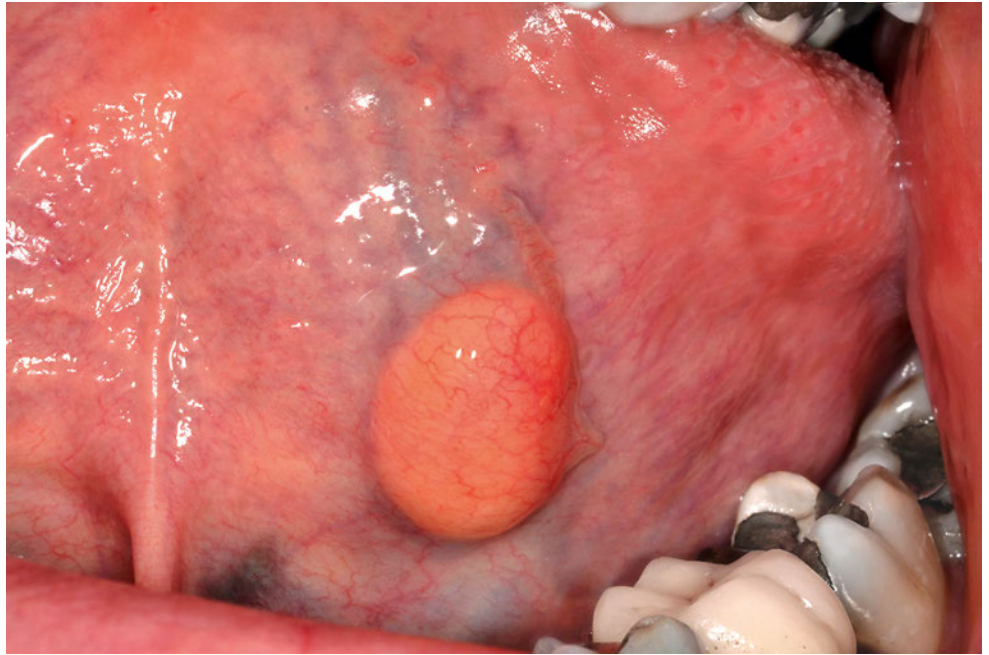


RENZO BASSETTI
PATRICK TOMASETTI
JOHANNES KUTTENBERGER

Klinik für Mund-, Kiefer-,
 Gesichtschirurgie, Oralchirurgie,
 Luzerner Kantonsspital, Luzern

KORRESPONDENZ

Dr. med. dent. Renzo Bassetti
 Klinik für Mund-, Kiefer-,
 Gesichtschirurgie, Oralchirurgie
 Luzerner Kantonsspital, Luzern
 Spitalstrasse
 CH-6000 Luzern 16
 Tel. +41 41 205 45 77
 Fax +41 41 205 45 75
 E-Mail: renzo.bassetti@luks.ch



Intraorales Lipom am Zungengrund

Übersicht und Fallbericht

SCHLÜSSELWÖRTER

Intraorales Lipom,
 gutartiger weichgewebiger
 mesenchymaler Tumor,
 Exzisionsbiopsie

Bild oben: Lipom an der Zungenunterseite

ZUSAMMENFASSUNG

Lipome treten im Mundbereich relativ selten auf. Sie gehören zu den weichgewebigen mesenchymalen Tumoren, sind gutartig und wachsen in der Regel langsam und asymptomatisch. Wichtig ist die differenzialdiagnostische Abgrenzung zum Liposarkom, das eine maligne Variante einer fettgewebigen Neoplasie darstellt und ebenfalls schmerzfrei und eher langsam wächst. Aus die-

sem Grund ist bei klinischem Verdacht auf ein Lipom nach dessen Entfernung immer eine histopathologische Untersuchung zur Diagnosesicherung angezeigt. Ziel dieses Fallberichtes ist, das schrittweise Vorgehen bei der operativen Entfernung eines Lipoms an der Zungenunterseite links darzustellen und eine kurze Übersicht über die dazu verfügbare Literatur zu geben.

Einleitung

Lipome im Mundbereich wurden erstmals durch Roux im Jahre 1848 beschrieben, wobei er diese als «yellow epulis» (gelbe Hyperplasie) bezeichnete (ROUX 1848). Unter den weichgewebigen mesenchymalen Tumoren stellen die Lipome im Kopf- und Halsbereich mit einer Häufigkeit von 15 bis 20 Prozent und in der Mundhöhle mit einer solchen von 1 bis 5 Prozent der Fälle die häufigste Neoplasieart dar (DE VISSCHER 1982, FREGNANI ET AL. 2003, RAPIDIS 1982, SELDIN ET AL. 1967). Trotzdem sind Lipome in der Mundhöhle selten, da sie nur 0,1 bis 5 Prozent aller benignen Tumoren im Mundbereich ausmachen. Am häufigsten treten sie in der Mundhöhle, in der Wange und der Zunge auf, können aber auch im Mundboden, in den grossen Speicheldrüsen, im Vestibulum, am Gaumen, im Retromolarbereich und an den Lippen entstehen (BATAINEH ET AL. 1996, COTTRELL ET AL. 1993, FREGNANI ET AL. 2003, FUJIMURA & ENOMOTO 1992, FURLONG ET AL. 2004, GARAVAGLIA & GNEPP 1987, GHANDOUR & ISSA 1992, GRAY & BARKER 1991, MALAVE ET AL. 1994, PELISSIER ET AL. 1991). Histologisch bestehen orale Lipome aus Fettzellen. Mit wenigen Ausnahmen sind sie normalerweise von einer Bindegewebskapsel umgeben oder zumindest klar vom umgebenden Gewebe abgegrenzt und meist breitbasig gestielt dem Gewebe aufsitzend (ANGERVALL ET AL. 1976, PINDBORG 1987, SAID-AL-NAIEF ET AL. 2001). Die Fettzellkerne der Lipome sind meist einheitlich. Manchmal werden die histologischen Charakteristika von Lipomen jedoch durch das Vorhandensein anderer mesenchymaler Komponenten verändert. Aufgrund dieser unterschiedlichen histologischen Merkmale und ihres Wachstumsmusters lassen sich Lipome in neun Subtypen unterteilen: einfache Lipome, Fibrolipome, Angiolipome, infiltrierende (intramuskuläre) Lipome, pleomorphe Lipome, Osseolipome, Sialolipome, Chondrolipome, Myxolipome und Spindelzell-Lipome (EPIVATIANOS ET AL. 2000, SAID-AL-NAIEF ET AL. 2001).

Klinisch präsentieren sich Lipome meist als tief im Weichgewebe gelegene Tumoren, sodass von aussen betrachtet keine Farbveränderungen auffallen (BORK ET AL. 2008). Seltener liegen Lipome direkt unterhalb einer dünnen Schleimhautschicht, wobei ihre gelbliche Farbe durch die zum Teil mit Teleangiektasien versehene gespannte Mukosa durchschimmern kann (BORK ET AL. 2008, PINDBORG 1987). Entsprechend können Lipome abhängig von ihrer Lage in superfizielle, tiefe und periostale Lipome kategorisiert werden (KUMARASWAMY ET AL. 2009).

Das Ziel dieses Fallberichts ist, das schrittweise Vorgehen bei einer Lipomentfernung an der Zungenunterseite darzustellen und eine kurze Übersicht über die aktuelle Literatur zu geben.

Fallbericht

Anamnese

Eine 58-jährige Patientin wurde durch ihren Privatzahnarzt aufgrund einer langsam, aber stetig grösser werdenden Geschwulst an der Zungenunterseite links zur diagnostischen Abklärung und entsprechenden Therapie an die Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie und Oralchirurgie des Luzerner Kantonsospitals in Luzern überwiesen. Ausser einer anamnestischen Allergie gegenüber Penicillin war die Patientin gesund. Subjektiv hatte die Patientin keine Beschwerden an der Zunge, sie war jedoch aufgrund der bereits beträchtlichen Grösse der Geschwulst entsprechend beunruhigt.

Befund

Der intraorale Befund zeigte ein saniertes Gebiss im Ober- und Unterkiefer bei guter Mundhygiene. An der Zungenunterseite

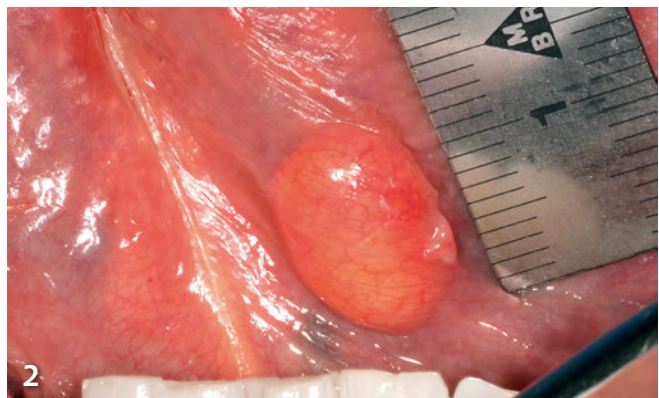
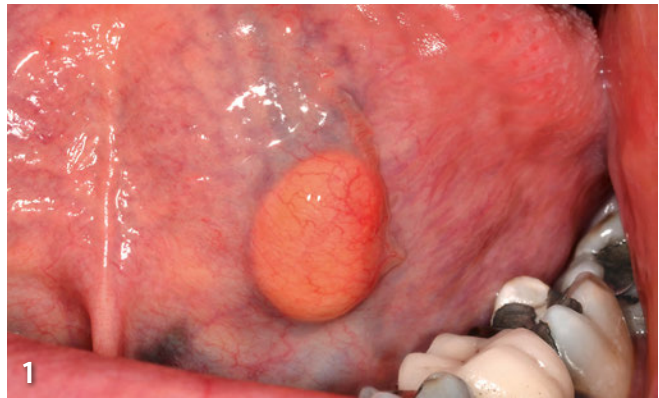


Abb. 1 Ansicht des an der linken Zungenunterseite gelegenen Lipoms zur Zeit der ersten Befundaufnahme

Abb. 2 Abmessung des Lipoms intraoral: 13 × 6 mm

links konnte eine ca. 12 mm lange und 6 mm breite Raumforderung von gelblicher Farbe festgestellt werden, wobei eine deutliche Gefässzeichnung (Teleangiektasien) der bedeckenden Schleimhaut sichtbar war. Auf Palpation war die Geschwulst nicht schmerzhaft, weich bis prallelastisch, verschieblich und gut von der Umgebung abgrenzbar (Abb. 1, 2). Der übrige orale Schleimhautbefund war bland.

Diagnose und Therapieplanung

Als Verdachtsdiagnose wurde die eines Lipoms gestellt. Differenzialdiagnostisch kam vor allem eine Speichelretentionszyste der kleinen Speicheldrüsen in Betracht, die sich öfters als gelbliche, weiche Raumforderungen mit Gefässzeichnungen der bedeckenden Schleimhaut zeigen, oder ein weiches Fibrom.

Die Patientin wollte unbedingt Klarheit bezüglich der Diagnose, und so wurde eine entsprechende Therapie mittels Exzisionsbiopsie in Intubationsnarkose (ITN) geplant (Behandlung in ITN war Wunsch der Patientin).

Therapie

Nach der üblichen Lagerung und Desinfektion der Patientin, nachdem die Intubationsnarkose eingeleitet worden war, wurde lokal zirkulär um die Geschwulst an der Zungenunterseite links die Lokalanästhesie (Ultracain D-S forte mit Adrenalin 1:100 000, Sanofi-Aventis SA, Schweiz) gesetzt. Mittels einer Haltenaht (Vicryl 4-0, Ethicon, Johnson & Johnson), welche im anterioren Fünftel der Zunge angebracht wurde, konnte diese für den bevorstehenden Eingriff ideal platziert werden. Nach vorsichtiger oberflächlicher Inzision direkt über und in Längsrichtung der Raumforderung (Abb. 3), ohne das darunterliegenden gelbliche

Gewebe zu verletzen (Abb. 4), folgte die stumpfe Abpräparation des von einer bindegewebigen Kapsel umgebenen Tumors mithilfe einer gebogenen Mosquitoklemme (Abb. 5). Die zuführenden Blutgefäße wurden nach vorgängiger Elektrokoagulation mittels einer Bipolaren und anschließender scharfer Durchtrennung mittels Schere entzweigenschnitten. Entsprechend

konnte das Exzizat in toto sehr blutungsarm entfernt werden (Abb. 6). Das Exzizat wies eine glatte Oberfläche und eine Abmessung von $6 \times 6 \times 10$ mm auf (Abb. 7). Es wurde anschließend in ein Röhrchen mit entsprechendem Fixiermedium (4%iges gepuffertes Formaldehyd) eingelegt. Nach gründlicher Spülung des Operationsgebietes mit Ringerlösung (Abb. 8) wurde die

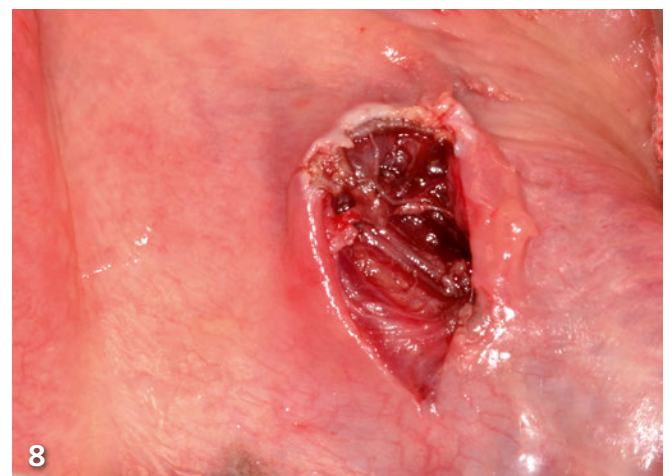
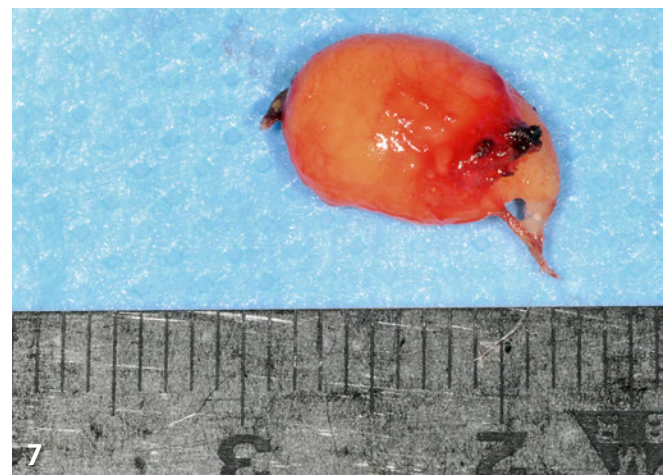
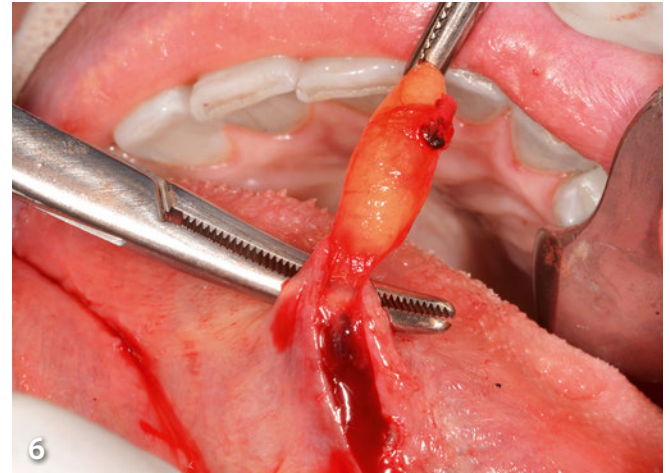
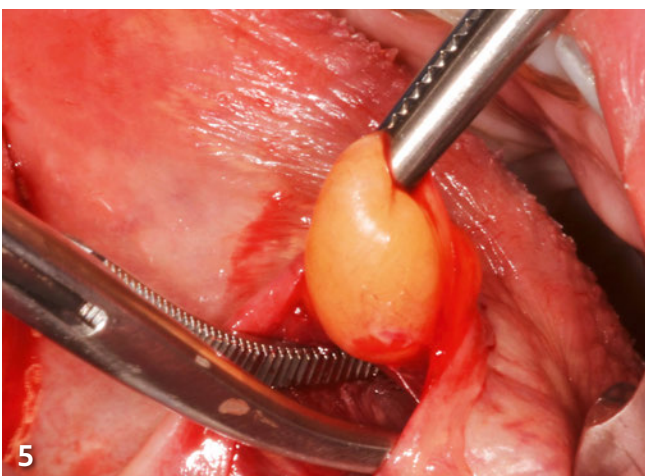
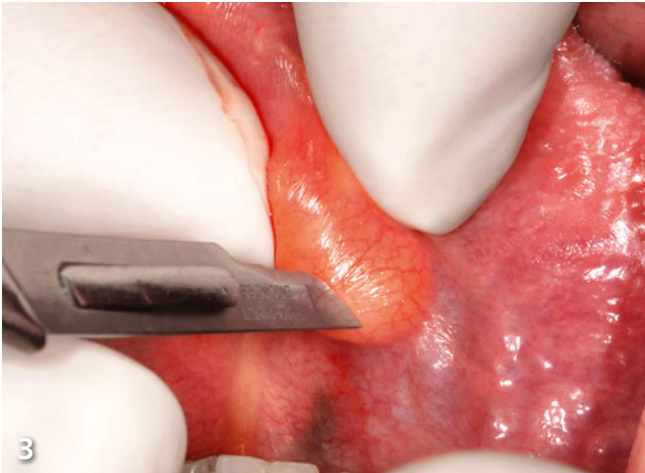


Abb. 3 Oberflächliche Inzision in Längsrichtung des Lipoms (Skalpellnummer 15)

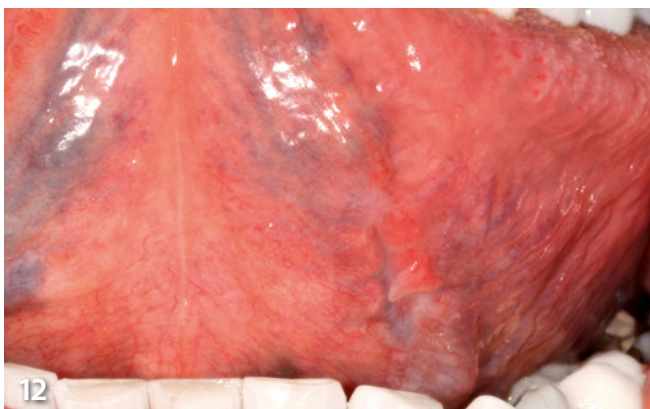
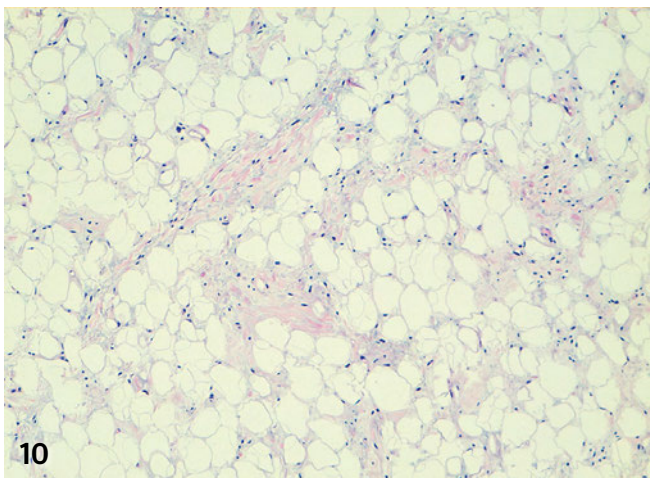
Abb. 4 Ansicht des unverletzten Lipoms nach durchgeführter oberflächlicher Inzision

Abb. 5 Vorsichtiges stumpfes Herauspräparieren des Lipoms aus der Bindegewebskapsel mittels Mosquitoklemme

Abb. 6 Das fast vollständig freipräparierte Exzizat, das nur noch durch ein zuführendes Blutgefäß an der Zunge befestigt ist

Abb. 7 Exzizat vor dem Einlegen in die Fixierlösung

Abb. 8 Wundgebiet nach vollständiger Entfernung des Lipoms und gründlicher Spülung mit Ringerlösung



Wunde mittels Einzelknopfnähten (Vicryl 4-0, Ethicon, Johnson & Johnson) primär verschlossen (Abb. 9). Im Anschluss an den chirurgischen Eingriff im Aufwachraum erhielt die Patientin die Anweisung, dreimal täglich mit einer Chlorhexidinlösung (0,1%ige Chlorhexidinspülung, formula hospitalis, Zentrum für Spitalpharmazie, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Schweiz) zu spülen. Zur Analgesie wurde die Einnahme von Olfen® 75 retard (Mepha Pharma AG, Basel, Schweiz) zweimal täglich verordnet.

Es folgte die histopathologische Untersuchung, welche die Diagnose bestätigte und das Exzissat als gut vaskularisiertes Fibrolipom mit allseits umgebener bindegewebiger Kapsel klassifizierte (Abb. 10). Es zeigten sich keinerlei Hinweise auf malignes neoplastisches Gewebe.

Anlässlich der Nahtentfernung zehn Tage nach dem Eingriff zeigte sich eine absolut beschwerdefreie Patientin bei zeitgerechter und reizfreier Wundheilung (Abb. 11). Bei der Nachkontrolle drei Monate nach dem Eingriff präsentierte sich nach wie vor eine reizfreie Situation (Abb. 12).

Diskussion

Lipome sind benigne, symptomlose, langsam wachsende Tumoren, die aus Fettzellen bestehen. Sie treten eher nach dem 40. Altersjahr auf, bei Kindern sind sie relativ selten anzutreffen (FREGNANI ET AL. 2003, FURLONG ET AL. 2004, SAID-AL-NAIEF ET AL. 2001). Auch die in diesem Fall beschriebene Patientin passt in dieses Schema. In der Literatur ist man sich jedoch uneinig, ob bezüglich der Häufigkeit von Lipomen oder gewissen Subtypen geschlechterspezifische Unterschiede vorhanden sind (DE VISSCHER 1982, FREGNANI ET AL. 2003, FURLONG ET AL. 2004, HATZIOTIS 1971, SAID-AL-NAIEF ET AL. 2001), zudem fehlen epidemiologische Untersuchungen zu diesem Thema.

Differenzialdiagnostisch müssen beim Verdacht auf ein Lipom aufgrund seiner typischen Konsistenz auch eine Speichelretentionszyste der kleinen Speicheldrüsen, Tumoren der Speicheldrüsen (pleomorphes Adenom, Mukoepidermoidtumor) und tief liegende Hämangiome in Betracht gezogen werden (HARNISCH ET AL. 2007, LISCHNER ET AL. 2002). Das Liposarkom, ein maligner Tumor des Fettgewebes, muss ebenfalls als Differenzialdiagnose in Betracht gezogen werden. Intraoral ist diese Variante, welche vor allem im Wangenbereich auftritt, sehr selten zu finden (FUSETTI ET AL. 2001). Im Gegensatz zum Lipom hat das Liposarkom keine echte bindegewebige Kapsel, sodass die Exzision mit einem Sicherheitsabstand im gesunden Gewebe durchgeführt werden sollte (FUSETTI ET AL. 2001, HARNISCH ET AL. 2007). Klinisch ist es nicht möglich, ein Liposarkom eindeutig von einem Lipom zu unterscheiden, weshalb eine

Abb. 9 Primärverschluss der Wundränder mit resorbierbarer Naht (Vicryl 4-0, Ethicon, Johnson & Johnson)

Abb. 10 Exzisionsbiopsie des Fibrolipoms von der linken Zungenunterseite (Vergrößerung 200×): homogene Verteilung der Fettzellen (Adipozyten) mit optisch leerem Zytoplasma, wobei die Fettzellkerne am Rand liegen. Das Fettgewebe ist von deutlich sichtbaren Faserbündeln aus dichtem Bindegewebe durchsetzt (Haemalaun-Eosin-Färbung).

Abb. 11 Situation zehn Tage nach der Exzisionsbiopsie unmittelbar nach Entfernung der Nähte

Abb. 12 Situation drei Monate nach der Exzisionsbiopsie

histopathologische Untersuchung von tumorartigem Fettgewebe eine *conditio sine qua non* darstellt (BAER ET AL. 2001, HARNISCH ET AL. 2007, SALAM 2002).

Lipome scheinen sich metabolisch von normalen Fettzellen zu unterscheiden, da das Fett von Lipomen im Gegensatz zu normalem Fettgewebe nicht zur Energieproduktion während einer Hungerphase verwendet wird (SAKAI ET AL. 2006). Das bedeutet, dass durch Hungern keine Abnahme des Tumorumfanges erzielt wird (NEWLAND 1998).

Zwei Untersuchungen deuten an, dass die Zunge aufgrund der engen Lagebeziehung zwischen Fettgewebe und Muskelschicht für infiltrierende (intramuskuläre) Lipome eine Prädispositionsstelle darstellen könnte (EPIVATIANOS ET AL. 2000, FREGNANI ET AL. 2003). Zusätzlich könnte es sein, dass dieser Subtyp von Lipomen eine höhere Rezidivrate aufweist (EPIVATIANOS ET AL. 2000). Dies sind jedoch eher Spekulationen, denn in der Literatur ist man sich nicht einig, ob dieser Subtyp intraoral überhaupt existiert oder ob die bisher in der Literatur beschriebenen intramuskulären Lipome simple Lipome mit eingeschlossenen Muskelfasern sind, da sie zufälligerweise in unmittelbarer Nähe zu Muskelgewebe auftraten (FREGNANI ET AL. 2003). In diesem Fall handelte es sich um ein Fibrolipom, welches allseitig von einer schmalen bindegewebigen Kapsel umgeben war. Dieser Subtyp der Fibrolipome stellt einen der häufigeren Lipomtypen im Mundbereich dar (FREGNANI ET AL. 2003, GREER & RICHARDSON 1973, RAPIDIS 1982).

Fazit

Lipome im Mundbereich sind gutartige und normalerweise langsam wachsende Neoplasien. Sie wachsen in der Regel asymptomatisch. Wichtig ist, dass nach der vollständigen Entfernung bzw. nach einer Biopsie eine histopathologische Untersuchung durchgeführt wird, um die anfängliche klinische Verdachtsdiagnose zu bestätigen. Die Rezidivrate ist sehr gering.

Abstract

BASSETTI R, TOMASETTI P, KUTTENBERGER J: **Intra-oral lipoma at the base of the tongue: Overview and case report** (in German). SWISS DENTAL JOURNAL SSO 125: 729–733 (2015)

Lipomas represent a relatively rare finding in the oral cavity. They are classed with soft tissue mesenchymal neoplasms, are benign and normally show a painless slow-growing character. Important is the differential diagnosis toward the liposarcomas, which represent a malignant version of adipose neoplasia and as well show a painless slow-growing character. Therefore, in case of clinical suspicion of a lipoma, a histopathological examination of the excisional biopsy has to be exercised in order to confirm the clinical diagnosis. The aim of the present case report is to present the step-by-step procedure of a lipoma excision at the base of the tongue and to give an overview of the literature.

Literatur

- ANGERVALL L, DAHL I, KINDBLOM L G, SAVE S: Spindle cell lipoma. *Acta Pathol Microbiol Scand A* 84: 477–487 (1976)
- BAER W, SCHALLER P, RUF S: [Coincidence of lipoma and liposarcoma of the right hand in an 84-year-old patient: A case report]. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 33: 321–325 (2001)
- BATAINEH A B, MANSOUR M J, ABALKHAIL A: Oral infiltrating lipomas. *Br J Oral Maxillofac Surg* 34: 520–523 (1996)
- BORK K, BURGDORF W, HOEDE N: Mundscheidhaut- und Lippenkrankheiten. Schattauer GmbH, Stuttgart (2008)
- COTTRILL D A, NORRIS L H, DOKU H C: Orofacial lipomas diagnosed by CT and MRI. *J Am Dent Assoc* 124: 110–115 (1993)
- DE VISSCHER J G: Lipomas and fibrolipomas of the oral cavity. *J Maxillofac Surg* 10: 177–181 (1982)
- EPIVATIANOS A, MARKOPOULOS A K, PAPANAYOTOU P: Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: A clinicopathologic study of 13 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 58: 1113–1117 (2000)
- FREGNANI E R, PIRES F R, FALZONI R, LOPES M A, VARGAS P A: Lipomas of the oral cavity: Clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 32: 49–53 (2003)
- FUJIMURA N, ENOMOTO S: Lipoma of the tongue with cartilaginous change: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 50: 1015–1017 (1992)
- FURLONG M A, FANBURG-SMITH J C, CHILDERS E L: Lipoma of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 98: 441–450 (2004)
- FUSETTI M, SILVAGNI L, EIBENSTEIN A, CHITI-BATELLI S, HUECK S, FUSETTI M: Myxoid liposarcoma of the oral cavity: Case report and review of the literature. *Acta Otolaryngol* 121: 759–762 (2001)
- GARAVAGLIA J, GNEPP D R: Intramuscular (infiltrating) lipoma of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 63: 348–350 (1987)
- GHANDOUR K, ISSA M: Lipoma of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 73: 59–60 (1992)
- GRAY A R, BARKER G R: Sublingual lipoma: Report of an unusually large lesion. *J Oral Maxillofac Surg* 49: 747–750 (1991)
- GREER R O, RICHARDSON J F: The nature of lipomas and their significance in the oral cavity. A review and report of cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 36: 551–557 (1973)
- HARNISCH H, ALTERMATT H J, BORNSTEIN M M: [Intra-oral lipoma in the region of the mental nerve – report of a case and review of the literature]. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 117: 372–386 (2007)
- HATZIOIOTIS J C: Lipoma of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 31: 511–524 (1971)
- KUMARASWAMY S, MADAN N, KEERTHI R, SHAKTI S: Lipomas of oral cavity: Case reports with review of literature. *J Maxillofac Oral Surg* 8: 394–397 (2009)
- LISCHNER S, ROSIEN F, EILING S, HAACKE T C, HAUSCHILD A: Das Lipom der Lippe. Eine seltene Differenzialdiagnose. *Hautarzt* 53: 400–402 (2002)
- MALAVE D A, ZICCARDI V B, GRECO R, PATTERSON G T: Lipoma of the parotid gland: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 52: 408–411 (1994)
- NEWLAND J R: Differential diagnosis in dentistry. *Oral lipoma*. *J Gt Houst Dent Soc* 69: 3 (1998)
- PELISSIER A, SAWAF M H, SHABANA A H: Infiltrating (intramuscular) benign lipoma of the head and neck. *J Oral Maxillofac Surg* 49: 1231–1236 (1991)
- PINDBORG J J: Atlas der Mundscheidhautrekrankungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, pp 108 (1987)
- RAPIDIS A D: Lipoma of the oral cavity. *Int J Oral Surg* 11: 30–35 (1982)
- ROUX M: On exostosis: There character. *Am J Dent Sc* 9: 133–134 (1848)
- SAID-AL-NAIEF N, ZAHURULLAH F R, SCIUBBA J J: Oral spindle cell lipoma. *Ann Diagn Pathol* 5: 207–215 (2001)
- SAKAI T, IIDA S, KISHINO M, OKURA M, KOGO M: Sialolipoma of the hard palate. *J Oral Pathol Med* 35: 376–378 (2006)
- SALAM G A: Lipoma excision. *Am Fam Physician* 65: 901–904 (2002)
- SELDIN H M, SELDIN S D, RAKOWER W, JARRETT W J: Lipomas of the oral cavity: Report of 26 cases. *J Oral Surg* 25: 270–274 (1967)