

Masif Üst Gastrointestinal Sistem Kanamasının Nadir Bir Sebebi: Mide Lipomu

¹Ahmet Fikret YÜCEL, ²Ahmet PERGEL, ¹Adnan HUT, ¹Ahmet KOCAKUŞAK, ³Nilgün DEMİRBAĞ, ⁴Şebnem BATUR

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniği, ²Avrasya Hospital Genel Cerrahi Kliniği, ³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Departmanı, ⁴Avrasya Hospital Patoloji Departmanı

ÖZET

Gastrointestinal lipomlar selim, yavaş büyüyen, mukoza altından kaynaklanan tümörlerdir. En sık yerleşim yerleri kolon olup, midede daha az sıklıkla görülürler. Mide lipomlarından küçük olanları sıklıkla asemptomatik olup, özellikle büyük boyutlu olanlar tıkanma, invajinasyon ve masif kanamalara neden olabilirler. Masif üst gastrointestinal sistem kanamasına neden olan bir mide lipomu vakasını sunduk ve literatür ışığında inceledik.

Anahtar kelimeler: Mide lipomu, akut gastrointestinal kanama

A Rare Cause of Massive Upper Gastrointestinal Hemorrhage: Gastric Lipoma

SUMMARY

Gastrointestinal lipomas are benign, slowly growing submucosal tumors. They are most frequently seen in the colon and are least common in the stomach. Small gastric lipomas are frequently asymptomatic; however, larger tumors can manifest clinically with massive gastrointestinal hemorrhage, obstruction, invagination. We present a case of gastric lipoma which manifested with an episode of acute gastrointestinal hemorrhage and reviewed the literature.

Key words: Gastric lipoma, acute gastrointestinal hemorrhage

GİRİŞ

Gastrointestinal lipomlar (GL) selim, sıklıkla tek, yavaş büyüyen tümörlerdir (1). En sık yerleşim yerleri kolon (%65-75) olup, midede %4-8 oranında görüldüğü belirtilmektedir(2,3). Mide lipomlarının çoğu sıklıkla insidental olarak saptanmasına rağmen, büyük boyutlarda olanların tıkanma, invajinasyon ve hayatı tehdit eden kanamalara neden olabildiği bildirilmiştir (4,5). Masif üst GİS (gastrointestinal sistem) kanamasının nadir bir nedeni olan mide lipomu vakasını literatür ışığında inceledik ve sunduk.

OLGU

Elli beş yaşında kadın hasta, ağızdan kan gelmesi ve siyah dışkılama nedeniyle acil

polikliniğe getirildi. Hasta soluk ve terli idi. Hipotansiyon ve taşikardi mevcuttu. Hastada öncelikli olarak üst GİS kanama düşünüldü. Hemodinamik stabilizasyon sağlandı. Üst GİS kanama nedenini saptamak amaçlı endoskopi yapıldı. Endoskopide midenin kanla dolu olduğu ve antruma uyan alanda sınırları net saptanamayan aktif kanamalı ülser alanı görüldü. Hastada midede ülser ya da malign bir lezyondan dolayı masif GİS kanama düşünülerek acil operasyona alındı. Laparotomide mide antrum lokalizasyonunda pılora yakın subserozal yerleşimli, seroza ve etraf doku invazyonu olmayan, orta sertlikte, düzgün sınırlı kitle saptandı. Diğer batin içi organlar normaldi. Hastaya gastrotomi yapıldı. Midedeki kan ve pıhtı boşaltıldı. Mide antrumda aktif kanamalı yaklaşık 5cm'lik ülser alanı ve onun altında subserozal yerleşimli

düzgün sınırlı kitle saptandı. Hastaya subtotal gastrektomi yapıldı. Ameliyat sonrası altıncı günde şifa ile taburcu edildi. Piyesin makroskopik incelemesinde, antrumda subserozal yerleşimli, 6x3,5x3,5cm boyutunda, mide mukozasında ülserasyon oluşturan, kesiti düzgün ve sarı-beyaz renkli kitle öncelikle mide lipomu olarak düşünüldü (Resim1-2). Mikroskopik incelemede lezyon mide lipomu ile uyumlu idi (Resim 3-4).



Resim 1. Distal subtotal gastrektomi materyali

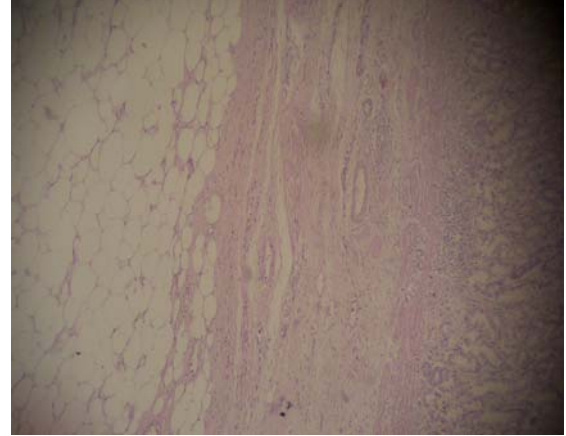


Resim 2. Kitlenin kesitinde belirgin yağ dokusu görünümü

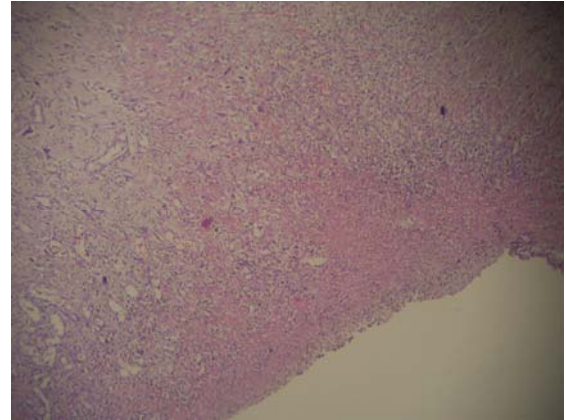
TARTIŞMA

Gastrik lipomlar midenin selim tümörlerinin %3'ünü oluşturmaktadır (3). Vakaların %90'ından çoğunda, gastrik lipomlar submukoza orijinli olup, %5 kadarı subseroza orijinlidir (6). Mide lipomlarının çoğu (%75) antrum yerleşimlidir (7). Genellikle tek olup, nadiren birden fazla olabilirler (8). Gastrik lipomların çoğu asemptomatiktir ve insidental olarak saptanır. Tümör boyutu ile semptom oluşumu arasında ilişki mevcuttur. Boyutu 1 cm'nin altındaki lipomların asemptomatik olmasına karşın, 4 cm'den büyük olanların %75'inin semptomatik olduğu belirtilmektedir

(3). GİS kanaması en sık görülen semptom olup, hastaların %50'sinden fazlasında mevcuttur (1,7,9,10). Prolabe olan ya da büyük boyutlara ulaşan kitlelerde muhtemel venöz staza bağlı ülserasyon oluşmakta ve kronik kan kaybı, hipokrom mikrositer anemi ve bazı vakalarda ciddi kanamalar olabilmektedir (10). Antrum yerleşimli olanlar pylor ya da duodenuma prolabe olabilmekte ve karın ağrısı, dispepsi ve tıkanma semptomları oluşturabilmektedir (6,11,12).



Resim 3. Mide submukozasında lipom ile uyumlu mikroskopik görünüm.(HE x100)



Resim 4. Lipom üzerindeki mukozal ülser (HEx40)

En iyi ve güvenilir teşhis yöntemi abdominal BT (bilgisayarlı tomografi)'dir (7,12-14). BT'de iyi sınırlı, mide duvarı içinde lokalize, düzgün yüzeyli, infiltratif büyümesi olmayan, homojen görünümde kitle olarak görülür. Yağ dokusunun dansite yoğunluğu -80 ile -120 HU arasındadır (12,15). BT aynı zamanda gastrik lipom malign kitle ayrımı yapabilmek için de kullanılmaktadır (7,8,12). Görüntüleme mide MR (Manyetik Rezonans) da kullanılmaktadır. Özellikle T1 ağırlıklı yağ suprese görüntüleme mide duvarı iyi görüntülenebilmekte ve bu sayede tedavi planına yardımcı olabileceği bildiril-

meğdir (7). Tanıda endoskopi tamamlayıcı olarak rol almaktadır. Özellikle submukozal lezyonlarda, biyopsi alınırken submukozal alana ulaşamadığından, endoskopik ayırım açık ve net olarak yapılamamaktadır (7,12,14). Midenin malign/benign lezyonlarının ayırımında EUS (Endoskopik Ultrasonografi) ile mükemmel sonuçlar bildirilmektedir. Midenin tüm katmanlarını iyi bir şekilde gösterebilmesine ilave olarak sub-mukozal biyopsi alma şansı da sunmaktadır (14,16-20).

Özellikle küçük boyutlu lipomlarda ve asemptomatik hastalarda gastrik lipomların tedavisi halen tartışmalı bir konudur (21). Operasyon öncesi mide lipomu teşhisinin konması tedavi planlaması için çok önemlidir. Semptomatik hastalar için minimal invaziv laparoskopik ya da endoskopik girişimlerin küçük lezyonlarda uygulanabilmesine karşın, geleneksel olarak büyük tümörler için subtotal gastrektomi uygulanmaktadır. Fakat bu tür girişimler sonrası bazı potansiyel komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında anastomoz kaçağı, duodenal güdük rüptürü, tıkanma ve kanama sayılabilir. Ayrıca uzun dönemde dumping sendromu, asit salgısının azalması, özofageal reflü, B12, demir, folat ve kalsiyum eksikliğine bağlı komplikasyonlar gelişebilmektedir (15). Bazı çalışmalarda küçük boyutlu ve asemptomatik lipomların izlenebileceği (1,6) ve hatta bazılarının takip esnasında kaybolduğu bildirilmiştir (21). Özellikle büyük boyutlu lipomların asemptomatik olsalar bile komplikasyon ihtimali ve takip zorluğu nedeniyle çıkarılması gerektiği belirtilmektedir (3,9,12,22). Üç cm'den küçük submukozada sınırlı lipomların endoskopi ile güvenli ve etkili bir şekilde çıkarılabileceği konusunda genel bir fikir birliği mevcuttur (16,18,19,23,24). Daha büyük lezyonlardaki tedavinin ne olacağı konusunda fikir birliği yoktur. Bu konuda deneyim sahibi olanların büyük çoğunluğu; tümör boyutu, nöks ve malign transformasyon açısından gastrektomi ile çıkarılması gerektiğini savunmaktadırlar (1,9,11). Ancak bazı çalışmalarda ise ameliyat öncesi lipom tanısı yüksek bir oranda başarı ile konulabildiğinden cerrahi prosedürün sınırlandırılması gerektiği savunulmaktadır (12,14,19). Üç cm'den büyük lezyonların da güvenli bir şekilde endoskopik girişim ile çıkarılabileceğini savunan çalışmalar (18,19,25-27) olmakla beraber, kanama ve

perforasyon gibi komplikasyonlarından dolayı, karşıt görüş bildiren çalışmalar da mevcuttur (30-33). EUS'nin yaygın olarak kullanılmaya başlanması ve deneyimlerin artması sonucu büyük boyutlu GİS lipomların bile güvenli bir şekilde çıkarılabileceği bazı çalışmalarda vurgulanmaktadır(19,26). EUS kullanılarak eksizyon sırasında oluşabilecek kanama ve perforasyon gibi komplikasyonların azaldığı belirtilmektedir (18,26,29). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada büyük gastrointestinal lipomların endoskopik olarak bir kaç seansta (multistep yöntem) ve subtotal lipom rezeksiyonu ile tedavi edilebileceği bildirilmektedir (19).

Sunduğumuz vakada; mide antrum yerleşimli, mukozada ülserasyona bağlı masif üst GİS kanaması oluşturan mide lipomu mevcuttu. Hastanın klinik durumunun kritik olmasından dolayı endoskopik inceleme dışında ek bir tanı yöntemi kullanılmadı. Endoskopik incelemede, midede ülserle bağlı aktif kanama saptanmış ve konservatif yöntemlerle durdurulamayacağı düşünülerek acil ameliyat kararı alınmıştı. Ameliyatta midede ülser oluşturup kanamaya neden olan kitlenin düzgün sınırlı, yumuşak kıvamda, subserozal yerleşimli olması ve etraf doku invazyonu olmamasından dolayı öncelikle benign bir kitle olduğu düşünüldü. Kitlenin kesitinde makroskopik olarak da habaset düşünülmediğinden hastaya sınırlı mide rezeksiyonu (distal subtotal gastrektomi) yapıldı. Literatürde de belirtildiği gibi semptomatik olan ve komplikasyon oluşturmuş GİS lipomlara müdahale işlemi konusunda fikir birliği mevcuttur. Ancak müdahalenin şekli (endoskopik, laparoskopik, açık cerrahi) konusunda uygulama farklılıkları mevcuttur.

Sonuç olarak; GİS kitlelerinin ayırıcı tanısının iyi yapılması gerektiği, bu sayede özellikle gereksiz ve agresif cerrahi girişimlerden kaçınılabileceği kanısındayız. Midede ülser ve kanamaya neden olmuş lipom gibi benign kitlelerde sınırlı mide rezeksiyonunun en uygun cerrahi tedavi yöntemi olduğunu, komplikasyon oluşturmayan benign kitlelerde ise tedavi seçeneğinin hekimin deneyimine bağlı olarak değişeceğini düşünmekteyiz.

Yazışma Adresi: Ahmet Fikret YÜCEL
M.Sinan Mah. Keçeci Çeşmesi Sok. Doktorlar
Sitesi No: 4 C-Blok Dare:1
FATİH/İSTANBUL
Tel: 0212 529 4400/2259 Faks : 0212 5896229
E-mail: ahmetfy@yahoo.com

REFERANSLAR

1. Maderal F, Hunter F, Fuselier G, Gonzales-Rogue P, Torres O. Gastric lipomas: an update of clinical presentation, diagnosis and treatment. *Am J Gastroenterol* 79: 964-7, 1984
2. Antes G, Neher M. Lipoma of the stomach. Diagnosis and therapy. *Roentgenpraxis* 48: 252-3, 1995
3. Agha FP, Dent TL, Fiddian-Green RG, Braunstein AH, Nostrant TT. Bleeding lipomas of the upper gastrointestinal tract. A diagnostic challenge. *Am Surg* 51: 279-85, 1985
4. DeWaele B, Gillardin JP, Creve U, Van der Spek P, Vandeginste N, Hubens A, Willems G. Upper gastrointestinal bleeding due to benign tumours of the stomach. *Acta Chir Belg* 87: 322-5, 1987
5. Chu AG, Clifton JA. Gastric lipoma presenting as peptic ulcer: case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 78: 615-8, 1983
6. Fernandez MJ, Davis RP, Nora PF. Gastrointestinal lipomas. *Arch Surg* 118: 1081-3, 1983
7. 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* 9: 256-8, 1999
8. Rajdeep S, Amarpreet BS. Lipoma of the stomach. *Indian J Surg* 66: 177-9, 2004
9. Myint M, Atten MJ, Attar BM, Nadimpalli V. Gastric lipoma with severe hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 91: 811-2, 1996
10. Johnson DC, DeGennaro VA, Pizzi WF, Nealon TF Jr. Gastric lipomas: A rare cause of massive upper gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 75: 299-301, 1981
11. Taylor AJ, Stewart ET, Dodds WJ. Gastrointestinal lipomas: A radiologic and pathologic review. *AJR* 55: 1205-10, 1990
12. 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* 94: 3634-7, 1999
13. Imoto T, Nobe T, Koga M, Miyamoto Y, Nakata H. Computed tomography of gastric lipomas. *Gastrointest Radiol* 8: 129-31, 1983
14. Santambrogio R, Montorsi M, Schubert L, Ceretti AP, Costa M, Moroni E, Opocher E. Laparoscopic ultrasound-guided resection of gastric submucosal tumors. *Surg Endosc* 20: 1305-7, 2006
15. Zak Y, Biagini B, Moore H, Desantis M, Ghosh BC. Submucosal resection of giant gastric lipoma. *J Surg Oncol* 94: 63-7, 2006
16. Yasuda K, Nakajima M, Yoshida S, Kiyoto K, Kawai K. The diagnosis of submucosal tumors of the stomach by endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc* 35: 10-15, 1989
17. Caletti G, Zani L, Bolondi L, Brocchi E, Rollo V, Barbara L. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of gastric submucosal tumor. *Gastrointest Endosc* 35: 413-8, 1989
18. Nakamura S, Iida M, Suekane H, Matsui T, Yao T, Fujishima M. Endoscopic removal of gastric lipoma: Diagnostic value of endoscopic examination. *Am J Gastroenterol* 86: 619-21, 1991
19. Yu HG, Ding YM, Tan S, Luo HS, Yu JP. A safe and efficient strategy for endoscopic resection of large gastrointestinal lipoma. *Surg Endosc* 21: 265-9, 2007
20. Ponsaing LG, Hansen MB. Therapeutic procedures for submucosal tumors in the

- gastrointestinal tract. *World J Gastroenterol* 13: 3316-22, 2007
21. Shim CS, Jung IS. Endoscopic removal of submucosal tumors: preprocedure diagnosis, technical options, and results. *Endoscopy* 37: 646-54, 2005
22. Winants D, Arnault G. Le lipome gastrique. *J Radiol* 70: 633-6, 1989
23. Moues CM, Steenvoorde P, Viersma JH, van Groningen K, de Bruine JF. Jejunal intussusception of a gastric lipoma: a review of literature. *Dig Surg* 19: 418-20, 2002
24. Sun S, Wang M, Sun S. Use of endoscopic ultrasoundguided injection in endoscopic resection of solid submucosal tumors. *Endoscopy* 34: 82-85, 2002
25. Araki Y, Isomoto H, Tsuji Y, Matsumoto A, Yasunaga M, Hayashi K, Yamauchi K, Kodama T. Endoscopic removal with clipping for colonic lipomas. *Kurume Med J* 45: 341-43, 1998
26. Kim CY, Bandres D, Tio TL, Benjamin SB, Al-Kawas FH. Endoscopic removal of large colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 55: 929-31, 2002
27. Hizawa K, Kawasaki M, Kouzuki T, Aoyagi K, Fujishima M. Unroofing technique for the endoscopic resection of a large duodenal lipoma. *Gastrointest Endosc* 49: 391-2, 1999
28. Stone C, Weber HC. Endoscopic removal of colonic lipomas. *Am J Gastroenterol* 96: 1295-7, 2001
29. Tamura S, Yokoyama Y, Morita T, Tadokoro T, Higashidani Y, Onishi S. Giant colon lipoma: what kind of findings are necessary for the indication of endoscopic resection? *Am J Gastroenterol* 96: 1944-6, 2001
30. Christie JP. The removal of lipomas. *Gastrointest Endosc* 36: 532-3, 1990
31. Pfeil SA, Weaver MG, Abdul-Karim FW, Yang P. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *Gastrointest Endosc* 36: 435-8, 1990
32. Chung YF, Ho YH, Nyam DC, Leong AF, Seow-Choen F. Management of colonic lipomas. *Aust N Z J Surg* 68: 133-5, 1998
33. Chase MP, Yarze JC. "Giant" colon lipoma to attempt endoscopic resection or not? *Am J Gastroenterol* 95: 2143-4, 2000