

Mide Lipomu

GASTRIC LIPOMA: A CASE REPORT

Dr. Ayhan ERDEMİR,^a Dr. Utku SEVERGE,^a Dr. Necip AYTUĞ,^b
Dr. Önder PEKER,^c Dr. Selçuk ÜNALMIŞER^a

^aGenel Cerrahi AD, ^bİç Hastalıkları AD, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^cPatoloji Kliniği, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Özet

Bu çalışmada, gastrik lipomlu 72 yaşında kadın hasta sunuldu. Tümör çapı 7 cm olması nedeni ile antrektomi ve gastrojejunotomi uygulandı. Tanı intraoperatif patoloji konsültasyonu ile konuldu.

İyi huylu mide tümörlerinde tümörün rezeksiyonu yeterlidir. Tümör çapı 5 cm.den daha büyük ise, dev tümör olarak adlandırılır. Antrumda lokalize 7 cm.lik gastrik lipom için tedavi seçeneği antrektomidir.

Anahtar Kelime: Lipom, mide

Abstract

We present a rare case of gastric lipoma. A 72 year-old woman was diagnosed with gastric lipoma. The diameter of the tumor was 7cm and antrectomy with gastrojejunostomy were performed. The diagnosis was established through intraoperative pathological consultation.

Tumor resection is effective for benign gastric tumors. Tumors larger than 5 cm are so-called "giant tumors".

Key Word: Lipom, stomach

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:732-735

Gastrik lipom submukozada yağ dokusundan gelişen benign tümördür. Mide tümörlerinin %5'ini oluşturur.^{1,2}

Lipom genellikle tek, küre şeklinde, kapsüllü ve sarı renktedir. Saplı veya sapsız olabilir. Yavaş büyür. Nadiren multipl olabilir. Submukozadan kaynaklanan lipomlar intragastrik, subserozadan kaynaklananlar ise ekstragastrik olarak büyürler.^{2,3}

Hastaların %15-46'sı asemptomatiktir.^{2,4} Tümörü örten mukozanın ülserasyonuna bağlı olarak kanamalar olabilir. İştahsızlık, halsizlik, bulantı ve kusma gibi non-spesifik semptomlar görülebilir.^{2,5} Antrumda lokalize lipom duodenuma prolabe olarak obstrüksiyona neden olabilir.³

On beş yıldan beri mide ülseri tanısı ile tedavi edilen ve mide kanaması ile kendini gösteren olgunun, ender görülmesi nedeni ile sunulması amaçlanmıştır.

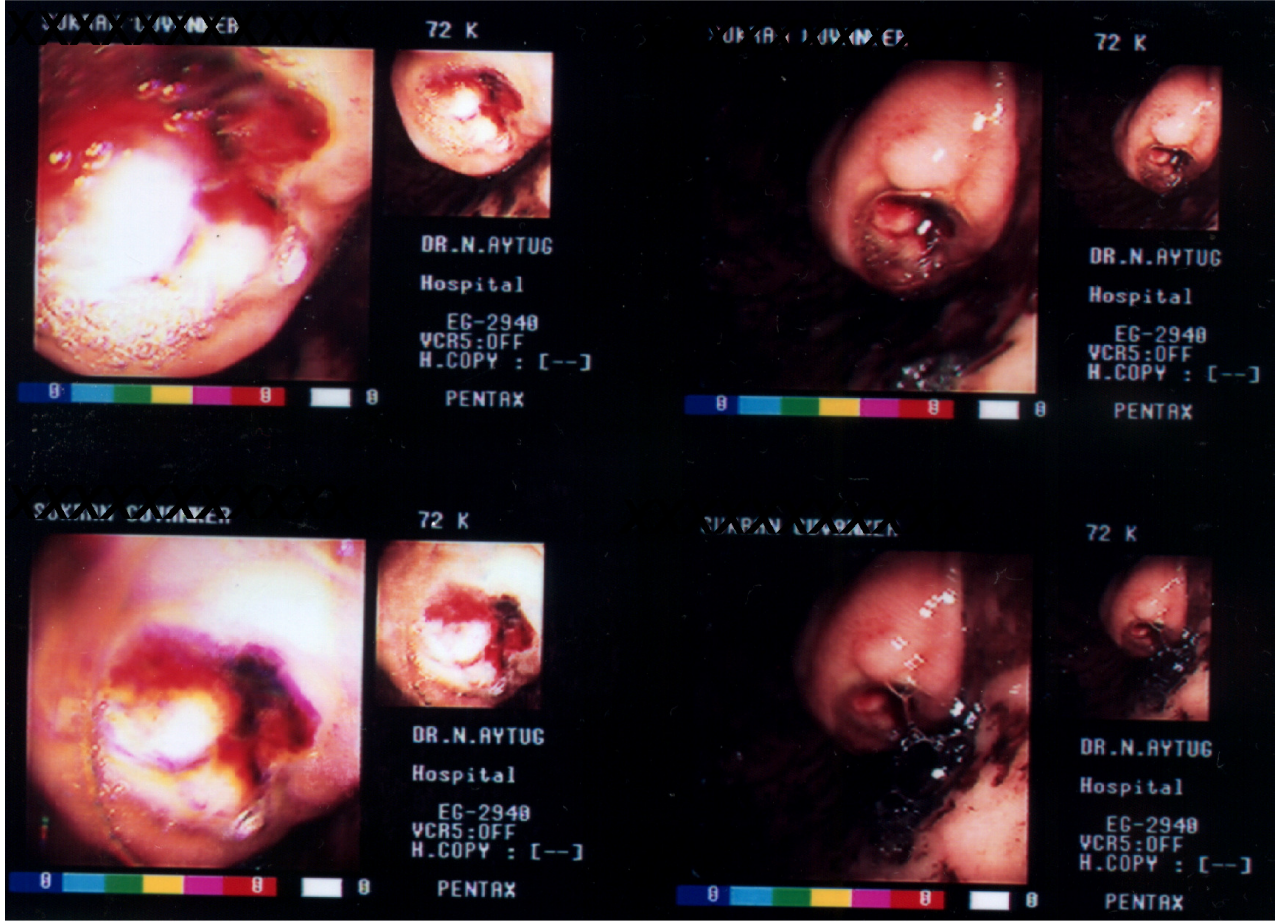
Olgu Sunumu

Yetmiş iki yaşında kadın hasta, mide şişkinliği ve halsizlik yakınmasıyla başvurdu. Öyküsünde 15 yıldan beri yakınmasının olduğu, bu nedenle gittiği doktor tarafından mide ülseri tanısı konulduğu, Famotidin 40 mg tb/gün tedavisi verildiği öğrenildi. Genel durum orta, bilinç açık, koopere, oriyente, TA: 100/70 mmHg, N: 92/dk., S: 18/dk., Ateş: 36°C, solunum sisteminde her 2 hemitoraks solunuma eşit katılıyor, ral ve ronküs yok. Kalp damar sistem muayenesinde kalp sesleri mitral odakta 3/6 sistolik üfürüm duyuluyor. Batında sağ subkostal insizyon skarı mevcut. Defans ve rebound yok. Bağırsak sesleri hiperaktif. Rektal tuşede melana saptandı. Laboratuvar; Hb: 6.7 gr/dL, Htc: %20.0, BK: 6200/mm³, Trombosit: 127000/mm³,

Geliş Tarihi/Received: 08.03.2004 Kabul Tarihi/Accepted: 08.11.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ayhan ERDEMİR
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi AD, İSTANBUL
ayhan_erdemir@hotmail.com

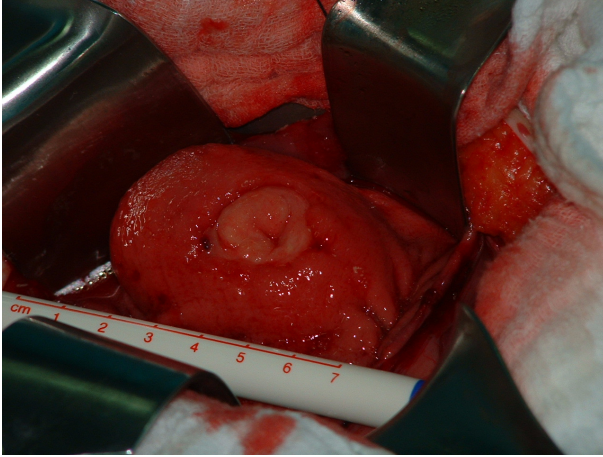
Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri



Resim 1. Mide lipomunun endoskopik görünümü.

AKŞ: 147 mg/dL, BUN: 50 mg/dL, Kreatin: 1.0 mg/dL, Na: 143 mmol/L, K: 4.1 mmol/L, Cl: 106 mmol/L, AST: 19 U/L, ALT: 30 U/L, GGT: 24 U/L. Hasta genel yoğun bakım ünitesine alınıp 4 Ü taze kan transfüzyonu yapıldı. Omeprazol 8 mg/saat dozunda infüzyon başlandı. 150 cc/saat ringer laktat ile sıvı resusitasyonu yapıldı. Hb: 11.1 g/dL, Htc: %32.0'ye çıkarıldı. Yatışının 1. günü, hemodinamik olarak stabil hale getirilen hastaya gastroskopi yapıldı. Gastroskopiye özofagus alt ucunda kayıcı tip hiatal herni saptandı. Mide mukozasının atrofik görünümde olduğu, fundus ve corpus başlangıcında çok sayıda 4-5 mm.lik polipler olduğu saptandı. 50. cm'de küçük kurvaturda 6-7 cm çapında üzeri mide mukozasına benzer mukoza ile örtülü polipoid kitle görüldü. Kitlenin tepesinde 1 cm çapında eksudalı ülser ve ülserin tabanında parlak kırmızı ve koyu

vişne rengi pigmentasyon saptandı (Resim 1). Hastanın kanamasının devam etmesi üzerine acil operasyon planlandı. Laparotomide mide antrum lokalizasyonunda küçük kurvatur tarafında yaklaşık 7 cm.lik mobil, düzenli yapıda kitle saptandı. Gastrotomi yapıldı. Geniş tabanlı, lümene doğru büyüyen, düzenli mukozal yapısı olan kitle ve büyük kurvatur boyunca korpuse doğru 0.5 cm ebatlı multiple polipler görüldü (Resim 2). Kitleden yapılan frozen section lipom, polipler ise hiperplastik polip olarak değerlendirildi. Antrektomi gastrojejunostomi yapıldı. Resim 3'te mide lipomunun makroskobisi görülmektedir. Postoperatif Hb: 12.8 g/dL, Htc: %37.2 olarak tespit edildi. Postoperatif 3. gün enteral beslenmeye başlandı. Postoperatif 4. gün taburcu edildi. Histopatolojik inceleme mide lipomu olarak değerlendirildi (Resim 4).



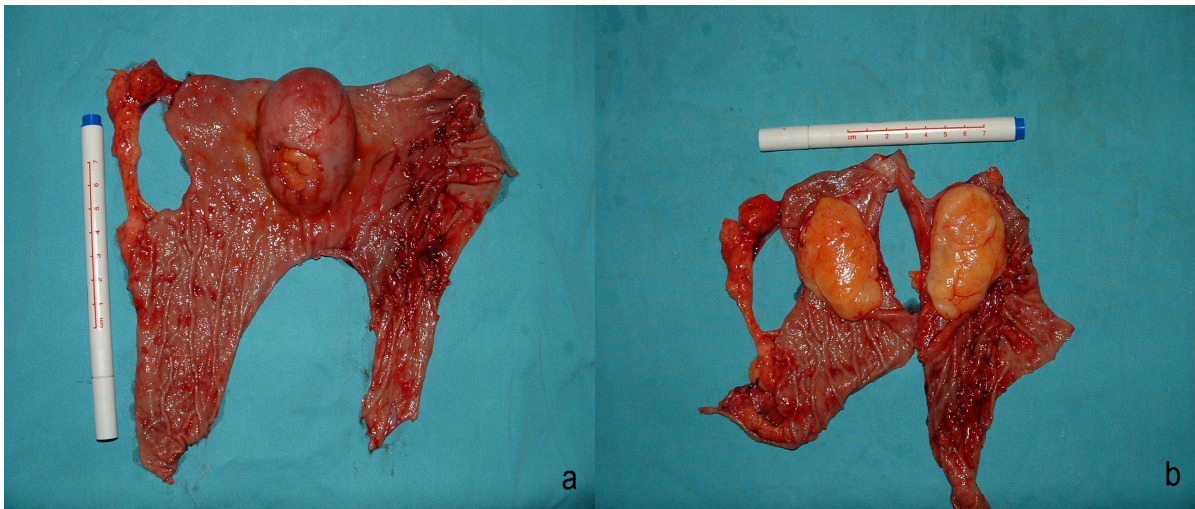
Resim 2. Mide lipomunun intraoperatif görünümü.

Tartışma

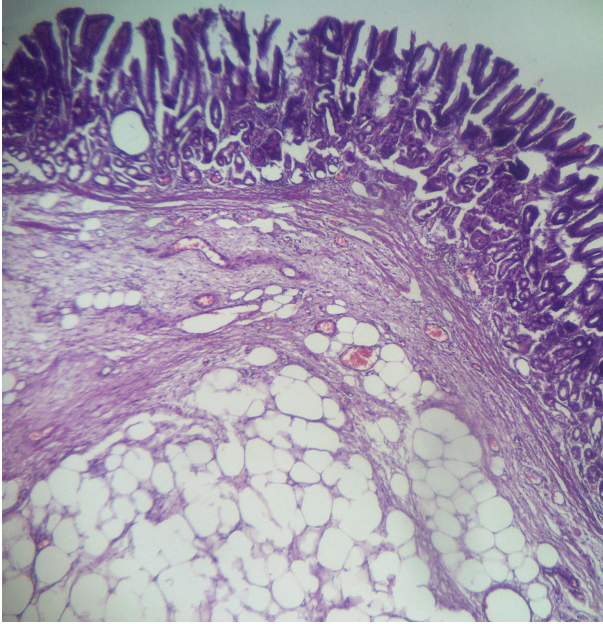
Benign gastrik tümörler; submukozal tümörler ve poliplerdir. Submukozal tümörler, subepitelyal lokalizasyonları nedeni ile endoskopik uygulamalarda alınan örnekler nadiren tanıya katkıda bulunur.⁶ Palazzo yayınladığı çalışmada submukozal tümörlerde endoskopik USG referans uygulama olduğunu belirtmiştir.⁶ Endoskopik USG ile %92 oranında tanı konulabilir.⁴ Tsai ve ark.nın yaptığı, yüksek rezolüsyonlu transabdominal USG ile gastrik submukozal lezyonların saptanmasına yönelik bir çalışmada, endoskopi ile saptanan 101 gastrik submukozal lezyonlu hastanın 94'ünde

transabdominal USG ile kitle saptanmış, 94 hastanın 60'ına endoskopik USG uygulanmış, 31 leiomyom, 10 leiomyosarkom, 13 ektopik pankreas, 2 kist, 1 glomus tümörü, 1 karsinoid tm, 1 lipom ve 1 fibrom saptanmış. Lipomun submukozal tabakada yer aldığı ve transabdominal USG'de ekojen olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak transabdominal USG'nin önceden endoskopi ile saptanan submukozal gastrik kitlelerin %93'ünü saptayabilme oranına sahip olduğunu, endoskopik USG'ye göre daha az invaziv olduğundan eksize edilmemiş submukozal gastrik kitlelerin takibinde kullanılabileceğini belirtmektedir.⁷ Tanıda USG haricinde BT ve MR incelemeleri de yapılabilmektedir.^{8,9} Baryumlu mide-duodenum grafisi uygulanabilir ancak kesin tanı koydurmaz.¹⁰

Gastrointestinal lipomlar benign, genellikle tek ve yavaş büyüyen tümörlerdir. Gastrointestinal sistemde en sık kolonda görülür (%51.1). Kolon içerisinde özellikli bir bölge saptanmamıştır.¹⁰ Ancak ince bağırsaklar (en sık terminal ileum-%49.6) ve nadir olarakta midede bulunurlar.¹⁰ Mide lipomları gastrointestinal sistem lipomlarının %5'ini oluşturur. Genellikle asemptomatikler ancak çoğu kanama ile belirti verse de, obstrüksiyon, invajinasyon, hayatı tehdit edici kanama gibi bulgulara neden olabilirler.^{10,11} Bazı hastalar uzun yıllar peptik ülser tanısı ile tedavi edilirler. Gastrik lipomlar klinik özellikleri ve komplikasyonları



Resim 3. Mide lipomunun makroskopik görünümü.



Resim 4. Mide lipomunun histopatolojik görüntüsü, submukozadan başlayan matür adipositleri içeren lipom dokusu görülmektedir (H&E x40).

açısından peptik ülseri taklit edebilir.¹² Midede en sık yerleşim yeri antrumdur.¹⁰ 5 cm üzerindeki lipomlar dev lipom olarak tarif edilmektedir.¹³

Dispeptik yakınmaları olan hastalara gastroskopik inceleme planlanmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi uzun süren dispeptik yakınmaları olan hastalara gastroskopik inceleme yapılmadan peptik ulkus tanısı konmamalı ve medikal tedavi yapılmamalıdır.

Gastrik lipomlar benign tümörler olduğundan, tümörün rezeksiyonu yeterli bir tedavidir. Operasyon sırasında frozen-section kesin tanı koydurur.¹²

KAYNAKLAR

1. 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.
2. Barrier A, Huguier M, Levard H, Montariol T, Fagniez PL, Sauvanet A. Tumeurs gastriques conjonctives. Résultats d'une étude multicentrique. *Chirurgie* 1999;124:494-502.
3. Leborgne J, Jonet D, Le Neel JC, Lenne Y, Malvy P, Deret C. Les tumeurs musculaires gastriques bénignes. A propos d'une série chirurgicale de 22 cas. *Chirurgie* 1988;114:405-14.
4. Amouyal P, Amouyal G, Palazzo L, et al. L'écho-endoscopie: Une nouvelle technique d'exploration des tumeurs sous-épithéliales et des compressions extrinsèques oeso-gastriques. *Gastroenterol Clin Biol* 1990;14:8-14.
5. Moues CM, Steenvoorde P, Viersma JH, van Groningen K, de Bruine JF. Jejunal intussusception of a gastric lipoma: A review of literature. *Dig Surg* 2002;19:418-20.
6. Palazzo L. Benign tumors of the stomach. *Rev Part* 1997;47:868-72.
7. 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.
8. Sone Y, Suzuki M, Iinuma G, et al. A case of gastric lipoma diagnosed preoperatively. *Rinsho Hoshasen* 1990;35:745-8.
9. 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;79:964-7.
10. Bruneton JN, Quoy AM, Dageville X, Lecomte P. Lipomas of the digestive tract. Review of the literature apropos of 5 cases. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)* 1984;20:27-32.
11. Alberti D, Grazioli L, Orizio P, et al. Asymptomatic giant gastric lipoma: What to do?. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3634-7.
12. Chu AG, Clifton JA. Gastric lipoma presenting as peptic ulcer: Case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1983;78:615-8.
13. Hyun CB, Coyle WJ. Giant gastric lipoma. *Gastrointest Endosc* 2002;56:905.