

Gastrik Lipom: Olgu sunumu

Gastric Lipoma: A Case Report

Muzaffer ERTÜRK¹, Ülkü KAZANCI²

¹ SEV Amerikan Hastanesi, Gastroenterohepatoloji Bölümü, Gaziantep

² Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

ÖZET: Lipomlar benign adipoz dokudan kaynaklanan mezenkimal orijinli tümörlerdir. Midede nadir bulunurlar. Mide lipomlarının 2 cm'den küçük olanları asemptomatik olup büyük olanlar ise kanama, obstrüksiyon, kusma ve ağrı gibi semptomlara neden olur. Dispeptik şikâyetlerle başvuran bir mide lipomu olgusunu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Dispepsi, endoskopi, lipom

ABSTRACT: Lipomas are mesenchymal tumors which originate from benign adipose tissue. These tumors are found in stomach rarely. Lipomas of stomach smaller than 2 cm are asymptomatic and others lead to bleeding, obstruction, vomiting and pain: here are present a case of stomach lipom with dyspeptic symptoms.

Key Words: Dyspepsia, endoscopy, Gastric lipoma

GİRİŞ

Midenin benign tümörleri epitelyal ve mezenkimal (non epitelyal) olabilir. Mide lipomları midenin mezenkimal grubu içerisinde yer alan benign yapıda yavaş büyüyen yağ dokusundan gelişen tümörlerdir. Benign mide tümörlerinin %3-5'ini oluştururlar (1,2). Genel olarak tek ve kapsüllü sarı renklidir. Submukozal ya da subserozal olabilir (2). Gastrointestinal sistemin her tarafında olabilirler. En sık (%60- 75) kolonda yerleşir (3).

OLGU

60 yaşında bayan hasta, iştahsızlık, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikâyeti ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik saptanmayan olgunun yapılan muayenesinde batin normal görünümde, ele gelen kitle, organomegali, asit, kollateral, defans ve rebaut saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastaya endoskopi uygulandı. Endoskopide antrum distalinde ön duvara lokalize olan lümeni daraltan 5 cm çapında portakal büyüklüğünde üzeri beyaz eksudayla kaplı ortası yanardağ kraterini andıran ülserasyon bulunan parlak görünümde düzgün konturlu açık kırmızı sarı karışımı kitle tespit edildi (Resim 1-2). Kitleden biyopsiler alındı.

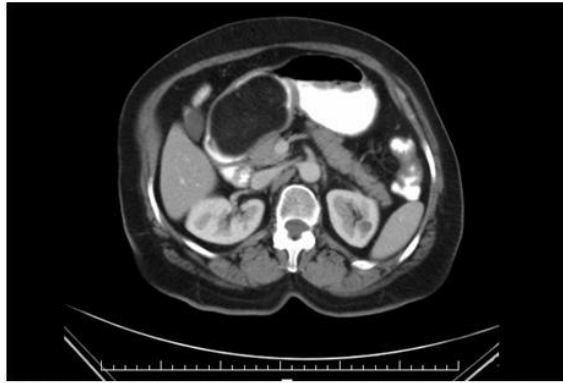
Çekilen batin bilgisayarlı tomografisinde (BT) mideden kaynaklı -22 ile -95 HU arasında değişen mide antrumuna lokalize ve içerisinde yer yer fibröz dokü komponent, içeren lümene invaze olan yağ dansitesinde lipom veya fibrolipom ile uyumlu kitle saptandı (Resim 3). Endoskopik olarak alınan biyopsilerden gelen sonuçta malignite bulgusu ve lipoma ait bulgu saptanmadı. Hasta cerrahi tedavi için operasyona verildi. Cerrahide sınırlı rezeksiyonla kitle çıkarıldı ve ek bir tedavi uygulanmadı. Kitlenin yapılan mikroskopik incelemesinde endoskopide alınan biyopsi sonucunun aksine lipom olduğu tespit edildi (Resim 4). Nadir rastlanması nedeniyle olgumuzu sunmayı uygun bulduk.



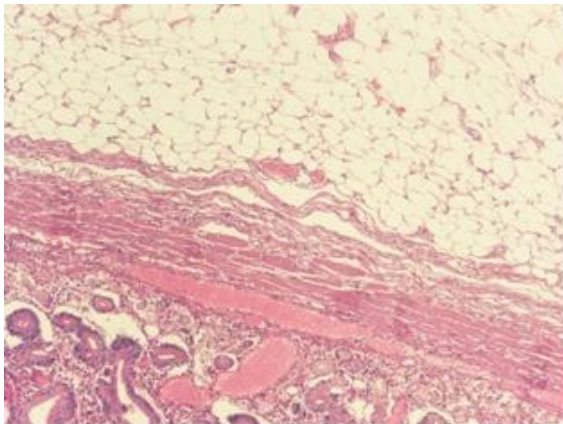
Resim 1. Mide antrumunda lümen protrüze olan gıda retansiyonuna ve lümeninde obstrüksiyona neden olan kitle imajı



Resim 2. Kitlenin tepesinde üzeri beyaz eksuda ile kaplı yaklaşık 1 cm çapında ülser krateri görülmektedir.



Resim 3. BT görüntülemesinde mideden kaynaklı -22 ile -95 HU arasında değişen mide antrumuna lokalize ve içerisinde yer yer fibröz doku komponenti içeren lümenine invaziv yağ dansitesinde kitle görünümü



Resim 4. Histopatolojik incelemede submukozal lipom dokusu görülmektedir (HE, X200).

TARTIŞMA

Gastrik lipomlar nadir görülen benign tümörlerdir. Gastrik lipomların %90'ı submukozal, %10 ise subserozal yerleşim gösterir (2-4). Mide de en sık (%75) antruma yerleşir (4,5). Genellikle tek, yumuşak düzgün yüzeyli, sarı görünümündedir (1,6), 50-60 yaşlarında sık görülür 7.dekatta pik yapar (5,7,8). Vakamızın 62 yaşında olması ve kitlenin antrumda lokalize olması literatürle uyumluydu.

Mide lipomları genellikle asemptomattır (7). Çoğu zaman başka nedenlerle yapılan endoskopik incelemeler sırasında saptanır. Şikâyetler tümörün boyutu ile ilişkilidir (7). Tümör 2 cm' den büyük olduğu zaman semptomik olmaya başlar (1,2). Tümörü örten mukoza ülser olup, gizli ya da belirgin kanama ve epigastrik ağrıya neden olabilir (9). En sık şikâyet %50 ile karın ağrısıdır. GIS kanama %37.5 ile ikinci en sık semptomdur. İştahsızlık, bulantı, kusma gibi dispeptik şikâyetlere %26 oranında neden olur, distal antruma lokalize olanlar ise %33 oranında obstrüksiyon oluşturabilir (10). Bizim vakamızda ağrı, iştahsızlık, bulantı ve kusma ile başvurmuştu.

Endoskopide sarımsı renkte, üzeri normal görünümde mukozayla örtülü submukozal kabarıklık lezyonları görülür. Olgumuzda olduğu gibi alınan biyopsiler submukozal tabakaya ulaşamayacağından lezyonu göstermede çoğu zaman yeterli olmaz (6,11-13). Ancak endoskopik incelemede, lezyonun lipom olduğunu gösteren iki ipucu vardır. İşlem sırasında endoskopi veya biyopsi forceps ile lezyona bastırıldığında lezyonun yumuşak kıvamda ve içeriye doğru gömülür, forceps çekildiğinde geri gelmesi yastık bulgusu "cushion sign" ya da tersi forcepsle lezyon tutularak çekildiğinde çekilen bölge lezyondan çadır şeklinde uzaklaşması "tenting sign" lezyonun lipom olduğunu destekleyen bulgulardır (6).

Baryumlu grafilerde kitle imajı, lümen distorsiyonu, mukozal düzensizlik görülebilir yine lipomu diğer mezenkimal tümörlerden ayıran dolma defekti "bull's eye" görünümü önemli bir bulgudur (9).

BT güvenilir teşhis yöntemidir. BT' de homojen, iyi sınırlı, duvar içinde lokalize ve düzgün konturlu, -50 ile -120 Hounsfield units değerlerinde negatif yağ dokusu dansitesi yoğunluğunda kitle imajı alınır fakat diğer yağ dokusu içeren liposarkom, angiolipom ve teratom diğer gastrik tümörlerden ayıramaz. Ancak CT gastrik duvar lokalizasyonu saptamada yetersiz kalır. Vakamızda BT' de kitlenin yağ dansitesinde olması ile gastrik lipom tanısı konulmuştur (1,9,11).

Endoskopik ultrasonografi (USG) lezyonun duvar lokalizasyonunu saptamada en iyi tanı yöntemlerinden biridir (14). Ayrıca Endoskopik USG ile submukozal biyopsi alma şansı vardır. Ancak lezyonun malign ya da benin ayrımında yeterli değildir (15).

Malign transformasyon gösterilmemiştir ancak senkron malign lezyonlar olabilir (5,7,14). Olgumuza da uygulandığı gibi benign yapıda olması nedeniyle tedavide kitle rezeksiyonu yeterli görülmektedir (1).

Sonuç olarak dispeptik şikâyetlerle gelen hastaların daha dikkatli değerlendirilmesi ve ampirik tedaviye rağmen rahatlamayan hastalara ileri tetkik olan endoskopik inceleme veya diğer görüntüleme teknikleri uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Heiken JP, Forde KA, Gold RP. Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology*. 1982; 142(2): 409-14
2. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. *Arch Surg*. 1983; 118(9):1081-3-HJ Done. Lipoma of the stomach. *Br Med J*. 1961; 1(5220): 183.
4. Turkington RW. gastric lipoma; report of a case and review of the literature. *Am J Dig Dis*. 1965; 10:719-26.
5. Saltzman JR, Carr-Locke DL, Fink SA. Lipoma case report. *Med Gen Med*. 2005; 18;7(1):16.
6. Maderal F, Hunter F, Fuselier G, Gonzales-Rogue P, Torres O. Gastric lipomas-an update of clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Am J Gastroenterol*. 1984; 79(12): 964-7
7. Al-Brahim N, Radhi J, Gately J. Synchronous epithelioid stromal tumour and lipoma in the stomach. *Can J Gastroenterol*. 2003;17(6):374-5.
8. Bijlani RJ, Kulkarni VM, Shahani RB, Shah HK, Dalvi A, Samsi AB. Gastric lipoma presenting as obstruction and hematemesis. *J Postgrad Med*:1993; 39(1): 42-3
9. Park SH, Han JK, Kim TK, Lee JW, Kim SH, Kim YI, Choi BI. 16. Unusual gastric tumors: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1999; 19(6): 1435-46.
10. Chu AG, Clifton JA. Gastric lipoma presenting as peptic ulcer: case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol*. 1983; 78(10): 615-8.
11. Krasniqi AS, Hoxha FT, Bicaj BX, Hashani SI, Hasimja SM, Kelmendi SM, Gashi-Luci L H. Symptomatic subserosal gastric lipoma successfully treated with enucleation. *World J Gastroenterol*. 2008;14(38): 5930-5932.
12. 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(2): 256-8.
13. Alberti D, Grazioli L, Orizio P, Matricardi L, Dughi S, Gheza L, Falchetti D, Caccia G. *Am J Gastroenterol*. Asymptomatic giant gastric lipoma: What to do? 1999; 94(12): 3634-7.
14. Yamamoto T, Imakiire K, Hashiguchi S, Matsumoto J, Kadono J, Hamada N, Yoshioka T, Kitajima S. A rare case of gastric lipoma with early gastric cancer. *Intern Med*. 2004; 43(11): 1039-41.
15. Singh R, Bawa AS. Lipoma of the stomach. *Indian J Surg*. 2004; 66: 177-9.

