

Részleges bélelzáródást okozó submucosus lipoma

Svébis Mihály, Bori Rita, Kocsis Lajos, Pap-Szekeres József, Cserni Gábor

BEVEZETÉS – A submucosus lipomák a vastagbél ritka daganatai, amelyek exophyticus, polypoid növekedésük, valamint nagyobb méretük esetén fenyegető bélelzáródás miatt klinikailag rákot utánozhatnak.

ESETISMERTETÉS – Egy 50 éves nőnél két hete tartó hasi fájdalom okának felderítésére kolonoszkópiát végeztek. Ennek során előboltosuló, kifehélyesedett, tömött daganatot észleltek a felszálló vastagbélben, amely a vakbél vizsgálatát megakadályozta. A biopsziás mintában csak necrosis és szövettörmelék mutatkozott, összhangban a kifehélyesedett felszínnel. Vastagbélrák feltételezett diagnózisával, fenyegető bélelzáródás miatt jobb oldali hemicolectomiára került sor. A tumor a patológiai vizsgálat során kocsányos, submucosus lipomának bizonyult, legnagyobb átmérője 4 cm volt.

KÖVETKEZTETÉS – A diagnosztika fejlődése és a preoperatív kórismézés eszközeinek javulása ellenére a vastagbél lipomák napjainkban is tévesen vastagbélrákként kerülhetnek ellátásra. Malignoma ellen szól, ha a daganat viszonylag körülírt, ha a kifehélyesedés trophicus jellegű, ha csak a felszín egy részét érinti, és ha a tumort részben ép nyálkahártya fedi. A túlzott radikalitás elkerülésének érdekében a bizonytalan diagnózisú tumoroknál célszerű további erőfeszítéseket tenni, hogy minél pontosabb kórismét lehessen műtét előtt felállítani, és a kezelést annak alapján lehessen tervezni.

submucosus lipoma, colon, carcinoma, jobb hemicolectomia

RIGHT HEMICOLECTOMY FOR SUBMUCOUS LIPOMA CAUSING PARTIAL BOWEL OBSTRUCTION

INTRODUCTION – Submucous lipomas are rare tumors of the colon and may be misdiagnosed as cancer because of their exophytic, polypoid growth and threatening bowel obstruction.

CASE REPORT – A protruding, ulcerated and firm tumor preventing the investigation of the caecum was found by endoscopy in the ascending colon of a 50-year-old woman, who was subsequently operated on. The preoperative biopsy revealed only necrotic debris. Right hemicolectomy was performed because of threatening bowel obstruction and the presumed diagnosis of cancer. The tumor proved to be a 4 cm-large pedunculated submucosal lipoma.

CONCLUSION – Despite recent diagnostic developments and the availability of better tools for the preoperative diagnosis of colonic lipomas, these tumors may still be misdiagnosed as carcinomas. Several circumstances contradict malignant dignity, such as: the relative circumscription of the mass, the trophic and only partial ulceration of the surface which is covered by normal mucosal layer elsewhere. To avoid unnecessary radicality in treatment, colon tumors with an uncertain preoperative diagnosis should undergo further diagnostic steps in order to clarify their nature. This could allow a more optimal therapeutic planning.

submucous lipoma, colon, carcinoma, right hemicolectomy

dr. Svébis Mihály, dr. Pap-Szekeres József: Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Sebészeti Osztály/Bács-Kiskun County Hospital, Department of Surgery; Kecskemét
dr. Bori Rita, dr. Kocsis Lajos, dr. Cserni Gábor (levelező szerző/correspondent):

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Patológiai Osztály/
Bács-Kiskun County Hospital, Department of Pathology;
H-6000 Kecskemét, Nyíri út 38. E-mail: cserni@freemail.hu

Érkezett: 2005. május 31. Elfogadva: 2005. augusztus 30.

Az adenomák és a carcinomák a vastagbél leggyakoribb exophyticus vagy polipoid növekedést mutató jó-, illetve rosszindulatú daganatai (1). Ennek ellenére más tumorok, köztük jóindulatúak is jelentkezhetnek hasonló, olykor megkülönböztethetetlen módon (2), és ez téves diagnózishoz, majd az arra alapozott radikális kezeléshez vezethet. Jelen közleményünkben egy, a felszálló vastagbélben elhelyezkedő submucosus lipoma téves diagnózisáról számolunk be, amely miatt a beteg jobb hemicolectomián esett át. Röviden áttekintjük az elváltozás klinikopatológiai vonatkozásait, valamint a róla korábban leírtakat.

Esetismertetés

Az 50 éves nő anamnézisében nem szerepelt említésre méltó kórfolyamat. Két hete tartó görcsös hasi fájdalomnak tisztázására gasztroszkópiát és kolonoszkópiát is végeztek. Az utóbbi a felszálló vastagbélben egy exophyticus tumort mutatott ki, és ez mérete miatt a coecum vizsgálatát is megakadályozta. A biopszia szövettani vizsgálatokor csak szövettörmelék mutatkozott, ami egy kifekélyesedő felszínnek felelt meg, de hámsejt daganatsejt nem került a mintába.

A fenyegető bélelzáródás és vastagbélrák klinikai diagnózisa miatt jobb oldali hemicolectomiára került sor. A beteg eseménytelen posztoperatív szakasz után tünetmentesen távozott a kórházból, és 19 hónappal a műtétet követően továbbra is panaszmentes, illetve csak aranyeres panaszai vannak.

A hemicolectomiás mintában a colon ascendens lumenébe bedomborodó daganat mutatkozott. Mérete 40×35×23 mm volt, és rövid kocsánnyal rögzült (1. ábra). Felszíne a boltozat tetején kifekélyesedett, míg máshol a felszín szabályos vastagbél-nyálkahártya fedte (2. ábra). A tunica muscularis mucosae alatt a tumort érett zsírszövet alkotta, és reaktív elváltozások jellemezték a kifekélyesedett felszín alatt. Egyéb kóros eltérés nem mutatkozott.

Megbeszélés

Az első leírás a gastrointestinalis lipomákról valószínűleg *Bauertől* származik 1757-ből (3). Azóta több egyedi esetet vagy kisebb sorozatot ismertettek, beleértve egy nagyobb, 316 esetet összefoglaló közleményt is, amely *Debray* és munkatársai tollából származik 1962-ből (4). Akkoriban a legtöbb ilyen daganatot rosszindulatú folyamatként diagnosztizálták és közelítették meg, a jóindulatú jelleg csak a későbbiekben, a szövettani diagnózis birtokában igazolódott. A jelen eset kapcsán elsősorban az újabb adatokra összpontosítottunk, hogy meghatározhassuk, hogyan járulhatnak hozzá a diagnosztikus eszközök a polipoid colonlipomák felismeréséhez, és milyen sebészi technikák alkalmasak kezelésükre.

Annak ellenére, hogy a submucosus vastagbélipomák a leggyakoribb nem hám eredetű, jóindulatú daga-

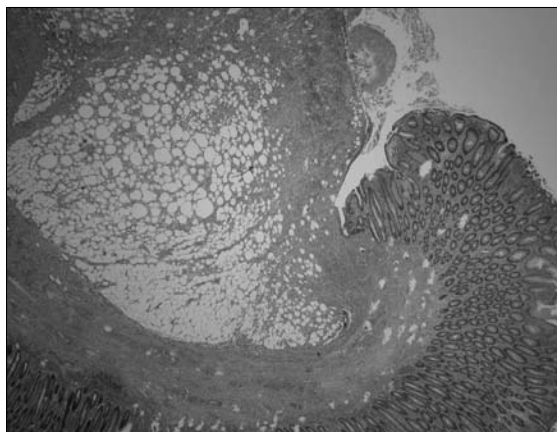
1. ÁBRA

A kocsányos lipoma metszészlapja, kifekélyesedett felszínnel



2. ÁBRA

A szövettani metszet kis nagyítású képe. Az érett zsírszövetet szabályos nyálkahártya fedi, amely az elváltozás boltozatán kifekélyesedett (jobb felső terület). A gyulladásos reakció okozhatta a tumor tömörségét (hematoxilín-eozin, 40×)



natok ebben az elhelyezkedésben, mégis ritkák, incidenciájuk 0,025–0,5% közötti. Előfordulásuk gyakoribb nőkben, és a legtöbb az ötödik-hatodik évtizedben jelentkezik, bár az életkor a felfedezés idején széles skálán mozog. A leírt vastagbélipomák közel egyharmada a vakbélben, és közel fele a jobb oldali colonszakaszban fordult elő (4).

A submucosus lipomák tünetmentesek, és csak nagyobb méret esetén okoznak panaszokat. A tünetek általában a bélelzáródással kapcsolatosak, és magukban foglalják az invaginációt (5–7), a prolapsust (8), a vérzést (9, 10), amely alkalmanként masszív lehet (11), és a fájdalmat. Mint jóindulatú daganatok nem igényelnek radikális sebészi eltávolítást, de alkalmanként vastagbélrákot utánozó módon jelentkeznek. Egyes esetek kapcsán a kelleténél radikálisabb sebészi beavatkozá-

sokról számolnak be a tünetek, a téves diagnózis, az elváltozás dignitását illető bizonytalanság vagy ezek kombinációja miatt, akár csak a bemutatott beteg esetében.

A submucosus lipomák felismerését nehezítheti makroszkópos és endoszkópos hasonlóságuk exophyticus növekedésű adenomákhoz, illetve polipoid carcinomákhoz. Előfordul, hogy a biopsziák során csak necroticus törmeléket sikerül nyerni, amint azt néhány szerző leírja (6, 12). A kifekélyesedés trophicus jellegű, a nagyobb méretű tumorok vérellátási hiányát tükrözi, és jellemzően nem az egész felszínt érinti.

Ha az ismertetésünkben szereplő betegnél több helyről vettek volna mintát, akkor szabályos nyálkahártyarészlet is preoperatív mikroszkópos vizsgálatra kerülhetett volna, és az megkérdőjelezte volna az elváltozás feltételezett rosszindulatú voltát. (Meg kell azonban jegyeznünk, hogy ehhez is megfelelő interdiszciplináris kommunikáció szükséges, hiszen a carcinomát igazoló biopsziás minták jelentős részébe is kerül ép nyálkahártyarészlet az eszköz lecsúszása, parabiopszia miatt.)

A tumor puha állaga is segíthet a lipoma endoszkópos diagnózisában, de jelen daganat esetén ez nem állt fenn, valószínűleg a kifekélyesedett felszínhez társuló gyulladás és duzzanat miatt; ilyenkor ugyanis a zsírszövet egészen tömötté válhat.

A CT-vizsgálatok a zsírszövet jellegzetes denzitometriás sajátosságai révén segítséget nyújthatnak a kórismezésben, mint ahogyan segítettek is néhány ilyen tumor felismerésében (7, 13). A CT-vizsgálat az elvál-

tozás méreteinek pontos tisztázásában és a patológiás nyirokcsomók hiányának igazolásában is szerepet kapnak. Preoperatív diagnózis esetén a tünetet okozó vastagbélipomákat colotomia révén is eltávolíthatják. Klinikailag lipomának vélt, és intraoperatív vizsgálat során is akként igazolt daganatot már távolítottak el colotómiával (9).

Ha az elváltozás időben kórismezésre kerül, a kocsánnyal rögzülő, kisebb méretű lipomákat endoszkóposan is reszekálni lehet (polypectomia), ami valószínűleg a legmegfelelőbb elérhető kezelés napjainkban (14, 15), bár ez ideig csak ritkán számoltak be róla, tekintettel a preoperatív felismerés ritka voltára. Ugyanakkor nagyméretű tumorok esetén a vérzés vagy perforáció kockázata miatt az endoszkópos eltávolítás gyakran nem jön már szóba (13).

Arra a következtetésre jutottunk, hogy a diagnosztikus eszközök és a sebészi technika komoly fejlődése ellenére a submucosus vastagbélipomák továbbra is kihívást jelentenek, és még mindig carcinoma iránydiagnózis alapján kezelhetik őket. Az olyan körülírt polipoid elváltozások esetén, amelyeket szabályos – vagy akár kifekélyesedett – nyálkahártya fed, és amelyekből malignitás nem igazolható szövettannal, számba kell venni a benignus daganat, például a polipoid lipoma lehetőségét. Ilyenkor hasi CT-vizsgálat javasolt, és célszerű az intraoperatív vizsgálatot is mérlegelni, hogy az elektív esetekben elkerülhető legyen a túlkezelés. A kisebb, kocsányos tumoroknál az endoszkópos polypectomia, míg más megjelenés vagy nagyobb méret esetén a colotomia és a daganat kimetszése a választandó kezelés. Laparoszkópos lipomaeltávolításról ez ideig még nem számoltak be, de ez is egy jövőbeli megközelítés lehet. Igyekeznünk kell, hogy submucosus lipomák kapcsán ne történjen radikális műtét, bár alkalmanként szegmentális reszekció vagy akár hemicolectomia is szükséges lehet invaginatio miatt.

Egyes esetek kapcsán a kelleténél radikálisabb sebészi beavatkozásokról számolnak be a tünetek, a téves diagnózis, az elváltozás dignitását illető bizonytalanság vagy ezek kombinációja miatt.

IRODALOM

1. Crawford JM. Small and large intestines. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL (eds). Pathologic basis of disease. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1994. p. 783-822.
2. Boland CR, Kim YS. Colonic polyps and the gastrointestinal polyposis syndromes. In: Sleisenger MH, Fordtran JS (eds). Gastrointestinal disease. Pathophysiology, diagnosis, management. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1983. p. 1198-219.
3. Kaplan IW, Meier R. Submucous lipoma of the colon. *Am J Gastroenterol* 1959;31:673-83.
4. Debray C, Hardouin JP, Pironneau A, Terris G, Martin E. Les lipomes du colon. *Arch Mal App Dig Nutr* 1963;52:883-908.
5. De Mattei GF, De Nisi A, Saggese MP, Fabbri R, Podesta A. Considerazioni a proposito di un caso di invaginazione colocolica (colon transverso) da voluminoso lipoma polipoide in soggetto adulto. *Minerva Chir* 1990;45:517-22.
6. Falchetto G, Paduos A, Alluminio P. Invaginazione intestinale da lipoma pedunculato sottomucoso del grosso intestino. Caso clinico. *Minerva Chir* 1990;45:523-6.
7. Cirino E, Cali V, Basile G, Muscari C, Caragliano P, Petino A. Invaginazione intestinale da lipoma del colon. *Minerva Chir* 1996;51:717-23.
8. Botár Gy. Végbélnyílásba prolábált submucosus sigmalipoma esete. *Orv Hetil* 1956;97:356-7.
9. Kaplan P. Submucous lipoma of the colon: Report of a case. *Int Surg* 1971;56:113-7.
10. Peet TN, Stannard MW. Sigmoid intussusception of a submucous lipoma. *Int Surg* 1976;61:304-5.
11. Rodríguez DI, Drehner DM, Beck DE, McCauley CE. Colonic lipoma as a source of massive hemorrhage. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1990;33:977-9.
12. Di Maurizio P, Bracci F, Colizza S, Cianconi C, Crisci E. Submucous lipoma of the transverse colon: report of one case. *J Surg Oncol* 1983;24:274-6.
13. Zhang H, Cong J-C, Chen C-S, Qiao L, Liu E-Q. Submucous colon lipoma: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2005;11:3167-9. (<http://www.wjgnet.com/1007-9327/11/3167.asp>)
14. Bar-Meir S, Halla A, Baratz M. Endoscopic removal of colonic lipoma. *Endoscopy* 1981;13:135-6.
15. Yu YP, Luo HS, Wang XZ. Endoscopic treatment of submucosal lesion of the gastrointestinal tract. *Endoscopy* 1992;24:190-93.