

Tłuszczakowość

Lipomatosis

Aleksandra Iljin, Julia Kruk-Jeromin

Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Julia Kruk-Jeromin

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 1: 74–78

Streszczenie

Wprowadzenie: Tłuszczakowość jest nadmierną akumulacją tkanki tłuszczowej, głównie na kończynach, tułowiu i pośladkach, czasem współistnieje z tłuszczakami narządowymi. W etiopatogenezie poza zmianami patologicznymi brunatnej tkanki tłuszczowej, zaburzeniami lipidowymi i czynnikami dziedzicznymi podkreśla się wpływ alkoholizmu, schorzeń układu nerwowego i chorób metabolicznych. Chirurgiczne leczenie obejmuje wycięcie zmian, jednoczesne odsysanie i wycięcie tkanki tłuszczowej, a także izolowane liposukcje bądź lipolizy, niekiedy w skojarzeniu z odpowiednią dietą i terapią farmakologiczną.

Materiał i metody: W Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 1999–2008 leczono 6 osób z obecnością mnogich tłuszczaków powłok. W pracy przedstawiono: analizę etiopatogenezy zmian, współistnienie innych zaburzeń oraz metody chirurgicznego leczenia guzów.

Wyniki: Wczesne i odległe wyniki pooperacyjne u chorych były dobre.

Wnioski: W badanej grupie nie potwierdzono udziału czynników etiopatogenetycznych czy współistnienia podobnych zmian narządowych.

Słowa kluczowe: tłuszczaki mnogie, tłuszczakowość, leczenie chirurgiczne.

Abstract

Introduction: Lipomatosis is the excessive accumulation of subcutaneous adipose tissue mostly on the extremities, trunk and buttocks, and sometimes it coexists with systemic lipomas. Aetiopathogenetic theories include defect of brown adipose tissue, alterations in lipid metabolism, and hereditary factors, but alcoholism, neuropathies, and metabolic disorders have also been also underlined. Treatments of choice are excisional surgery, liposuction, and lipectomy, or lipolysis sometimes together with a reducing diet, and pharmacological therapy.

Material and methods: There were 6 patients who underwent surgical treatment for multiple lipomas at the Department of Plastic Surgery, Medical University of Łódź in the years 1999-2008. We analysed aetiopathogenesis of the lipomatosis, coexistence of other anomalies, and methods of surgical management of the tumours.

Results: Postoperative results in patients of the studied group were good.

Conclusions: We confirmed neither the influence of aetiopathogenetic factors nor the coexistence of similar systemic disorders.

Key words: multiple lipomas, lipomatosis, surgical treatment.

Wprowadzenie

Tłuszczakowość odnoszącą się do nadmiernego gromadzenia tkanki tłuszczowej w miejscach nietypowych lub w postaci mnogich guzów potwierdzono u 7% osób z obecnością dużych tłuszczaków. Łagodne guzy rozwijają się w tkance podskórnej relatywnie symetrycznie w obrębie tułowia, kończyn górnych i ud, rzadziej pośladków,

podudzi, karku, twarzy, skalpu czy okolicy przedmostkowej [1]. Najczęściej są zmianami bezobjawowymi, tylko w przypadkach naczynekotłuszczaków i w chorobie Dercuma (z lokalizacją na kończynach górnych i dolnych oraz w ścianie żołądka) odznaczają się bolesnością [2].

Tłuszczakowość w 80% występuje u mężczyzn, przede wszystkim w 4. dekadzie życia, często w skojarzeniu z: alkoholizmem, neuropatią, chorobami metabolicz-

Adres do korespondencji: dr n. med. Aleksandra Iljin, Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź, tel. +48 42 677 67 42, faks +48 42 677 67 49, e-mail: oiljin@poczta.onet.pl

nymi (w tym cukrzycą), zapalnymi stawów, układu krążenia, endokrynologicznymi, kiłą i gruźlicą, rzadziej z chorobami zakaźnymi wywołanymi przez pierwotniaki [1, 3, 4].

Chorobę Madelunga (tłuszczakowatość szyi, karku, obręczy barkowej i miedniczej), obecność mnogich tłuszczaków powłok i tłuszczakowatego przerostu języka często stwierdza się u alkoholików [5, 6]. Opisano także nieliczne przypadki współistnienia tłuszczakowatości z przerostem tkanki tłuszczowej w przegrodzie międzyprzedsionkowej serca, w tym jednego chorego z dodatkowo potwierdzoną ginekomastią i dyslipidemią [7, 8]. Tłuszczakowatość powłok może być również skojarzona z obecnością tłuszczaków mózdzku lub anomalią w postaci nadopuszkowych odpryskowiaków [9, 10].

Etiopatogeneza tłuszczakowatości nadal pozostaje niewyjaśniona. Według wielu autorów niekwestionowanymi czynnikami są dziedziczenie o typie autosomalnym, najczęściej dominującym, oraz predyspozycja mężczyzn do jej wystąpienia. Nie potwierdzono natomiast udziału czynników neurogennych i urazów mechanicznych [1, 11].

W leczeniu chirurgicznym mnogich tłuszczaków poza ich wycięciem stosuje się jednocześnie liposukcje i wycięcie nadmiaru tkanki tłuszczowej [12, 13].

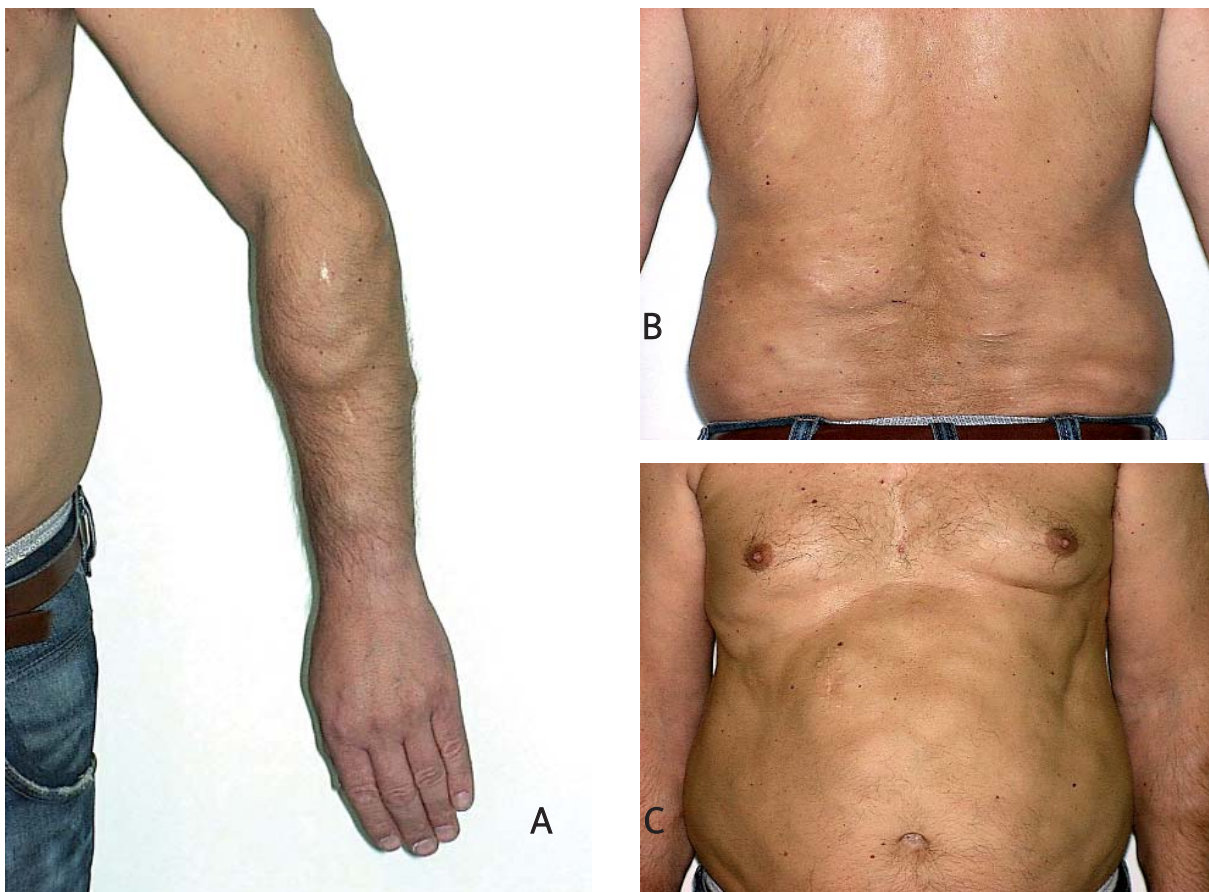
Cel

Celem pracy była analiza informacji dotyczących przyczyn powstania tłuszczakowatości u chorych, zaburzeń towarzyszących i sposobów chirurgicznego leczenia.

Materiał i metody oraz wyniki

W Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 1999–2008 leczono 6 osób z tłuszczakowatością powłok. W badanej grupie chorych leczono 2 kobiety i 4 mężczyzn w wieku 29–58 lat. U jednej chorej stwierdzono dodatkowo słoniowaciznę kończyn dolnych, astmę oskrzelową i nadciśnienie tętnicze. U wszystkich pacjentów wykluczono współistnienie alkoholizmu, neuropatii, dyslipidemii, cukrzycy oraz chorób zapalnych stawów, układu krążenia, endokrynologicznych i zakaźnych. Nie potwierdzono także obecności tłuszczaków narządowych czy rodzinnego występowania tłuszczakowatości.

Obecność mnogich, różnokształtnych guzów o średnicy 1–6 cm umiejscowionych w tkance podskórnej stwierdzano w obrębie: kończyn górnych lub dolnych, klatki piersiowej i brzucha (ryc. 1.). Wszystkich chorych poddano



Ryc. 1. Mnogie tłuszczaki kończyn górnych (A), pleców (B) i brzucha (C) u chorego z tłuszczakowatością

operacjom (1–12), w czasie których wycięto 1–30 guzów z typowym zamknięciem ubytków szwami warstwowymi (tab. 1).

Gojenie ran pooperacyjnych przebiegało prawidłowo. W badaniu kontrolnym nie wykazano nawrotów guzów

w okolicach operowanych. Wyniki estetyczne i czynnościowe były dobre (ryc. 2.). Zmiany histopatologiczne dwóch zmian (okolicy przedramienia i nadgarstka) odpowiadały naczyniakom tłuszczakom, a pozostałych – tłuszczakom (ryc. 3.).

Tab. 1. Zestawienie danych o lokalizacji zmian i chirurgicznym leczeniu chorych z tłuszczakowatością

Lp.	Płeć		Wiek [lata]	Zajęta okolica ciała						Liczba dotychczas wyciętych guzów													
	M	K		kończyna dolna	kończyna górna	klatka piersiowa	plecy	brzuch	udo	podudzie	ramię	przedramię	nadbrzusze	okolica podżebrowa	okolica podłopatkowa	okolica łędźwiowa							
1		+	52	+				+	2														
																		1					
									3														
																	2						
									3														
																						1	2
									3														
									2									1			1		
									2														
									6									1					
2		+	58	+	+		+										2						
																		1					
																		4					
3	+		48	+			+										5						
																			6				
																			3				
4	+		29	+	+	+										3							
5	+		54		+												1	2					
6	+		42	+			+										1	3					
																					1		
razem	4	2	śr. 47,2	2	5	2	1	5	22	3	1	21	6	4	1	4							



Ryc. 2. Chora w przebiegu tłuszczakowatości z obecnością tłuszczaka uda – przed leczeniem (A) i po operacji (B)

Omówienie wyników

Zagadnienie tłuszczakowatości po raz pierwszy opisał Benjamin Brodie w 1846 r. [14]. Biasi podaje, że mnogie tłuszczaki występują z częstością 1 : 25 tys., 30-krotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet, i zwykle rozwijają się między 20. a 50. rokiem życia [15].

Zmiany te może cechować różnorodność postaci pod względem ich lokalizacji (symetrycznej lipomatozy, choroby Madelunga lub Dercuma, a także lipomatozy tylko dolnej części ciała), współistnienia tłuszczaków w obrębie układów – nerwowego lub sercowo-naczyniowego – lub takich narządów, jak język czy żołądek [16, 17].

Wśród hipotez dotyczących etiopatogenezy uwzględnia się mitochondrialną cytopatię brunatnej tkanki tłuszczowej i zaburzenia w metabolizmie lipidów. Autorzy podkreślają także udział alkoholizmu, neuropatii i chorób metabolicznych jako czynników prognozujących rozwój choroby.

U 90% osób z tłuszczakowatością w przypadkach potwierdzonego alkoholizmu i towarzyszącej neuropatii śmiertelność sięga 25,8%. Prawdopodobnie alkohol ułatwia ekspresję powyższego defektu molekularnego [15, 18, 19].

W rodzinnej mnogiej tłuszczakowatości, obok najczęściej potwierdzonej autosomalnej dominującej transmisji, znane są również rzadziej występujące przypadki recesywnego typu dziedziczenia [19, 20]. Wśród chorych z grupy badanej nie stwierdzono występowania alkoholizmu, neuropatii bądź schorzeń metabolicznych. Nie odnotowano tłuszczaków innych narządów oraz rodzinnego występowania guzów. Autorzy niniejszej pracy tłumaczą to małą liczbą chorych.

Chociaż chirurgiczne leczenie tłuszczaków jest jedynie objawowe, to obecność mnogich zmian często wymaga wielu zabiegów resekcyjnych. W niektórych przypadkach tłuszczakowatości zaleca się wykonywanie rozległej lipektomii skojarzonej z liposukcją lub izolowanej liposukcji [21–24]. W piśmiennictwie potwierdzono skuteczność klasycznej liposukcji u osób z dziedziczną lipomatozą miednicy i kończyn dolnych [17]. Al-basti podkreśla znaczenie liposukcji z jednoczesnym wyłuszczeniem torebki guzów drogą tego samego cięcia chirurgicznego, co pozwala na dokładniejszą analizę histopatologiczną zmian oraz eliminację ryzyka ich nawrotów w odstępie kilku lat od wykonanego zabiegu [25]. Poza tradycyjną liposukcją mniej inwazyjną i nową metodą leczenia mnogich tłuszczaków okazuje się lipoliza połączona z podawaniem do zmian fosfatydylocholino. Pozwala ona zmniejszyć masę guza blisko o połowę, a także w porównaniu z tradycyjną liposukcją zapewnia lepsze wyniki estetyczne. Podkreśla się jednak, że dopiero wieloletnie obserwacje mogą wykazać nawrót zmian [26].

O usunięciu większości guzów, z uwagi na ich bezobjawowy przebieg, decydują głównie względy estetyczne, rzadziej konieczność operacji jest podyktowana znacznym rozmiarem guza lub dolegliwościami bólowymi ob-



Ryc. 3. Naczyniakotłuszczak przedramienia u chorej z tłuszczakowatością

serwowanymi w przypadkach naczyniakotłuszczaków albo zaburzeniami w połykaniu i oddychaniu występującymi u osób z chorobą Madelunga [1, 27]. W czasie leczenia tłuszczakowatości powłok u poszczególnych chorych z badanej grupy wykonano nawet do 12 operacji, a ich dalsze leczenie wymaga kolejnych resekcji zmian. Wskazaniem do operacji u 2 osób były dolegliwości bólowe w okolicy guzów (przedramienia lub nadgarstka) i w obu tych przypadkach zmiany histopatologiczne odpowiadały naczyniakotłuszczakowi.

Wyniki badania własnego potwierdzają spostrzeżenia większości autorów dotyczące radykalności resekowanych guzów [25]. Wśród operowanych przez autorów chorych nie stwierdzono nawrotów w okolicy wycięcia guza. Część autorów podkreśla jednak, że leczenie chirurgiczne tłuszczaków jest obarczone nawrotami zmian, nawet w krótkim czasie po ich usunięciu [28].

Poza leczeniem chirurgicznym zaleca się metody zachowawczego leczenia, takie jak: zmniejszenie masy ciała, terapia kortykoidami i dożylnie podawanie lidokainy [16].

Wnioski

Wskazaniem do chirurgicznego leczenia mnogich tłuszczaków w tłuszczakowatości są względy estetyczne, zaburzenia czynnościowe lub dolegliwości w okolicy guzów. Satysfakcjonujące wyniki operacyjnego leczenia tłuszczakowatości, w tym zmniejszenie ryzyka jej nawrotów, zapewniają metody radykalnego usunięcia zmian.

Piśmiennictwo

- Osment LS. Cutaneous lipomas and lipomatosis. Surg Gynecol Obstet 1968; 127: 129-32.
- Lange U, Oelzner P, Uhlemann C. Dercum's disease (Lipomatosis dolorosa): successful therapy with pregabalin and manual lymphatic drainage and current overview. Rheumatol Int 2008; 29: 17-22.

3. Zuber M, Pittasch D. Benign symmetric lipomatosis (Launois-Bensaude syndrome). A rare cause of muscular weakness. *Eur J Med Res* 2006; 11: 174-7.
4. Dąbrowska A, Tarnowska C, Jałowiński R, et al. Multiple symmetric lipomatosis In the otolaryngology as diagnostics and therapeutic problem. *Otolaryngol Pol* 2005; 59: 717-22.
5. Zubelewicz-Szkodzińska B, Danikiewicz A, Pietka-Rzycka A i wsp. Madelung disease – case report. *Pol Arch Med Wewn* 2006; 115: 144-7.
6. Ghislain PD, Garzitto A, Legout L, et al. Symmetrical benign lipomatosis of the tongue and Launois-Bensaude lipomatosis. *Ann Dermatol Venereol* 1999; 126: 147-9.
7. Takayama S, Sukekawa H, Arimoto T, et al. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum with cutaneous lipomatosis. *Circ J* 2007; 71: 986-9.
8. Vaughan CJ, Weremowicz S, Goldstein MM, et al. A t(2;19)(p13;p13.2) in a giant invasive cardiac lipoma from a patient with multiple lipomatosis. *Genes Chromosomes Cancer* 2000; 28: 133-7.
9. Valladeres MJ, Bianco MJ, Lopez-Lopez F, Gonzalez F. Bilateral ocular involvement in encephalocraniocutaneous lipomatosis. *Eur J Paediatr Neurol* 2007; 11: 108-10.
10. Louvet S, Léauté-Labreze C, Labbé L, et al. Encephalocraniocutaneous lipomatosis. *Ann Dermatol Venereol* 1997; 124: 549-51.
11. Mohar N. Familial multiple lipomatosis. *Acta Derm Venereol* 1980; 60: 509-13.
12. Toy BR. Familial multiple lipomatosis. *Dermatol Online J* 2003; 9: 9.
13. Mayor M, Arillo A, Tiberio G. Multiple symmetric lipomatosis: a case report. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29: 433-7.
14. Martínez-Escribano JA, Gonzalez R, Quecedo E, Febrer I. Efficacy of lipectomy and liposuction in the treatment of multiple symmetric lipomatosis. *Int J Dermatol* 1999; 38: 551-4.
15. Biasi D, Caramaschi P, Carletto A, et al. Symmetric multiple lipomatosis with Charcot's joint and neuropathic ulcer. Description of a clinical case. *Minerva Med* 1993; 84: 135-9.
16. Haddad D, Athmani B, Costa A, Cartier S. Dercum's disease: a severe complication in a rare disease. A case report. *Ann Chir Plast Esthet* 2005; 50: 247-50.
17. El-Khatib HA. Unusual distribution of the lower body fatty tissue: classification, treatment, and differential diagnosis. *Ann Plast Surg* 2008; 61: 2-8.
18. Zeitler H, Ulrich-Merzenich G, Richter DF, et al. Multiple benign symmetric lipomatosis – a differential diagnosis of obesity. Is there a rationale for fibrate treatment? *Obes Surg* 2008; 18: 1354-6.
19. Muñoz-Fernandez C, Aladro Y, Conde MA, et al. Multiple symmetrical lipomatosis with familial polineuropathy. *Rev Neurol* 2001; 32: 1107-11.
20. Keskin D, Ezirmik N, Celik H. Familial multiple lipomatosis. *Isr Med Assoc J* 2002; 4: 1121-3.
21. Pinski KS, Roenigk HH Jr. Liposuction of lipomas. *Dermatol Clin* 1990; 8: 483-92.
22. Constantinidis J, Steinhart H, Zenk J, et al. Combined surgical lipectomy and liposuction in the treatment of benign symmetrical lipomatosis of the head and neck. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2003; 37: 90-6.
23. Pandžić Jaksčić V, Stoos Veić T. Multiple symmetric lipomatosis type 2 in females – report of two cases. *Acta Dermatovenerol Croat* 2008; 16: 31-4.
24. Abbasi NR, Brownell I, Fangman W. Familial multiple angioliipomatosis. *Dermatol Online J* 2007; 13: 3.
25. Al-basti HA, El-Khatib HA. The use of suction-assisted surgical extraction of moderate and large lipomas: long-term follow up. *Aesthetic Plast Surg* 2002; 26: 114-7.
26. Bechara FG, Sand M, Sand D, et al. Lipolysis of lipomas in patients with familial multiple lipomatosis: an ultrasonography-controlled trial. *J Cutan Med Surg* 2006; 10: 155-9.
27. Lopez-Ceres A, Aquilar-Lizarralde Y, Villalobos Sanchez A, et al. Benign symmetric lipomatosis of the tongue in Madelung's disease. *J Craniomaxillofac Surg* 2006; 34: 489-93.
28. Goshtasby P, Brooks G, Fielding LP. Lipomatous disorder of the peri-trochaneric soft tissue: case report and review. *Curr Surg* 2006; 63: 338-44.