



Endoskopik snare polipektomi uygulanan semptomatik duodenal lipom olgusu

Symptomatic duodenal lipoma with endoscopic snare polypectomy

Ismail Yaman¹, Hayrullah Derici¹, Serpil Paksoy²

ÖZET

Duodenal lipomlar oldukça nadir görülen, benign tümörlerdir. %90'ı submukozadan köken alır ve genellikle ikinci kıta yerleşimlidir. Genellikle asemptomatiktir ve endoskopi veya cerrahi esnasında rastlantısal olarak saptanır. Semptomların görülmesi lezyonların boyutu ile ilişkilidir, dört cm'den büyük olanlar sıklıkla intussepsiyon, obstrüksiyon veya kanamaya neden olabilir. Elli dokuz yaşında kadın hastada karın üst kesimde yemeklerden sonra dolgunluk, midede yanma ve ekşime şikayetleri mevcut idi. Demir eksikliği anemisi nedeniyle beş aydır tedavi alıyordu. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde duodenum ikinci kıtadan üçüncü kıtaya uzanan, üzerindeki mukozanın düzenli olduğu, mobil, geniş pediküllü 4x2 cm'lik polipoid kitle mevcuttu. Polip tabanına epinefrinli salin enjekte edildi ve "snare" ile polipektomi yapıldı. Karın üst kesimdeki dolgunluk şikayetleri polipektomi sonrasında gerileyen, anemi tedavisi bir ay sonra kesilen hasta dördüncü ayında ve hemogram değerleri olağan sınırdıydı.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi, lipom, polipler, duodenum

ABSTRACT

Duodenal lipomas are extremely rare benign tumors. 90% arise from the submucosa and is usually localized in the second portion. They are usually asymptomatic and are detected incidentally during endoscopy or surgery. Appearance of symptoms are related to lesion size, those greater than four centimeters frequently may cause intussusception, obstruction or bleeding. A 59-year-old woman presented with complaints of abdominal fullness in the upper quadrants after meals, and heartburn symptoms. She had been under treatment for iron deficiency anemia during the last five months. The upper gastrointestinal endoscopy revealed a mobile, 4x2 cm polypoid mass extending from the second portion of the duodenum to the third portion, with a regular mucosa and wide pedicle. Saline and epinephrine was injected to polyp base and "snare" polypectomy was performed. Patient's complaint of fullness in the upper part of the abdomen declined after polypectomy and the treatment of anemia was discontinued after a month, with normal blood count values in the fourth month.

Key Words: Endoscopy, lipoma, polyps, duodenum

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
İsmail Yaman

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
Tel: +90 266 245 44 25
e-posta:
ismailyaman35@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 24.01.2013
Kabul Tarihi / Accepted: 19.07.2013

©Telif Hakkı 2014
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2014
by Turkish Surgical Association
Available online at
www.ulusalcerahidergisi.org

GİRİŞ

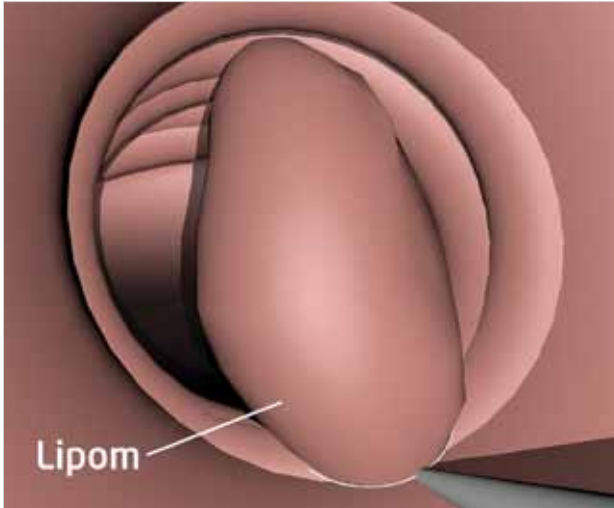
Gastrointestinal (Gİ) lipomlar benign, yavaş büyüme gösteren ve genellikle tek olarak görülen nadir tümörlerdir (1-3). Gastrointestinal lipomların ancak %4'ü duodenumdadır (1, 4). Duodenal lipomların %90'ı submukozadan köken alır ve genellikle ikinci kıta yerleşimlidir (2, 5). Genellikle asemptomatiktir ve endoskopi veya cerrahi esnasında rastlantısal olarak saptanır (2, 6). Üst Gİ endoskopide direkt olarak görülebilir ve genellikle karakteristik görünümleri vardır (6, 7). Endoskopik özellikleri tanıyı desteklese de, submukozal yerleşimli olduğundan endoskopik görünüm ve yüzeysel forseps biyopsiler kesin tanı için yeterli değildir (3, 6-8). Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve endoskopik ultrasonografi ayırıcı tanı için önemli bilgiler verebilir (4, 5, 8).

Semptomların görülmesi lezyonların boyutu ile ilişkilidir; dört cm'den büyük olanlar sıklıkla intussepsiyon, obstrüksiyon veya kanamaya neden olabilir (1, 4, 7, 9). Semptomatik duodenal lipomlar tedavi gerektirir ve günümüzde tavsiye edilen tedavi yöntemi endoskopik rezeksiyondur (1, 2, 4, 7, 8). İleri derecede büyük olmayan ve pediküllü olan lipomlarda "snare" polipektomi güvenle kullanılabilir (2, 7).

Bu çalışmada ikinci kıta yerleşimli, büyük, semptomatik olması ve nadir görülmesi nedeniyle özellik gösteren, "snare" polipektomi yöntemiyle tedavi edilen duodenal lipom olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Elli dokuz yaşında kadın hasta üç aydır devam eden, karın üst kesimde yemeklerden sonra dolgunluk, midede yanma ve ekşime şikayetleri nedeni ile yapılan gaytada gizli kan tetkikinin pozitif olması ve üst Gİ endoskopisinde duodenum ikinci kıtada dört cm'lik dev polip saptanması üzerine hastanemize sevk edilmişti. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hiperkolesterolemisi mevcuttu ve demir eksikliği anemisi nedeniyle beş aydır tedavi görüyordu. Fizik muayenesinde epigastriumda hassasiyet dışında bulgu saptanmadı. Laboratuvar değerlerinde Hgb: 9,7 g/dL, Hct: %29,8, MCV: 75,4 fL olması dışında patoloji saptanmadı. Karın ultrasonografisi ve kolonoskopisi olağandı. Üst Gİ endoskopisinde (Pentax EG-290) antrum hiperemikti. Duodenum ikinci kıtadan üçüncü kıtaya uzanan, üzerindeki mukozanın düzenli



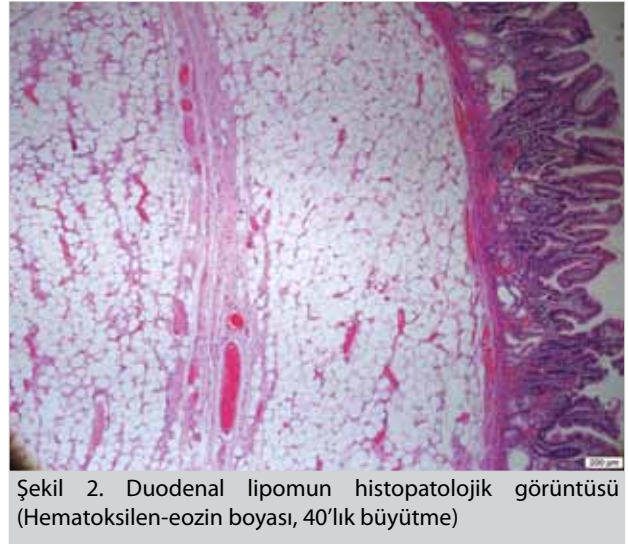
Şekil 1. Lipom baş kısmının ikinci kıtaya çekilmesi

olduğu, mobil, geniş pediküllü 4x2 cm'lik polipoid kitle mevcuttu. Sap kısmı ikinci kıtada olan polipoid kitlenin baş kısmı forceps ile tutulup birkaç defada ikinci kıtaya çekildi (Şekil 1). Oval 30 mm'lik disposable standart "snare" ile tutulan kitlenin mobil ve pediküllü olması nedeniyle polipektomi yapılabileceğine karar verildi. Polip tabanına epinefrinli salin enjekte edildi ve sap kısmının tabandan yükseldiği gözlemlendi. Polipektomi uygulanan hasta gözlem amaçlı bir gün yatırıldıktan sonra antral gastrit nedeniyle proton pompa inhibitörü başlanarak şifa ile taburcu edildi. Örneğin histopatolojik incelemesinde duodenumda submukozal yerleşimli lipom tespit edildi (Şekil 2). Hastadan bilgilendirilmiş onam alındı. Karın üst kesimdeki dolgunluk şikayetleri polipektomi sonrasında gerileyen, anemi tedavisi bir ay sonra kesilen hasta dördüncü ayında, gaytada gizli kan tetkiki negatif ve hemogram değerleri olağan sınırlardadır.

TARTIŞMA

Duodenal lipomlar oldukça nadir görülen, benign tümörlerdir (2-4, 6, 7). Duodenoskopi yapılan 1200 olguyu içeren çalışmada sadece 2 hastada duodenal lipom saptandığı bildirilmektedir (7). Genellikle asemptomattır ve endoskopi veya cerrahi esnasında rastlantısal olarak saptanır (1, 2, 6, 8). Semptomların görülmesi genel olarak lipomların boyutu ile ilişkilidir ve özellikle dört cm'den büyük duodenal lipomlarda dispepsi, yemek sonrasında epigastrik bölgede dolgunluk, intestinal obstrüksiyon, masif kanama veya gizli kanamaya bağlı demir eksikliği anemisi bulguları görülebilir (3, 7-9). Çapı dört cm'den büyük olan duodenal lipomların %75'inin semptomatik olduğu bildirilmektedir (9). Huang ve ark. (6) duodenal lipomlu iki olguyu içeren çalışmasında tümör boyutu üç cm'den küçük olmasına rağmen hastaların yemek sonrası dolgunluk şikayeti ile başvurduğunu bildirmektedir.

Duodenal lipomların %90'ı submukozadan köken alır (2, 6). Tipik endoskopik görüntüde yüzeyinde normal mukoza olan, sarımtırak, ovoid polipoid lezyon mevcuttur (6, 9). Biyopsi forceps ile basıldığında tümörün yumuşak olduğu ve forcepsin tümör içerisine doğru çöktüğü, üzerindeki mukozanın hareketli olduğu görülür (4). Lipomun büyümesiyle, intestinal içeriklerin ve peristaltik hareketlerin traksiyon kuvveti, mukozada erozyon ve ülserasyon oluşturabilir, tümörü pediküllü hale getirebilir (4). Endoskopik görünüm tanıyı desteklese de tümör submukozal yerleşimli olduğundan kesin tanıyı koyduramaz,



Şekil 2. Duodenal lipomun histopatolojik görüntüsü (Hematoksilen-eozin boyası, 40'lık büyütme)

forceps biyopsiler genel olarak yetersiz kalır (3, 6-9). Kesin tanı genellikle tümör eksizyonu ve histopatolojik incelemesi sonrasında konulur (8). Tümör eksizyonundan önce bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve/veya endoskopik ultrasonografiden faydalanılabilir (4, 6). Hem kitlenin doğası hem de kaynaklandığı tabaka ve invazyon derinliği hakkında bilgi verebileceği için özellikle endoskopik ultrasonografi faydalı olabilir (6).

Gastrointestinal lipomların malign transformasyonu bildirilmemiştir (9). Fakat endoskopide görülen duodenal lipomlar büyükse, malign kitlelerden ayırt edilemiyorsa veya semptomatik ise tedavi gerektirir (7-9). Günümüzde tavsiye edilen tedavi yöntemi endoskopik olarak çıkarılmasıdır (1, 2, 4). Gastrointestinal lipomların endoskopik olarak çıkarılabilmesi için "snare" ile polipektomi, "endoloop", "unroofing", subtotal rezeksiyon veya submukozal diseksiyon tekniği kullanılabilir (2, 6, 7). "Endoloop" tekniğinde tabana "endoloop" yerleştirilip üzerinden polipektomi yapılmaktadır. "Unroofing" tekniğinde polipoid kitle üzerindeki mukoza eksize edilerek lipomun lümen içerisine protrüde olarak eksize olması sağlanmaktadır. Subtotal rezeksiyonda polipoid kitlenin tamamını çıkarmak gibi bir gayret sarfedilmeyip sadece bir kısmı rezeke edilmektedir. Submukozal diseksiyon tekniğinde özel kesicilerle çevre submukozaya inilip çevrede mukozada da temiz sınırlar sağlanacak şekilde geniş eksize yapılmaktadır. Kitlenin endoskopik olarak rezeke edilebileceğine ve rezeksiyon için hangi tekniğin kullanılacağına karar verilmesinde en önemli faktörler lezyonun yerleşimi, boyutu, sapın kalınlığı ve hekimin tecrübesidir (2). Duodenum ikinci kısmı dar ve köşeli olduğundan ikinci kısımda, distal yerleşimli olanlarda endoskopik tedavi zor olabilir (1). Büyük lipomlar perforasyon ve kanama açısından ek risk faktörü yaratır (1, 6). Günümüzde dört cm ve daha büyük lipomlarda dahi endoskopik rezeksiyonun başarı ile uygulanabildiği bildirilmektedir (4, 6). Dört cm'den büyük lipomlarda "endoloop" tekniğinde "endoloop" ile taban güvenliği sağlandığından "unroofing" tekniğinde ise tabana inilmediğinden perforasyon riskinin "snare" ile polipektomi tekniğine göre daha düşük olduğu, bununla birlikte lipom büyük boyutlarda olsa dahi pediküllü ise "snare" polipektomi kullanılarak güvenle çıkarılabileceği bildirilmektedir (2, 6, 7, 10). Murata ve ark. (10) 4 cm, Blanchet ve ark. (9) 5 cm'lik pediküllü, duodenal, submukozal lipomların "snare" polipektomi ile komplikasyon-

suz rezeke edildiğini bildirmektedir. Sapın kalın, tabanın geniş olması muskularis propria ve serozanın sap içine invajine olma riskini dolayısıyla perforasyon olasılığını arttırmaktadır (2, 6). Bu durum lipom "snare" içerisine alındıktan sonra "snare" kapatılıp hareket ettirilerek anlaşılmaya çalışılabilir ve şüphede kalındığında endoskopik ultrasonografi ile değerlendirilebilir (2, 6). Submukozaya epinefrinli salin enjeksiyonu lipomun alttaki kas tabakasından ayrılmasına dolayısıyla perforasyon ve kanama riskini azaltarak büyük lezyonların çıkarılmasına yardımcı olabilir (2). Hastamızdaki polipoid kitlenin distal yerleşimli ve büyük olmasına rağmen pediküllü ve mobil olması, submukozal enjeksiyonla sap kısmının tabandan yükselmesi nedeniyle "snare" polipektomi uygulanabileceği düşünüldü. Polipektomi sonrasında yapılan kontrollerde gaytada gizli kan negatif olan ve hemogram tetkiklerinde anemi saptanmayan hastada, polipektomi öncesi var olan demir eksikliği anemisinin polipe bağı olduğu düşünüldü.

SONUÇ

Sonuç olarak, duodenal lipomlar nadir görülen, genellikle asemptomatik olan, benign tümörlerdir. Büyük boyutlara ulaştıklarında semptomatik hale gelebilirler. Semptomatik duodenal lipomların tedavisinde endoskopik rezeksiyon tercih edilir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - İ.Y.; Tasarım - İ.Y.; Denetleme - H.D.; Kaynaklar - İ.Y., H.D., S.P.; Malzemeler - İ.Y., H.D., S.P.; Veri toplanması ve/veya işleme - İ.Y.; Analiz ve/veya yorum - İ.Y., H.D., S.P.; Literatür taraması - İ.Y., S.P.; Yazıyı yazan - İ.Y.; Eleştirel inceleme - H.D.; Diğer - İ.Y., H.D., S.P.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - İ.Y.; Design - İ.Y.; Supervision - H.D.; Funding - İ.Y., H.D., S.P.; Materials - İ.Y., H.D., S.P.; Data Collection and/or Processing - İ.Y.; Analysis and/or Interpretation - İ.Y., H.D., S.P.; Literature Review - İ.Y., S.P.; Writer - İ.Y.; / Critical Review - H.D.; Other - İ.Y., H.D., S.P.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Chang CW, Chu CH, Shih SC, Chen MJ, Yang TL, Chang WH. Duodenal polypoid lipoma with bleeding. *Am J Surg* 2010; 200: 49-50. [\[CrossRef\]](#)
2. Aydin HN, Bertin P, Singh K, Arregui M. Safe techniques for endoscopic resection of gastrointestinal lipomas. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011; 21: 218-222. [\[CrossRef\]](#)
3. Chen HT, Xu GQ, Wang LJ, Chen YP, Li YM. Sonographic features of duodenal lipomas in eight clinicopathologically diagnosed patients. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 2855-2859.
4. Sou S, Nomura H, Takaki Y, Nagahama T, Matsubara F, Matsui T, et al. Hemorrhagic duodenal lipoma managed by endoscopic resection. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 479-481. [\[CrossRef\]](#)
5. Chen HT, Xu GQ, Wang LJ, Yu WH, Zhou YF, Li YM. The diagnosis and treatment of duodenal lipoma. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi* 2010; 49: 125-128.
6. Huang WH, Peng CY, Yu CJ, Chou JW, Feng CL. Endoloop-assisted unroofing for the treatment of symptomatic duodenal lipomas. *Gastrointest Endosc* 2008; 68: 1234-1236. [\[CrossRef\]](#)
7. Tung CF, Chow WK, Peng YC, Chen GH, Yang DY, Kwan PC. Bleeding duodenal lipoma successfully treated with endoscopic polypectomy. *Gastrointest Endosc* 2001; 54: 116-117. [\[CrossRef\]](#)
8. Kadaba R, Bowers KA, Wijesuriya N, Preston SL, Bray GB, Kocher HM. An unusual cause of gastrointestinal bleeding: duodenal lipoma. *Case Rep Gastroenterol* 2011; 5: 183-188. [\[CrossRef\]](#)
9. Blanchet MC, Arnal E, Paparel P, Grima F, Voiglio EJ, Caillot JL. Obstructive duodenal lipoma successfully treated by endoscopic polypectomy. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 938-939. [\[CrossRef\]](#)
10. Murata A, Osoegawa T, Ijyu M, Kanayama K, Tanaka M, Nakamura K. Pedunculated duodenal lipoma treated with endoscopic polypectomy with a detachable snare. *Fukuoka Igaku Zasshi* 2008; 99: 131-135.