



ODÜ Tıp Dergisi / *ODU Journal of Medicine*  
http://otd.odu.edu.tr

**Olgu Sunumu**

Odu Tıp Derg  
(2015) 2: 96-99

**Case Report**

*Odu J Med*  
(2015) 2: 96-99

**Kolonik Lipom: Olgu Sunumu**  
*Colonic Lipoma: A Case Report*

**Selma Şengiz Erhan<sup>1</sup>, Sevinç Hallaç Keser<sup>2</sup>, Müge Yılmaz<sup>3</sup>, Serhat Çitoğlu<sup>4</sup>,**

<sup>1</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Darıca Farabi Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, Kocaeli, Türkiye

<sup>4</sup>Darıca Farabi Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Kocaeli, Türkiye

Yazının geliş tarihi / Received: 2 Nisan 2014/ April 2, 2014

Düzeltilme / Revised: 30 Ekim 2014/ Oct 30, 2014

Kabul tarihi / Accepted: 18 Aralık 2014 / Dec 18, 2014

**Özet**

Kolonun sık görülen benign mezenkimal tümörü olmakla birlikte, lipomlar gastrointestinal sistemde oldukça nadirdir. Genellikle asemptomatiktir ve kolonoskopi ya da cerrahi işlem sırasında insidental olarak saptanır. Büyük boyutta olan olgular abdominal ağrı, diyare, kabızlık, rektal kanama ve intussepsiyona sebep olabilir. Transvers kolonda lokalize yaklaşık 7 cm çapında polipoid lezyon saptanan ve submukozal lipom tanısı alan olgumuz, nadir görülmesi nedeniyle literatür bilgileri ışığında sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kolon, lipom, kolonoskopi

**Abstract**

Although they are frequently seen benign mesenchymal tumors of the colon, lipomas are quite rare tumors of the gastrointestinal tract. They are often asymptomatic and are found incidentally during a colonoscopy or surgery; but large sized lesions may cause abdominal pain, diarrhea, constipation, rectal bleeding and intussusception. Our case was a polipoid mass, detected by colonoscopy which has a diameter of 7 cm diameter, located in transvers colon, Microscopic examination revealed submucosal lipoma. Because of its rarity, we report herein in association with the literature.

**Key Words:** Colon, lipoma, colonoscopy

## Giriş

Lipom, gastrointestinal sistemde nadir tespit edilen benign mezenkimal neoplazidir. Klinik çalışmalar ve geniş otopsi serilerine göre insidensi % 0.2-% 4.4 olarak bildirilmektedir (1). Özofagustan rektuma kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde saptanabilen bu lezyonlar, en sık kolon ve ince barsakta izlenir (1-3). Genellikle yavaş büyüyen lipomlar küçük ve asemptomatik olup; endoskopi-kolonoskopi, radyolojik çalışmalar, cerrahi ya da otopsi sırasında rastlantısal olarak saptanır (4-7). Semptomatik olgularda ise abdominal ağrı, rektal kanama ve buna bağlı anemi, diyare ve kabızlık gibi barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler en sık görülen bulgulardır (8,9). Preoperatif dönemde lezyon adenomatöz polip ya da karsinom ile karıştırılabilir (10,11).

## Olgu Sunumu

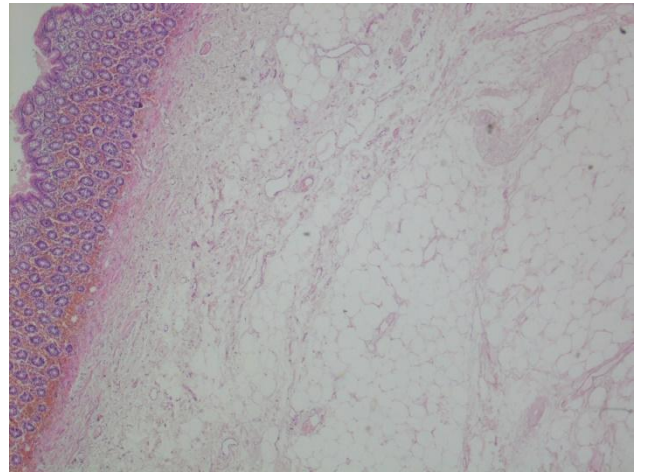
Bir yıldır devam eden kabızlık, karın ağrısı ve hassasiyet şikayetleri nedeniyle hastanemiz genel cerrahi bölümüne başvuran 47 yaşındaki kadın hastanın kolonoskopik incelemesinde; hepatic fleksuraya yakın transvers kolonda 7 cm çapında polipoid lezyon saptandı (Resim 1). Alınan 1 mm çaptaki biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde konjesyon ve hafif inflamasyon bulguları içeren mukozal doku fragmanı görüldü. Olgunun hemogram sonuçları düşüktü (Hb: 11.8 g/dL (N; 13.5-16.5 g/dL) ve Hct: 35.8 (N; 40-50 %). Diğer hemogram ve biyokimya parametreleri normal limitler içindeydi. Polipoid lezyonun boyutu, klinik ve histopatolojik olarak ekarte edilemeyen malignite nedeniyle olgu operasyona alındı. Kolotomi yapılarak düzgün mukozal yüzeye sahip yaklaşık 7cm çapındaki polipoid lezyon eksize edildi. Kliniğimize gönderilen materyal; 2x1.5 cm lik bir taban üzerinde yerleşim gösteren 5.5x3.5x2.5 cm ölçülerinde polipoid görünüme sahip yumuşak kıvamlı gri kahverenkli dokuydu. Yer yer ülser alanlar içeren mukozal yüzeye sahip dokunun kesit yüzeyi gri sarı renkli yağ dokusu özelliğindedir (Resim 2). Mikroskopik incelemede ise; mukozanın genel yapısının korunduğu ve submukozada yerleşmiş kapsülsüz, ancak iyi sınırlı, matür yağ hücrelerinden oluşan lezyon izlendi (Resim 3). Sellüler atipi, mitoz ve nekroz saptanmadı. Olgumuza bu morfolojik bulgular eşliğinde submukozal lipom tanısı verildi. 48 aylık izlem sırasında olguda herhangi bir klinik bulgu ve şikayet saptanmadı.



Resim 1: Endoskopik inceleme sırasında saptanan polipoid lezyon.



Resim 2: Kesit yüzeyi yağ dokusu özelliğinde izlenen polipoid lezyon.



Resim 3: Submukozada lokalize matür yağ hücrelerinden oluşan lezyon (H&E, x40).

## Tartışma

Kolonik lipomlar, başlıca sağ kolonda yerleşim gösterir ve çekumdan sigmoid kolona doğru azalan sıklıkla izlenirler (12). Kadınlarda erkeklere oranla biraz daha sık izlenmektedir. Yaşamın 5-6. dekatlarında pik yapmaktadır (4,7). Olgumuz 47 yaşında kadın olması ve lipomun transvers kolonda hepatic fleksura hizasında görülmesi nedeniyle literatürde bildirilen vakalara benzerlik göstermekteydi.

Kolon lipomu sıklıkla soliter, nadiren multiplerdir (12,13). Olguların yaklaşık % 90'ı submukozada, geri kalanı serozada yerleşim gösterir. Submukozal kaynaklı lipomlar sesil ya da pedinküllü olabilir (4,12). Boyutları 2 mm-30 cm arasında değişir. Genellikle asemptomatiktir. Klinik semptomların ortaya çıkmasında lezyonun boyutu üzerinde durulmakla birlikte, lokalizasyonun da ilişkili olduğunu vurgulayan çalışmalar vardır (12). Literatürde semptomatik lipomlar için 2 cm üzeri boyutlar bildirilmektedir. Rektal kanama, abdominal ağrı ve barsak alışkanlığındaki değişiklikler en sık görülen semptomlar olmakla birlikte; obstrüksiyon ya da invajinasyona bağlı ileus şeklinde (akut batın benzeri) şiddetli klinik tabloya yol açabilecek bulgular da izlenebilir (8,9,14-16).

Olgumuzda lezyonun boyutu 5.5x3.5 cm olup; 1 yıldır devam eden kabızlık, karın ağrısı ve hassasiyet semptomları mevcuttu.

Baryumlu kolon grafisi, endoskopik ultrasonografi (EUS), computerize tomografi (CT) ve endoskopik-kolonoskopik inceleme preoperatif dönemde tanıya yardımcı olabilecek yöntemler arasındadır (3,6,17).

Kolonik lipomlar; endoskopik olarak sarımsı renkte, düzgün mukozal ile örtülü lezyonlar olarak görülürler (7). Genelde submukozal yerleşimli oldukları için alınan endoskopik biyopsiler tanı için yeterli olmamakta ve bizim olgumuzda da olduğu gibi nonspesifik bulgular içeren normal mukozal olarak rapor edilebilmektedir. Literatürde endoskopik incelemede tanıya yardımcı olabilecek üç bulgudan söz edilmektedir. Birincisi; biyopsi pensi ile lezyona bastırıldığında, lezyonun yumuşak olduğu ve biyopsi pensi geri çekildiğinde de indentasyon (çentik) bıraktığı izlenir. Buna yastık belirtisi (pillow sign) adı verilir. İkincisi; mukozal, biyopsi forsepsi ile çekildiğinde çadır görünümü (tenting effect) almaktadır (18). Üçüncüsü; aynı alanda tekrarlanan biyopsiler sarımsı yağ çıkışı şeklinde çıplak yağ işaretine (naked fat sign) neden olmaktadır (19). Olgumuzda endoskopik inceleme sırasında belirtilen bu üç bulgudan hiçbiri izlenmemiştir.

Baryum grafisinde lipom, radyolüsent kitle şeklinde görülür. Bu incelemede eksternal basınç ya da peristaltizm sırasında sferik dolma defektinin uzaması (squeeze sign) diagnostik olarak kabul edilmektedir (17). EUS incelemede, submukozadan köken alan iyi sınırlı, yoğun hiperekoik ve homojen lezyonlar olarak gözlenir (3,20). CT'de ise lipomlar, düzgün sınırlara sahip sferik-oval biçimli ve adipöz dokuya bağlı homojen dansitede izlenir (6).

Lipom olgularında kesin tanı ancak histopatolojik inceleme ile konulabilir. Mikroskopik incelemede matür yağ hücrelerinden oluşan lezyon görülür. Genellikle submukozal konnektif dokudan kaynaklanan bir kapsülü vardır. Genelde tabanı vaskülarizedir. Yüzeyinde intakt ya da erode intestinal mukozal bulunur (2,21).

Gastrointestinal sistem lipomlarının çıkarılıp çıkarılmayacağı ve endoskopik ya da cerrahi müdahale açısından hangi metodla çıkarılacağı halen tartışmalıdır. İnsidental olarak saptanan asemptomatik lipomlarda tedavi gerekli değildir ve düzenli takip yeterli olmaktadır (22). İki cm'den küçük ve pediküllü lipomlar endoskopik olarak eksize edilebilirler (13,23,24). İki cm'den büyük ve subserozal lezyonlar için bu yöntem uygulandığında perforasyon ya da hemoraji riski bulunduğu bildirilmiştir (10,22,23). Literatürde 4 cm'den büyük, sesil görünümü, endoskopik olarak çıkarılamayacak, müköler tabaka ya da serozayla ilişkili lipomlar ile malignite şüphesi veya şiddetli semptomların eşlik ettiği lipomların

varlığında cerrahi müdahale önerilmektedir (25). Cerrahi yöntemler arasında enükleasyonun yer aldığı konvansiyonel laparotomi, kolotomi ve eksizyon, segmental kolonik rezeksiyon yanı sıra daha az invaziv olan laparoskopik yöntem ve mini laparotomik uygulama sayılabilir (26,27). Eksizyon sonrası prognoz mükemmel olup; rekürrens saptanmamaktadır (14,28).

Nadir görülmekle birlikte; kolon tümörlerinin ayırıcı tanısında lipomlar da yer almalıdır. Preoperatif tanı olguyu major cerrahi müdahaleden koruyacağı için önemlidir ve klinik, endoskopik, radyolojik ve patolojik korelasyonu gerektirir.

## Kaynaklar

1. Nallamothu G, Adler DG. Large colonic lipomas. *Gastroenterol Hepatol* 2011;7(7):490-2.
2. Stacey E. Mills (Editor). Stenberg's Diagnostic Surgical Pathology. In: Cooper HS. *Intestinal neoplasm*. 5th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010:1368-1431.
3. Aydın A, Tekin F, Akyıldız M, Özütemiz Ö. Üst gastrointestinal sistem lipomları: 33 olgunun irdelenmesi. *Endoskopi* 2009;17(1):12-3.
4. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. *Arch Surg* 1983;118:1081-3.
5. Bombi JA. Polyps of the colon in Barcelona, Spain. An autopsy study. *Cancer* 1988;61(7): 1472-6.
6. Pickhardt PJ, Kim DH, Menias CO et al. Evaluation of submucosal lesions of the large intestine. *Radiographics* 2007;27:1681-92.
7. Taylor AJ, Stewart ET, Dodds WJ. Gastrointestinal lipomas: A radiologic and pathologic review. *AJR* 1990;155:1205-10.
8. Sabancı Ü. Akut abdomene neden olan kolo-kolik invajinasyon: Lipom nedeniyle bir olgu. *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17:151-3.
9. Gould DJ, Morrison CA, Liscum KR, Silberfein EJ. A lipoma of the transverse colon causing intermittent obstruction: A rare cause for surgical intervention. *Gastroenterol Hepatol* 2011;7(7):487-90.
10. Zhang X, Ouyang J, Kim YD. Large ulcerated cecal lipoma mimicking malignancy. *W J Gastrointest Oncol* 2010;2(7):304-6.
11. Lazaraki G, Tragiannidis D, Xirou P et al. Endoscopic resection of giant lipoma mimicking colonic neoplasm initially presenting with massive haemorrhage: a case report. *Cases J* 2009;2:1-4.
12. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large bowel lipomas-presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991;157(1):51-5.
13. Ryan J, Martin JE, Pollock DJ. Fatty tumours of the large intestine: a clinicopathological review of 13 cases. *Br J Surg* 1989;76(8):793-6.
14. Aytac B, Yerci Ö, Gürel S, Ferik Z. Colonic lipomas mimicking colon cancer. *Türk Patoloji Dergisi* 2010;26(3):196-9.
15. Tezel E, Düzgün A, Ciner L ve ark. Obstrüksiyon yapan bir kolonik lipom vakası. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 1995;2(2):61-3.
16. Manukyan MN, Devecil U, Midi A ve ark. Submukozal lipoma bağlı kolo-kolonik intususepsiyon: Olgu sunumu. *Kolon Rektum Hast Derg* 2010;20:41-3.
17. Davis SJ, Yoong MF. Characteristic appearances of colonic lipomas on barium enema: a guide to conservative management. *Australas Radiol* 1990;34(2):131-6.

18. De Beer RA, Shinya H. Colonic lipomas: An endoscopic analysis. *Gastrointestinal Endoscopy* 1975;22(2):90-1.
19. Messer J, Waye JD. The diagnosis of colonic lipomas-the naked fat sign. *Gastrointestinal Endoscopy* 1982;28(3):186-8.
20. Watanabe F, Honda S, Kubato H et al. Preoperative diagnosis of ileal lipoma by endoscopic ultrasonography probe. *J Clin Gastroenterol* 2000;31(3):245-7.
21. Buetow PC, Buck JL, Carr NJ et al. Intussuscepted colonic lipomas: loss of fat attenuation on CT with pathologic correlation in 10 cases. *Abdom Imaging* 1996;21(2):153-6.
22. Manchikalapati P, Levey J. Suspected asymptomatic large colon lipoma: Biopsy? *Practical Gastroenterol* 2008;March:35-40.
23. Pfeil SA, Weaver MG, Abdul-Karim FW, Yang P. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *Gastrointest Endosc* 1990;36(5):435-8.
24. Chung YF, Ho YH, Nyam DC, Leong AF, Seow-Cohen F. Management of colonic lipomas. *Aust N Z J Surg* 1998;68(2):133-5.
25. 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(42):5664-7.
26. Nakagoe T, Sawai T, Tsuji T et al. Minilaparotomy approach for removal of a large colonic lipoma: Report of two cases. *Surg Today* 2004;34(1):72-5.
27. Peters MB, Obermeyer RJ, Ojeda HF et al. Laparoscopic management of colonic lipomas: A case report and review of the literature. *JSLs* 2005;9:342-4.
28. Erkan N, Çalışkan C, Vardar E, Yılmaz C, Korkut M. Lipoma of the large intestine: A clinicopathological review of six cases. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010;27(1):6-10.