

ERCP sırasında saptanan bir gastrik lipom olgusu A case of gastric lipoma detected incidentally during ERCP

Mustafa Kösem¹, Osman Güler², Metin Aydın²

¹ YYÜ. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, VAN

² YYÜ. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, VAN

Lipomlar yaygın görülen benign tümörlerdir, fakat midede nadirdirler. Genellikle submukozal yerleşimlidirler ve semptomatik olduklarında sıklıkla kitlenin üstündeki mukozanın ülserasyonuna bağlı gastrointestinal kanama veya obstrüksiyon bulguları gösterirler. Kronik taşlı kolesistit ve koledok taşı semptomları nedeniyle ERCP yapılan ve bu esnada tesadüfen gastrik lipomu fark edilen 60 yaşında bir kadın hasta sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Lipom, mide

Lipomas are benign tumors that are common in other sites but rare in the stomach. They are usually submucosal and, when symptomatic, are most often accompanied by gastrointestinal bleeding from ulceration of gastric mucosa overlying the mass or by symptoms of obstruction. A 60- year-old woman presented with symptoms of chronic cholecystitis, cholelithiasis and choledocolithiasis and incidentally detected gastric lipoma during ERCP.

Key Words: Lipoma, stomach

Lipomlar, yağ dokusunun benign tümörleridir ve bu dokunun bulunabildiği her yerden kaynaklanabilirler. Çoğunlukla da deri altında yerleşirler⁽¹⁾.

Gastrointestinal sistemin tüm bölümlerinde görülebilen lipomlar, en sık olarak kolonda, özellikle de sağ tarafta gözlenirler⁽²⁾. Mide lipomu ise oldukça nadir olup 1995 yılına kadar bildirilen toplam olgu sayısı yaklaşık 200'dür⁽³⁾.

OLGU

9.1.2002 tarihinde karın ağrısı, bulantı ve sarılık şikayeti ile başvuran 60 yaşında bayan hastanın, ultrasonografisinde safra kesesinde ve distal koledokta çok sayıda taş ile, hidrops kese ve intra hepatik safra yolu dilatasyonu saptandı.

İlk biyokimyasal değerleri Total Bil: 6.6 mg/dl, Direkt Bil: 5.6 mg/dl, ALP: 2302 U/L, AST: 338 U/L, ALT: 275

U/L, Amilaz: 530 U/L, Lipaz : 481 U/L, GGT: 5528 U/L olarak tespit edildi.

Koledokolitiazis + Kolestiazis + Biliyer pankreatit olarak değerlendirilen hastaya, 10.1.2002 tarihinde ERCP yapıldı. Papilla Wateri ileri derecede ödemli idi. Koledoka girilemedi. Papillatomi yapılarak işleme son verildi.

Hastanın klinik bulgularının ve laboratuvar değerlerinin gerilemesi üzerine 16.1.2001 tarihinde tekrar ERCP yapıldı. Midede antruma yerleşmiş, leiomyom ya da lipom ile uyumlu submukozal kitle saptandı ve biyopsi alındı. Papillatomi yapılarak, koledok taşları balon ekstraksiyonu ile alındı. Biyopsi, kronik gastrit tanısı aldı.

28.01.2002 tarihinde operasyona alınan hastaya laparotomi + gastrotomi + gastrik submukozal kitle eksizyonu + kolesistektomi uygulandı. Operasyon sırasında lipom olarak değerlendirilen gastrik kitle ile, safra kesesi patolojik incelemeye alındı.

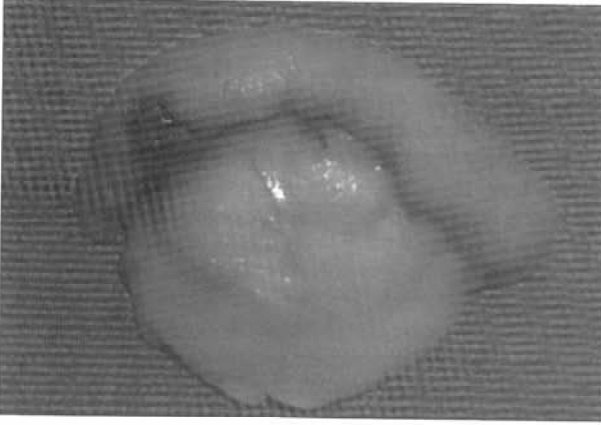
Kese, makroskopik ve mikroskopik bulgular ile kronik taşlı kolesistit tanısı aldı.

Gastrik lipom kayıtlı ameliyat materyalinin, üzeri mukoza ile kaplı, 2,5x2,5x2,2 cm ölçülerinde, düzgün sınırlı, kapsüllü, sarı bej renkte nodüler bir kitle olduğu gözlemlendi. Kitlenin kesit yüzü sarı renkte homojen görünümde idi (Resim 1).

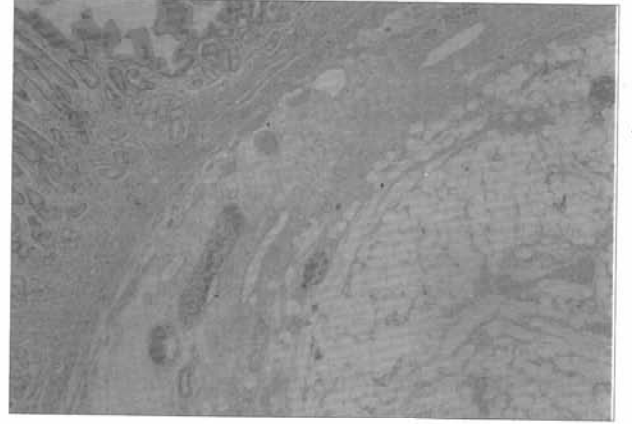
Histopatolojik incelemede, yüzeyde kronik gastrit ile uyumlu mide mukozası ile, submukozal yerleşmiş, matür yağ hücrelerinden oluşan ve ince bir fibröz kapsül ile çevrili tümör dokusu izlendi (Resim 2). Bu görünümle kitle, gastrik lipom tanısı aldı.

TARTIŞMA

Gastrointestinal lipomlar, benign davranışlı, genellikle tek ve yavaş büyüyen tümörlerdir. Sindirim kanalında en yaygın olarak kolonda saptanırlar, fakat ince barsak ve çok nadir olarak da midede bulunabilirler. Gastrik lipomlar, tüm sindirim kanalı lipomlarının % 5'ini oluştururlar⁽⁴⁾. Şimdiye kadar bildirilen toplam olgu sayısı, 1995 yılına kadar bildirilen yaklaşık 200 vaka ile birlikte 250'ye yaklaşmıştır^(3,16).



Resim 1: Cerrahi spesimende üzeri mukoza ile örtülü, kapsüllü, nodüler kitlenin makroskopik görünüşü



Resim 2: Kronik gastrit ile uyumlu mide mukozası altında, matür lipositlerin oluşturduğu, çevreden iyi sınırlı tümör dokusu (H&E, x50).

Gastrik lipomlar, diğer lipomlar gibi ileri yaşlarda (5-6. dekatlar) görülürler. Ancak çocuklarda bildirilmiş birkaç gastrik lipom olgusu da mevcuttur. ^(1,4,14)

Genellikle asemptomatikler. Nadir semptomlar ise üst gastrointestinal kanama, obstrüksiyon ve kilo kaybıdır. ^(3,5,8,9,14) Malign transformasyon nadirdir. ⁽³⁾

12 olgulu bir seride, lipomların yaridan fazlasının midenin fundusunda yerleştikleri gözlenmiştir (fundus 7, korpus 3, antrum 1, multipl odak 1 olgu). ⁽⁶⁾

Tümör dokusu, genellikle submukozal yerleşimli, iyi sınırlı bir kitle olarak görülür. Tümörün büyüklüğü, çoğunlukla 2,5 cm ile 6,5 cm çapları arasındadır (ortalama 3,5 cm). Büyük lezyonlar ülser olabilir. Ülser tabanında sekonder fibrotik ve hemorajik değişiklikler görülebilir. ⁽⁶⁾

Tümör, çoğu kez diğer bir hastalığın araştırılması sırasında endoskopide rastlantısal olarak saptanır ⁽¹²⁾. Ancak % 90 oranında submukozal yerleştiğinden, endoskopik biyopsi, tanı için yeterli değildir. ^(3,9)

Mikroskopik olarak, submukozada yerleşmiş olgun lipositlerin oluşturduğu, ince bir bağ dokusu kapsüle sahip, solid kitle şeklinde gözlenir. Kitle, bazı vakalarda mukozada incelmeye ve ülserasyona yol açar.

Preoperatif olarak baryumlu grafi, yüksek rezolüsyonlu transabdominal sonografi, endoskopik ultrasonografi ve kompüterize tomografi tanıda yardımcı yöntemlerdir. ^(6,11) Tümörün rezeksiyonu seçkin tedavi yöntemidir. Bu da açık laparotomi ya da laparoskopik olarak submukozal kitle eksizyonu şeklinde olabilir. Bazı merkezlerde, laparoskopik eksizyon, laparotomiye tercih edilmektedir. ^(17,18)

Olgumuz, görülme yaşı, asemptomatik oluşu ve rastlantısal bulunuşu, makroskopik ölçüleri ve submukozal yerleşimi ile gastrik lipomların genel özelliklerine sahiptir. Antruma lokalize olması ise seyrek bir yerleşim yeri olarak dikkati çekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors, 3th ed. St. Louis Mosby-Year Book, 1995; 384.
2. Siegal A, Witz M. Gastrointestinal lipoma and malignancies. J Surg Oncol 1991; 47:170-4.
3. Vogt W, Allemann J, Simeon B, Fornaro M, Rehli V. Gastric lipoma as an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding Schweiz Rundsch Med Prax 1995; 84:469-72.
4. Alberti D, Grazioli L, Orizio P, Matricardi L, Dughi S, Gheza L, Falchetti D, Caccia G. Asymptomatic giant gastric lipoma: What to do? Am J Gastroenterol 1999; 94: 3634-7.
5. Sankaranunni B, Ooi DS, Sircar T, Smith RC, Barry J. Gastric lipoma causing gastroduodenal intussusception. Int J Clin Pract 2001;55:731-2.
6. Ferrozzi F, Tognini G, Marchesi G, Spaggiari E, Pavone P. Gastric tumors with fatty components. CT findings and differential diagnosis Radiol Med 2000; 100:343-7.
7. Choi YB, Oh ST. Laparoscopy in the management of gastric submucosal tumors. Surg Endosc 2000;14: 741-5.
8. Tsai TL, Changchien CS, Hu TH, Hsiaw CM. Demonstration of gastric submucosal lesions by high-resolution transabdominal sonography. J Clin Ultrasound. 2000;28:125-32.
9. Roncolini G, Capaldi M, Calabrese P, Giordani M, Pietrafesa A, Gatto A. Unusual cause of upper digestive hemorrhage: gastric lipoma. Report of a case. Chir Ital 1999;51:483-7.
10. Regge D, Lo Bello G, Martincich L, Bianchi G, Cuomo G, Suriani R, Cavuoto F. A case of bleeding gastric lipoma: US, CT and MR findings. Eur Radiol 1999; 9:256-8.
11. Berenstein E, Ghigliani M, Caro L, Uehara U. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of submucosal tumors of the upper digestive tract. Acta Gastroenterol Latinoam 1998;28:5-8.
12. Treska V, Pesek M, Kreuzberg B, Chudacek Z, Ludvikova M, Topolcan O. Gastric lipoma presenting as upper gastrointestinal obstruction. J Gastroenterol 1998; 33: 716-9.

13. Petrov VP, Rozhkov AG, Savvin luN, Dronov VI. Nonepithelial tumors of the stomach Khirurgiia (Mosk) 1997; 3:25-8.
14. Beck NS, Lee SK, Lee HJ, Kim HH. Gastric lipoma in a child with bleeding and intermittent vomiting. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1997;24 :226-8.
15. Rotondo A, Angelelli G, Cusati B, Gargano V. Gastric lipoma. Report of 2 cases. Radiol Med (Torino) 1996; 92 :494-5.
16. Filiz G, Yerci Ö, Zorluoğlu A, Özuysal S, Yılmazlar T. Gastric lipoma: Bir olgu sunumu. Türk Patoloji Dergisi 1997;13 (2): 27-8.
17. Tagaya N, Mikami H, Igarashi A, Ishikawa K, Kogure H, Ohyama O. Laparoscopic local resection for benign nonepithelial gastric tumors. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 1997;7(1):53-8.
- 18- Yu JP, Luo HS, Wang XZ. Endoscopic treatment of submucosal lesions of the gastrointestinal tract. Endoscopy 1992;24(3):190-3.