

Barsak Lipomu: İki Olgu Sunumu

Intestinal Lipoma: Report of Two Cases

ADALAT HASANOV¹, JAMAL MUSAYEV¹, ILAHA KARİMOVA¹, MAHİRA NAZİROVA²

¹Azərbaycan Tıp Universiteti, Patoloji Ana Bilim Dalı, Bakü - Azərbaycan ²Adli Tıp Ve Patoloji Anatomi Kurumu, Patoloji Bölümü, Bakü - Azərbaycan

ÖZET

Lipom vücutta en sık rastlanan benign mezenşimal tümördür. Gastrointestinal sistmede görülmesi nadirdir. Daha çok kolonda yerleşim gösteren bu tümörler daha az sıklıkla ince barsakta, nadiren mide ve ezofagusta görülebilir. Obstrüksiyon ve invajinasyon oluşturmakla acil cerrahi müdahale ve malign tümör görüntüsü oluşturabilmektedirler. Tanı sürecinde postoperatif histopatolojik değerlendirme önemli bir aşama olup altın standart konumundadır. Bu makalede çekum ve ileum yerleşimli, iki barsak lipomu olgusu literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İleum, Çekum, Obstrüksiyon, Lipom, Histopatoloji

ABSTRACT

Lipoma is a most common mesenchymal tumor of the body. It is rare in the gastrointestinal system. Colon localisation is seen more than small intestine, stomach and esophagus localisations. It can created need to emergent surgical treatment and it can mimic of malignant tumor as a result of obstruction and intussusception. The postoperative histopathologic examination is the gold standard and an important stage in the diagnostic process. In this article two cases of intestinal lipoma, localised in the cecum and ileum, are presented with literature review.

Key words: Ileum, Cecum, Obstruction, Lipoma, Histopathology

Başvuru Tarihi: 28.09.2013, Kabul Tarihi: 12.11.2013

✉ Dr. Jamal Musayev
Sherifzadeh 212 1012 Bakü - Azerbaijan
Tel: 99.450.3393684
e-mail: jamalmusaev@gmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2013;24:19-23

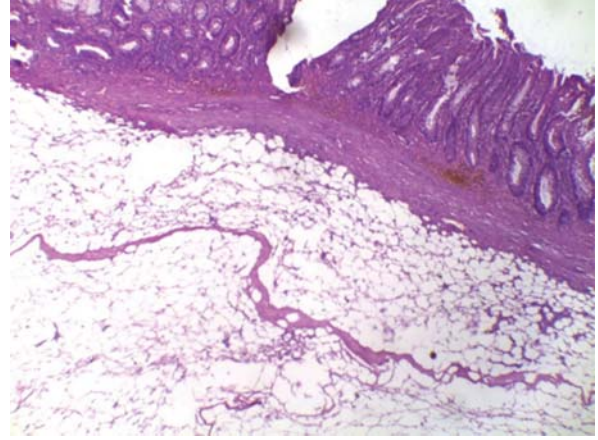
Giriş

Lipom yetişkinlerde en sık rastlanan benign mezenseşimal tümördür. Yaygın lokalizasyonu ciltaltı ve çizgili kas dokusu olmakla birlikte nadiren iç organlarda, aynı zamanda gastrointestinal sistemde de görülebilmektedir.¹ Gastrointestinal sistemde en sık görüldüğü yer kolondur. Ezofagus, ince barsak ve midede görülmesi nadirdir.² Barsak lokalizasyonlu lipomların önemli bir kısmı asemptomatik olmakla birlikte, ağrı, ellenen abdominal kitle ve kanlı dışkı gibi semptomlarla da kendini gösterebilmektedir.³ Lipomlar aynı zamanda diğer organik oluşumlar ile birlikte yetişkinlerde barsak invajinasyonlarının esas nedenlerinden biri olarak acil cerrahi müdahale gereksinimi oluşturabilmektedirler. Bu tür klinik seyre sahip lipomlar sıklıkla malign tümörleri taklit etmektedirler. Lipom tanısının belirlenmesinde preoperatif tanı yöntemleri %67 doğruluk oranına sahiptir.⁴ Özellikle preoperatif değerlendirilmenin kısıtlandığı, acil müdahale gerektiren olgularda postoperatif histopatolojik değerlendirme tanı sürecinde büyük önem arz etmektedir. Burada çekum ve ileum yerleşimli iki lipom olgusu klinik bilgiler eşliğinde az rastlanması nedeni ile sunulmuştur.

Olgu Sunumları

1. Olgu

Altmışbeş yaşında kadın hasta yaklaşık 4 aydır devam eden abdominal ağrı ve son 10 gündür oluşan kanlı dışkı semptomları ile kliniğe başvurmuştur. Özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmamaktaydı. Yapılan tetkiklerde periferik kanda lökosit sayısı 13200 mm³, hemoglobin 11.6 g/dL olarak belirlenmiştir ve diğer parametrelerde anormallik saptanmamıştır. Ultrasonografik (USG) ıcelemede sağ alt abdominal kadranda, barsak lümenini dolduran, iyi sınırlı kitle tesbit edilmiştir. Alt gastrointestinal sistem endoskopisinde çekumda, mukozal yüzeyi ülseratif, sesil submukoz tümöral lezyon görülmüştür. Yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) ile batında, belirtilen lezyon dışında herhangi bir anormallik görülmemiştir. Hastaya genel anestezi altında, laparotomik sağ hemikolektomi uygulanmıştır. Patoloji bölümünde yapılan makroskopik incelemede 20 cm uzunluğunda ince barsak, 35 cm uzunluğunda kalın barsak ve appendiksten ibaret, blok halinde spesimen

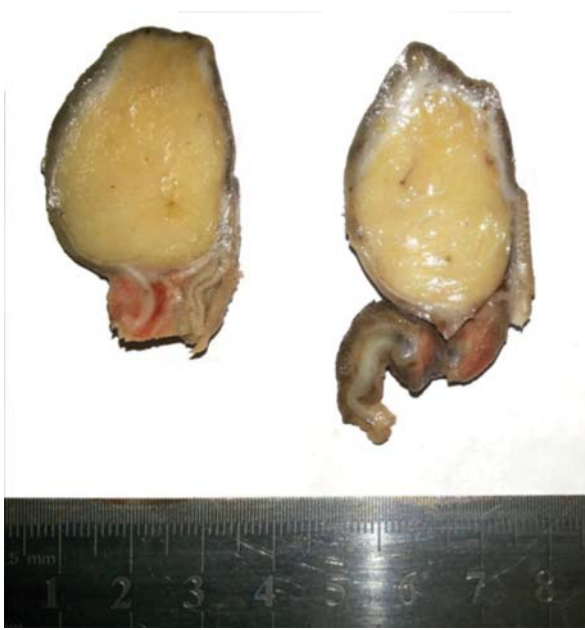


Resim 1. Birinci olguda kalın barsak mukozası ile örtülü, matür adipositlerden oluşan lipom (hematoksilen-eozin boyama, x40 orijinal büyüme).

izlenmiştir. Çekumda ileosekal valvı kapatan, 3.5x4.0x7.0 cm ölçülerinde, mukozal yüzeyi ülseratif, sesil polipoid lezyon belirlenmiştir. Seri kesitlerde lezyonun fibröz kapsul ile çevrili, sarı renkli yağ dokusu kıvamında olduğu görülmüştür. Mikroskopik incelemede tümöral lezyonun matür adipositlerden oluştuğu, nekroz ve atipi içermediği belirlenmiştir. Yüzeysel barsak mukozasında ülserasyon ve hafif lenfositik yangı dışında herhangi bir özellik görülmemiştir (Resim 1). Çekumda bulunan lezyon hiç bir özelliği olmayan lipom olarak rapor edilmiştir. Hasta postop 10. gün iyileşme ile taburcu edilmiştir. İki yıllık takipte yineleme görülmemiştir.

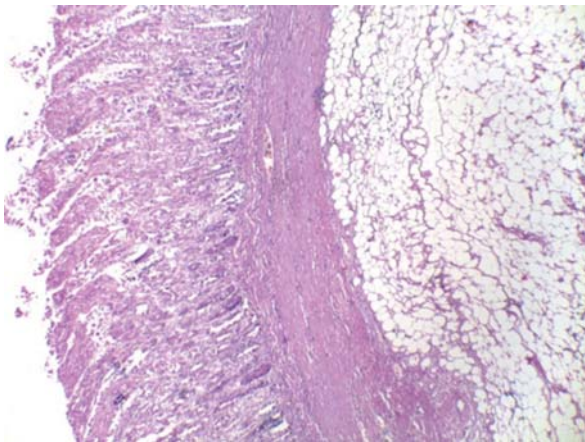
2. Olgu

Kırksekiz yaşında kadın hasta abdominal ağrı, kusma ve kanlı dışkı semptomları ile kliniğe başvurmuştur. Abdominal ağrının yaklaşık 5 aydır devam ettiği ve son 3 günde arttığı, daha çok sağ tarafta yoğunlaştığı belirtilmiştir. Kanlı dışkının son 1 ayda, kusmanın ise son 3 günde görüldüğü vurgulanmıştır. Hastanın özgeçmişinde 11 yıl önce küretajla belirlenen ve tedavi edilmiş basit atipisiz endometrial hiperplazi dışında önemli bir bulguya rastlanmamıştır. Periferik kanda lökosit sayısı 16300/mm³, hemoglobin 9.3 g/dL, eritrosit sayısı 3.7 milyon/mm³ olarak izlenmiştir. Abdominal grafide ince barsakta hava-sıvı seviyyeleri, USG incelemede ise ince barsak lümeninde sıvı birikimi görülmüştür. BT'de ileoileal invajinasyonla uyumlu bugular saptanmıştır. Yapılan acil laparotomi ile invajinasyon oluşan ince barsak segmenti rezeksiyonla



Resim 2. İkinci olguya ait ileum lipomunun makroskopik kesit yüzeyi.

alınarak yanyana ileo-ileal anastomoz ile onarılmıştır. Patolojik inceleme zamanı makroskopik olarak 80 cm uzunluğunda olan ince barsak segmentinde distal cerrahi sınırdan 15 cm uzaklıkta barsak lümenini dolduran, 3.5x4.0x5.0 cm ölçülerinde, yüzey mukozası hemorrajik ve ödemli, submukoz sesil lezyon görülmüştür. Kesitlerde tümöral lezyonun fibröz kapsül ile çevrili ve sarı renkli yağ dokusu kıvamında olduğu, mikroskopik incelemede ise matür adipositlerden oluştuğu ve başka bir özelliğinin bulunmadığı belirlenmiştir (Resim 2 ve 3). İnce barsakta



Resim 3. İkinci olguda ince barsak mukozası ile örtülü, matür adipositlerden oluşan lipom (hematoksilen-eozin boyama, x40 orijinal büyütme).

bulunan lezyon hiç bir özelliği bulunmayan lipom olarak rapor edilmiştir. Hasta postop 7. gün taburcu edilmiştir. Yedi aylık takipte yineleme görülmemiştir.

Tartışma

Lipomlar gastrointestinal sistemde tüm tümörlerin %5'ni, benign tümörlerin ise %10'nu oluşturmaktadır.⁵⁻⁷ Onların %70'i kalın barsak, %25'i ince barsak, %5'i mide ve ezofagus'ta görülmektedir.⁸ Sıklıkla pediküle ve ya sesil polipoid kitle şeklinde submukoz (%90), nadiren subseroz (%10) yerleşim gösterirler.^{4,9} Cinsiyet dağılımında lipomların kadınlarda daha sık rastlandığı belirtilmektedir. Özellikle 5. ve 6. dekadlarda bu tümörlerin pik yaptığı rapor edilmektedir.^{5,10} Olgularımızın ikisi de kadını ve lipom her iki olguda sesil submukoz kitle şeklinde gözlemlenmiştir. Barsak lipomlarının önemli bir kısmı asemptomatiktir. Genel kabul gören fikir 2 cm ve daha büyük çaplı submukoz yerleşimli lipomların semptomatik olduğu yönündedir.^{8,9} En sık rastlanan semptomlar abdominal ağrı (%68), invajinasyon (%44), kanama (%29), kusma (%24) ve obstrüktif (%18) semptomlardır. Sunduğumuz olguların ikisinde de lipom 2 cm'den büyüktü; kanlı dışkı ve abdominal ağrı her iki olguda, invajinasyon ise yalnız ileum lokalizasyonlu lipom olgusunda görülmüştür. Wang ve ark. invajinasyon gelişen olguların %9-10'da abdominal ağrı, ellenen abdominal kitle ve kanlı dışkıdan ibaret tipik triadın görüldüğünü belirtiyor.³

Preoperatif tanı sürecinde baryumlu röntgenografi ile bu lezyonlar obstrüksiyon ve dolma defekti şeklinde kendini gösterebilir. Son yıllarda rapor edilen olgularda esasen BT ve USG primer tanı yöntemi olarak kullanılmıştır. BT ile barsak lümeninde "hedef işareti" ve ya "sosis şeklinde" kitlenin görülmesi spesifiktir. Barsak lipomlarının tanısında BT'nin duyarlılığı %58-100 ve özgüllüğü %57-71 olarak rapor edilmektedir.⁸ Kalın barsak lokalizasyonlu lipomların önemli bir kısmında tanı endoskopi ve endoskopik ultrason ile belirlenmiştir. Bir çalışmada, submukoz yerleşimli barsak tümörlerinin tanı sürecinde gastrointestinal stromal tümörlerin (GİST) ekarte edilmesi açısından kontrastlı harmonik endoskopik ultrason yönteminin daha duyarlı olduğu bildirilmiştir.¹¹

Özellikle preoperatif değerlendirmenin kısıtlandığı barsak invajinasyonu gelişen ve acil müdahale gereken olgularda postoperatif histopatolojik inceleme tanı süreci için

büyük önem arz etmektedir. Nitekim bu gibi durumlarda oluşan klinik tablo malign tümörleri taklit ederek olgunun yanlış değerlendirilmesine neden olabilmektedir. Lipomlar makroskopik olarak dış yüzeyi intakt barsak mukozası ile kaplı, çapı 1-30 cm arasında değişen, kesit yüzeyi parlak sarı renkli, yağ dokusundan oluşan, düzgün sınırlı kitlelerdir. İnvajinasyon ve self amputasyon nedeni ile iskemi oluşan olgulara ait spesimenlerde yaygın nekroz ve kanama, dokunun gri-yeşil renkte olması görülebilir. Mikroskopik incelemede lipomlar fibroz dokudan oluşan kapsul ile çevrili olup matür adipositlerden ibarettir. Adipositlerde atipi ve ya malignizasyon gibi bulgulara rastlanmamaktadır. Literatürde barsakta eşzamanlı lipom ve adenokarsinom bulunan olgular rapor edilmiştir.¹²

Küçük çaplı endoskopik biyopsiler, genellikle hep mukoza örneklendiğinden, tanı için yeterli değildir. Yüzeyel mukozada inflamasyon, ödem, ulserasyon gibi bulgular dışında genellikle herhangi bir özellik görülmemektedir. Bazı olgularda lipom yüzeyini örten epitelde displazi varlığı tanı sürecinde dikkati epiteldeki bulgulara yönelerek lipomun gözden kaçmasına neden olabilir.¹³ Endoskopik ultrason eşliğinde alınan ince iğne aspirasyonunda ise matür adiposit gruplarının görülmesi preoperatif tanının netleşmesinde önemli bir yardımcı

olabilir.¹¹

Preoperatif değerlendirmenin kısıtlandığı olgularda intraoperatif patoloji konsültasyonu cerrahi tedaviye doğrudan yön vermesi açısından önemlidir.¹⁴ İskemik lezyonlarda yaygın nekroz, inflamatuvar hücreler, reaktif endotel proliferasyonu donuk kesitlerde (frozen section) malign tümör görüntüsü oluşturabilir.

Barsak lipomları klinikte, adenomatöz polipler, GİST, malign epitelyal tümörler, leiomyom ve diğer az rastlanan mezenşimal tümörlerden ayırt edilmelidir. Ayırıcı tanıda, özellikle malign tümörlerin ekarte edilmesi açısından histopatoloji her zaman önemli bir aşamadır. Tedavi sürecinde lezyonun lokalizasyonuna bağlı olarak endoskopik rezeksiyon, enükleasyon ve ya intestinal rezeksiyon uygulanmaktadır. Literatürde bir yayında self amputasyon oluşan barsak lipomu olgusu rapor edilmiştir.¹⁵ Olgularımızın ikisinde de tedavi yöntemi olarak barsak rezeksiyonu uygulanmıştır. Rapor edilen olgularda olduğu gibi sunduğumuz olgularda da yineleme görülmemiştir.

Sonuç olarak barsak lipomları az rastlanan ve iyi prognozlu tümörler olup yetişkinlerde invajinasyon ve barsak geçmemezliğinin bir nedeni olarak ayırıcı tanıda her zaman gözönünde bulundurulmalıdır. Tanı sürecinde postoperatif histopatolojik değerlendirme altın standarttır.

Kaynaklar

1. Nielsen GP, Mandahl N. Lipoma. In: Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, eds. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. Lyon: IARC Press, 2002:20-22.
2. Yu HG, Ding YM, Tan S, *et al.* A safe and efficient strategy for endoscopic resection of large gastrointestinal lipoma. *Surg Endosc* 2007;21:265-9.
3. Wang N, Cui XY, Liu Y, *et al.* Adult intussusceptions: a retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol* 2009;15:3303-8.
4. Huh KC, Lee TH, Kim SM, *et al.* Intussuscepted sigmoid colonic lipoma mimicking carcinoma. *Dig Dis Sci* 2006;51:791-5.
5. Krasniqi AS, Hamza AR, Salihu LM, *et al.* Compound double ileoileal and ileoceocolic intussusception caused by lipoma of the ileum in an adult patient: A case report. *J Med Case Reports* 2011;5:452.
6. Balamoun H, Doughan S. Ileal lipoma. A rare cause of ileocolic intussusception in adults: Case report and literature review. *World J Gastrointest Surg* 2011;3:13-5.
7. Balik AA, Ozturk G, Aydinli B, *et al.* Intussusception in adults. *Acta Chir Belg* 2006;106:409-12.
8. Minaya Bravo AM, Vera MC, Noguerales FF, *et al.* Ileocolic intussusception due to giant ileal lipoma:

- Review of literature and report of a case. *Int J Surg Case Rep* 2012;3:382-4.
9. Aytaç B, Yerci Ö, Gürel S, *et al.* Colonic lipomas mimicking colon cancer. *Turk Patoloji Derg* 2010;26:196-9.
 10. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, *et al.* Submucous large bowel lipomas presentation and management: an 18 year study. *Eur J Surg* 1991;157:51-5.
 11. Kannengiesser K, Mahlke R, Petersen F, *et al.* Contrast-enhanced harmonic endoscopic ultrasound is able to discriminate benign submucosal lesions from gastrointestinal stromal tumors. *Scand J Gastroenterol* 2012;47:1515-20.
 12. Di Saverio S, Tugnoli G, Ansaloni L, *et al.* Concomitant intestinal obstruction: a misleading diagnostic pitfall. *BMJ Case Rep* 2010;12;2010.
 13. Kim YJ, Chang EC, Seo KJ, *et al.* Education and imaging. Gastrointestinal: a cecal lipoma covered by adenomatous epithelium. *J Gastroenterol Hepatol* 2013;28:752.
 14. Katsinelos P, Paroutoglou G, Jouvaras G, *et al.* Lipohyperplasia of the ileocecal valve as a cause of intussusception. *Acta Gastroenterol Belg* 2005;68:280-2.
 15. Misra SP, Singh SK, Thorat VK, *et al.* Spontaneous expulsion per rectum of an ileal lipoma. *Postgrad Med J* 1988;64:718-9.