

# Nadir Bir Asimetrik Sensörinöral İşitme Kaybı Nedeni: Serebellopontin Köşede Lipom

Ümit Aydın\*, Fatih Arslan\*\*, Murat Bınar\*, Erbil Kılıç\*\*\*, Ömer Karakoç\*

\*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı

\*\*Ankara Mevki Asker Hastanesi Kulak-Burun-Boğaz Servisi

\*\*\*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı

## ÖZ

Kafa içi lipomlar tüm intrakraniyal tümörlerin %0,1-1,5'ini oluşturan benign tümörlerdir. Serebellopontin köşe (SPK) tümörlerinin ise yalnızca %0,14'ü lipomdur. Erkeklerde iki kat fazla ve %3 oranında bilateral görülür. SPK lipomları özellikle 5., 7. ve 8. kranial sinirlere yakın komşulukta olması ve infiltratif büyüme paterni nedeniyle diğer intrakraniyal lipomlara göre daha fazla semptomatik seyrederek. En sık neden olduğu semptomlar vertigo, tinnitus, işitme kaybı, yüzde duyu kaybı, trigeminal nevralji, hemifasyal spazm ve fasiyal motor bozukluklardır. Bu olgu sunumunda tek yakınması işitme kaybı olan, KBB ve diğer sistem muayeneleri tabii olan hastada tespit edilen SPK' da lipom olgusu tanı ve tedavisi literatür eşliğinde sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** lipom, serebellopontin köşe, vertigo

## ABSTRACT

**A Rare Cause of Asymmetric Sensorineural Hearing Loss: Lipoma in the Cerebellopontine Angle**

Intracranial lipomas are benign tumors that constitute 0.1-1.5% of all intracranial tumors. Of all cerebellopontine angle (CPA) tumors only 0.14% are lipomas. They are twice as common in men and 3% of them are bilateral. Since CPA lipomas are localized especially near the 5th, 7th and 8th cranial nerves and show infiltrative patterns, they are more symptomatic than other intracranial lipomas. The most common symptoms are vertigo, tinnitus, hearing loss, loss of facial sensation, trigeminal neuralgia, hemifacial spasm and facial motor disorder. In this case presentation we are presenting a patient with hearing loss as the only complaint, ENT and the other systems' examinations being normal, who was diagnosed with CPA lipoma and was diagnosed and treated according to the literature.

**Keywords:** cerebellopontine angle, lipoma, vertigo

## GİRİŞ

Intrakraniyal lipomlar oldukça nadir görülen tümörler olup, genellikle korpus kallozum gibi orta hat yapılarında yerleşirler<sup>(1)</sup>. Serebellopontin köşe (SPK) ve internal akustik kanal yerleşimi ise çok nadirdir. Intrakraniyal lipom çok yavaş büyüme gösterip genellikle asemptomatik olmakla beraber, SPK ve internal akustik kanal yerleşimli lipomlar ise çoğunlukla semptomatik seyrederek<sup>(2)</sup>. SPK lipomlarının semptomatik seyrettiği olgularda 8. kranial sinirin etkilenmesi sonucunda işitme kaybı, tinnitus ve vertigo gibi yakınmalar görülebilir. Beş ve 7 KS'lerin etkilenmesine bağlı olarak ta fasiyal güçsüzlük, yüzde duyu kaybı, hemifasiyal spazm ve trigeminal nevralji ortaya çıkabilir.

**Alındığı Tarih:** 16.12.2015

**Kabul Tarihi:** 29.03.2016

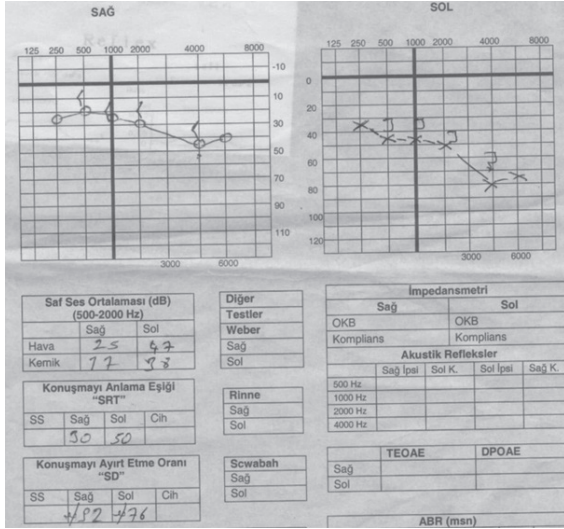
**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Fatih Arslan, Ankara Mevki Asker Hastanesi, Ankara

**e-posta:** drfatiharslan@gmail.com

## OLGU SUNUMU

Yirmi altı yaşındaki erkek hasta sol kulağında yaklaşık 5 yıldır var olan işitme kaybı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Başka bir yakınma belirtmeyen hastanın öyküsünde işitme kaybının etiyojisine yönelik olarak yüksek sese maruziyet, travma, ilaç kullanımı gibi bir neden saptanamadı. Hastanın otoskopisi tabii ve weber sağa lateralize idi. Vestibüler ve diğer KBB muayenesi tabii idi. Saf ses odyometri sol kulakta yüksek frekanslarda daha belirgin olan sensörinöral işitme kaybı (SNİK) mevcut olup, hava yolunda (HY) 47 db, kemik yolunda (KY) 38 db eşik elde edildi. Sağ kulakta yüksek frekanslarda hafif SNİK olmakla birlikte, HY: 25 db ve KY: 17 db idi (Resim 1). Konuşmayı ayırtma skorları işitme kaybı ile uyumlu olan hastanın her iki kulakta ipsilateral ve kont-

ralateral stapes refleksi mevcuttu. Timpanometri testinde bilateral tip A eğrisi mevcut olup, sağda -21 dapa ve solda -35 dapa basınç mevcuttu. Asimetrik SNİK olması nedeniyle çekilen beyin tomografisinde sol SPK'da yağ dansitesi ile uyumlu olarak hipodens kitle tespit edilmesi üzerine (Resim 2) ayırıcı tanı için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki plan-

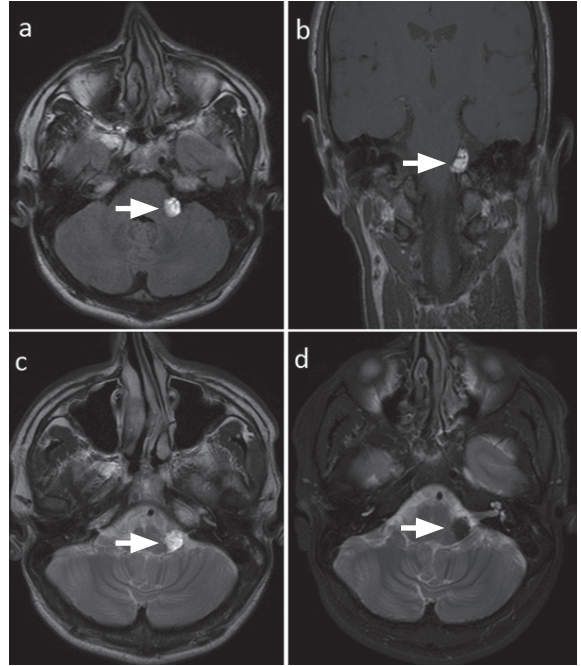


Resim 1. Hastaya ait saf ses odyometride sol kulakta yüksek frekanslarda daha belirgin olan sensörinöral işitme kaybı mevcut olup, hava yolunda 47 db, kemik yolunda 38 db eşik elde edildi.



Resim 2. Beyin tomografisinde sol SPK'da yağ dansitesi ile uyumlu olarak hipodens kitle tespit edildi (Beyaz okla gösterilmiştir.)

landı. MRG'de sol SPK' da yerleşerek vestibülokoklear sinirin sisternal segmentinin proksimal bölümünü hafifçe yaylandıran 16X12X11 mm boyutlarında kontrastlanma göstermeyen T1 sekansında belirgin hiperintense, T2 sekansında hiperintens, yağ baskılamalı serilerde ise belirgin hipointense kitle saptandı (Resim 3). Bu bulgulara göre kitlenin lipom olduğu değerlendirildi. İşitme kaybı dışında semptomu olmayan ve işitme kaybında da zaman içine kötüleşme olmadığını belirten hasta hakkında, beyin cerrahisinin de görüşü alınarak, konservatif yaklaşımla takibe alınması kararlaştırıldı.



Resim 3. MRG kesitleri (a) T1 aksiyel kesit, (b) T1 koronal kesit, (c) T2 aksiyel kesit, (d) T2 yağ baskılı aksiyel kesit. MRG'de sol SPK'da yerleşerek vestibülokoklear sinirin sisternal segmentinin proksimal bölümünü hafifçe yaylandıran 16X12X11 mm boyutlarında kontrastlanma göstermeyen T1 sekansında belirgin hiperintense, T2 sekansında hiperintens, yağ baskılamalı serilerde ise belirgin hipointense kitle saptandı (Beyaz oklar ile gösterilmiştir.)

## TARTIŞMA

Kafa içi lipomlar tüm intrakranial tümörlerin %0,1-1,5'ini oluşturan benign tümörlerdir <sup>(1)</sup>. SPK tümörlerinin ise yalnızca %0,14'ü lipomdur <sup>(2)</sup>. Erkeklerde iki kat fazla ve %3 oranında bilateral görülür <sup>(3)</sup>. Özellikle 5., 7. ve 8. kranial sinirlere yakın komşulukta olması ve infiltratif büyüme paterni nedeniyle diğer intrakranial lipomlara göre daha fazla semptomatik seyredir <sup>(4)</sup>. Tankere ve ark.'nın <sup>(3)</sup> çalışmasında, bu

hastaların yaklaşık %95'inde kranial sinir tutulumu bulgularının olduğunu bildirilmiştir. En sık neden olduğu semptomlar vertigo, tinnitus, işitme kaybı, yüzde duyu kaybı, trigeminal nevralji, hemifasiyal spazm ve fasiyal motor bozukluklardır <sup>(3)</sup>.

SPK'da en sık rastlanan yer kaplayıcı lezyonlar sırasıyla vestibüler schwannom, meninjiom ve epidermoid tümör iken, lipom çok nadir görülmektedir <sup>(3)</sup>. SPK lipomlarının, muayene ve radyolojik bulgularla ayırıcı tanısının yapılması olası olmayıp, bu konuda MRG önemli bir yer tutmaktadır. Lipomlar karakteristik BT ve MRG bulgularına sahiptirler. BT'de düzgün sınırlı, kontrastlanmayan, homojen ve yağ dansitesi ile uyumlu olarak hipodense kitle lezyonu şeklinde görülürler. MR'da ise homojen görünümde olup, T1'de hiperintense, T2'de değişik sinyal intensitesinde, yağ baskılamalı görüntülerde ise karakteristik olarak sinyal kaybına uğrayarak hipointense görülürler <sup>(3)</sup>. Vestibüler schwannom ve menenjiom, T1 sekansında izohipointens olması ve kontrast madde sonrası belirgin kontrastlanma göstermeleri ile lipomdan ayrılırlar <sup>(5)</sup>. Epidermoid tümörlerde T2 ağırlıklı görüntülerde ve özellikle de diffüzyon ağırlıklı incelemede hiperintense olmalarıyla farklılık gösterirler.

SPK ve internal akustik kanal lipomları çok yavaş büyümeleri nedeniyle subtotal rezeksiyon şeklinde yapılacak konservatif bir cerrahinin agresif cerrahiye

göre daha az nörolojik komplikasyon yapacağından dolayı tercih edilmesinin uygun olacağı bildirilmiştir <sup>(3)</sup>. Cerrahi olarak ise posterior fossa yaklaşımı önerilmiştir <sup>(3)</sup>. Cerrahi tedaviye tıbbi tedaviye dirençli baş dönmesi, trigeminal nevralji ve hemifasiyal spazm durumlarında başvurulmalıdır. Bunun haricinde asemptomatik olan ya da hafif semptomları bulunan hastaların klinik açıdan takip edilmelerinin en doğru yaklaşım olduğu bildirilmiştir <sup>(3)</sup>.

## KAYNAKLAR

1. Pensak ML, Glasscock ME 3rd, Gulya AJ, Hays JW, Smith HP, Dickens JR. Cerebellopontine angle lipomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;112:99-101. <https://doi.org/10.1001/archotol.1986.03780010101020>
2. Wu SS, Lo WWM, Tschirhart DL, et al. Lipochoristomas (lipomatous tumors) of the acoustic nerve. *Arch Pathol Lab Med* 2003;127(11):1475-9.
3. Tankere F, Vitte E, Martin-Duverneuil N, et al. Cerebellopontine angle lipomas: report of four cases and review of the literature. *Neurosurgery* 2002;50(3):626-31. <https://doi.org/10.1227/00006123-200203000-00037>
4. Zimmermann M, Kellermann S, Gerlach R, et al. Cerebellopontine angle lipoma: case report and review of the literature. *Acta Neurochir* 1999;141(12):1347-51. <https://doi.org/10.1007/s007010050440>
5. Budka H. Intracranial lipomatous hamartomas (intracranial b lipomasQ). A study of 13 cases including combinations with medulloblastoma, colloid and epidermoid cysts, angiomatosis and other malformations. *Acta Neuropathol* 1974;28(3):205-22. <https://doi.org/10.1007/BF00719025>