

Den lipomatøse tumor

En oversigt og præsentation af et tilfælde

Elisa I. Kier-Swiatecka, Peter Marker, Henning Lehmann Bastian og Annelise Krogdahl

Den lipomatøse tumor, også kaldet den universelle tumor, er den hyppigst forekommende tumor i kroppen. Imidlertid er incidensen i mundhulen lav. På trods af den store mangfoldighed af fedtvævsholdige tumorer og tumorlignende tilstande har lipomerne kun påkaldt sig beskeden interesse i litteraturen, ligesom diagnostik og behandling har været anset for at være simpel. Da disse tumorers kliniske manifestationer imidlertid kan være meget forskellige, bør diagnosen lipomatøs tumor indgå som en mulighed ved diagnostik af tumorer eller tumorlignende tilstande i mundhulen.

Der gives en oversigt over generelle og orale lipomatøse tumorers klinik og histopatologi. Differentialdiagnoserne til et linguallipom diskuteres i forbindelse med præsentation af et tilfælde.

Et lipom er en benign fedtvævstumør. Det er den hyppigst forekommende mesenkymale tumor i kroppen (1) og udgør ca. 4-5% af alle benigne tumorer (2,3). Intraorale lipomer er derimod sjældne, idet de kun udgør 2,2% af alle lipomer (3) samt 4,4% (2,4) af alle tumorer i cavitatis oris.

Det følgende er en oversigt over generelle og orale lipomer samt en kort oversigt over de lipomer der er diagnosticeret på Kæbekirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital, fra 1982-1999. Det seneste tilfælde vil blive beskrevet mere detaljeret. Endelig følger en diskussion af differentialdiagnostiske overvejelser i forbindelse med lipomer.

Litteraturgennemgang

Lipomer er beskrevet hos såvel børn som voksne, men forekommer hyppigst i 40-60-års-alderen, stort set uden kønsforskel (4). Patogenesen er ukendt, men flere teorier er blevet fremlagt: traumer (2,4-6), infektioner (2,4), bestråling (5), udviklingsanomalier (4,6), fedtdegeneration (1,4), arvelige forhold (4-6), hormonelle faktorer (4,6), infarkt (4) samt kronisk irritation (4,6).

Lipomer er beskrevet i næsten alle regioner, der indeholder adipøst væv. De hyppigste lokalisationer er: øvre del af ryggen samt halsen, skuldre og abdomen (5,6). Lipomer er langsomt voksende, og efter de har opnået en vis størrelse, forbliver de uforandrede. De ses hyppigst hos overvægtige patienter, men pga. et anderledes stofskifte i lipomet end i det omgivende fedtvæv metaboliseres lipomet ikke i forbindelse med vægttab (1,2,5,7).

Klassifikation

Lipomer kan klassificeres efter deres antal som værende enten solitære eller multiple samt yderligere underinddeles efter deres afgrænsning i diffuse eller indkapslede (5,6). Afhængig af beliggenheden i vævet kan lipomet yderligere beskrives som værende superficielt (subkutant) eller dybt (5).

De superficielle lipomer ses hyppigst svarende til den øvre del af torso. De dybereliggende lipomer derimod er langt sjældnere og har præference for retroperitoneum, mediastinum samt det gastrointestinale system, men er også beskrevet i mange andre lokalisationer (5,6).

Multiple lipomer findes kun hos 5-8% af patienterne (5). Klinisk og mikroskopisk er de lig det solitære lipom, men antallet kan til gengæld variere fra et par stykker til flere hundrede hos den enkelte patient (5). Multiple lipomer er blevet associeret med visse syndromer: Bannayan-Zonanas syndrom, Fröhlichs syndrom, Proteus' syndrom samt Cowdens (5,7) og Gardners syndromer (2,4,6,7).

Flere forfattere har anført en sammenhæng mellem multi-

ple lipomer og neurofibromatosis (von Recklinghausens sygdom) (2,4,6), hvorimod *Enzinger & Weiss* (5) »ikke har fundet dette bevis«. Multiple lipomer må ikke forveksles med termen »lipomatosis«, der er en diffus neoplastisk proliferation af fedt, også kendt som Madelungs syndrom eller Launois-Bensaudes syndrom (2,5,6).

Kliniske forhold

Klinisk præsenterer de subkutane/superficielle lipomer sig som runde eller diskoide tumorer, der som regel er velafgrænsede med blød til halvfast konsistens og med god mobilitet i forhold til omgivende væv (2,3,6,8). Størrelsen kan i gennemsnit variere fra et par mm til 3 cm (5). Da adipøst væv ved almindelig kropstemperatur er flydende, har visse forfattere som differentialdiagnostisk hjælpemiddel anbefalet at applicere is på lipomet for at se om konsistensen ændrer sig (5). Hovedparten af de superficielle lipomer udviser asymptomatisk vækst. Smerte er som regel begrænset til angioliipomer eller større lipomer, der pga. deres størrelse forårsager kompression af fx perifere nerver (5).

De dybtliggende lipomer kan være meget svære at diagnosticere pga. deres beliggenhed, hvorfor der ofte kræves røntgenundersøgelse, CT- eller MR-skanning for at stille den rette diagnose. Disse lipomer er således relativt store når de først diagnosticeres og kan afhængig af størrelse og beliggenhed give symptomer, fx dyspnø og palpitationer ved mediastinale tumorer og bevægelsesindskrænkning ved lipomatøse tumorer i hånden (5).

Orale lipomer

Incidensen i mundhulen er lav i modsætning til de alment forekommende lipomer. Kongenitte orale lipomer er rapporteret, men er sjældne (9). Patogenesen er som for lipomer i almindelighed. I mundhulen findes lipomer hyppigst i de fedtrige områder, nemlig kinden og dernæst i aftagende rækkefølge: tungen, mundbunden, omslagsfolden, ganen, læber og gingiva (4).

Orale lipomer klassificeres som lipomer generelt i solitære og multiple former, i indkapslede eller diffuse samt efter beliggenhed i superficielle og dybe. Størrelsesmæssigt er de sjældent mere end 25 mm i diameter (4,6).

Makroskopisk optræder det superficielle lipom enten som en submukøs, nodulær tumor eller som en polypøs struktur, der kan være bredbaset eller stilket (3,4,6). Lipomet ligger ofte så overfladisk at den gule farve fra selve tumor samt dets overfladiske kar skinner igennem det overliggende epitel. Overfladen er glat og kan være enten mono- eller multilobulær. Ved palpation er tumor blød, velafgrænset og non-adhærent til nabovævene (2,3,6,8).

Til sammenligning er de dybe orale lipomer svære at diagnosticere, idet der ofte kun er tale om en lille hævelse i overfladen (6,8). Konsistensen kan være misvisende, idet den kan svinge fra diffus cystisk til halvfast, gummiagtig konsistens. Tumors afgrænsning er ikke altid veldefineret, og der kan være tale om adhærencer til det omgivende væv, fx muskelvæv og periost (3).

Histologisk klassifikation

Enzinger & Weiss (5) har underinddelt både de benigne og maligne lipomatøse tumorer i fem hovedgrupper (Tabel 1 og 2).

De benigne lipomatøse tumorer med relevans til cavitas oris findes i Tabel 1, kategori 1, 2, 3, hvortil der refereres i det følgende: kategori 1 angiver det »simple« lipom, som udgør ca. 80% af alle orale lipomer (11). Det består udelukkende af en langsomt voksende masse af modne fedtceller (lipocytter), der histologisk set ligner det omgivende fedtvæv (5). Strengt af kollagen gennemløber tumor og danner således støtte for de små blodkar, der ofte kan være svære at se pga. de opstuede lipocytter (5). De superficielle lipomer har oftest en tynd kapsel med et udtalt lobulært mønster (5,8).

Hovedparten af de resterende 20% kan henføres til kategori 2 (11). Denne omfatter de lipomer som ud over fedtvæv også indeholder andet mesenkymalt væv, såsom fibrolipomet (kategori 2.1). Dette er den hyppigst forekommende variant og består ud over fedt af store mængder fibrøst væv, som kan være forbundet med de fibrøse septa eller kapslen (5,8).

Tencellelipomet (kategori 2.2) består af en blanding af lipocytter, grupper af fibroblastlignende tenceller i en matriks bestående af kollagen og stromamucin (13,14). Kun seks orale tilfælde er beskrevet i litteraturen. Tencellelipomet er en vigtig differentialdiagnose til det veldifferentierede liposarkom (13,14).

Angioliipomet (kategori 2.3) er karakteriseret ved modne fedtceller, der adskilles af et forgrenet netværk af små kar. Graden af vaskularitet kan svinge, og i tilfælde af hypercellularitet kan det histologiske billede minde om Kaposi sarkom (5).

Det infiltrerende lipom, som optræder både inter- og intramuskulært (kategori 4), er en benign, langsomt voksende, solitær og ofte asymptomatisk tumor der ofte først bemærkes i forbindelse med en muskelkontraktion (3,5). Det er ofte lokaliseret til det trapezoide område (3), men er også beskrevet i relation til ansigtsmuskler og platysma. Ti orale manifestationer er beskrevet, hvoraf fire var lokaliseret til tungen laterale afgrænsning (3). Grundet denne tumors uregelmæssige afgrænsning, manglende kapsel samt indvækst i tilgrænsende muskelvæv og til tider adhærence til hud og

Den lipomatøse tumor

Tabel 1. Inddeling af benige fedtvævstumorer (5).

| Kategori 1 | Kategori 2 | Kategori 3 | Kategori 4 | Kategori 5 |
|--------------------------------|---|--|---|---|
| Lipom »Simple« (Lipocytter) | Varianter (inkl. lipocytter og andet mesenkymalt væv) | Heterotopiske lipomer, neoplasmer eller hamartomer | Infiltrerende, diffuse neoplastiske, non-neoplastiske | Hibernoma (tumor bestående af brunt fedt) |
| | Fibrolipom | Angiomyolipom | Diffus lipomatosis | |
| | Tencellelipom | Intramuskulært lipom | Abdominal lipomatosis | |
| | Angiolipom | Intermuskulært lipom | Symm. lipomatosis (Madelungs sygdom) | |
| | Myolipom | Seneskedelipom | | |
| | Angiomyolipom | Neuralt fibrolipom | Adiposis dolorosa (Dercums sygdom) | |
| | Myelolipom | Lumbosakralt lipom | Steroid lipomatosis | |
| | Kondroitid lipom | | Nevus lipomatosis | |
| | Pleomorft lipom | | | |
| | Benigt lipoblastom | | | |
| | Lipoblastomatosis | | | |

Tabel 2. Inddeling af maligne fedtvævstumorer (liposarkomer) (5).

| Liposarkomer | |
|--------------|-----------------------------------|
| Type 1 | Myksoid |
| Type 2 | Veldifferentieret (atypisk lipom) |
| Type 3 | Dedifferentieret |
| Type 4 | »Round cell« |
| Type 5 | Pleomorft |

Tabel 3. Lipomer diagnosticeret på afd. K, Odense Universitets-hospital 1982-99.

| Pt.nr. | Køn | Alder | Lokalisation |
|--------|-----|-------|--------------|
| 1 | F | 55 | Læbe |
| 2 | M | 58 | Kind |
| 3 | M | 41 | Tunge |
| 4 | F | 92 | Kind |
| 5 | M | 53 | Læbe |
| 6 | M | 73 | Tunge |

perioest kan det klinisk og histologisk fejldiagnosticeres som et liposarkom (3,5).

Tabel 2 er en oversigt over typerne af liposarkomer. De er hovedsagelig lokaliseret til ekstremiteterne og retroperitoneum. Ca. 50% udgøres af den myksoide type, der også udgør hovedparten i hoved-hals-området. Liposarkomer er relativt sjældne i hoved-hals-regionen, hvor de udgør 5,6% af alle liposarkomer i kroppen (5). Orale manifestationer er uhyre sjældne (15).

Eget tilfælde

Tabel 3 viser en oversigt over de seks tilfælde af lipomer, vi har haft på vores afdeling i perioden 1982-99. Der var dobbelt så mange mænd som kvinder (4 M, 2 F). Gennemsnitsalderen var 62 år. Mht. lokalisation var de seks lipomer ligeligt fordelt

mellem læbe, kind og tunge. Sygehistorien for patient nr. 6 vil i det følgende blive nærmere beskrevet.

Det drejer sig om en 73-årig mand, henvist fra egen tandlæge til Kæbekirurgisk Afdeling K, Odense Universitets-hospital, for en lille nodulær hævelse lokaliseret til højre tungerand. Patienten havde ingen symptomer, og der var ingen anamnesticke oplysninger om tidligere traumer på tungen.

Klinisk fandt man en velafgrænset hævelse på ca. 10×5 mm lokaliseret til tungens højre siderand ud for en tandløs molar-region i underkæben (Fig. 1A). Den overliggende tungeslimhinde var normal af udseende og farve. En fast nodulær struktur på størrelse med en ært kunne palperes i dybden.

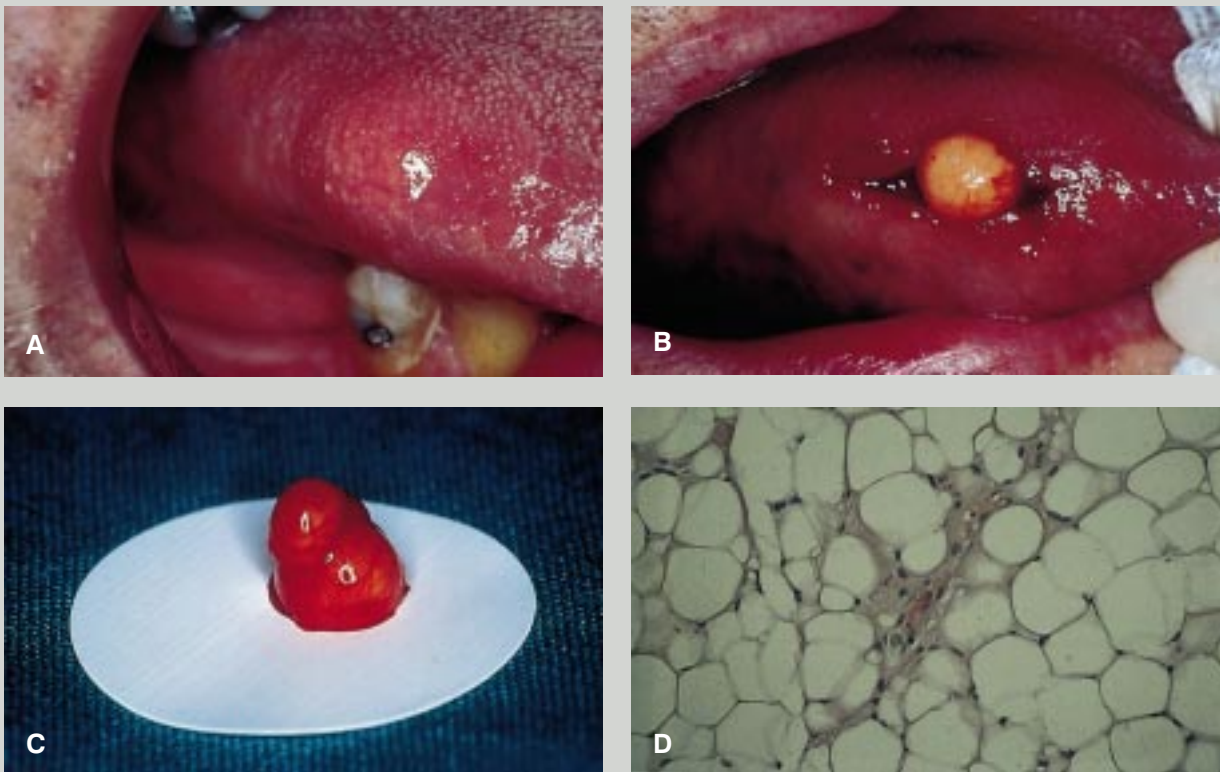


Fig. 1. Tilfælde af intraoralt lipom. A: Klinisk billede. Tungeslimhinden er normal. B: Efter kirurgisk frilægning. Der ses en næsten kugleformet, gullig tumor omgivet af en fibrøs kapsel. C: Den eksstirperede tumor, visende sig som en 10×8×8 mm stor, lobulær, blød, gul tumor med en fibrøs kapsel. D: Histologisk snit visende modne lipocytter af forskellig størrelse, karakteristisk for et simpelt lipom. De enkelte lobuli er adskilt af tynde strenge af karholdigt bindevæv. H.E. × 200.

Fig. 1. Case of intraoral lipoma. A: Clinical appearance. The mucosa of the tongue is normal. B: After surgical exposure. An almost round, yellow tumour surrounded by a fibrous capsule is seen. C: The extirpated tumour appearing as a 10×8×8 mm lobular, soft, yellow tumour with a fibrous capsule. D: Photomicrograph showing mature lipocytes of varying size, typical of a simple lipoma. The individual lobules are separated by thin strands of connective tissue containing blood vessels. H.E. × 200.

Tumor var forskydelig i forhold til både overliggende og underliggende væv. Patienten var i øvrigt sund og rask.

I lokalanalgesi blev tumor eksstirperet. Der blev lagt en horisontal incision på toppen af den linguale hævelse, og en 10×8×8 mm gul nodulær struktur kunne dissekeres fri med omgivende kapsel (Fig. 1B og C). Den histologiske undersøgelse viste et »simpelt« lipom (Fig. 1D). Det postoperative forløb var ukompliceret.

Diskussion

Differentialdiagnoser til lipomet omfatter fibrom, lokaliseret fibrøs hyperplasi, neurofibrom, neurilemmom, granulærcelletumor samt leiomyom.

Fibromet er en benign tumor, der er meget sjælden i mundhulen (8,15). Der er oftere tale om en non-neoplastisk vækst af

bindevæv, der benævnes lokaliseret fibrøs hyperplasi (LFH). Lipomet kan som fibromet eller LFH ligge superficielt med en bredbaset eller stilket tilhæftning og vil da ofte have en karakteristisk gullig farve i modsætning til fibrom eller LFH (8,15).

Neurofibromet, der er en tumor udgået fra perifere nerveskeder, ses oftest på huden og sjældnere i den orale mucosa (9,15). Det forekommer sjældent som en solitær hævelse, men er bedre kendt i dets multiple form som neurofibromatosis eller von Recklinghausens sygdom. Et intraoralt neurofibrom kan være særdeles vanskeligt at differentiere fra et lipom, fordi begge tumorer kan forekomme i både en solitær og en multipel form. Lipomet vil i modsætning til neurofibromet oftest manifestere sig i den solitære form. I modsætning til neurofibromet vil den solitære form af et lipom være indkapslet og forskydeligt i forhold til det omgivende væv.

Neurilemmomet er en benign tumor, udgået fra schwannske celler (schwannom) (8,15). Det kan forekomme overalt i mundhulen, men er hyppigst lokaliseret til tungen. Det ses ligesom lipomet som en enkel velafgrænset blød submukøs nodulær struktur, der i modsætning til lipomet kan være smertevoldende (15). Makroskopisk er det ligesom lipomet altid indkapslet.

Differentialdiagnosen over for granulærcelletumor kan ligeledes være vanskelig, idet denne tumor i lighed med lipomet kan præsentere sig som en fast, submukøs, nodulær hævelse, ofte beliggende på dorsum eller margo linguae (8,15).

Leiomyomet er en benign tumor udgået fra glat muskulatur. Det forekommer sjældent i mundhulen, men er karakteriseret ved en pedunkulær superficiel vækst med en normal intakt slimhinde (8,15). Ligesom lipomet vokser det langsomt og forekommer ofte på tungen. Differentieringen mellem de to tumorer er derfor vanskelig, men farven kan være differentialdiagnostisk, dog kun når det drejer sig om det superficielle lipom.

I det aktuelle tilfælde var det de kliniske fund med tumors forholdsvis dybe beliggenhed og forskydelighed i forhold til det omgivende væv der førte til den tentative diagnose lipom. De anamnesticke oplysninger om et asymptomatisk forløb samt den langsomme vækst var ligeledes forenelige med denne diagnose. De peroperative fund, hvor man fandt en gullig velafgrænset og indkapslet lobulær tumor, støttede yderligere diagnosen, der bekræftedes ved den histopatologiske undersøgelse. Den diagnostiske udredning var således forholdsvis ukompliceret i det aktuelle tilfælde. Undertiden kan lipomet optræde ukarakteristisk med fluktuation og således ikke umiddelbart give mistanke om tumor, men snarere om fx en bløddelcyste. I de tilfælde anbefaler man (5) at nedkøle forandringen med en isterning, hvorved konsistensen ændres fra flydende til fast form. Den endelige diagnose bør dog altid verificeres histologisk.

Da lipomer således klinisk kan manifestere sig meget forskellig i cavitas oris, bør det på trods af sin sjældenhed altid indgå i de differentialdiagnostiske overvejelser ved diagnostik af tumorer og tumorlignende forandringer i mundhulen.

English summary

The lipomatous tumour: An overview and report of a case

The lipomatous tumour, also known as »the universal tumour«, is the most common mesenchymal tumour in the body, yet the incidence in the oral cavity is low.

Despite the great variety of adipose tissue tumours and tumour-like lesions in the body, lipomas have only aroused modest interest in the literature and are often assumed to cause few complications and simple to diagnose. As the clin-

ical presentation and prognosis, however, may vary considerably, the lipomatous lesion should be considered as part of the differential diagnosis when dealing with soft tissue tumours of the oral cavity.

An overview is presented comparing the presentation of the lipomatous lesions of the body with that of the oral cavity. The differential diagnoses of a lingual lipomatous lesion is presented in the form of a case history.

Litteratur

1. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, Miwa K, Kanda S, Ozeki S, et al. Imaging findings of lipomas in the orofacial region with CT, US, and MRI. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 88-95.
2. Cottrell DA, Norris LH, Doku HC. Orofacial lipomas diagnosed by CT and MRI. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 110-5.
3. Bataineh AB, Mansour MJ, Abalkhail A. Oral infiltrating lipomas. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996; 34: 520-3.
4. Gray AR, Barker GR. Sublingual lipoma. Report of an unusually large lesion. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 747-50.
5. Enzinger FM, Weiss SW. Benign lipomatous tumors. Liposarcoma. In: Gay SM, Gery L, editors. *Soft tissue tumors*. 3rd ed. St Louis: Mosby; 1995.
6. Rapidis AD. Lipomas of the oral cavity. *Int J Oral Surg* 1982; 11: 30-5.
7. Cawson RA, Binnie WH, Eveson JW. *Oral disease: Clinical and pathologic correlations*. 2nd ed. St. Louis: Mosby-Wolfe; 1994.
8. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A textbook of oral pathology*. 4th ed. London: Saunders; 1983.
9. Dimitrakopoulos I, Zouloumis G, Trigonidis G. Congenital lipoma of the tongue. Report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990; 19: 208.
10. Calvo-Garcia N, Prieto-Prado M, Alonso-Orcajo N, Junquera-Gutierrez LM. Symmetric lipomatosis of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87: 610-2.
11. Kacker A, Taskin M. Atypical intramuscular lipoma of the tongue. *J Laryngol Otol* 1996; 110: 189-91.
12. Richardson WL, Mounsdon TA. Lingual lipoma. *Gen Dent* 1992; 40: 1, 45-7.
13. Tosios K, Papanicolaou SI, Kapranos N, Papadogeorgakis N. Spindle cell lipoma of the oral cavity. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1995; 24: 363-4.
14. Piattelli A, Fioroni M, Rubini C. Spindle cell lipoma of the oral cavity: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 624-5.
15. van der Wall I, Pindborg J. *Diseases of the tongue*. Chicago: Quintessence; 1986.

Forfattere

Elisa I. Kier-Swiatecka, tandlæge, Peter Marker, overtandlæge, specialtandlæge, og Henning Lehmann Bastian, administrerende overtandlæge, klinisk lektor, specialtandlæge
Kæbekirurgisk Afdeling K, Odense Universitetshospital

Annelise Krogdahl, overlæge, dr.med.

Patologisk Institut, Odense Universitetshospital