

Transvers kolonda yerleşmiş dev submukozal lipom olgusu eşliğinde literatür taraması

Gökhan ŞENYÜREK (*), S. Savaş YÜRÜKER (**), Bülent KOCA (***), İlhan KARABIÇAK (****), Necati ÖZEN (*****)

ÖZET

Lipomlar kolonda çok nadir görülmekle birlikte, kolonun ikinci sıklıkta karşılaşılan benign tümörleridir. Neden oldukları semptomlar, yerleşim yerleri ve yapısal özellikleri nedeniyle çok sık olarak kolon maligniteleri ile karışırlar. Bu benzerlik zaman zaman gereksiz ölçüde geniş cerrahi tedavi uygulamalarına zemin hazırlar. Amacımız kliniğimizde tanı koyduğumuz ve tedavi ettiğimiz olgumuz eşliğinde kolon lipomlarının karakteristik özelliklerini ortaya koymak, tanı ve tedavi seçeneklerini literatür eşliğinde irdelemektir.

Anahtar kelimeler: Lipom, kolon, tanı, tedavi

SUMMARY

Giant submucosal lipoma located in the transverse colon and relevant literature survey

Lipomas are very uncommon in the colon however the second most commonly encountered benign tumors of the colon. The symptoms they cause, because of their locations and structural features, they are very often mixed with malignancies of the colon. This similarity sometimes predisposes to unnecessary applications, of invasive surgical treatments. Our aim is reveal characteristic features of colonic lipomas which we diagnosed, and treated in our clinic and analyze diagnostic tools, and treatment modalities in the light of the literature.

Key words: Lipoma, colon, diagnosis, treatment

OLGU

Seksen üç yaşında erkek hasta iki hafta önce başlayan kolik tarzında karın ağrısı, distansiyon yakınlığıyla kliniğimize başvurdu. Öyküsünden son üç ayda altı kilo kaybettiği ve iki yıldır zaman zaman kabız olduğu anlaşıldı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Yapılan muayenede karın hafif distandü idi. Patolojik dinleme bulgusu saptanmadı. Palpasyonda karın üst kadrantlarda daha fazla olmak üzere hassasiyet olduğu görüldü. Rebound ve defans yoktu. Rektal tuşede normal özellikte gaita bulaşı olduğu, ele gelen kitle olmadığı görüldü. Yapılan kan sayımı ve biyokimyasal testlerde özellik yoktu. Çekilen ayakta direkt karın grafisinde artmış kolonik gaz gölgeleri görülmekle birlikte hava-sıvı seviyesi yoktu. Yapılan karın ultrasonu, “Karın üst orta hatta yaklaşık 8 cm’lik bağırsak segmentinde

diffüz 14 mm’lik duvar kalınlaşması izlendi. Kolon kanseri açısından karın tomografisi ile değerlendirilmesi önerilir.” şeklinde raporlandı. İv/oral kontrastlı bilgisayarlı tomografide (BT) transvers kolonda yaklaşık 9 cm’lik segmentte lümen daralmaya neden olan duvar kalınlaşması (28 mm) olduğu, kolon tümörü ve lenfoma düşünülebileceği rapor edildi. Lezyon komşuluğundaki perimezenterik yağ planlarında silinme ve diğer karın içi organlarda patoloji yoktu (Resim 1). Ardışık olarak üç kez yapılan gaitada testinde gaitada gizli kan saptanmadı. CEA 2.21 ng/ml, CA 19-9 32.6 U/ml olmak üzere normal sınırlarda idi. Kolonoskopide transvers kolon orta kısmında yaklaşık 9 cm’lik lümen daralmaya neden olan düzgün konturlu ve hiperemik kolon mukozası ile kaplı kitle saptadı (Resim 2). Kitleden alınan biyopsi sonucu inflame kolon mukozası olarak raporlandı. Hasta elektif şartlarda ameliyat

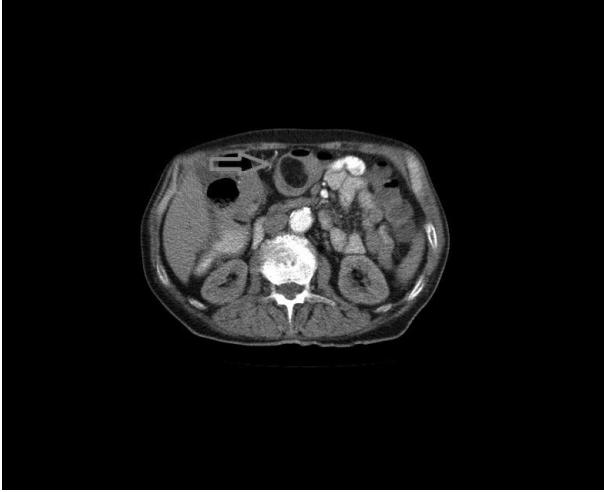
Bu olgu XVI. Annual Meeting of European Society of Surgery 2012 (ESS 2012)’de yazılı bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş tarihi: 16.01.2013

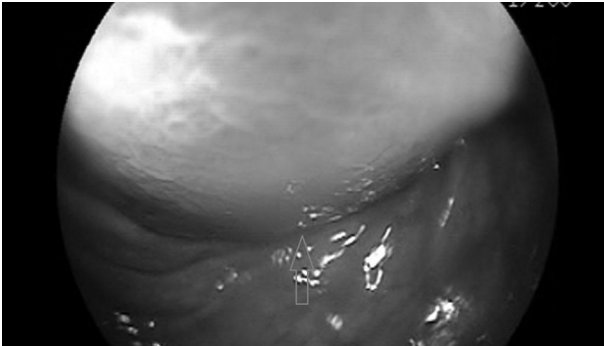
Kabul tarihi: 27.06.2013

Kent Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Op. Dr.*; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.**; Korgan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Op. Dr.***; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doç. Dr.****; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr.*****

edildi. Göbek üstü medyan insizyonla karına girildi. Transvers kolon orta kısmında 9-10 cm'lik ansta komşu doku ve organlarla ilişkisi olmayan kolon lümenine doğru uzanım gösteren polipoid kitlesel lezyon saptandı. Kitlenin olduğu kolon ansına re-



Resim 1. Transvers kolondaki lipomun tomografideki görüntüsü.



Resim 2. Kolonoskopideki lipomun görüntüsü.



Resim 3. Ameliyatta çıkarılan bağırsak ansında lipomun görüntüsü.

zeksiyon ve anastomoz uygulandı. Çıkarılan kolon ansı açıldığında makroskopik olarak yağ dokusu içerdiği görülen 5x4.5 cm boyutunda polip olduğu saptandı (Resim 3). Patolojik inceleme sonucunda submukozal yerleşimli, matür yağ dokusundan oluşan lipom tanısı konuldu. Hasta postoperatif 8. gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kolonik lipomlar % 90 oranında submukozadaki adipöz dokudan köken alan, nonepitelyal ve kolonda adenomdan sonra ikinci sıklıkta saptanan benign lezyonlardır ⁽¹⁾. Görülme sıklığının % 0.2-4.4 olduğu bildirilmiştir ⁽²⁾. Kadın ve erkek cinsiyette yakın oranlarda görülmekteyken, beş ve altıncı dekattan sonra görülme sıklığında artış olmaktadır ⁽³⁾. Kolon lipomları sıklığına göre sırasıyla çekum-çıkan kolon, rektum, sigmoid kolon ve inen kolonda görülmektedir ⁽⁴⁾.

Genellikle asemptomatik olduklarından yapılan laparatomilerde ve kolonoskopilerde rastlantısal olarak tanı konulmaktadır ⁽⁵⁻⁶⁾. 2 cm'den büyük lipomların semptomatik oldukları düşünülmektedir. Yaşlılarda saptanan lipomlar gençlere oranla daha büyük olduğundan semptomatik hasta grubu yaşlılardır. Semptomlar karın ağrısı, kanama en sık olmak üzere, anemi, mide bulantısı, kilo kaybı, diyare ve kabızlıktır ⁽⁷⁾. Ayrıca kolonik lipomlar obstrüksiyon ve invajinasyon oluşturarak akut karına neden olabilirler ⁽⁸⁾. Lipomun boyutu arttıkça kolon mukozasında ülser, nekroz dolayısıyla kanama ve anemi görülme olasılığı da artmaktadır.

Kolon lipomlarının tanısında kontrastlı kolon grafisi, BT, kolonoskopi, endoskopik ultrasonografi kullanılabilir. Kontrastlı grafilerde düzgün sınırlı radyolüsent dolma defekt görülebilir ⁽⁹⁾. BT noninvazif olması yanında lipomların en sık karıştığı kolon malignitelerini dışlamakta ve tüm karın içi organları değerlendirmekte kullanılabilir. Lipomlar BT'de keskin sınırlı, yuvarlak lezyonlar şeklinde görülürken, yağ dokusunun kendine özgü dansitesi ölçülebilir ⁽¹⁰⁾. Kolonoskopi lezyonun göz-

le gürülmesine ve histopatolojik değerlendirme için biyopsi alınmasına olanak sağlar. Kolonoskopide lezyonun olduğu bölgede ülser, nekroz görülebilirken, biyopsi sırasında lezyondan yağ sızıntısı da görülebilir ⁽¹¹⁾. Kolon lipomları submukozal yerleşimli olduğundan biyopsi sonucunda tanı konulabilmesi için biyopsinin olabildiğince derin yapılmasına özen gösterilmelidir. Endoskopik ultrasonda lipomun submukozal yerleşimi net olarak ortaya konulabilir ve lezyon hiperekojen olarak tanımlanır ⁽¹²⁾. Küçük lipomların teşhisinde anjiografinin kullanılabileceği bildirilmiştir ⁽⁵⁾.

Kolon lipomlarının tedavisinde kolotomi ile enüklasyon, tutulan ansın rezeksiyonu ve polipoid lezyonlarda kolonoskopik polipektomi uygulanabilir. Lipomun boyut ve yerleşim özellikleri ile hastanın klinik tablosuna göre doğru seçildiğinde tüm bu yöntemler güvenle kullanılabilir. İki cm'den büyük ve polipoid olmayan lipomların artmış perforasyon riski nedeniyle endoskopik olarak çıkartılması önerilmemektedir ⁽¹³⁾. Cerrahi tedavi sonrasında genellikle nüks görülmez.

Sayıdığımız tüm semptomlar kolon malignitelerinde de görülen semptomlardır. Ayrıca kolon lipomları ile malignitelerinin radyolojik ve endoskopik özellikleri de birbirine benzerdir. Bu nedenle hastaların bir kısmı kolon kanseri ön tanısıyla ameliyata alınmakta hemikolektomi gibi geniş rezeksiyonlar yapılmaktadır. Kolon lipomlarının klinik, radyolojik ve endoskopik özelliklerini çok iyi bilerek preoperatif dönemde kolon kanserinden ayırımı yapmak olasıdır.

KAYNAKLAR

1. **Cirino E, Cali V, Basile G, Muscari C, Caragliano P, Pettino A.** Intestinal invagination caused by colonic lipoma. *Minerva Chir* 1996;51:717-23. PMID:9082238
2. **Vecchio R, Ferrara M, Mosca F, Ignoto A, Latteri F.** Lipomas of the large bowel. *Eur J Surg* 1996;162:915-9. PMID:8956963
3. **Zhang H, Cong JC, Chen CS, Qiao L, Liu EQ.** Submucous colon lipoma: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2005;11:3167-9. PMID:15918213
4. **Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauchs R.** Submucous large-bowel lipomas--presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1999;157:51-5.
5. **Ryan J, Martin JE, Pollock DJ.** Fatty tumours of the large intestine: a clinicopathological review of 13 cases. *Br J Surg* 1989;76:793-6. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800760809> PMID:2670056
6. **Aytaç B, Yerci Ö, Gürel S, Ferik Z.** Colonic Lipomas Mimicking Colon Cancer. *Tjpath* 2010;26:196-9.
7. **Barchetti F, Al Ansari N, De Marco V, Caravani E, Broglia L.** Giant lipoma of descending colon diagnosed at CT: report of a case. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2010;14:573-5. PMID:20712267
8. **Atila K, Terzi C, Obuz F, Yılmaz T, Füzün M.** Symptomatic intestinal lipomas requiring surgical interventions secondary to ileal intussusception and colonic obstruction: report of two cases. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2007;13:227-31. PMID:17978899
9. **Koktener A, Erden A.** Usefulness of virtual colonoscopy in the diagnosis of symptomatic large colonic lipomas. *Australasian Radiology* 2007;51:44-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1673.2007.01798.x> PMID:17875139
10. **Ghidirim G, Mishin I, Gutsu E, Gagauz I, Danch A, Russu S.** Giant submucosal lipoma of the cecum: report of a case and review of literature. *Rom J Gastroenterol* 2005;14:393-6. PMID:16400357
11. **Mnif L, Amouri A, Masmoudi M, Mezghanni A, Gouiaa N, Boudawara T, Tahri N.** Lipome Géant du colon transverse: A propos d'un cas et une revue de la littérature. *La Tunisie Medicale* 2009;87:398-402. PMID:19927786
12. **Katsinelos P, Chatzimavroudis G, Zavos C, et al.** Cecal lipoma with pseudomalignant features: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13:2510-13. PMID:17552037
13. **Jiang L, Jiang LS, Li FY, Ye H, Li N, Cheng NS, Zhou Y.** Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13:5664-7. PMID:17948945