

Kolon Lipomu

Dr. Orhan SEZGİN , Dr. Necati ÖRMECİ, Dr. Mehmet SÖKMEN,
Dr. Ercüment KUTERDEM, Dr. Yalçın KEPEKÇİ

Özet: Lipom kolon'un nadir saptanan bir tümörü olmakla birlikte adenomatöz polipten sonra ikinci sıklıkta görülen benign tümörü ve birinci sıklıkta görülen nonepitelyal tümürüdür. Çoğunlukla asemptomatiktir. Fakat kanama, obstrüksiyon, invajinasyon gibi ciddi komplikasyonlara da sebep olabilir. Tedavisi de hastanın içinde bulunduğu duruma göre değişicidir. Biz, endoskopik polipektomi ve cerrahi tedavileri uyguladığımız üç hastamızı takdim ederek, bu hastalığın teşhis ve tedavisindeki son gelişmeleri gözden geçirdik.

Anahtar kelimeler: Lipom, kolon.

Lipom, gastrointestinal kanalda nadir görülen bir tümördür. Geniş otopsi serilerindeki insidansı %0.2 ile %4.4 arasında değişmektedir (1,3,4,6,9,12,15). Gastrointestinal kanalda en sık kolonda görülür (1-8,12,14,15). Beşinci, altıncı dekatlarda ve kadınlarda biraz daha fazla görülmeye eğilimindedir. Çoğunluğu asemptomatiktir ve tesadüfen tesbit edilir. Biz, ikisi semptomatik olan, birisi polipektomi ve diğeri laparotomi ile tedavi edilen biri de başka bir sebeple ameliyat olurken tesadüfen saptanan 3 kolon lipomu vakasını sunarak bu konudaki literatürü gözden geçirdik.

VAKA 1: 57 yaşındaki bayan hasta, daha önceden herhangi bir sağlık sorunu yokken bir hafta önce başlayan batıcı tarzda karın ağrısı, defekasyonla kırmızı renkli, pıhtılı kanama olması nedeniyle kliniğe yatırıldı. Sekiz yıl önce appendektomi geçirmişti. Fizik muayenede dil pash, tiroid

Summary: COLONIC LIPOMA

Lipoma is the less seen of colon tumor which is the second in frequency benign tumor seen after than the adenomatous polyp and the most common nonepithelial tumor. They are generally asymptomatic. But, they may cause serious complications as hemorrhage, obstruction, invagination. Therapy is changeable according to the patients condition. We introduce our three patients who were treated by endoscopic polypectomy and surgical therapies and reviewed the latest developing in the diagnosis and therapies of this disease.

Key words: Lipoma, colon.

sağ lobunda 2x1 cm ve 1x1 cm çaplı nodüller vardı. Karında, göbeğin her iki yanında palpabl kitleler vardı. Soldaki fiks, sınırları belirsiz, sağdaki mobil ve yaklaşık olarak 7x8 cm boyutlarında idi. Sağdaki kitle daha sonra kayboldu, fekalom olabileceği düşünüldü. Barsak sesleri hiperaktifti. Rektal muayenede hematokezi saptanmıştı. Laboratuvar sonuçları şöyleydi; Hb: 14.7 gr/dl, BK: 6200/mm³, Htc: %41, Sedimentasyon: 42 mm/saat, İdrar muayenesi normal idi. BUN: 20 mg/dl, AKŞ: 90 mg/dl, Na:142mEq/L, K:3,1 mEq/L, Cl:105 mEq/L, T. Bil: 0.45 mg/dl, i.Bil: 0.14 mg/dl, AP: 227 ü/ml, SGOT: 36 U/ml, SGPT: 49 u/ml, Albumin: 3.9 gr/dl, kreatinin: 1.0 mg/dl, kolesterol: 200 mg/dl, ürik asit: 4.8 mg/dl, TT3: 0.4 (0.55-2.5 ng/ml), TT4: 4.4 (4.5-12 g/dl), ST3: 3.0 (3.0-9.0 pmol/lt), ST4: 7.8 (9.4-25 pmol/lt), TSH: 1.3 (0.25-4.3 Iu/ml). Hastaya yapılan rektoskopi ve özofagogastroduodenoskopi normal olarak değerlendirildi. Kolon grafisi hasta koopere olamadığı için çekilemedi. Kolonoskopide, 35. cm de kolon sol duvarında lümeni büyük ölçüde dolduran, takriben



Resim 1: Normal kolon mukozası ve submukozası altında fibröz septalarla ayrılmış olgun yağ hücreleri görülüyor (Hemotoksilen-Eozin, 10x).

2x3x4 cm boyutlarında, nisbeten düzenli yüzeye sahip, genelde mor renkli, oval, çevresi normal mukoza ile örtülü tümöral oluşum görüldü. Vasküler bir yapı olabileceği düşünülerek biopsi alınmadı. Daha sonra tekrarlanan kolonoskopi ile polipektomi yapıldı. Patolojik inceleme sonucu "Lipom" olarak değerlendirildi (Resim 1 ve 2). Halen takipte olan hasta sağlıklıdır.

VAKA 2: 51 yaşındaki erkek hasta iki yıldır zaman zaman olan karın ağrısı şikayetiyle kliniğe yatırıldığında, yapılan muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinden; Hb: 12.8 gr/dl, BK: 8600/mm³, İdrar tetkiki normal, BUN: 16 mg/dl, kreatinin: 0.9 mg/dl, Na: 147 mEq/L, K:4.0 mEq/L, AKŞ: 111 mg/dl, SGOT: 22 IU/L, SGPT: 24 IU/L, T. Protein: 5.0 gr/dl, Albumin: 2.6 gr/dl, T. Bil: 0.8 mg/dl idi.

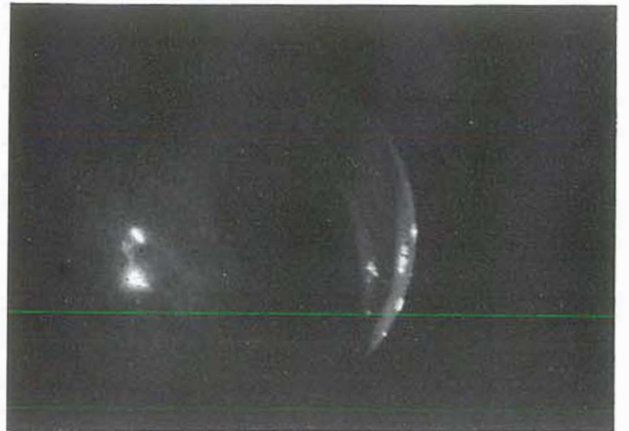


Resim 3: Çıkan kolon bölgesinde, lümene vejetan, çevre dokuya göre belirgin eko kaybı gösteren, yuvarlak, muntazam kenarlı solid yapı.



Resim 2: Kolon lipomu (H-E, 16x).

Ultrasonografide, çıkan kolon ile uyumlu bölgede, lümene vejetan 4x5 cm çaplarında çevre dokuya göre belirgin eko kaybı gösteren, yuvarlak, muntazam kenarlı solid yapı mevcuttu (Resim 3). Kolonoskopide, çekumda lümeni daraltan 5cm çapında üzerindeki mukozası normal görünümde olan sert tümöral kitle saptandı (Resim 4). Kitle üzerinden alınan biopsilerin sonucu, "Kronik İltihabı Değişiklik" olarak geldi. Abdominal bilgisayarlı tomografide, çekum ve çıkan kolon lokalizasyonunda uzunca bir segmentte duvar kalınlaşması saptandı. Kolon tümörü düşünülerek cerrahi tedavi planlanan hastaya, sağ hemikolektomi uygulandı. Ameliyat ile çıkarılan kolon bölümünde çekumdaki tümöral kitlenin distal kolon segmentine invajine olduğu görüldü (Resim 5). Patolojik muayenede "Submukozal lipom" olarak değerlendirildi.

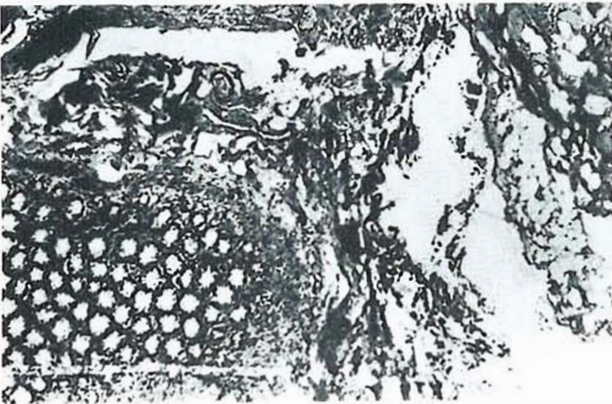


Resim 4: Çekumda lümeni daraltan, üzerindeki mukozası normal görünümde olan sert tümöral kitle.



Resim 5: Invajinasyona sebep olmuş lipomun bulunduğu kolon segmenti.

Vaka 3: 62 yaşındaki erkek hasta, Genel Cerrahi kliniğine 1 aydır mevcut olan ishal ve karın ağrısı şikayeti ile yatırıldı. Günde 3 kereye varan, kansız, bol mukuslu az miktarda, sulu, sarı renkli defekasyon yapıyordu. Karın ağrısı göbek çevresinde oluyordu. Fizik muayenede, sağda indirekt inguinal herni ve aritmi komplet dışında patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde: Hb: 11 gr/dl, Hmt:%34, BK: 7200/mm³, idrar tetkiki normal, BUN: 30 mg/dl, AKŞ: 127 mg/dl, Na: 137 mEq/L, K: 4.7 mEq/L, T. Bil: 0.2 mg/dl, AST: 43 Ü/ml, ALT: 49 Ü/ml, T. Protein: 7.0 gr/dl, Alb.: 4.4 gr/dl, GGT: 29, AP: 84 Ü/ml, TG: 107 mg/dl, kolesterol: 130 mg/dl, Amilaz:133, Kreatinin: 1.4 mg/dl idi. EKG'de ventrikül hızının yaklaşık 100/dk olduğu atriyal flutter vardı. Rektoskopide; Anal kanalda çepeçevre tromboze iç hemoroidler tesbit edildi. Kolon grafisinde ise sol kolon seviyesinde multipl divertiküllere ait dolma fazlalığı saptandı.



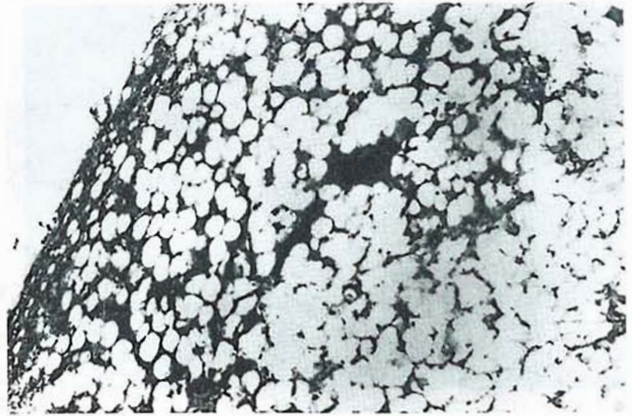
Resim 6: Kolon mukozası (H-E, 10x).

Tetkikleri devam etmekte iken, şiddetli karın ağrısı, gaz-gaita çıkaramama şikayeti oldu. Yapılan muayenesinde inguinal herninin irredükte olduğu ve buna bağlı obstrüksiyonun geliştiği saptandı. Ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri vardı. Mekanik ileus tanısı ile hasta acil operasyona alındı. Laparotomi yapıldığında karın içinde pü kıvamında mayi saptandı. Karın içi organlar dikkatle değerlendirildi. Perforasyon yoktu, fakat transvers kolonda, yumuşak kıvamda subserozal 5 cm çapında bir kitle saptandı. Transvers mezosu kısmen açılarak kitle total olarak çıkarıldı ve transvers kolon tekrar uçuca anastomoz edildi. Fıtık kesesinin ağzına dikiş konuldu. Hastanın genel durumunun uygun olmaması nedeniyle onarım yapılamadı. Çıkarılan kitle uzun eksenli boyunca kesildiğinde, kesit yüzü parlak sarı, yumuşak lipomatöz görünümlü olduğu saptandı. Patolojik inceleme sonucu da lipom'u teyid etti (Resim 6-7)

TARTIŞMA

Gastrointestinal kanalın lipomu oldukça nadirdir (4-7). Hipofarinksten, rektuma kadar her yerde görülebilen lipom %50'den fazla oranda kolonda bulunur. Geniş otopsi serilerinde görüme sıklığı %0.2-4.4 arasında değişmektedir (1,3,4,6,9,12,15). Kolonda en sık görülen nonepitelyal tümör ve adenomatöz polipten sonra ikinci sıklıkta görülen benign tümördür (1-8, 12,14,15).

Gastrointestinal kanalda en sık kolonda görülen lipom, azalan sıklık sırasıyla ince barsak, mide ve özofagusta görülür. Kolonda en sık çekumda



Resim 7: Başka bir kesitte saptanan tipik lipom görüntüsü (H-E, 10x).

(%45), çıkan kolon (%22), transvers kolon (%18), inen kolonda (%9) ve rektosigmoidde (%4,5) görülür (1,3,5,8,12-14). Bizim olgularımızda çıkan kolon, rektosigmoid bileşke ve transvers kolonda idi.

Sıklıkla 5-6. dekatlarda, kadınlarda erkeklere oranla 1,5-2 kat fazla olarak saptanır (1,3-6,8,9,12).

Kolon lipomu, %90 submukozal, %10 subserozal lokalizasyonludur. İntermukozalserozal lipom çok nadirdir Bizim iki hastamızda lipom submukozal, birinde ise subserozal idi (1-6, 8-10, 12,14,15).

Kolon lipomunun etyolojisi açıklığa kavuşmamıştır. Edwarda ve Zangara bozuk sistemik yağ metabolizması ile Whipple hastalığı arasında muhtemel bir ilişkiden bahseder (16). Ayrıca Weber-Christian hastalığı ile ilişkili olabileceği de öne sürülmüştür (3,6,7).

Genellikle kolon duvarındaki normal yağ dokusunun bulunduğu yerden gelişen ve barsak peristaltizmi ve muskuler tabakanın etkisi ile lümeneye doğru itilen lipom, genellikle sapsız, daha az olarak ise pediküllüdür (1,13). Bizim vakalarımızdan submukozal olan ikisi de saplı idi. İkinci vakada invajinasyon mevcuttu. Khawaja'nın bildirdiği bir vakada büyük çaplı bir submukozal lipom serozal invajinasyon yoluyla psödopedikül oluşumuna yol açmıştı (4,5,10). Genellikle lokalize, enkapsüle tümördür. Fakat, bazen diffüz gelişme göstererek kanser ile karışabilir (4,13).

Çapı birkaç milimetre ile 30 cm'e ulaşabilen kolonik lipom tek veya multipl (vakaların %11-18'inde) olabilir (1,3,4,6,8,9,12-14). Özellikle yaşlılarda diğer gastrointestinal veya başka lokalizasyonlu malignitelerle birlikte bulunabilir (9).

Kolonik lipomlar çoğunlukla asemptomatiktir (1-4). Genellikle cerrahi girişim, radyolojik inceleme, otopsi sırasında tesadüfen bulunur. Üçüncü vakamızda başka bir nedenle ameliyat sırasında tesadüfen bulunmuştu. Tümör çapının büyüklüğü ile orantılı olarak semptom verirler. Semptomatik olanların çapı genellikle 2 cm'den büyüktür. Semptom ile tümör lokalizasyonu arasında ilişki yoktur (3-8,10,12,14,15).

Tümör ile barsak lümeninin tıkanması, veya tümörün üzerini örten mukozanın ülserasyonu ve kanamasına bağlı olarak; karın ağrısı, konstipasyon, diare, obstrüksiyon, gastrointestinal sistem kanaması, anemi, invajinasyon ve palpabl kitleye neden olurlar (1-6,8,13,14). Nadiren lipomun anal kanaldan dışarı çıktığı veya spontan olarak feçesle dışarı atıldığı görülmüştür (6,12,14). Bizim vakalarımızda, invajinasyona ait (vaka 2) ve polibin kanamasına ait (vaka 1) semptomlar mevcuttu.

Genellikle tesadüfen bulunan kolonik lipomun teşhisi ve özellikle kanserden ayrımı güç ve önemlidir. Çünkü her iki hastalığın özellikle tedavisinde büyük farklılıklar vardır.

Teşhiste kullanılan yöntemlerden birisi; Baryum lavmanlı kolon grafisidir. Burada, düzgün kenarlı, sınırları belirgin, yuvarlak-elips biçimli dolma defekti şeklinde görülür. Peristaltik barsak hareketleri ve dışarıdan yapılan bası tümörün büyüklük ve şeklinde değişikliğe yol açabilir. Buna "Sequeeze belirtisi" denir (3-10,12-14). Lipomun yağ içeriğine bağlı dansite farklılığından yararlanılarak yapılan "su lavmanlı" kolon grafisi de oldukça yararlıdır (3-10,12-14). Son zamanlarda, lipom teşhisinde faydalı olduğu bildirilen bir yöntem de, Bilgisayarlı Tomografidir (BT) (5,6,9,12,14,15). BT'de düzgün kenarlı, keskin sınırlı ve homojen yağ dansitesi veren tümöral kitle görülür.

Tabiki en önemli teşhis yöntemi fiberoptik kolonoskopidir. Kolonoskopi'de, üzeri normal kolon mukozası ile örtülü, yuvarlak, oval biçimli kitle görülür. Sesil veya pediküllü olabilen tümörün üzerini örten mukoza ülseri veya hemorajik olabilir. Endoskopik teşhiste yardımcı olan bazı belirtiler vardır; Biyopsi forsepsinin kapalı ucu ile kitleye bastırınca içine çöküp sonra tekrar eski halini alır (Pillow veya Cushion belirtisi). Biopsi forsepsi ile kitle üzerindeki mukoza tutulup kaldırılabilir (Tenting belirtisi). tümör üzerinden biopsi alındıktan sonra biyopsi yerinden sarımsı renkli yağ dokusunun çıkması (Naked Fat belirtisi) patognomoniktir (3-10,12-14).

Ultrasonografi ile yuvarlak veya oval, düzgün kenarlı hipoekoik oluşum şeklinde izlenebilir

(17). Bizim 2 nolu vakamızda ultrasonografik olarak lezyona tanı konuldu.

Mikroskopik olarak lipom; Fibröz kapsülle çevrili olgun yağ hücrelerinden oluşur. Kapsülden uzanan septalarla bölümlere ayrılır (3,7,8,10,11). Tümörün üzerini örten mukozadan alınan biyopsiler tanıda yardımcı değildir (4,10,11,13). Bizim 2 nolu vakamızdan alınan biyopsi "Kronik iltihabi değişiklik" olarak değerlendirilmiştir.

Kolonik lipomun tedavisi vakaya göre değişicidir. Daima benign oldukları ve tesbit edildikten sonra belki de hiç büyümedikleri için asemptomatik vakalar izleme alınabilir. Semptomatik olanlar ise tedavi edilmelidir (4). Fiberoptik kolonoskop ile polipektominin kullanılışlığı ve güvenirliliğinin saptanmasından sonra klinik kullanımı giderek daha da artmaktadır. Cerrahi tedavi ise yoğun lipomatozis gibi durumlarda segmental barsak rezeksiyonu, kolotomi ile bir-

likte lokal eksizyon veya enüklasyonu içermektedir. Fakat, bu girişimlerin % 1-2 mortalite, %1-20 morbidite riski vardır ve risk yaşlılarda daha fazladır. Bu nedenle cerrahi tedavi obstrüksiyon, invajinasyon, kanama gibi durumlar için tercih edilmelidir. Biz birinci vakamızda lipom saplı olduğu için polipektomi yaparak tedavi ettik. Ancak, ikinci vakada lezyonun sapı kolonoskopi sırasında invajine olduğu için farke diledi. Üzerindeki mukozası normal görüldüğü için benign bir tümör olabileceği düşünüldü. Alınan biyopsiler kronik iltihabi değişiklikler gösterdiği halde cerrahi tedavi uygulandı.

Endoskopide eğer lezyon pediküllü ise ve taban çapı lezyondan daha küçükse polipektomi güvenle uygulanabilir. Eğer lezyon sapsız ise tedavi güç ve risklidir. Büyük submukozal lipomlarda pedikülün, serozal invajinasyon sonucu oluşan psödopedikül olup polipektomi ile kolon perforasyonuna yol açabileceği unutulmamalıdır (4,10).

KAYNAKLAR

1. Barry A. Taylor, Bruce G. Wolff. Colonic Lipomas. Report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. Dis. Col. Rect. 1987 November; 30 (11): 888-893.
2. P. DI Mourzio, F. Bracci, S. Colizza, C. Cianconi, E. Crisci. Submucous lipoma of the transverse colon: Report of one case. J Surg Oncology 1983; 24: 274-276.
3. Michowitz M, Lazebnik N, Nay S, Lazebnik R. Lipoma of the colon. A report of 22 cases. The American Surgeon 1985; 51: 449-54.
4. Khawaja F. Pedunculated lipoma of the colon: Risks of endoscopic removal. Southern Med J 1987; 80 (9): 1176-9.
5. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal Lipomas. Arch Surg 1983; 118: 1081-3.
6. 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.
7. McGrev W, Dunn GD. Colonic lipomas. Clinical Significance and management. Southern Med J 1985; 78 (7): 877-9.
8. Rodriguez DI, Drehner DM, Beck DE, McCauley CE. Colonic lipoma as a source of massive hemorrhage. Report of a case. Dis. Col. Rect. 1990 No; 33(11): 977-9.
9. Siegal A, Witz M. Gastrointestinal lipoma and malignancies. J Surg Oncology 1991; 47: 170-4.
10. Pfeil SA, Weaver MG, Abdul-Karim FW, Yang P. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. Gastrointest Endosc. 1990; 36(5): 435-8.
11. Snover DC. Atypical lipomas of the colon. Report of two cases with pseudomalignant features. Dis. Colon. Rectum 1984; 27: 485-8.
12. Zamboni WA, Fleisher H, Zander JD, Folse JR. Spontaneous expulsion of lipoma per rectum occurring with colonic intussusception. Surgery 1987; 101 (1): 104-7.
13. Loludice TA, Long JA. Submucous lipoma simulating carcinoma of the colon. Southern Med J 1980; 73 (4): 521-3.
14. Ho K, Shin MS, Tishler JM. Computed tomographic distinction of submucosal lipoma and adenomatous polyp of the colon. Gastrointest Radiol 1984; 9: 77-80.
15. Hodgman CG, Lantz EJ, Maus TP, Conley CR. Computed tomography of intussusception due to colon lipoma. J Computer Assisted Tomography 1987; 11(4): 740-1.
16. Edwards M, Zangara H. Lipomatous hypertrophy of the ileocecal valve. Am J Surg 1951; 82: 533-7.
17. Skaane P, Sandbaek G. Ultrasound and CT evaluation of pedunculated gastrointestinal lipomas. Radiologie 1990; 30: 12-4.