

Subileusa Neden Olan Çıkan Kolonda Dev Lipom; Olgu Takdimi

Subileus Caused by Giant Lipoma at Ascending Colon; Case Report
Genel Cerrahi

Başvuru: 06.12.2012
Kabul: 24.12.2012
Yayın: 27.12.2012

Salih Tuncal¹, Melahat Dönmez², Mehmet Ali Akkuş³

¹ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
² S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Patoloji Kliniği
³ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Özet

Kolonik lipomlar gastrointestinal sistemin nadir rastlanan tümörlerindedir. Biz bu makalemizde sağ alt kadranda kolik tarzında ağrı, karında şişkinlik şikayetleri ile kliniğimize başvuran 62 yaşındaki erkek hastamızdan yola çıkarak literatür eşliğinde, kolonik lipomların komplikasyonları ve tedavileri gözden geçirdik.

Anahtar kelimeler: *Lipom, kolon çekum cerrahi tanısı subileus.*

Abstract

Colonic lipomas are rare tumors of gastrointestinal tract. We evaluated complications and treatments of colonic lipomas together with literature on the basis of 62 years old male patient admitted with colic pain at right lower quadrant, and complaints of distention.

Keywords: *Lipoma, colon surgery diagnosis subileus.*

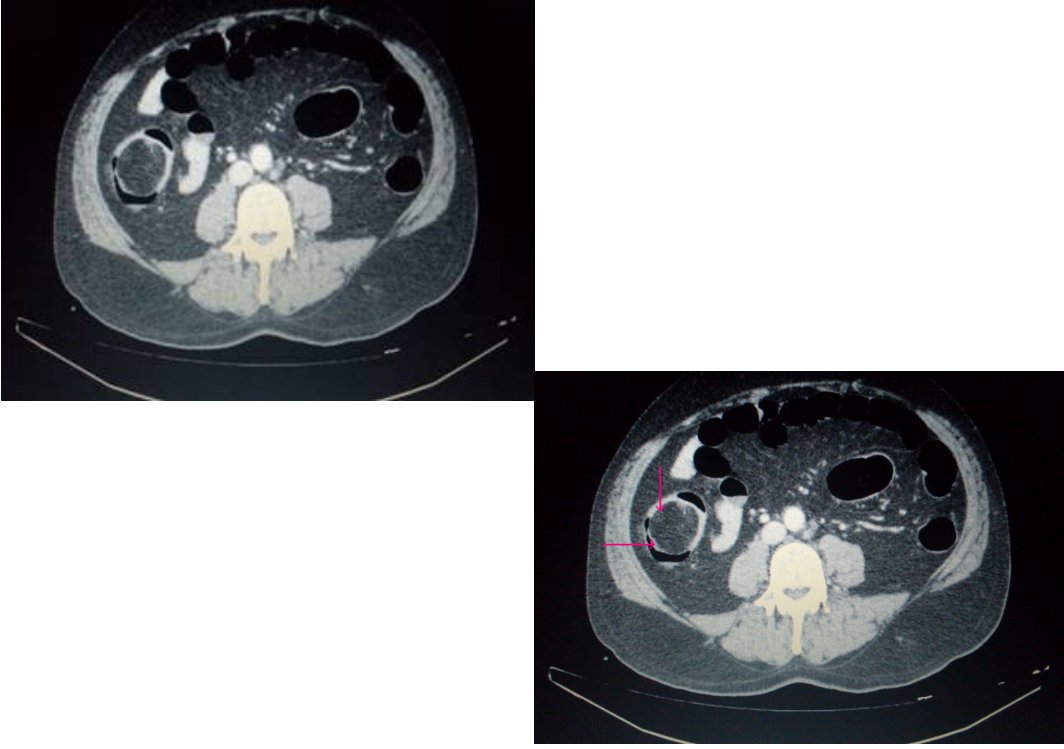
Giriş

Lipomlar mezenşimal orijinli benign tümörlerdir. Gastrointestinal sistemde nadiren görülürler. Kolonun benign tümörleri arasında adenomatöz poliplerden sonra ikinci sıklıkta rastlanmakta ve en çok çıkan kolon ile çekumda görülmektedirler. Çoğunlukla submukozal yerleşimli olmakla birlikte nadiren subserozal yerleşim de gösterebilirler^{1,2}. Büyüklükleri değişken olup, pediküllü veya sesil olabilirler. Cerrahi girişim gerektiren lipomların preoperatif tanıları kolonun diğer patolojileri ile karıştırılabildiklerinden genellikle güçtür^{3,4}. Komplikasyon yapmamış, saplı lipomlar endoanal ultrasonografi (EUS) eşliğinde kolonoskopik yolla çıkarılabilir. Komplikasyona neden olmuş veya büyük lipomlar ise cerrahi yolla çıkarılmalıdır⁵.

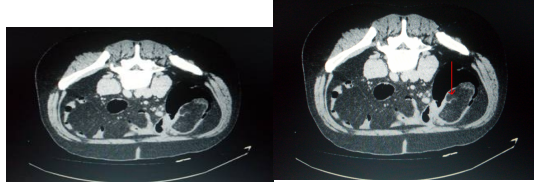
Olgu Sunumu

62 yaşında erkek hasta karın sağ alt ve sağ üst kadranda kolik tarzında ağrı, şişkinlik, gaz-gaita çıkarmada zorluk şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde, üç yıl önce hafif olarak başlayan, sağ alt kadranda karın ağrısı ve dispeptik şikayetleri olan hastanın fizik muayenesinde palpasyonla karında özellikle sağ tarafta hassasiyet mevcuttu.

Karın ultrasonografisi (USG), sanal kolonoskopi ve laboratuvar bulguları normal olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografide (BT) çekum düzeyinde lümeni daraltan kitle tespit edildi (Şekil 1-2).



Şekil 1 :Karın BT'de çekumda intraluminal lipom



Şekil 2 :Karın BT'de çekumda intraluminal lipom

Subileus nedeniyle laparotomi yapılan hastada çekum ve çıkan kolonun arkasında, bu yapılar fikse kitle gözlendi. Kolotomide submukozal-intramural 7x8x10 cm ebatlarında kitle saptandı. Çevre kolon yapısı hiperemik ve yer yer infarktlar mevcuttu (Şekil 3).



Şekil 3

Ameliyat materyalinde lipom

Hastaya sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi yapıldı. Patolojik incelemede lipom ve 16 adet bölgesel reaktif

lenf nodu rapor edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hasta 6. günde şifa ile taburcu edildi.

Postoperatif 16. ayında (480. gün) halen herhangi bir şikayeti bulunmayan hastanın rutin laboratuvar ve radyolojik takiplerinde nükse rastlanmadı.

Tartışma ve Sonuç

Gastrointestinal sistemde kolona ait lipomlar nadir görülürler. Kolonik lipomlar en sık çekum ve çıkan kolon kaynaklı olup, genellikle submukozal yerleşimli ve tektirler. Saplı veya sapsız olabilirler¹.

Kolonik lipomlar, çoğunlukla semptom vermeyip, hastalardaki semptomların lipomun büyüklüğü, lokalizasyonu ve hareketliliği ile ilgili oldukları rapor edilmiştir. Lipom 2 cm.den büyük ise, gastrointestinal kanama nedeniyle anemi, barsak obstrüksiyonu, karın ağrısı, şişkinlik, barsak alışkanlıklarında değişiklikler, kilo kaybı, bulantı, kusma ve abdominal distansiyona neden olabilir. Lipom çapı 3 cm'nin üzerinde ise, semptomatik olmaya başlarlar. Büyük veya saplı olanlar, lümeni tıkayarak veya invaginasyona neden olarak kolonik obstrüksiyon yapabilirler².

Lipomların tanıları genellikle preoperatif dönemde konulabilir. Lipoma bağlı komplikasyon gelişen olguların bir kısmında ise, ameliyat esnasında tanı konulabilir^{1,2}.

Baryumlu kolon grafisinde düzgün yüzeyli, lümeni daraltan kitle görüntüsü saptanırken, kolonoskopide genellikle sağlam mukoza yüzeyine sahip kitle görülür³.

Bilgisayarlı tomografi kitlelerin karakteristik yağ dansitesi görünümünleri nedeniyle kolonik lipomların tanısında önemli bir yer tutmaktadır. Lipoma bağlı invajinasyon durumunda gelişen nekroz ve infarktlar malignite ile karıştırılmalarına neden olabilir. Lipomların malign transformasyonları nadirdir ve nüks eden lipoma olgusu rapor edilmemiştir⁴.

Kolonik lipomlar eğer submukozal yerleşimli, çapları 2 cm.den küçük ve komplikasyon oluşturmuşlarsa EUS eşliğinde kolonoskopik yolla çıkarılabilmektedirler. Bir çalışmada; lipom çapının 4 cm.den büyük olması, sapsız ya da sınırlı pedikül yapısında olması, preoperatif dönemde kesin tanı konulamaması, lezyonların önemli semptomlar oluşturması, özellikle intussepsiyona sebep olması, mukoza ve serozal tutulumun varlığı ve lezyonun kolonoskopi ile radikal eksize edilememesinin cerrahi tedavi endikasyonlarını oluşturduğu rapor edilmiştir⁵.

Büyük veya komplikasyona neden olmuş lipomlar cerrahi yolla çıkarılmalıdır. Çoğu cerrah altta yatan patolojik bir lezyon olasılığına karşı, laparotominin gerekli olduğu konusunda hemfikirdir⁶⁻⁸. Kolonik lipomların cerrahi tedavisinde; laparotomi ile segmental kolon rezeksiyonundan, kolonoskopi ile lipomun enüklasyonuna kadar olan yelpazede birçok yöntem tanımlanmıştır.

Cerrahide; kolotomi ile birlikte lipomektomi, sınırlı rezeksiyon⁹, lipoma bağlı invaginasyon, infarkt ve nekroz durumunda ise segmental rezeksiyon veya hemikolektomi yapılmalıdır¹⁰.

Bizim olgumuzda lipom çekumda ve ileoçekal valf komşuluğunda olup, submukozal-intramural yerleşimli ve oldukça büyük (çapı 8 cm[↑]) idi. Kolon lümenini daraltması nedeniyle, tekrarlayan subileuslara neden olmuştu. Kolon duvarında ve mukozasında yaygın ödem ve yer yer infarktlar olduğu gözlemlendi. Rezeksiyon sonrası ileoçekal valf korunamadığı için sağ hemikolektomi ile birlikte ileotransversostomi yapıldı.

Kolonik lipomların çoğuna preoperatif tanı konulabilmektedir. Uygun kolonoskopik ve radyolojik değerlendirme ile gerekli olmayan geniş rezeksiyonlardan kaçınılmalıdır^{10,11}. Komplikasyon oluşturan lipomlar, premalign

lezyonlar ve karsinomalarla karıştırılabilirler^{12,13}. Bu olguların tedavisi cerrahi olmalıdır ve ameliyat şekline laparotomi esnasındaki bulguların yardımıyla karar verilmelidir.

Kaynaklar

1. Ghidirim G, Mishin I, Gutsu E, Gagauz I at al. Giant submucosal lipoma of the cecum: report of the case and review of literature. Romanian J of Gastroenterol 2005; Vol.14 No.4, 393-396.
2. Aytaç B, Yerci Ö, Gürel S, Ferik Z. Colonik lipomas mimicking colon cancer. Turkish J of Pathol 2010. Vol.26, No.3, 196-199
3. Peters MB Jr, Obermeyer RJ, Ojeda HF at al. Laparoscopic management of colonic lipomas: a case report and review of the literature. JSLS 2005, 9:342-344.
4. Huh KC, Lee TH, Kim SM, Im EH at al.Intussuscepted sigmoid colonic lipoma mimicking carcinoma. Dig Dis Sci 2006, 51:791-795.
5. Jiang L, Jiang LS, Li FY at al. Giant submukozal lipoma located in the descending colon: report of a case and review of the literature. World J Gastroenterol 2007, 13: 5664-5667
6. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. Adult intussusception: A retrospective review. Dis Col Rect 2006; 49: 1546-51.
7. Tan KY, Tan SM, Tan AG. Adult intussusception in Singapore. ANZ J Surg 2003;73:1044-1044.7Huh KC, Lee TH, Kim SM, Im EH at al.Intussuscepted sigmoid colonic lipoma mimicking carcinoma. Dig Dis Sci 2006, 51:791-795.
8. Manukyan MN, Devecil U, Midi A et al. Colo-colonic intussusception due to a submucosal lipoma: Report of case.Tur J Col and Rect Dis 2010; 20:41-43.
9. Nakagoe T, Sawai T, Tsuji T et al. Minilaparotomy approach for removal of a large kolonik lipoma: report of two cases. Surg Today 2004; 34:72-75.
10. Rogers SO Jr, Lee MC, Ashley SW. Giant colonic lipoma as lead point for intermittant colo- colonic intussusception. Surgery 2002; 131: 687-688.
11. Yu HG, Ding YM, Tan S at al. A safe and efficient strategy for endoscopic resection of large, gastrointestinal lipoma. Surg Endosc 2007, 21: 265-269.
12. Erdemir A, Sevrge U, Aytug N, Peker O, Unalmiser S. Gastric Lipoma: A Case Report. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:732-735.
13. Gurses B, Kabakci N, Akyuz U, Pata C, Taviloglu K, Kovanlikaya I. Imaging features of a cecal lipoma as a lead point for colocolonic intussusception. Emerg Radiol 2008, 15:133-136.