

Gastrik Lipom; Olgu Sunumu

Gastric lipoma; Case report
Genel Cerrahi

Başvuru: 12.06.2018
Kabul: 17.07.2018
Yayın: 01.08.2018

Bartu Badak¹, Necdet Fatih Yaşar¹, Muhammed Kandemir¹

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Gastrik lipomlar yavaş ilerleyen, sıklıkla dispeptik şikayetlere yol açan, midenin iyi huylu tümörleridir. Tüm mide tümörlerinin %1'inden azını oluştururlar. Sıklıkla insidental olarak saptanmaktadır. Bu sunumumuzda dispeptik şikayetlerle servisimize başvuran 52 yaşında erkek gastrik lipom hastasını sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: *lipom, gastrointestinal, mide, benign*

Abstract

Gastric lipomas are benign tumors that progress slowly, often leading to dispeptic complaints. They account for less than 1% of all gastric tumors. They are usually incidentally detected. We aimed to present a 52-year-old male gastric lipoma patient presenting to our service with dispeptic complaints in this case.

Keywords: *lipoma, gastrointestinal, stomach, benign*

Giriş

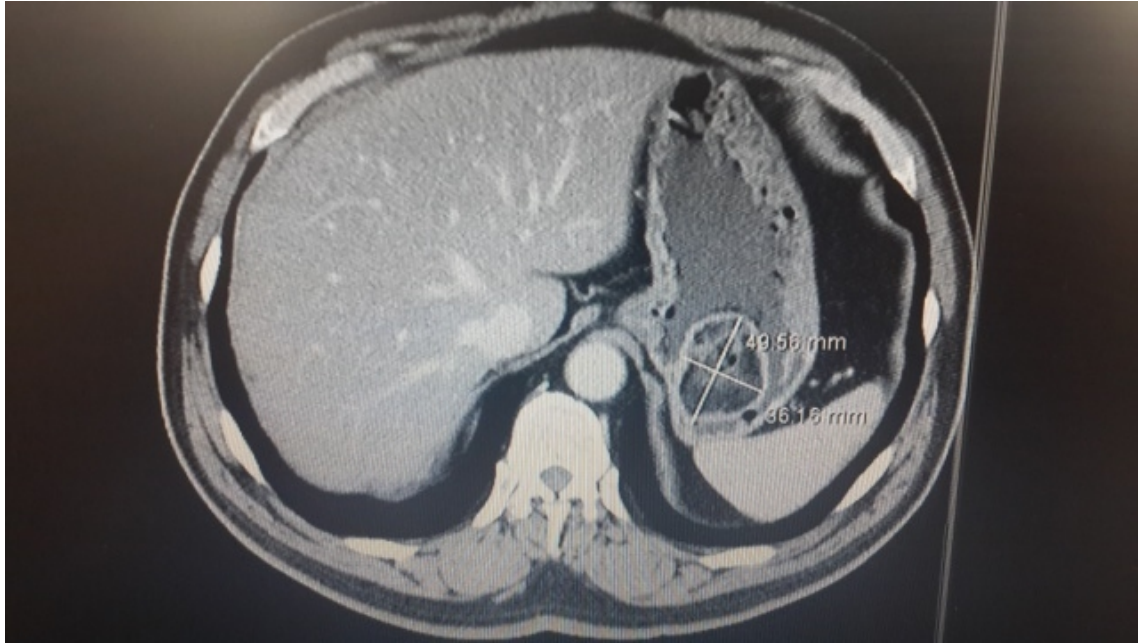
Gastrointestinal lipomlar, benign, genellikle tek ve yavaş büyüme paterni gösteren tümörlerdir ¹. Gastrointestinal lipomların, en sık yerleşim yeri kolondur ve % 4-8 oranında midede görülmektedir ^{2,3}. Mide lipomları, tüm mide benign tümörlerinin % 2-3 'ünü, tüm mide tümörlerinin % 1'inden azını oluşturmaktadır ^{4,5}. Genellikle asemptomattır ve sıklıkla insidental olarak saptanmaktadır.

Olgu Sunumu

Elli iki yaşında erkek hasta dispeptik şikayetlerle kliniğimize başvurdu. Mevcut özgeçmişinde hipertansiyon ve daha öncesinde geçirilmiş serebro vasküler olay (SVO) öyküsü vardı. Soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde aktif patoloji görülmedi. Yapılan laboratuvar tetkikleri sonucu Hb:9.8 gr/dl(13.5-15.5 gr /dl), lökosit: 4500 ul(4300-10300 ul), Plt: 285000 ul(150000-450000 ul), biyokimyasal tetkikler normaldi. Tümör belirteçleri normaldi. Bunlardan; CEA: 1.8 ng/ml(0-3 ng/ml), AFP: 1.76 IU/ ml (0.5-5.8 IU/ml) , CA 19-9: 10.23 U/ml (0-34 IU/ml) idi. Hastaya özefagogastroduodenoskopi yapıldı. Yapılan endoskopisinde özefagus mukoza ve duvar yapısı normal, Z hattı 38.cm'de regüler, diafragmatik kıskaç 38.cm'de, Z hattı - KÖS mesafesi normal, mide kardial, mukoza ve duvarları normal, U manevrasında sfinkterin gastroskopu sarması tam, fundus - korpus ön duvar bileşkesinde kenarları kalkık ortasında derin ülser olan alan mevcut idi. Bu alandan biyopsi alındı.

Antrumda mukoza ve duvarlar normal, pilor santralize ve pilor geçişi normal, bulbus forme, bulbus ve postbulber duodenum mukozası ve duvarları normal olarak görüldü. Hastada ilk planda gastrointestinal stromal tümörü (GİST)?, mide Ca? ön tanıları düşünüldü. Alınan biyopsi sonucu orta şiddette aktive ve kronik gastritis bulguları izlenen korpus antrum geçiş zonuna ait doku parçaları ile yüzeyi ülser aktive kronik iltihabi süreç ve yağ nekrozu ile fibrozis gözlenen yağ dokusu olarak raporlandı. Olguda ikinci tariflenen doku, ülser ve ülser zemininde gelişmiş yağlı değişiklik ya da lipomatöz komponenti bulunan bir mezenkimal tümör ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlandı. Bunun üzerine hastaya torakoabdominopelvik bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Toraks BT 'de sağ akciğer üst lob apekte yaklaşık 4,5 cm çapa ulaşan bül formasyonu izlendi. Bunun

dışında herhangi ek bir patoloji yoktu. Abdomen BT' de mide fundus kesiminde büyük kurvatur komşuluğunda yaklaşık 5x4 cm boyutlarında santrali yağ dansitesinde periferik kontrastlanma gösteren üzerinde ülser alanlar içeren nodüler kitle lezyonu mevcut olduğu ve batında ek olarak bir lezyonun olmadığı görüldü. (Şekil 1)



Şekil 1 : bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Mevcut bulgular sonucunda hastaya midede kitle nedeni cerrahi planlandı. Laparoskopik endostepler kullanılarak, kitle rezeksiyon sınırında tutularak, sleeve gastrektomi şeklinde korpus ve fundusun büyük kurvatur tarafı çıkarıldı. Operasyon sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif patoloji sonucunda tanı; iyi diferansiye lipomatöz neoplazmdı. Submukozal yerleşimli tümörün boyutları: 4.5x3.2x2.2 cm idi. Tümör yüzeyinde ülserasyon ve komşuluğundaki adipositlerde tek tük atipi izlendi ve reaktif olarak yorumlandı. Bu alanlarda ayrıca yağ nekrozu odakları mevcuttu. Cerrahi sınırlar intakttı. Tümör dışı mide mukozalarında hafif kronik gastritis ve submukozada yağ dokuya dönüşüm alanları izlendi. Hp boyası ile h. pylori negatifdi. Olguda bazı adipositlerde çap farkı ve tek tük saçılmış lipoblast gözlemlendi. Bu görünüm nedeni ile atipik lipomatöz neoplazm ve iyi diferansiye liposarkom tanısı açısından da değerlendirildi. Belirgin hiperkromatik adiposit nüveleri, atipik mitoz ve belirgin artmış sellülarite izlenmemiş olması nedeni ile olgu, öncelikle ülsera ait reaktif değişiklikler içeren lipom yönünde yorumlandı.

Tartışma

Lipomlar, benign yumuşak doku tümörleri olup, matür yağ hücrelerinden oluşur ve genellikle fibröz kapsülle çevrelenmiştir. Makroskopik olarak sarımsı yağ dokusundan oluşmaktadır^{6,7}. Lipomlar gastrointestinal sistemde nadir görülür. 1963 yılında yapılan çalışmada, gastrointestinal benign tümör cerrahisi yapılan 4000 hastanın analizinde olguların %4'ü lipom tanısı aldı⁸,ve olgularda tümörün % 64 'ü kolon, %31.2 'si ince barsak, %3.2' mide , % 1.6'sı özefagus yerleşimli olduğu görüldü⁹. Mide lipomları, tüm mide tümörlerinin % 1'inden azını oluşturmaktadır^{7,10}. Gastrik lipomların %90'ı submukozal, % 10 subserozal yerleşimlidir^{4,10}. Gastrik lipomların çoğu antrum (%75) yerleşimlidir¹¹. Genellikle tek olup, nadiren birden fazla olabilir¹².

Mide lipomları sıklıkla asemptomatiktir ve çoğu insidental olarak saptanır. Büyük boyuta ulaşan lipomların tıkanma, invajinasyon ve kanamalara neden olabileceği bildirilmiştir^{13,14}. Kanama en sık görülen semptomdur ve olguların %50'den fazlasında görülmektedir^{1,11,15-17}. Antrum yerleşimli tümörlerde obstrüksiyon, karın ağrısı ve dispeptik şikayetler görülebilmektedir^{10,18,19}.

Endoskopide sarımsı renkte, üzeri normal görünümde mukozayla örtülü, submukozal kabarık lezyonlar olarak görülür. Alınan biyopsiler submukozal tabakaya ulaşamayacağından lezyonu göstermede çoğu zaman yeterli değildir^{1,5,11,19}. Midenin malign lezyonlarının ayırımında, endoskopik ultrasonografi (EUS) ile mükemmel sonuçlar bildirilmektedir. EUS ??? midenin tüm katmanlarını iyi bir şekilde gösterebilmesine ilave olarak submukozal biyopsi alma şansı da sunmaktadır²⁰⁻²⁵. En güvenilir ve en iyi tanı yöntemi BT'dir^{19,20,26}. BT' de homojen, iyi sınırlı, duvar içinde lokalize ve düzgün konturlu, -80 ile -120 Hounsfield units değerlerinde negatif yağ dokusu dansitesi yoğunluğunda kitle imajı alınır^{19,27}.

Asemptomatik ve küçük lipomların tedavisi halen tartışmalıdır²⁸. Bazı kaynaklarda bunların izlenebileceği savunulmuştur^{1,10}. Bazı kaynaklarda takip etmenin zorluğu ve komplikasyon gelişebileceği nedeniyle çıkarılması gerekliliği savunulmuştur^{3,16,19,29}. Üç cm'den küçük submukozada sınırlı lipomların endoskopi ile güvenli ve etkili bir şekilde çıkarılabileceği konusunda genel bir fikir birliği mevcuttur^{21,23,24,30,31}. Daha büyük lezyonlardaki tedavinin ne olacağı konusunda fikir birliği yoktur. Bu konuda deneyim sahibi olanların büyük çoğunluğu; tümör boyutu, nüks ve malign transformasyon açısından gastrektomi ile çıkarılması gerektiğini savunmaktadırlar^{1,16,18}. EUS'nin yaygın kullanılması ve deneyimlerin artması sonucu, üç cm 'den büyük lezyonların da endoskopik yöntemlerle çıkarılabileceğini savunan bazı görüşler bulunmaktadır^{23,24,32-34}. Endoskopik rezeksiyon sonucunda kanama ve perforasyon gelişebileceğinden dolayı cerrahi yapılması gerekliliğini savunan görüşler bildirilmiştir³⁵⁻³⁸.

Bizim olgumuzda da dispepsi şikayeti bulunan hastada tespit edilen lezyon lipom olarak raporlanmıştır. Hastanın ameliyat sonrası rutin kontrolleri şikayet ve klinik olarak normal şekilde seyrini sürdürmektedir.

Referanslar

1. Maderal F, et al. Gastric lipomas: an update of clinical presentation, diagnosis and treatment. Am J Gastroenterol. 1984;79: 964-7.
2. Antes G, Neher M. Lipoma of the stomach. Diagnosis and therapy. Roentgenpraxis. 1995; 48: 252-3.
3. Agha FP, et al. Bleeding lipomas of the upper gastrointestinal tract. A diagnostic challenge. Am Surg. 1985; 51: 279-85.
4. Turkington RW. Gastric lipoma: report of a case and review of the literature. Am J Dig Dis. 1965;10:719-26.
5. Krasniqi AS, et al. Symptomatic subserosal gastric lipoma successfully treated with enucleation. World J Gastroenterol. 2008;14:5930-2.
6. Saltzman JR, Carr-Locke DL, Fink SA. Lipoma case report. MedGenMed. 2005;7:16.
7. Thomson WM, Kende AI, Levy AD. Imaging characteristics of gastric lipomas in 16 adult and pediatric patients. Am J Roentgenol. 2003;181:981-5.
8. Mayo CW, Pagtalunan RJG, Brown DJ. Lipoma of the alimentary tract. Surgery. 1963;53:598-603.
9. Yamane T, Uchiyama K, Furuya T, Ishii T, Omura N, Nakano M, Fukamachi S, Suwa T, Okusa T: A case of lipoma of the stomach prolapsing into the duodenal bulb and causing a duodenal ulcer. Nihon Shokakibyo Gakkai Zassh. 2009; 106:1643-9.
10. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. Arch Surg. 1983; 118(9):1081-3.
11. HJ Done. Llipoma of the stomach. Br Med J. 1961; 1(5220): 183.
12. Regge D, et al. . A case of bleeding gastric lipoma: US, CT and MR findings. Eur Radiol. 1999;9: 256-8.
13. Rajdeep S, Amarpreet BS. Lipoma of the stomach. Indian J Surg. 2004; 66: 177-9.

14. DeWaele B, Gillardin JP, Creve U, Van der Spek P, Vandeginste N, Hubens A, Willems G. Upper gastrointestinal bleeding due to benign tumours of the stomach. *Acta Chir Belg.* 1987; 87: 322-5.
15. Chu AG, Clifton JA. Gastric lipoma presenting as peptic ulcer: case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol.* 1983; 78: 615-8.
16. Hunter F, Fuselier G, Gonzales- Rogue P, Torres O. Gastric lipomas: an update of clinical presentation, diagnosis and treatment. *Am J Gastroenterol.* 1984;79: 964-7.
17. Myint M, Atten MJ, Attar BM, Nadimpalli V. Gastric lipoma with severe hemorrhage. *Am J Gastroenterol.* 1996; 91: 811-2.
18. Johnson DC, DeGennaro VA, Pizzi WF, Nealon TF Jr. Gastric lipomas: A rare cause of massive upper gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 1981; 75: 299-301.
19. Taylor AJ, Stewart ET, Dodds WJ. Gastrointestinal lipomas: A radiologic and pathologic review. *AJR.* 1990; 55: 1205-10.
20. Alberti D, et al. Asymptomatic giant gastric lipoma: what to do? *Am J Gastroenterol.* 1999; 94: 3634-7.
21. Santambrogio R, et al. Laparoscopic ultrasound-guided resection of gastric submucosal tumors. *Surg Endosc.* 2006; 20: 1305-7.
22. Yasuda K, et al. The diagnosis of submucosal tumors of the stomach by endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc.* 1989; 35: 10-5.
23. Caletti G, et al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of gastric submucosal tumor. *Gastrointest Endosc.* 1989; 35: 413-8.
24. Nakamura S, et al. Endoscopic removal of gastric lipoma: Diagnostic value of endoscopic examination. *Am J Gastroenterol.* 1991; 86: 619 -21.
25. Yu HG, et al. A safe and efficient strategy for endoscopic resection of large gastrointestinal lipoma. *Surg Endosc.* 2007; 21: 265-9.
26. Ponsaing LG, Hansen MB. Therapeutic procedures for submucosal tumors in thegastrointestinal tract. *World J Gastroenterol.* 2007; 13: 3316-22.
27. Imoto T, et al. Computed tomography of gastric lipomas. *Gastrointest Radiol.* 1983;8: 129-31.
28. Zak Y, et al. Submucosal resection of giant gastric lipoma. *J Surg Oncol.* 2006; 94: 63-7.
29. Shim CS, Jung IS. Endoscopic removal of submucosal tumors: preprocedure diagnosis, technical options, and results. *Endoscopy.* 2005; 37: 646-54.
30. Winants D, Arnault G. Le lipome gastrique. *J Radiol.* 1989; 70: 633-6.
31. Moues CM, et al. Jejunal intussusception of a gastric lipoma: a review of literature. *Dig Surg.* 2002; 19: 418-20.
32. Sun S, Wang M, Sun S. Use of endoscopic ultrasound guided injection in endoscopic resection of solid submucosal tumors. *Endoscopy.* 2002; 34: 82-5.
33. Araki Y, et al. Endoscopic removal with clipping for colonic lipomas. *Kurume Med J.* 1998; 45: 341-3.
34. Kim CY, et al. Endoscopic removal of large colonic lipomas. *Gastrointest Endosc.* 2002;55: 929-31.
35. Hizawa K, et al. Unroofing technique for the endoscopic resection of a large duodenal lipoma. *Gastrointest Endosc.* 1999; 49: 391-2.
36. Christie JP. The removal of lipomas. *Gastrointest Endosc.* 1990; 36: 532-3.
37. Pfeil SA, Weaver MG, Abdul-Karim FW, Yang P. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *Gastrointest Endosc.* 1990; 36: 435-8.
38. Chung YF, et al. Management of colonic lipomas. *Aust N Z J Surg.* 1998; 68: 133-5.
39. Chase MP, Yarze JC. "Giant" colon lipoma to attempt endoscopic resection or not? *Am J Gastroenterol.* 2000; 95: 2143-4.