

## Een lipoom in de Nasopharynx

T.W. Geurts, P.J.F.M. Lohuis, S. van der Baan, M.W.M. van den Brekel

Drs. T.W. Geurts, AGNIO  
 Dr. P.J.F.M. Lohuis  
 KNO-arts  
 Dr. M.W.M. van den Brekel  
 KNO-arts  
 Het Nederlands Kanker  
 Instituut Antoni van  
 Leeuwenhoek Ziekenhuis  
 Afdeling KNO / Hoofd-  
 Hals-Chirurgie  
 Plesmanlaan 121  
 1066 CX Amsterdam  
 Dr. S. van der Baan  
 KNO-arts  
 Ziekenhuis Gooi Noord  
 Rijksstraatweg 1  
 1261 AN Blaricum

### SAMENVATTING

Wij beschrijven de ziektegeschiedenis van een 48-jarige man met een lipoom uitgaande van de nasopharynx. De casus toont aan dat bij een submucosale tumor in de nasopharynx differentiaal diagnostisch ook aan een lipoom dient te worden gedacht. In geval van een nasopharynxlipoom zijn CT- en MRI-scan van grote diagnostische waarde, omdat respectievelijk de karakteristieke lage densiteit en de kenmerkende hoge signaalintensiteit van vetweefsel op T1 gewogen opnamen bij deze onderzoeken als pathognomonisch kunnen worden beschouwd. Een cytologische punctie of biopsie biedt dan slechts weinig aanvullende informatie. Histopathologisch kan hiermee namelijk geen onderscheid worden gemaakt tussen een lipoom en een liposarcoom, terwijl de therapie (chirurgie) voor beide afwijkingen dezelfde is.

### ABSTRACT

We present a case of a 48-year old male with a lipoma of the nasopharynx. This case illustrates that a lipoma, despite of its low incidence, should be included in the differential diagnosis of a submucosal nasopharyngeal tumor. In case of a lipoma of the nasopharynx, CT- and MRI-scan are of high diagnostic value, since these investigations have a characteristic low density (CT) and high signal

intensity (T1 weighted MRI) that are pathognomonic for fatty tissue. In such a case fine needle aspiration cytology or biopsy offers only limited information, because it is not possible to differentiate between lipoma and liposarcoma. Moreover, therapy (surgery) is the same.

### INLEIDING

Lipomen komen over het hele lichaam frequent voor, maar worden in de nasopharynx zelden aangetroffen. In de Engelstalige literatuur zijn bij volwassenen slechts zeven gevallen beschreven<sup>1,2,3,4</sup>. De symptomen die daarbij worden genoemd zijn die van een massa in de nasopharynx, te weten: snurken, slikklachten, rhinolalia clausa, nasale obstructie, rhinorrhoea, anosmie, halitosis, otitis media met effusie en obstructief slaap apneu syndroom. Aangezien deze symptomen pas laat optreden en zelden allen tegelijk, kan de diagnostiek van een nasopharynxlipoom soms lastig zijn. Het is bij bovenstaande klachten echter vooral van belang aan een para-/retropharyngeale tumor te denken. Of het dan gaat om een lipoom of een andere tumor is van secundair belang. In geval van een nasopharynxlipoom heeft een cytologische punctie uit de tumor hierbij meestal nauwelijks aanvullende waarde<sup>5</sup>. Bij het stellen van de diagnose spelen CT- of MRI-onderzoek echter wel een essentiële rol, zoals zal blijken uit de beschrijving van deze casus.

### ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 48-jarige man werd naar ons verwezen met een submucosale zwelling in de nasopharynx. Hij had zich elders op de spoedeisende hulp gemeld met ernstige hoofdpijnklachten. Op een om die reden door de neuroloog aangevraagde CT-scan van de hersenen werd bij toeval een tumor in de nasopharynx geconstateerd. De geconsulteerde KNO-arts nam diepe bipten en verrichtte een cytologische punctie. Deze leidden echter niet tot een histopathologische diagnose. Anamnestic bleek de patiënt sinds vijf maanden last te hebben van hoofdpijn en een hyponasale spraak. Tevens vermeldde zijn echtgenote dat hij 's nachts in toenemende mate snurkte. Patiënt had geen klachten van neusverstopping of verminderd gehoor.

**Figuur 1.** Transversale CT op het niveau van de nasopharynx. Submucosaal in de nasopharynx is een scherp afgrensbaar ruimte innemend proces paramediaan links met lage densiteit zichtbaar, passend bij een lipoom (vergelijk met de densiteit van het subcutane vet).





**Figuur 2.** Transversale T1 gewogen KST opname op hetzelfde niveau als in figuur 1. Het ruimte-innemend proces heeft een hoge signaalintensiteit, passend bij vet (vergelijk met de signaalintensiteit van het subcutane vet).



**Figuur 3.** Sagittale 'STIR' (Short Tau Inversion Recovery) KST opname van de naso- en oropharynx. Met deze techniek krijgt vetweefsel een kenmerkende lage signaalintensiteit. Het lipoom, waarvan de uitbreiding richting oropharynx fraai zichtbaar is, heeft op deze opname een lage signaalintensiteit.

Bij onderzoek presenteerde de laesie zich als een grote submucosale zwelling in de nasopharynx uitgaande van de linkerzijde met uitbreiding over de mediaanlijn en naar caudaal richting oropharynx. De zwelling was niet ulceratief en voelde bij palpatie niet geïndureerd aan. Het middenoor was beiderzijds luchthoudend. Op de CT-scan van elders bleek sprake van een ruimte innemend proces prevertebraal zonder bot-arrosie of infiltratieve groei (Figuur 1). Er werd een MRI-scan verricht, welke een scherp afgrensbare massa liet zien van 2,5 x 4 x 6,5 cm met de karakteristieke signaalintensiteit van vet (Figuren 2 en 3). Differentiaal diagnostisch werd door de radioloog aan een lipoom of een liposaroom gedacht.

Op grond van laatstgenoemde bevinding werd de patiënt opgenomen voor transorale excisie van het proces. Om voldoende expositie te krijgen werd het palatum molle peroperatief gespleten in de mediaanlijn. Daarna kon de tumor stomp worden vrijgeprepareerd en in toto worden verwijderd. De pharynxachterwand werd partieel gesloten en op de prevertebrale fascia gehecht om geen dode ruimte achter te laten. Het palatum werd in drie lagen gesloten. Postoperatief herstelde de patiënt voorspoedig en de wondgenezing verliep ongecompliceerd. Drie dagen na de ingreep kon hij het ziekenhuis verlaten. Het histopathologische onderzoek van het resectiepreparaat toonde het beeld van normaal vetweefsel zonder maligne kenmerken hetgeen de diagnose van lipoom

bevestigde. Twee maanden na de ingreep bleek patiënt bij poliklinische controle geen hoofdpijn meer te hebben en niet meer te snurken. Het palatum was vrijwel restloos genezen. Hij werd uit controle ontslagen.

## DISCUSSIE

Lipomen rondom de bovenste voedsel- en luchtwegen zijn relatief zeldzaam. In de mond omvatten zij 2,2 procent van de benigne tumoren. Meer dan de helft hiervan is gelocaliseerd in de tong, mondbodem en lippen. Verder worden lipomen soms gezien in de onderpool van de tonsil, de hypopharynxwand, de plica aryepiglottica en de para-/ retropharyngeale ruimte<sup>1</sup>.

Lipomen groeien langzaam en zijn veelal asymptomatisch. Als er wel symptomen zijn, worden deze meestal veroorzaakt door druk op omliggende structuren. Uit de literatuur blijkt dat in geval van een lipoom van de nasopharynx patiënten meestal klagen over het gevoel van een massa in de neus, vaak in combinatie met slikklachten. Daarnaast worden klachten als snurken, neusobstructie, nachtelijke apneu's en rhinolalia clausa beschreven<sup>1,2,3,4</sup>. Bij navraag bleek ook onze patiënt last te hebben van snurken, slaapapneu's en rhinolalia clausa. Zijn voornaamste klacht, de hoofdpijn, werd nog niet eerder in de literatuur genoemd, hoewel deze klacht bij parapharyngeale tumoren vaker voorkomt en ook gerelateerd kan zijn aan een obstructief slaap apneu syndroom. Omdat het

klinisch onderzoek vaak onvoldoende duidelijkheid biedt, wordt de diagnose meestal gesteld met behulp van aanvullende radiodiagnostiek, meestal in de vorm van een CT- en/of MRI-scan. Hoewel deze modaliteiten bij de meeste tumoren niet in staat zijn de histopathologische diagnose te stellen is het beeld van een lipoom hierbij wel erg specifiek. Op MRI heeft vetweefsel een kenmerkende hoge signaalintensiteit op T1-gewogen afbeeldingen. Op een CT-scan is de lage densiteit van vetweefsel juist weer onmiskenbaar. Lipomen hebben daarbij zowel op MRI als op CT vaak een densiteit die veel uniformer is dan die bij liposarcomen<sup>5</sup>. Andere tumoren van de nasopharynx hebben meestal intermediaire signaalintensiteit op T1-gewogen afbeeldingen en kleuren bovendien vaak aan na het toedienen van intraveneus contrast. Ook worden bij maligne nasopharynx-tumoren vaak onscherpe begrenzingen, botarrosie en lymfadenopathie gezien. Door de eenduidige herkenning van het nasopharynxlipoom op de CT- en de MRI-scan is geen cytologische punctie of biopsie nodig voor diagnostiek. Om een liposaroom met enige zekerheid uit te sluiten is chirurgische excisie nodig, gevolgd door histopathologisch onderzoek.

Macroscopisch hebben lipomen een vaal-gele tot oranje kleur. Ze zijn vaak zacht van consistentie, goed afgrensbaar en hebben een dun kapsel. Microscopisch zijn lipomen te herkennen aan uitgerijpte lipocyten met een enkele centrale vetvacuole, een perifere cytoplasma en een perifere kern zonder atypie<sup>5</sup>. Lipomen bevatten soms fibreus, myxomateus, kraakbeenachtig, botachtig, vaat- of spierweefsel en worden dan respectievelijk fibrolipoom, myxolipoom, chondrolipoom, osteolipoom, vasculair myxolipoom of myolipoom genoemd.

De maligne tegenhanger van het lipoom, het liposaroom, wordt onderverdeeld in drie groepen: goed-gedifferentieerde / gedifferentieerde liposarcomen, myxoïde liposarcomen en pleiomorfe liposarcomen<sup>5</sup>. Het liposaroom in de larynx en pharynx is over het algemeen goed-gedifferentieerd. Dit type liposaroom bestaat voornamelijk uit uitgerijpte vetcellen met een gevarieerd aantal

spoelcellen (voorlopers van de vetcel) met hyperchrome kernen en lipoblasten met meerdere vacuolen. Voor het onderscheid met een lipoom moet juist naar deze kenmerken worden gezocht alsmede naar de aanwezigheid van stromacellen met atypie. Goed-gedifferentieerde liposarcomen kunnen histologisch zeer moeilijk te onderscheiden zijn van gewone lipomen<sup>5</sup>. Dit geldt voor de cytologie, maar ook voor de histologie van een biopsie of het excisiepreparaat. De therapie van keuze voor een nasopharynxlipoom (of liposaroom) bestaat uit chirurgische excisie, met name als de tumor klachten veroorzaakt. Onze patiënt had duidelijke hoofdpijnklachten en wilde bovendien een maligniteit uitgesloten hebben. Wij gebruikten een transorale benadering, waarbij het palatum molle in de mediaanlijn werd gekliefd. Hiermee ontstond voldoende expositie om een radicale extirpatie mogelijk te maken. In de literatuur blijkt chirurgische extirpatie van een nasopharynxlipoom meestal curatief te zijn<sup>1</sup>. Moeilijk bereikbare lipomen, die niet in toto werden verwijderd, kunnen soms re-excisie vereisen<sup>1</sup>. Postoperatieve radiotherapie is niet zinvol, omdat lipomen zelden recidiveren en re-excisie in een dergelijk geval dan vaak afdoende is. Ook voor liposarcomen is chirurgische excisie de aangegeven therapie. Goed-gedifferentieerde liposarcomen metastaseren niet en recidiveren zelden of pas zeer laat<sup>5</sup>, zodat ook hier postoperatieve radiotherapie niet zinvol lijkt.

## KEYWORDS

Nose Cancer, Nasopharynx tumor, Lipoma, Liposarcoma

## Literatuur

- 1 Kalan A, Ahmed-Shuaib A, Tariq M. Lipoma in fossa of Rosenmuller. *J Laryngol Otol* 2000; 114:265-266.
- 2 Hong KA, Seo SY, Lee DG. Chondrolipoma of the nasopharynx. *J Laryngol Otol*. 1998; 112: 75-76.
- 3 Chaudhry S, Sirpal YM. Lipoma: A rare tumour of nasopharynx. *Indian J Cancer* 1997; 34: 177-178.
- 4 Oddie JW, Applebaum EL. Lipoma of the nasopharynx. *Arch Otolaryngol*. 1982;108:57.
- 5 Weiss SW, Goldblum JR. Benign Lipomatous Tumors and Liposarcoma In: Weiss SW and Goldblum JR editors. *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*, 4th ed, St Louis: Mosby, 2001: 571-693.