

## گزارش یک مورد لیپوم پاروتید

دکتر مسعود نادرپور<sup>۱</sup>، دکتر نیکزاد شهیدی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: استادیار گروه گوش، حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

E-mail: Nikzadsh@yahoo.com

### چکیده

لیپوم یک تومور خوش خیم شایع در نسج نرم می‌باشد ولی رخداد آن در غده پاروتید نادر است. در لیپوم پاروتید دخالت جراحی اقدام مشکلی است زیرا تومور در مجاورت عصب صورتی می‌باشد لذا اطلاعات کافی از آناتومی ناحیه و نیز بکار بردن تکنیک‌های جراحی دقیق ضروری است. بیمار خانم ۱۲ ساله با توده بدون علامت ناحیه پاروتید می‌باشد که خواهان جراحی به دلیل مسایل زیبایی و ظاهری بود. در سی تی اسکن یک لیپوم بزرگ در پاروتید راست دیده می‌شد. بعد از انجام پاروتیدکتومی سطحی و پیدا کردن و حفظ شاخه‌های عصب فاسیال، لیپوم بطور موفقیت‌آمیز خارج شد. بعد از عمل بیمار مشکل خاص نداشت و عملکرد عصب صورتی کاملاً طبیعی بود. لیپوم پاروتید تومور نادری است. روش ترجیحی در بررسی قبل از عمل سی تی اسکن با تفکیک بالا می‌باشد که اطلاعات خوبی را راجع به تومور بدست می‌دهد. درمان جراحی لیپوم پاروتید باید توسط جراح ماهر انجام گیرد و شاخه‌های عصب صورتی با دقت پیدا شده و حفظ شود. در لیپوم لب عمقی پاروتید می‌توان لب سطحی را بلند کرد و بعد از برداشتن لیپوم مجدداً آن را به سر جایش برگرداند تا از نظر زیبایی نتایج بهتری حاصل شود.

**کلمات کلیدی:** پاروتید؛ توده؛ لیپوم

دریافت: ۸۹/۵/۲۰ پذیرش: ۸۹/۱۰/۲۳

### مقدمه

لیپوم‌ها شایع‌ترین تومورهای خوش خیم مزانشیمال می‌باشند که در هر محلی ممکن است ایجاد شوند گرچه بروز آن در سر و گردن نسبتاً نادر است [۱] و در این منطقه بیشتر در بافت زیر جلدی مثلث خلفی گردن رخ می‌دهد. لیپوم در غده پاروتید نادر می‌باشد [۲، ۳]. اولین مورد لیپوم پاروتید توسط جانکا<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۱۹۷۷ میلادی گزارش شده است [۳]. دخالت جراحی در لیپوم پاروتید مورد بحث است زیرا تومور در مجاورت عصب صورتی قرار داشته و اطلاعات کافی از آناتومی و تکنیک‌های دقیق جراحی برای این عمل ضروری است. در این مقاله ما موردی از لیپوم پاروتید را

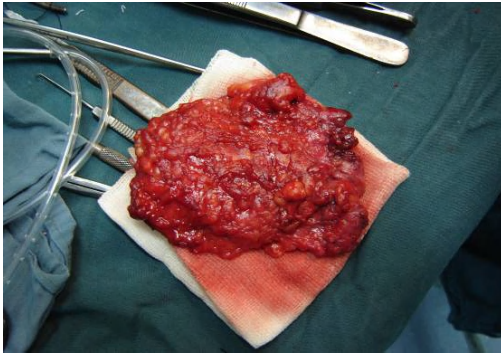
گزارش می‌کنیم که بطور موفقیت‌آمیزی تحت عمل جراحی قرار گرفته است.

### گزارش مورد

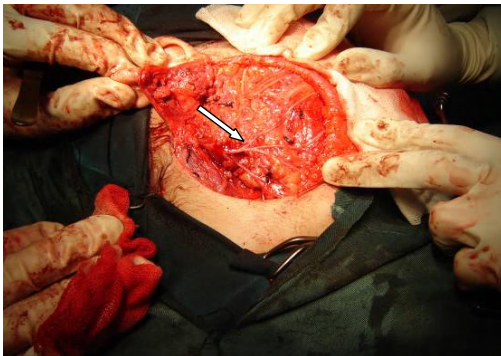
بیمار خانم ۱۲ ساله بوده که با توده بزرگ سمت راست صورت مراجعه کرده بود و خواهان برداشتن توده به علت مسایل زیبایی و ظاهری بود. بیمار دارای توده‌ای بدون درد و با رشد آهسته بود که از چند سال پیش شروع شده بود و به علت ترس از عوارض جراحی مراجعه نکرده بود. در معاینه توده‌ای نرم، متحرک و بدون حساسیت در ناحیه پاروتید راست وجود داشت (شکل ۱). سطح توده صاف بود و پوست روی توده نرمال بوده و شواهدی از زخم و یا چسبندگی وجود

<sup>1</sup> Janecka

لطفاً به این مقاله به شکل زیر ارجاع دهید:



شکل ۳. نمای ماکروسکوپی توده بعد از خارج کردن



شکل ۴. عصب فاسیال و شاخه‌های آن بعد از خارج کردن لیپوم

نداشت عملکرد عصب صورتی طبیعی بوده و معاینه سایر نواحی سر و گردن یافته خاصی نداشت. در سی تی اسکن با قدرت تفکیک بالا توده‌ای با دانسیته بافت چربی با منشأ لب سطحی پاروتید که در پایین تا قسمت فوقانی لاترال گردن ادامه داشت دیده می‌شد (شکل ۲). در اتاق عمل برش کلاسیک پاروتیدکتومی داده شد و فلپ پوستی بلند شد و لند مارک‌های مربوط مشخص شد و تنه اصلی عصب صورتی در محل سوراخ استیلوماستوئید پیدا شد و سپس شاخه‌های عصب فاسیال پیدا شد و با حفظ شاخه‌ها لب سطحی پاروتید توأم با توده برداشته شد. تومور کپسول‌دار بوده و بصورت کامل برداشته شد (شکل ۳). بررسی هیستوپاتولوژیک فیبرولیپوم بود که واریانتی از لیپوم می‌باشد. تمام شاخه‌های تحتانی و فوقانی عصب فاسیال حفظ شد (شکل ۴) و بیمار بعد از عمل مشکل خاصی نداشت و عملکرد عصب فاسیال بعد از عمل طبیعی بود. بیمار تا یک سال پیگیری شد و عود تومور و یا عوارض ناشی از عمل دیده نشد.

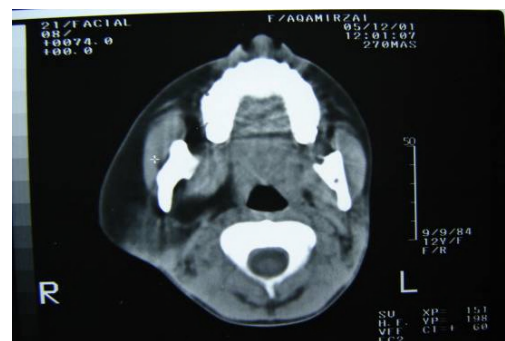
### بحث

لیپوم شایع‌ترین تومور خوش خیم مزانشیمال می‌باشد. وجود کپسول فیروز آن را از تجمع ساده چربی افتراق می‌دهد [۴]. لیپوم در سر و گردن شایع نمی‌باشد. بیشترین محل آن مثلث خلفی گردن می‌باشد. حدود ۴/۶-۰ درصد تومورهای پاروتید از نوع لیپوم بوده و اغلب در دهه پنجم و یا ششم زندگی رخ می‌دهد و در مردان بیشتر از زنان دیده می‌شود [۱].

لیپوم در پاروتید نادر بوده و مشابه لیپوم سایر نواحی بدن علایم چندانی بجز توده لوکالیزه و یا مشکلات زیبایی ایجاد نمی‌کنند. رشد آهسته داشته بدون درد می‌باشند. لیپوم‌های پاروتید تمایل دارند که به بافت‌های همبند شل گردن گسترش پیدا کنند و ممکن است بصورت خلفی-داخلی بین عضله استرنوکلیدوماستوئید و عضلات دیگاستریک رشد کرده و بصورت یک توده گردنی تظاهر پیدا کنند [۵]. همچنین ممکن است بصورت



شکل ۱. عکس قبل از عمل بیمار (تورم ناحیه پاروتید راست)



شکل ۲. سی تی اسکن پاروتید در نمای اگزیتال: توده نسج نرمی پاروتید راست با دانسیته اختصاصی لیپوم

بیشتر از سی تی اسکن است و جهت تشخیص لیپوم بنظر می‌رسد که انجام MRI ضرورت نداشته باشد.

در بیمارانی که از نظر بالینی رشد لیپوم ثابت مانده است و پیشرفت نمی‌کند پیگیری محافظه کارانه یک روش ارزشمند می‌باشد [۸]. دخالت جراحی در لیپوم پاروتید مورد بحث است و فقط برای مواردی نگه داشته می‌شود که توده اثرات فشاری داشته باشد و یا از نظر زیبایی مشکل ساز باشد.

عوارض احتمالی بعد از عمل مانند اختلال عملکرد عصب صورتی و یا سندرم فری باید به بیمار توضیح داده شود.

در لیپوم‌های لب عمقی پاروتید برخی جراحان پاروتیدکتومی سطحی انجام می‌دهند یک روش دیگر آن است که لب سطحی پاروتید را با حفظ شاخه‌های عصب صورتی بلند کرده و سپس لیپوم را از لب عمقی برداشته و مجدداً لب سطحی را به جای خود برگردانیم [۸،۵]. مزایای حفظ لب سطحی شامل موارد زیر است:

شکل پاروتید حفظ می‌شود، نیاز به برداشتن پوست اضافی منتفی می‌شود، و احتمال بروز سندرم فری بعد از عمل کمتر می‌شود [۹].

مدیال رشد کرده و به فضای پارافارنژیال نفوذ کرده و سبب جابجایی جدار جانبی حلق و لوزه‌ها شوند [۶] فلج عصب صورتی و یا درد ناشایع بوده و بندرت گزارش شده است. به علت رشد تدریجی و قابل انعطاف لیپوم، فلج فاسیال و درد معمولاً دیده نمی‌شود و بجای آن پهن شدگی عصب فاسیال و شاخه‌های آن رخ می‌دهد.

در تعیین ماهیت و محل دقیق لیپوم پاروتید معاینه فیزیکی به تنهایی کافی نمی‌باشد و سونوگرافی، سی تی اسکن و یا تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی (MRI) در ارزیابی بیشتر مفید است. بعنوان روش تصویربرداری اولیه در موارد مشکوک به لیپوم سر و گردن سونوگرافی استفاده می‌شود زیرا سریع و آسان و کم هزینه می‌باشد. بهر حال اختصاصی بودن سونوگرافی در افتراق انواع نسوج نرم نسبت به سی تی اسکن یا MRI کمتر است [۱].

در سی تی اسکن مشخصات تیبیک لیپوم‌ها شامل توده هموژن با تعداد کمی سپتوم‌های داخل توده‌ای، با واحد هانسفیلد (HU) مابین ۵۰- تا ۱۵۰- و بدون تشدید با ماده حاجب می‌باشند [۷،۴].

در MRI با مقایسه شدت سیگنال‌ها در T<sub>1</sub> و T<sub>2</sub> لیپوم تشخیص داده می‌شود، البته هزینه MRI معمولاً سه برابر

## References

- 1- Kransdorf MJ. Benign soft tissue tumors in a large referral population: distribution of specific diagnoses by age, sex, and location. *Am J Roentgenol*. 1995 Feb; 164 (2): 395-402.
- 2- Weiner GM, Pahor AL. Deep lobe parotid lipoma: a case report. *J Laryngol Otol*. 1995 Aug; 109 (8): 772-773.
- 3- Janecka IP, Conley J, Perzin KH, Pitman G. Lipomas presenting as parotid tumors. *Laryngoscope*. 1977 Jun; 87(6): 1007-1010.
- 4- Kim YH, Reiner L. Ultrastructure of lipoma. *Cancer*. 1982 Jul; 50 (1): 102-106.
- 5- Zcan C, Unal M, Talas D, Gorur K. Deep lobe parotid gland lipoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002 Apr; 60(4): 449-450.
- 6- Kimura Y, Ishikawa N, Goutsu K, Kitamura K, Kishimoto S. Lipoma in the deep lobe of the parotid gland. a case report. *Auris Nasus Larynx*. 2002 Oct; 29(4): 391-393.
- 7- Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, Miwa K, Kanda S, Ozeki S, Shinohara M. Imaging findings of lipomas in the orofacial region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral radiol Endod*. 1997 Jul; 84(1): 88-95.
- 8- Ulka CH, Uyar Y, Unalde D. Management of lipomas. *Nasus Larynx*. 2005 Jul; 30: 49-53.
- 9- Korentager R, Noyek AM, Chapnik JS, Steinhardt M, Luk SC, Cooter N. Lipoma and liposarcoma of the parotid gland. *Laryngoscope*. 1988 Sep; 98(9): 967-971.

## Lipoma of Parotid Gland; A Case Report

Naderpour M, MD<sup>1</sup>; Shahidi N, MD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Associated Prof. of Otolaryngology, Dept. of Otolaryngology, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

<sup>2</sup> Corresponding Author: Assistant Prof. of Otolaryngology, Fellow in Head and Neck Surgery, Dept. of Otolaryngology, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.  
E-mail: Nikzadsh@yahoo

### ABSTRACT

Lipomas are common benign soft tissue neoplasms but they are found rarely in the parotid gland.

Surgical intervention in these tumors is challenging because of the proximity of the facial nerve, and thus meticulous surgical techniques are essential. The patient was a 12-year-old female presented with a large asymptomatic mass which had occupied the right facial area. She requested surgical excision for cosmetic reasons. The CT scan defined giant lipoma arising from the right parotid gland. The lipoma was successfully removed after dissecting and preserving of the facial nerve branches. The patient experienced an uneventful recovery, with and intact facial nerve function.

Lipomas of parotid gland are extremely rare. The high- resolution CT scan provides a prefer method of preoperative diagnosis. Surgical management should be performed by experienced surgeon. Superficial parotidectomy is unnecessary in selected cases of deep lobe lipomas because preservation of superficial lobe may contribute to better cosmetic results.

**Key words:** Parotid; Mass; Lipoma