



Dev kolon lipomu

Giant colon lipoma

İsmail Yaman¹, Hayrullah Derici¹, Gülen Demirpolat²

ÖZET

Kolon lipomları nadir görülen benign nonepitelial tümörlerdir. Genellikle iki santimetreden küçük ve asemptomatik, tanı tesadüfen konulur ve tedavi gerektirmez. Büyük ve semptomatik kolon lipomları oldukça nadirdir. Ayırıcı tanısı genellikle rezeke edilmiş spesmenin histopatolojik incelemesinden sonra yapılabilir. Elli altı yaşında kadın hasta karın ağrısı, karında şişlik ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Kolonoskopide hepatik fleksurada lümeni tama yakın tıkayan, üzerindeki mukozanın yer yer ülser ve nekrotik yapıda olduğu 8x6 cm'lik submukozal kitle mevcuttu. Manyetik rezonans görüntülemeye en büyük çapı 8,5 cm, sinyal yoğunluğu yağ dokusuyla benzer olan ovoid kitle mevcuttu. Hastanın semptomatik olması, ayırıcı tanının yapılamaması nedeniyle hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı. Spesmenin histopatolojik incelemesinde submukozal yerleşimli lipom tespit edildi. Hasta ameliyat sonrası yedinci günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Lipomların ameliyat öncesi dönemde kesin tanısının konulması zor olabilir, özellikle lezyon büyük ve ülser ve malignite ile karışabilir. Büyük, semptomatik kolon lipomlarında komplikasyonlardan korunmak ve maligniteyi ekarte edebilmek için ameliyat etmek gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kolon, lipom, kolonoskopi

ABSTRACT

Colonic lipomas are rare benign nonepithelial tumors. Generally they are smaller than two centimeters and asymptomatic, incidentally detected and do not need any medical treatment. Large and symptomatic lipomas of colon are extremely rare. Besides, the diagnosis can be made after the histopathological analysis of the resected specimen. A fifty six year old woman presented with stomach ache, puffiness in the abdomen and weight loss complaints. In colonoscopy, at the hepatic flexure there was a 8x6 cm. submucosal mass which was frequently causing ulcer of the mucosa and was necrotic, nearly plugging the lumen. There was an ovoidal mass about 8.5 cm. by the signal density alike with fat tissue in magnetic resonance imaging. Since it was symptomatic and could not be diagnosed; a laparoscopic right hemicolectomy was performed in the patient. During the histopathological analysis of the specimen, a submucosally situated lipoma was determined. The patient was discharged from the hospital on the seventh day after the operation without any problem. Diagnosing lipomas during the pre-operation period may be difficult, especially when the lesion is big and the ulcer may be confused with malignancy. To avoid the complications, in colon lipomas and to eliminate the malignancy risk surgery, may be needed in large symptomatic colon lipomas.

Key Words: Colon, lipoma, colonoscopy

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence

Dr. İsmail Yaman

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
Tel.: +90 266 245 44 25
e-posta: ismailyaman35@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 18.02.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 16.07.2012

Çevrimiçi Yayın Tarihi /

Online Available Date: 28.05.2013

©Telif Hakkı 2015

Türk Cerrahi Derneği

Makale metnine

www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2015

by Turkish Surgical Association

Available online at

www.ulusalcerrahidergisi.org

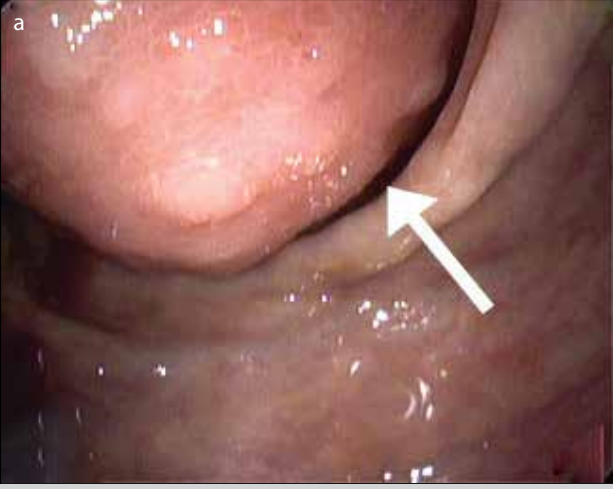
GİRİŞ

Kolon lipomları nadir görülen benign nonepitelial tümörlerdir (1). Sıklığı %0,035-4,4 olarak bildirilmektedir. Yaklaşık olarak %90'ı submukozadan, %10'u ise subserozadan köken almaktadır (2-5). Lipomlar genellikle küçük ve asemptomatik olup, çekum ve çıkan kolonda yerleşim göstermektedir (6, 7). Bu tip lipomlarda tanı tesadüfen konulur ve tedavi gerekmez (4). Bununla birlikte nadiren, özellikle 2 cm'den büyük olanlar karın ağrısı, kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklik ve kilo kaybı gibi semptomlara neden olabilir (3). Görüntüleme yöntemleri ve endoskopik girişimlerdeki gelişmelere rağmen ameliyat öncesi dönemde kesin tanı koymak halen zor olabilmektedir. Büyük kolon lipomlarında malignite ile ayırıcı tanı yapılamadığından geniş çaplı ameliyatlar yapılabilmekte ve kesin tanı genellikle rezeke edilmiş spesmenin histopatolojik incelemesinden sonra konulabilmektedir (1, 2, 6, 7).

Bu çalışmada hepatik fleksura yerleşimli, büyük ve semptomatik olması nedeniyle özellik gösteren nadir görülen bir kolonik lipom olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Elli altı yaşında kadın hasta bir yıldır devam eden ve son üç aydır artan karın ağrısı, karında şişlik ve son üç ayda 8 kg ağırlık kaybı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Rutin laboratuvar değerleri normal sınırlar içerisinde idi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde tüm karında hafif bir distansiyon dışında bulgu saptanmadı. Karın ultrasonografisi normaldi. Gastroskopide antral eroziv gastrit mevcuttu. Kolonoskopide hepatik fleksurada lümeni tama yakın tıkayarak transvers kolon içerisine uzanan, üzerindeki mukozanın yer yer ülser ve nekrotik yapıda olduğu 8x6 cm'lik submukozal kitle



Şekil 1. a, b. a) Kitlenin kolonoskopik görüntüsü, lümen okla işaretlenmiştir, b) Kitlenin kolonoskopik görüntüsü, kitle üzerindeki ülser alan

mevcuttu (Şekil 1A, B). Ülserli mukoza çevresinden ve sağlam mukozadan kitleye ulaşabilmek için düğme iliği tarzında biyopsiler alındı. Biyopsi sonucu ülserasyon içeren rejener mukozalar olarak bildirildi. Üst karın bilgisayarlı tomografisinde (BT) transvers kolon komşuluğunda (dış bası) ovoid iyi sınırlı kitle mevcuttu. Üst karın manyetik rezonans görüntülemesinde (MR) transvers kolon proksimalde en büyük çapı 8.5x6.5 cm olan, iyi sınırlı, sinyal yoğunluğu yağ dokusuyla benzer olan ovoid kitle mevcuttu (Şekil 2). Bulgular lipomu destekliyordu. Kitlenin boyutlarının büyük olması, kolonu tama yakın tıkmaması, hastanın semptomatik olması, kolonoskopide kitle üzerindeki mukozanın yer yer düzensiz ve nekrotik olması, tanının histopatolojik olarak netleştirilememesi nedeniyle ameliyat planlandı. Hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı. Piyenin patolojik incelemesinde üzerindeki mukozada yer yer ülser ve nekroz alanlarının görüldüğü submukozal yerleşimli lipom tespit edildi. Ameliyat sonrasında sorun gelişmeyen hasta yedinci günde şifa ile taburcu edildi.



Şekil 2. Kitlenin manyetik rezonans görüntüsü, kitle okla işaretlenmiştir

TARTIŞMA

Kolon lipomları gastrointestinal sistemin nadir görülen, yavaş büyüyen, nonepitelyal, selim tümörleridir (1, 3, 6). İlk olarak 1757 yılında Bauer ve ark. (4) tarafından tanımlanmıştır. Beşinci ve altıncı dekadlarda ve kadınlarda daha sık görülmektedir (4, 5, 7, 8). %70-90'ı sağ kolon yerleşimlidir. Diğer yerleşim yerleri azalan sırayla, her iki fleksurayı içerecek şekilde transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve rektumdur (7, 8). Genel olarak tektir, fakat olguların %6-25'inde multipl lipomlar görülebilir (1-3). Hastamız yaş, cinsiyet, kitlenin tek olması ve submukozada yerleşmesi açısından literatür ile benzerlik gösterirken yerleşim yeri literatürdeki genel eğilimden farklılık göstermekteydi.

Kolon lipomları genellikle küçük ve asemptomatiktir (1-5). Bu nedenle çoğu görüntüleme yöntemleri, kolonoskopi, cerrahi veya otopsi sırasında rastlantısal olarak saptanır (1, 2, 7). Büyük boyutlara ulaşınca özellikle 2 cm'den büyük olduklarında semptom verirler (1, 2, 5, 7). Sadece %25'i semptomatiktir ve en sık semptomlar karın ağrısı, rektal kanama ve barsak alışkanlıklarında değişikliklerdir (1, 2, 4, 9). Hastamız kolik tarzda karın ağrısı ve karında şişlik şikayetleri ile başvurmuştu. Yapılan tetkiklerde lipomun en büyük çapı 8,5 cm idi. Olgumuz lipom

çapının sekiz cm'den büyük olması açısından literatürdeki nadir olgulardandır.

Klinisyenler için kolon lipomlarının ameliyat öncesi dönemde tanısı zorluklar içermektedir (8). Kesin tanı genellikle girişimden sonra konulabilmektedir (1, 2, 6, 7). Görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcı olabilir fakat bulgular genellikle spesifik değildir (1). Baryumlu grafiler iyi sınırlı, radyolüsent, oval dolum defekti ve peristaltizme bağlı olarak oluşan "sıkma-ezilme" bulgusu gösterebilir (1, 6, 8). Ultrasonografi internal vaskülaritesi olmayan hiperekoik bir lezyon olarak gösterir (7). Endoskopik ultrasonografi tamamlayıcı bir tetkiktir ve muskularis propria içine yayılımı gösterir (7). Bilgisayarlı tomografide karakteristik olarak homojen yağ dansitesinde, düzgün ovoid şekilli keskin sınırları olan intraluminal kitle tanımlanabilir (6-8). Manyetik rezonans grafide yağ dokusunun sinyal intensitesi ve yağ baskılı sekanslarda sinyalin baskılanması görülebilir ve bu nedenle MR lipomların tespitinde özellikle faydalı olabilir (1, 7). Hastamızın karın ultrasonografi sonucu olağandı, BT'sinde ovoid iyi sınırlı transvers kolon komşuluğunda olduğu yorumlanan kitle mevcuttu. Manyetik rezonans grafide lipomla uyumlu bulgulara sahip, en büyük çapı 8,5 cm olan kitle mevcuttu.

Kolonoskopide lipomlar genellikle düz, saplı veya geniş tabanlı, üzerindeki mukozanın düzgün olduğu sarımtırak polipler olarak

görülür (6). Tipik olarak yastık bulgusu (biyopsi forsepsi basıldı-
ğında yastık benzeri bir çökme olması), çadır bulgusu (üzerin-
deki mukoza forseps ile kaldırıldığında çadır benzeri görünüm
oluşması), çıplak yağ bulgusu (biyopsi yerinden sarımtırak yağ
çıkması) görülebilir (1, 2, 9). Bu yönüyle klasik lipomların tanı-
sında kolonoskopi güvenilir olsa da atipik kallöz veya ülserle
lezyonlarda tanı zordur (2, 7). Bu tip lipomlarda maligniteyi
ekarte etmek mümkün olmayabilir ve kesin tanı ameliyat son-
rası dönemde, rezeke edilmiş segmentin patolojik inceleme-
sinden sonra konulabilmektedir (1, 2, 6, 7). Hastamızda kolonu
tamama yakın tıkayan yüzeyinde nekrotik mukoza ve çeşitli
alanlarda ülserasyon bulunan, çoğu alanda sert yapıda olan
kitle mevcuttu. Alınan biyopsilerin sonucu ülserasyon içeren
rejenere mukoza olarak bildirildi ve hastada ameliyat öncesi
dönemde kesin tanı konulamadı.

Kolon lipomlarının tedavisinde lipomun çapı, saplı olması, ma-
lignite şüphesi, musküler tabaka ve seroza ile olan ilişkisine
bağlı olarak endoskopik olarak çıkarma veya cerrahi girişim
önerilmektedir (2, 3). Submukozadan köken alıp lümene doğru
büyüyen saplı, özellikle iki cm'den küçük lipomların kolonos-
kopik olarak çıkarılmasının güvenilir bir tedavi yöntemi olduğu
bildirilmektedir (3, 6). Lipomun muskularis propriya ve seroza
ile olan ilişkisini anlayabilmek için endoskopik ultrasonografi
yapılması tavsiye edilmektedir (1). Jiang ve ark. (2) beş açıdan
inceleyerek: a) lipom dört cm'den büyük, sesil veya limitli pedi-
küllü varsa, b) malignite şüphesi varsa, c) intususepsiyon varsa,
d) musküler tabaka veya serozayı içeriyorsa, e) kolonoskopide
radikal olarak çıkarılamayacaksa endoskopik yöntemle çıkar-
manın uygun olmayacağını bildirmektedir. Literatürde geniş
pediküllü ve büyük çaplı lipomların da endoskopik olarak çı-
karılabileceğini bildiren yayınlar olmasına rağmen özellikle bu
tip lipomlarda perforasyon ve kanama riskinin yüksek olduğu
unutulmamalıdır (1, 2, 9, 10). Cerrahi tedavide ameliyat öncesi
dönemde kesin tanı konulmasına bağlı olarak hemikolekto-
miden, segmenter rezeksiyona veya lokal eksizyona kadar bir
çok girişim uygulanabilmektedir (1-3, 5, 7, 8). Ameliyat öncesi
dönemde tanı doğrulanabilirse cerrahinin büyüklüğü kısıt-
lanabilir ve enükleasyon veya lokal eksizyon ile yeterli tedavi
sağlanabilir (6, 7). Tanı şüpheli veya intususepsiyon gibi komp-
likasyonlar varsa hemikolektomi veya subtotal kolektomi gibi
büyük çaplı ameliyatlara gerekli olabilir (3). Cerrahi konvansi-
yonel laparotomi ve minilaparotomi ile de uygulanabilme-
sine rağmen koşullar uygunsa laparoskopik kolon cerrahisi
önerilmektedir (7). Hastamızdaki kitlenin boyutlarının büyük
olması, uygun bir pedikülünün olmaması ve kitle üzerindeki
mukozada yer yer ülserasyon ve nekroz odaklarının bulunma-
sı nedeniyle endoskopik çıkarma işleminin uygun olmayacağı
düşünüldü ve ameliyat kararı alındı. Ameliyat öncesi dönemde
tanı kesinleştirilemediği ve malignite ekarte edilemediği için
hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı.

SONUÇ

Kolon lipomları nadir görülen benign nonepitelial tümörler-
dir. Ameliyat öncesi dönemde kesin tanı konulması zor olabi-

li, özellikle lezyon büyük ve ülserle ise malignite ile karışabilir.
Büyük, semptomatik kolon lipomlarında komplikasyonlardan
korunmak ve maligniteyi ekarte edebilmek için cerrahi uygu-
lamak gereklidir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması - İ.Y., H.D.; Veri-
lerin elde edilmesi - İ.Y., H.D., G.D.; Verilerin analizi ve yorumlanması - İ.Y.,
H.D., G.D.; Yazının kaleme alınması - İ.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını
beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Study concept and design - İ.Y., H.D.; Acquisiti-
on of data - İ.Y., H.D., G.D.; Analysis and interpretation of data - İ.Y., H.D.,
G.D.; Preparation of the manuscript - İ.Y.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received
no financial support.

KAYNAKLAR

1. Mnif L, Amouri A, Masmoudi MA, Mezghanni A, Gouiaa N, Bouda-
wara T, et al. Giant lipoma of the transverse colon: a case report
and review of the literature. *Tunis Med* 2009; 87: 398-402.
2. Jiang L, Jiang LS, Li FY, Ye H, Li N, Cheng NS, et al. Giant submuco-
sal lipoma located in the descending colon: a case report and revi-
ew of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 5664-5667.
3. Dandin Ö, Balta A.Z, Sücüllü İ, Yücel E, Yıldırım Ş. Nadir bir karın ağ-
rısı ve anemi nedeni: dev kolonik lipom. *Kolon Rektum Hast Derg*
2011; 21: 116-119. [\[CrossRef\]](#)
4. Küçük Ü, Özer E, Anuk T. Rektal yerleşimli submukozal lipom: Olgu
sunumu. *Türk Patoloji Dergisi* 2009; 25: 47-49.
5. Sabancı Ü. Akut abdomene neden olan kolo-kolik invaginasyon: Li-
pom nedeniyle bir olgu. *Kolon Rektum Hast Derg* 2007; 17: 151-153.
6. Zhang X, Ouyang J, Kim YD. Large ulcerated cecal lipoma mimicking
malignancy. *World J Gastrointest Oncol* 2010; 2: 304-306. [\[CrossRef\]](#)
7. Arora R, Kumar A, Bansal V. Giant rectal lipoma. *Abdom Imaging*
2011; 36: 545-547. [\[CrossRef\]](#)
8. Erkan N, Çalışkan C, Vardar E. Lipoma of the large intestine: a clini-
copathological review of six cases. *Balkan Med J* 2010; 27: 6-10.
9. Martin P, Sklow B, Adler DG. Large colonic lipoma mimicking colon
cancer and causing colonic intussusception. *Dig Dis Sci* 2008; 53:
2826-2827. [\[CrossRef\]](#)
10. Morimoto T, Fu KI, Konuma H, Izumi Y, Matsuyama S, Ogura K, et al.
Peeling a giant ileal lipoma with endoscopic unroofing and sub-
mucosal dissection. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 1676-1679.
[\[CrossRef\]](#)