önceleri (ortalama 4,4 yıl, aralık 5 ay-10 yıl) başlamaktadır. Lipomalarda işitme kaybının ani başlangıç göstermesi nadir rastlanan bir tablodur.<sup>1,2,5</sup>

İAK lipoma olgusu, ani gelişen işitme kaybı özelliği nedeniyle sunuldu. Ayrıca bu bölge tümörlerinde tanı ve tedavi planı yapılırken göz önüne alınması gereken önemli noktalar olgunun takdimi ile birlikte ele alınmıştır.

## OLGU SUNUMU

Elli üç yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ kulakta yaklaşık 2 hafta önce ani başlayan işitme kaybı şikayeti nedeniyle başvurdu. Olgunun bir yıldır aynı kulakta tinnitus ve aralıklarla olan dengesizlik şikayetleri de mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde kulak burun boğaz muayenesi normal idi. Saf ton odyometride sağ kulakta 55 dB sensörinöral işitme kaybı olup, sol kulak normal idi. Timpanometride A tip timpanogram ve negatif akustik refleksi elde edildi. Hasta, ani işitme kaybı (AİK) olgusu olarak hastaneye yatırıldı ve sistemik steroid tedavisi başlandı.

Bu dönemde çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sağ akustik kanalda T1 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T2'de izointens, yağ baskılamalı T1 ağırlıklı görüntülerde ise yağ içeren alanlarda süprese sinyaller gösteren, 5x5 mm boyutlarında, düzgün konturlu kitle izlendi. Bu bulgular ışığında İAK lipoması düşünüldü (Resim 1).



**Resim 1. A-** T1- ağırlıklı aksiyel planlı manyetik rezonans görüntüde sağ internal kistik kanalda düzgün konturlu hiperintens lezyon (beyaz ok) **B-** Yağ baskılamalı T1-ağırlıklı aksiyel planlı manyetik rezonans görüntüde yağ içeren alanlarda süprese sinyaller gösteren lezyon (beyaz ok) izlenmektedir.

## TARTIŞMA

SPK ve İAK'da 8. sinir schwannom (%80-90) ve meningiomaları (%10) en sık rastlanan tümörlerdir. Bu alanda daha az sıklıkta araknoid kist, hemanjiom, epidermoid/dermoid gibi benign ve malign neoplazmlar izlenir. Bu bölge neoplazmlarının sadece %0,1'ini lipomalar oluşturur. Fakat son yıllarda modern yüksek çözünürlüklü görüntüleme tekniklerindeki ilerlemeye bağlı doğruluk oranındaki artış ve görüntüleme tekniklerine erişimin giderek artması nedeniyle, lipoma insidansının bilinenden daha yüksek olduğu rapor edilmektedir. Buna paralel olarak geçmişte bu tümörlerin bir kısmının akustik schwannom olarak hatalı tanı almış olabileceği akla gelmektedir.<sup>1,2</sup>

İntrakranial lipomalar, hamartom veya gerçek neoplazm olarak kabul edilmeyip, daha ziyade konjenital malformasyon olarak düşünülmektedir. Lipomaların, primitif meninks primitivanın persistansı ve maldiferansiyasyonu sonucu geliştiği düşünülmektedir.<sup>4</sup>

SPK ve İAK'nin sık görülen tümörleri, büyümüş tümör kitlesinin bası-itme etkisi sonucu nörovasküler yapıları etkiler. Bu tümörlerinin tersine posterior fossa lipomaları, histolojik olarak benign olmalarına rağmen, sinir lifleri arasına matur lipom hücrelerin infiltrasyonu ve nörovasküler yapıları çepeçevre sarma eğilimi gösterirler. Yani bu tümörler ekspansif olmaktan ziyade infiltratif büyüme eğilimindedirler.<sup>4-6</sup>

SPK ve İAK lipomaların kliniğinde, işitme kaybı (%62,2), dizziness (%43,3) ve unilateral tinnitus (%42,2) sık görülen şikayetlerdir. Daha az sıklıkla trigeminal (%14,4) ve fasiyal sinir (%9) disfonksiyonları görülebilir. Bu semptomlar genellikle uzun bir

süreçte ortaya çıkar. Çok nadiren bazı olgularda ani başlangıçlı olabilir.<sup>2,5,7</sup>

Yetişkinlerde, ani sensörinöral işitme kaybı nedenleri arasında idiyopatik grup (%71) en yaygın iken, neoplastik grup olguların sadece %2,3'ünü oluşturmaktadır.

Bu neoplastik olguların da çok büyük oranını 8. sinir schwannoması ve diğer neoplazmlar (meningioma, serebellar angioma, multipl myeloma) oluşturmaktadır.<sup>8</sup>

Olgumuz işitme kaybının yaklaşık 2 hafta önce aniden başladığını ifade etmiştir. Hastaneye yatırılan olguya sistemik metil-prednizolon tedavisi başlandı. Fakat işitmede herhangi bir düzelme olmadı.

SPK ve İAK lipomalarında preoperatif doğru tanı elde etmek ve diğer tümörler ile ayırıcı tanısını yapabilmek MRG ile mümkündür. Bu bölge lipomaları birkaç farklı radyolojik özellik gösterir. MRG'de prekontrast T1A görüntülerde hiperintens ve yağ supresyonuyla sabit sinyal azalması izlenir. T2 görüntülerde ise sinyal yoğunluğu (isointens-hiperintens) değişkendir. Schwannoma, meningioma, hemoraji, epidermoidler gibi diğer tümörlerde yağ supresyonlu MRG'de lipomlara özgü sinyal değişikliği izlenmez.<sup>9</sup>

Lipomaların preoperatif doğru tanısı tedavi seçeneğini belirlemede önemlidir. Lipomalarda tedavi yaklaşımı son on yılda değişmiştir. Geçmişte erken dönemde tüm tümör eksizyonu önerilirken, son yıllarda siniri korumak için daha çok koruyucu yaklaşım tercih edilmektedir. Bu tümörlerde asemptomatik veya hafif

derecede semptomların varlığında hastaların izlem ve tekrar tarama yaklaşımı en sık izlenen koruyucu tedavi seçeneğidir. Klinik olarak çok zayıf büyüme seyirleri olmasına karşın genç hastalarda tümörün büyüme eğilimi daha fazladır. Genç hastalarda da pratik tercih taktır. Takip süresi ve optimal görüntüleme şeması hakkında değişik görüşler vardır. Literatürde SPK ve İAK lipoma tanısı almış 20 yaşından küçük hastalarda 2 yılda bir veya yıllık takip önerilirken, yetişkin hastalarda lipoma tanısını takiben 3 veya 5 yıl süresince yılda bir MRG kontrolü önerilmektedir. Bu kontrollerde büyümenin olmaması veya herhangi bir nörolojik semptomun ortaya çıkmaması durumunda, daha fazla MRG takibi gerekeceği yönünde raporlar sunulmuştur.<sup>1</sup>

Şiddetli trigeminal/fasiyal sinir disfonksiyonu ve şiddetli vertigo varlığında genellikle semptom kontrolü için tümör eksizyonu önerilmektedir. Lipomaların nörovasküler yapıları invaze etme özellikleri nedeniyle sinir liflerinden tümörü ayırmadaki zorluk, yüksek oranda potansiyel nörolojik morbiditeyle (total işitme kaybı, fasial paralizi, vestibulopati, daha alt kranial sinir disfonksiyonu, vb) sonuçlanabilmektedir.<sup>1,2</sup>

## SONUÇ

SPK ve İAK lipomaları ani işitme kaybının etiolojisinde, ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Lipomaların preoperatif doğru tanısı uygun tedavi şeklini ve takip şemasını belirlemede önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. White JR, Carlson ML, Van Gompel JJ, Neff BA, Driscoll CL, Lane JL et al. Lipomas of the cerebellopontine angle and internal auditory canal: Primum Non Nocere. *Laryngoscope* 2013;123(6):1531-6.
2. Mukherjee P, Street I, Irving RM. Intracranial lipomas affecting the cerebellopontine angle and internal auditory canal: a case series. *Otol Neurotol* 2011;32(4):670-5.
3. Uyar Y, Keles B, Paksoy Y, Duran M, Azimov A. İntralabyrinthine Lipoma: Case Report. *Eur J Gen Med* 2012;9(1):67-9.
4. Truwit CL, Barkovich AJ. Pathogenesis of intracranial lipoma: an MR study in 42 patients. *AJNR Am J Neuroradiol* 1990; 11(4):665-74.
5. Siechen KD, Sato Y, Kirby P. Internal auditory canal mass in a 46-year-old woman. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129(11):1491-2.
6. Wu SS, Lo WW, Tschirhart DL, Slattery WH 3rd, Carberry JN, Brackmann DE. Lipochoristomas (lipomatous tumors) of the acoustic nevus. *Arch Pathol Lab Med* 2003;127(11):1475-9.
7. Tankéré F, Vitte E, Martin-Duverneuil N, Soudant J. Cerebellopontine angle lipomas: report of four cases and review of the literature. *Neurosurgery* 2002;50(3):626-31.
8. Chau JK, Lin JR, Atashband S, Irvine RA, Westerberg BD. Systematic review of the evidence for the etiology of adult sudden sensorineural hearing loss. *Laryngoscope* 2010; 120(5):1011-21.
9. Krainik A, Cyna-Gorse F, Bouccara D, Cazals-Hatem D, Vilgrain V, Denys A, et al. MRI of unusual lesions in the internal auditory canal. *Neuroradiology* 2001;43(1):52-7.