

Semptomatik kolon lipomlarına yaklaşım: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

An approach to symptomatic lipomas of the colon: A review of the literature and case report

Emir ÇAPKINOĞLU¹, Oğuzhan ÖZŞAY², E. Özlem GÜR², Neşe EKİNCİ³, Cengiz TAVUSBAY²

İzmir Tire Devlet Hastanesi, ¹Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, ²Genel Cerrahi Kliniği, ³Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

Kolon lipomları nadir görülen benign tümörlerdir. Genellikle asemptomatik olmaları sebebiyle kolonoskopi, cerrahi veya otopsi sırasında insidental olarak bulunurlar. Semptomatik olanlar ise daha çok karın ağrısı ya da mekanik bağırsak tıkanıklığı bulguları ile başvurlar. Bu hastalarda preoperatif görüntüleme yöntemleri ile malign tümörlerle ayırıcı tanısı yapılması, tedavi seçeneğini belirlemede önemlidir. Bu makalede, mekanik barsak tıkanıklığına sebep olan kolon lipomu olguları, tanı ve tedavi yöntemleri değerlendirilerek literatür eşliğinde sunulmuştur.

Colonic lipomas are rare, benign neoplasms. They are usually found incidentally during colonoscopy, surgery or autopsy because they are asymptomatic. Symptomatic patients usually present with abdominal pain or mechanical bowel obstruction. Preoperative imaging plays an important role in determining treatment options for malignant tumors. In this article, we report two colon lipoma cases with mechanical bowel obstruction and a review of the literature to evaluate the clinical features, diagnosis, and treatment of this disease.

Anahtar kelimeler: Kolon lipomu, literatür taraması, invaginasyon

Key words: Colon lipoma, literature review, invagination

GİRİŞ

Kolon lipomları oldukça nadir görülen, adipoz dokudan köken alan non epitelyal benign tümörlerdir. En sık çekum ve çıkan kolon rastlanılır (1,2). Genellikle asemptomatikler, bu nedenle sıklıkla kolonoskopi, cerrahi veya otopsi sırasında tesadüfen bulunurlar. Bununla birlikte lipomların %25 kadarının semptomatik olduğu ve bunların da önemli bir kısmının 2 cm'den büyük olduğu bildirilmiştir (3). Kolon lipomlarının çapı 2 mm ile 30 cm arasında olabilir ve çapı 5 cm'den büyük lipomlar dev lipom olarak adlandırılmaktadır (1,4). Semptomlar ve tümör büyüklüğü arasında korelasyon vardır (3). %90 kadarı submukozal, %10 kadarının ise subserozal yerleşim gösterdikleri bildirilmiştir (5). Otopsi çalışmaları, kolonik lipomların genel popülasyonun %0,2-4,4 kadarında görüldüğünü ve tüm kolon benign lezyonlarının %1,8'lik kısmını oluşturduğunu göstermiştir (5).

Klinikte rastlanılan en önemli problem, spesifik bulguların olmadığı durumlarda diğer malign tümörler ile ayırıcı tanısının yapılması zorluğudur, kesin tanının ameliyat öncesi konulması kuşkusuz ameliyat stratejisini bütünüyle değiştirecektir.

Bu çalışmada, acil servise mekanik barsak tıkanıklığı tablosuna yol açan ve kolonik lipom saptanan, aynı cerrah tarafından opere edilen 2 ayrı hastada uygulanan iki farklı tedavi yönteminin, ilgili literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

OLGU 1

35 yaşında kadın hasta acil servise uzun süreli ara ara devam eden müphem karın ağrısı, şişkinlik ve bulantı yakınmalarının son 3 günde artması ve sürekli devam etmesi nedeni ile başvurdu. Karın muayenesinde distansiyon ve yaygın hassasiyet mevcuttu. Barsak sesleri artmıştı. Spontan gaz çıkışı olmasına karşılık, son 3 günden beri gaita çıkışı tanımlamıyordu. Rutin hematolojik ve biyokimyasal kan tetkiklerinde herhangi bir özellik yoktu. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Klinik gözleme alınan hastanın 48 saatlik konservatif tıbbi tedavisine karşılık yakınmalarının geçmemesi üzerine, hasta mekanik barsak tıkanıklığı ön tanısı ile acil ameliyata alındı.

Laparotomi sonrası yapılan eksplorasyonda; çıkan kolonda invaginasyona yol açan kitle saptandı. Çevrede malign

İletişim: Emir ÇAPKINOĞLU

Atatürk Mah. İnönü Bulvarı No:1 Tire-İzmir

Tel: +90 232 512 15 22 • Faks: +90 232 511 21 99

E-mail: emircapkinoglu@gmail.com

Geliş Tarihi: 22.01.2016 • **Kabul Tarihi:** 22.03.2016

Bu makale XV. Türk Kolon Rektum Cerrahisi kongresinde poster olarak sunulmuştur.

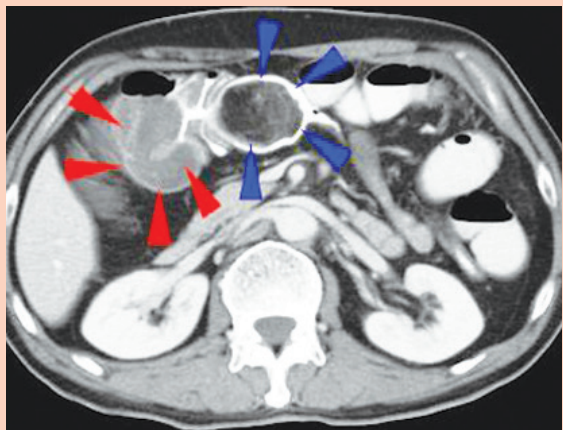
bir hastalığa ait invazyon ya da metastatik görünümde herhangi lenfadenopati yoktu. Ancak hastada preoperatif dönemde kesin tanı konulamaması, perop invajinasyonun açılmaması ve malignitenin kesin olarak ekarte edilememesi nedeniyle hastaya sağ hemikolektomi, uç yan ileotransversostomi uygulandı. Ameliyat piyesi açıldığında çıkan kolon distalinde yaklaşık 5 cm çapında lipomatöz kitle saptandı (Resim 1). Takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, postoperatif 7. gün şifa ile taburcu edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesi submukozal kolonik lipom olarak yorumlandı.

OLGU 2

51 yaşında erkek hasta acil servisimize son 2 günden beri süren karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz ve gaita çıkışının olmaması yakınmaları ile başvurdu. Batın muayenesinde,



Resim 1. Kolonik lipomun makroskobik görünümü (sağ hemikolektomi materyali).



Resim 2. Bilgisayarlı karın tomografisinde kolon invajinasyonuna yol açan kolon lipomunun görünümü (kırmızı oklar invajinasyonu, mavi oklar ise lipomu göstermektedir).



Resim 3. Ameliyat sırasında kolotomi yapılarak lipom ortaya konulmuştur (2. olgu).

distansiyon ve yaygın hassasiyeti mevcuttu. Oskültasyonda karnın 4 kadranında metalik sesler duyulmaktaydı. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde, lökositoz ($13200/\text{mm}^3$) dışında bir özellik yoktu. Çekilen ayakta direkt batın grafisi, ince barsak düzeyinde yaygın hava sıvı seviyesi ve tüm batın ultrasonografisinde ise, ince barsak anslarında dilatasyon saptandı. İntravenöz kontrastlı bilgisayarlı karın tomografisinde (BT) ise, terminal ileumun, hepatic fleksuraya kadar invagine olduğu, hepatic fleksure düzeyinde yaklaşık 5 cm'lik, yağ dansitesinde lipom ile uyumlu solid kitle mevcut olduğu belirtildi (Resim 2).

Mekanik barsak tıkanıklığına yol açan kolon invajinasyonu yapmış kolon lipomu ön tanısı ile hasta acil şartlarda ameliyata alındı. Gözlemde; hepatic fleksura düzeyinde kolonda invajinasyona yol açmış, etrafa invazyonu olmayan lipomatöz kitle saptandı (Resim 3). Kolonda herhangi bir beslenme bozukluğu yoktu. Kitlenin üzerinden yapılan kolotomi sonrası, kolonik lipom pedikülü ile total olarak eksize edildi. Mukoza emilebilir sentetik 3/0 poliglikolik asit (Pegesorb, Doğan, Trabzon, Türkiye) sütürler ile onarıldı. Kolotomi alanı da aynı şekilde 3/0 poliglikolik asit sütürlerle (Gambee tarzı) kapatılarak operasyona son verildi.

Takiplerinde sıkıntı gelişmeyen hasta, postoperatif 5. gün şifa ile taburcu edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesi submukozal lipom olarak yorumlandı.

TARTIŞMA

Semptomatik kolon lipomları son derece nadir görülür. En çok 50-60 yaşlarında tespit edilmekle birlikte her yaşta

görülebilirler ve kadınlarda görülme sıklığının biraz daha fazla olduğu bildirilmiştir (1,5). Genellikle soliterdir ve en sık sağ kolon ve çekumda yerleşim gösterir.

Kolonik tümörlerin çoğu asemptomatik olup tedavi gerektirmez. Literatürde yaklaşık 2 cm küçük kolonik lipomların net bir semptom vermedikleri bildirilmiştir (2,3). Bu sebeple sıklıkla; 1) başka nedenlerle yapılan görüntüleme tetkiklerinde, 2) büyümüş lipomların oluşturduğu akut bulgular, 3) değişik nedenlerle yapılan kolonoskopi tetkiki sırasında 4) ameliyatta ya da otopsi sırasında insidental olarak saptanırlar.

Kolonik lipomlar invajinasyona nadiren sebep olurlar. Kolonik lipomlu olguların yaklaşık %25'inin semptomatik olduğu bildirilmiştir. Rektal kanama, hatta melena, anemi, müphem karın ağrısı, abdominal rahatsızlık hissi, barsak alışkanlıklarında değişiklik, ishal ve invajinasyon gibi değişik yakınmalara neden olurlar. Bizim pratiğimizde karşılaştığımız hastalar anemnezlerinde ara ara olan karın ağrıları sebebiyle dış merkez sağlık kuruluşlarına başvurduklarını bildirmişlerdir. Bu ağrıların kolonik lipom sebebiyle oluşan invajinasyon ataklarına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Bu olgularımızın bizim hastanemize başvurularında ise ilk hastada subileus tablosu, 2. hastada belirgin invajinasyon kliniği vardı. Ayrıca ilginç bir şekilde ikinci hastada invajinasyona ait radyolojik görünüm oldukça net olmasına karşılık, tıkanıklığın batın içi eksplorasyon sırasında yapılan manevralar ile ek bir redüksiyon işlemi gerektirmeden açıldığı görüldü. İntussusepsiyon neden olan kolonik lipomlar genellikle saplıdır. Nitekim bizim her iki olgumuzda da saplı idi.

Tanıda opaklı grafler, bilgisayarlı karın tomografisi (BT) ve kolonoskopi kullanılır. Son zamanlarda kontrastlı batın tomografileri en güvenilir tanı metotlarından biri olmuştur. Lipomların tomografilerdeki yağ dokusu dansitesinde düzgün yüzeyli kitleler olarak görülmesi büyük oranda tanı koydurucu olmaktadır. İlk hastamızda teknik ve hastane koşullarının olanakları dahilinde BT elde edilememesine karşılık, ikinci hastada kontrastlı BT tanı koydurucu olmuştur.

Kolonoskopide lipomlar genellikle düz, saplı veya geniş tabanlı, üzerindeki mukozanın düzgün olduğu polipler olarak görülür. Kolonoskopik tetkikte, tipik olarak yastık bulgusu (biyopsi forsepsi basıldığında yastık benzeri bir çökme olması), çadır bulgusu (üzerindeki mukozaya forsepsi ile kaldırıldığında çadır benzeri görünüm oluşması), çıplak yağ bulgusu (biyopsi yerinden sarımtırak yağ çıkması) görülebilir (6,7). Bu yönüyle klasik lipomların tanısında kolonoskopi güvenilir olsa da atipik kallöz veya ülsere lezyonlarda tanı zorlaşabilir.

Kolonik lipomların tedavisinde seçilecek yöntem, hastadan hastaya değişiklik gösterir ve literatür bilgisi ve kendi tecrübelerimiz ışığında en doğru ve en iyi metodun hasta bazında, hastaya özel olarak seçilebileceği düşüncesindedir. Bu bağlamda tercih edilecek yol, başlıca lipomun boyutuna, lokalizasyonuna, semptomatik olup olmamasına, başvuru kliniğine, preoperatif dönemde kesin tanı konulmasına (malignite ile ayırt edilmesi), elde bulunan tanı ve tedavi seçeneklerine (kolonoskopik tedavi seçenekleri, laparoskopi ve robotik cerrahi olanakları), hastanın yaşı ve komorbiditeleri gibi bir çok faktör göz önünde bulundurularak saptanır. Benign kitleler olması sebebiyle özellikle preoperatif tanı konulan olgularda öncelikle endoskopik yöntemlerin tercih edilmesi, cerrahi tedavi kaçınılmaz ise minimal invaziv yöntemlerin kullanılması, ayrıca geniş rezeksiyonlar yerine wedge rezeksiyonlar ya da barsak duvarı açılarak yapılan lokal eksizyon gibi daha konservatif cerrahi yaklaşımların seçilmesinin uygun olduğu kanısındayız.

Literatürde 2-2.5 cm'ye kadar olan asemptomatik lipomların kolonoskopi ile çıkarılabileceğine dair yayınlar mevcuttur. Bazı yazarlar 2 cm'den büyük olan kolonik lipomların kolonoskopi ile başarılı bir şekilde çıkartılabileceklerini öne sürmüşlerdir (7,8). Son yıllarda ülkemizde de bazı merkezlerde endoskopik submukozal rezeksiyon (EMR) tekniği ile bu lezyonların bir kısmının başarılı bir şekilde çıkartılabilecekleri kanısındayız. Aslan ve arkadaşları EMR tekniği ile 9 cm çapında duodenogastrik dev bir lipomu rezeke etmişlerdir, bu tekniğin kolon lipomlarının tedavisinde de uygulanabileceğini düşünmekteyiz (9). Eğer olanaklar elveriyorsa endoluminal ultrasonografi ile kitlenin anatomiksel özellikleri ve iç yapısı hakkında bilgi edinilmesi gerek endoskopik ve gerekse cerrahi tedavinin başarı şansını arttırabilir. Ancak özellikle büyük ve sesil lezyonlarda perforasyon, kanama ve inkomplet rezeksiyon riski göz ardı edilmemelidir. Jiang ve ark. ise; lipom dört cm'den büyük, sesil veya limitli pedikülü varsa; malignite şüphesi varsa; intussusepsiyon varsa; musküler tabaka veya serozayı içeriyorsa; kolonoskopide radikal olarak çıkarılamayacaksa, endoskopik yöntemle çıkarmanın uygun olmayacağını öne sürmüşlerdir (10). Daha büyük tümörlerde ise kolotomi ile enükleasyon ve hemikolektomiler arasında geniş bir yelpazede cerrahi rezeksiyonlar uygulanmaktadır. Cerrahi tedavide ameliyat öncesi dönemde kesin tanı konulmasına bağlı olarak hemikolektomiden, segmenter rezeksiyona veya lokal eksizyona kadar bir çok girişim uygulanabilmektedir (2,6,7). Gerek preoperatif ve gerekse peroperatif dönemde yapılan tetkik ve gözlemlerde malignite riski olan ya da net ayırt edilemeyen durumlarda ve komplikasyon gelişmesi durumunda hemikolektomi ve hatta subtotal kolektomi önerilmiştir (7). Büyük

ve geniş tabanlı sesil lezyonlarda günümüzde en uygun tedavi seçeneği cerrahi olarak görülmektedir. Ameliyat öncesi dönemde tanı doğrulanabilirse enükleasyon veya lokal eksizyon ile yeterli tedavi sağlanabilir (7). Cerrahi, konvansiyonel ve minilaparotomi ile uygulanabilmesine rağmen koşullar uygunsuzsa, invajinasyon durumlarında bile laparoskopik kolon cerrahisinin konvansiyonel cerrahiye göre daha üstün olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (2,7). İkinci olgumuzda da klinik ve radyolojik olarak invajinasyon bulguları olmasına karşılık perop invajine olan kısım kolaylıkla açılmıştır. Bu nedenle minimal invaziv cerrahi olmasından dolayı laparoskopik girişimlerin öncelikle denenmesinin daha uygun olacağı kanısındayız. Diğer yandan laparoskopiyi kısıtlayan en önemli faktör lezyonun yerinin tespit edilmesidir. Uygun boya kullanılarak işaretleme yapılabileceği gibi intraoperatif kolonoskopi de yapılabilir. BT kolonografi özellikle geniş rezeksiyon planlanan olgularda lezyonların lokalizasyonu için oldukça değerli bilgiler verir (7). Her iki hastamızda da kitlenin boyutlarının büyük olması, uygun bir pedikülünün olmaması ve kitle üzerindeki mukozada yer yer ülserasyon ve nekroz odaklarının bulunması nedeniyle endoskopik çıkarma işleminin uygun olmayacağı düşünüldü ve ameliyat kararı alındı. İlk hastada ameliyat öncesi dönemde

tanı kesinleştirilemediği ve malignite ekarte edilemediği için ilk hastaya sağ hemikolektomi uygulandı. Preoperatif tanıda sıkıntı yaşanan durumlarda yapılacak cerrahi tedaviyi minimize etmek için intraoperatif olarak soğuk kesit incelemesinden cerraha yol göstermektedir (6). Her iki hastada acil ameliyata alınma zamanının uygun olmaması, ikinci hastada aynı zamanda ameliyat öncesi çekirtilen tomografilerindeki spesifik görüntü ve tanısının olması; kolotomi sonrası ulaşılan kitlenin düzgün yüzeyli adipoz görüntüsü nedeniyle soğuk kesit incelemesine gerek duyulmamıştır. Her iki hasta aynı cerrah tarafından tedavi edilmesine karşılık, ilk hastada sağ hemikolektomi, ikinci hastada daha sınırlı bir cerrahi işlemin uygulanması kararı tamamen hasta bazında ve hastane olanakları ölçüsünde olmuştur.

Sonuç olarak, nadir görülmesine karşılık, kolon lipomları semptomatik olması ve ayırıcı tanıda kolon maligniteleri ile karışabilmeleri nedeniyle önem taşır. Semptomatik kolon lipomlarının tedavisi her hasta bazında hekim ve hastane olanakları göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Özellikle erken tanısı konulan olgularda mümkün olduğunca minimal invaziv yöntemlerin tercih edilmesi, gerek morbidite ve gerekse hasta konforunun sağlanması açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Atahan K, Üreyen O, Gür S, et al. Giant intraperitoneal lipoma of the cecum. *Kolon Rektum Hast Derg* 2011;21:74-7.
2. Tarcan E, Durak E, Çökmez A, et al. Colonic lipomas; report of six cases and review of the literature. *Case Rep Clin Pract Rev* 2005;6:296-300.
3. Zhou XC, Hu KQ, Jiang Y. A 4-cm lipoma of the transverse colon causing colonic intussusception: A case report and literature review. *Oncol Lett* 2014;8:1090-2.
4. Ullah S, Ahmed H, Jehangir E. Giant colonic lipoma presenting with intermittent intestinal obstruction. *J Coll Physicians Surg Pak* 2012;22:792-3.
5. Crocetti D, Sapienza P, Sterpetti AV, et al. Surgery for symptomatic colon lipoma: a systematic review of the literature. *Anticancer Res* 2014;34:6271-6.
6. Dandin Ö, Balta AZ, Sücüllü İ, et al. Nadir bir karın ağrısı ve anemi nedeni: dev kolonik lipom. *Kolon Rektum Hast Derg* 2011;21:116-9.
7. Böler DE, Baca B, Uras C. Laparoscopic resection of colonic lipomas: When and why? *Am J Case Rep* 2013;14:270-5.
8. Kim CY, Bandres D, Tio TL, et al. Endoscopic removal of large colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 2002;55:929-311.
9. Aslan F, Akpınar Z, Cekiç C, Alper E. En bloc resection of a 9 cm giant gastro-duodenal lipoma by endoscopic submucosal dissection. *Dig Liver Dis* 2015;47:88-9.
10. Jiang L, Jiang LS, Li FY, et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13:5664-7.