

Tenesmusun nadir bir nedeni: Perirektal lipom

A rare cause of tenesmus: Perirectal lipoma

Tolga Kalaycı¹, Murat Kartal¹

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum, Türkiye

İletişim: Tolga Kalaycı

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum, Türkiye

e-mail: dr.tolgakalayci@gmail.com

ORCID ID:

TK 0000-0002-6977-1757

MK 0000-0003-1396-5365

Gönderim Tarihi: 4 Şubat 2022, Kabul Tarihi: 11 Mart 2022

ÖZET

Lipom vücudun herhangi bölgesinde ortaya çıkabilen, yağ dokusunun kapsüllü ve iyi huylu tümörüdür. Genelde asemptomatik, yumuşak, hareketli kitleler olarak tanımlanırlar. Perineal lipom nadir görülen bir lipom bölgesi olup; hastanın oturmasında zorluğa ve rahatsızlık hissine neden olabilmektedir. Lipom boyutu büyük ise etraf sinirlerde bası etkisi oluşturarak, zamanla deformasyon oluşturarak veya sürekli sinir uyarılması nedeni ile tenesmusu neden olabilmektedir. Çalışmamızda perianal bölgede ele gelen ve sürekli dışkılama isteği şikâyeti ile polikliniğe başvuran, muayenede perirektal alanda dev lipom tanısı konulup, lipom eksizyonu yapılan olgunun sunumu amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Tenesmus, perirektal lipom, rektal tuşe

SUMMARY

Lipoma is an encapsulated and benign tumor of adipose tissue that can occur in any part of the body. They are generally defined as asymptomatic, soft, mobile masses. Perineal lipoma is a rare lipoma region, it can cause difficulty and discomfort for the patient to sit. If the size of the lipoma is large, it may cause tenesmus by creating a pressure effect on the surrounding nerves, creating deformation over time or due to continuous nerve stimulation. In our study, it is aimed to present the case of a patient who applied to the clinic with the complaint of persistent desire to defecate in the perianal region and was diagnosed with a giant lipoma in the perirectal area and underwent lipoma excision.

Keywords: Tenesmus, perirectal lipoma, digital examination

GİRİŞ

Lipom vücudun herhangi bölgesinde ortaya çıkabilen, yağ dokusunun kapsüllü ve iyi huylu tümörüdür. En sık görülen benign yumuşak doku tümörü olup; tüm yaş gruplarında görülebilmektedir (1). Nedeni belirsiz olmakla birlikte; aile öyküsü, obezite, sedanter yaşam ve Gardner Sendromu gibi bazı genetik hastalıklarda lipom görülme sıklığı artmıştır.

Lipomlar, yavaş büyüyen kitleler olmasına rağmen zamanla dev boyutlara kadar ulaşabilirler. Genelde asemptomatik, yumuşak, hareketli kitleler olarak tanımlanırlar. Ancak rejyonel sınırlarda deformasyon oluşturmaları nedeniyle ağrıya sebep olabilirler. Derinin hemen altında oluşabilecekleri gibi abdominal organlar, ağız boşluğu, toraks, kolon veya perirektal alan gibi daha derin yerleşimli de olabilirler (2). Yerleşim yeri ve boyutuna bağlı olarak; tenesmus, disparoni, ani dışkılama isteği, solunum yetmezliği veya yutma güçlüğü gibi bulgular da gözlenebilirler (1-3). Lipom tanısı fizik muayene ile konulmakla beraber; şüpheli durumlarda ultrasonografi (USG) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tanıda yardımcıdır. Genelde tedaviye gerek olmayıp; semptomatik olgularda ve 5 cm'in üzerindeki lipomlarda kozmetik nedenlerden dolayı cerrahi tedavi önerilmektedir. Kesin tedavisi ise kapsül ile total eksizyondur.

Çalışmamızda perianal bölgede ele gelen ve sürekli dışkılama isteği şikâyeti ile polikliniğe başvuran, muayenede perirektal alanda dev lipom tanısı konulup, lipom eksizyonu yapılan olgunun sunumu amaçlanmaktadır.

OLGU

44 yaşında kadın hasta, sürekli dışkılama isteği ve perianal bölgede ele gelen kitle şikâyetleri ile Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne başvurdu. Ek hastalığı ve ameliyat öyküsü olmayan hastanın anamnezinde kitlenin yaklaşık bir yıldır mevcut olduğu, otururken rahatsızlık hissi verdiği öğrenildi. Ayrıca son 3 ayda mevcut şikâyetlerine tenesmusun da eklendiği ve zamanla tenesmus sıklığının arttığı (günde 15 defa dışkılama isteği) öğrenildi.

Başvuru anında hastanın vital bulguları sırası ile şöyle idi: Arteriyel tansiyon 125/75 mm Hg, nabız: 82 atım/dk., solunum sayısı:16/dk., oksijen saturasyonu: %92 (oda havasında), vücut ısısı: 36.7oC idi. Fizik muayenede batin muayenesi doğaldı. Perianal alanda anüs sol lateralinde palpasyonla ele gelen yumuşak ve hareketli kitle mevcuttu. Rektal tuşede anal girim dördüncü santimetrede, rektuma sol lateralinden bası yapan ancak lümen tıkanıklığa yol açmayan hareketli bir kitle mevcuttu. Kitlenin muayene özellikleri benign natürde olduğundan ek görüntülemeye ihtiyaç duyulmadan hastaya elektif cerrahi planlandı.

Gerekli preoperatif hazırlıklar yapıldıktan sonra spinal anestezi altında, yüzükoyun pozisyonunda sol perianal

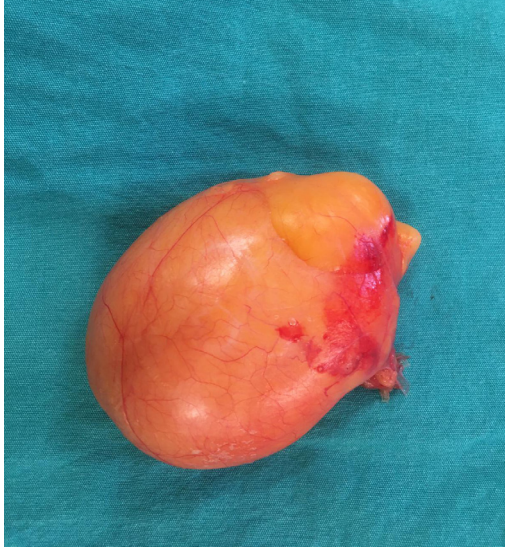
bölgeye yapılan lineer insizyon ile kitleye ulaşıldı. Yaklaşık 80x60 mm boyutlarında, rektum duvarına dıştan basına yapan ancak duvar invazyonu göstermeyen, iyi sınırlı lipomatöz kitle kapsül ile en blok eksize edildi (**Resim 1,2 ve 3**). Ameliyat sonrası serviste takibi yapılan hastanın postoperatif 6. saatte oral beslenmesi başladı. Takiplerinde komplikasyon görülmeyen hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Operasyon materyalinin patolojik incelemesi, lipomatöz doku ile uyumluuydu.



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

TARTIŞMA

Lipom, yağ dokusunun iyi huylu ve kapsüllü tümörüdür. Cinsiyetler arasında belirgin farklılık olmaksızın beşinci ve altıncı dekatlarda sık görülmektedir (4). Yumuşak doku lipomları günlük pratikte yaygın olarak görülür ve popülasyonun yaklaşık %2'sinde bulunur (5). Hiperkolesterolemi, obezite, diyabet ve travma gibi durumlar subkutan lipomların gelişimi için risk faktörleri olarak kabul edilir. Lipomun patogenezi henüz tam olarak anlaşılacak kadarıyla beraber hem sporadik hem de kalıtsal vakalar görülebilmektedir. Lipomlar yetişkin yağ hücrelerinden değil, mezenkimal primordial yağ dokusu hücrelerinden köken aldığı inandırılmaktadır (6). Lipom tespit edilen olgumuz 4. dekatta olup altta yatan bir predispozan faktör veya kalıtsal faktör mevcut değildi.

Lipomlar histopatolojik özelliklerine göre birçok alt tipe ayrılmaktadır: Konvansiyonel lipom, anjiyolipom, fibrolipom, fusiform hücreli lipom, miyelolipom ve pleomorfik lipom (7). Abdominal bölge, ekstremiteler, mediastinal bölge ve pelvik bölge dahil olmak üzere vücudun yağ içeren herhangi bir bölümünde lipomatöz lezyonlar ile karşılaşılabilir. Ancak perine gibi daha az yağ dokusu içeren bölgelerde nadiren tespit edilmektedir.

Pelvik yerleşimli bir lipom, siyatik foramen, obturator foramen veya pelvik taban yoluyla kasık veya perineal bölgelere uzanabilir. Bu yumuşak ve hareketli kitleler tipik olarak asemptomatiktir ve yavaş büyürler; ancak zamanla pelvik lipomlar önemli boyutlara ulaşabilir ve semptomatik hale gelebilirler (8). Pelvik ağrı, dizüri, poliüri, hematüri (daha az sıklıkla), idrara sıkışma, idrar retansiyonu ve inkontinans, kabızlık, tenesmus, diyare, venöz obstrüksiyon, lenfödem, tromboflebit, siyatik gibi çeşitli semptomlar ortaya çıkabilirler (9). Olgumuzun perianal bölgede palpe

edilen bir yumuşak doku kitlesi mevcut olup; bu kitle tenesmusu neden olmaktadır.

Perineal lipom nadir görülen bir lipom bölgesi olup; hastanın oturmasında zorluğa ve rahatsızlık hissine neden olabilmektedir. Ayrıca, şişlik nedeniyle rektal obstrüksiyon oluşturup defekasyonu engelleyebilmektedir. Lipom boyutu büyük ise etraf sinirlerde bası etkisi oluşturarak, zamanla deformasyon oluşturarak veya sürekli sinir uyarılması nedeni ile tenesmusu neden olabilmektedir. Tenesmus sürekli dışkılama hissine rağmen, dışkıyı tam olarak yapamama, boşaltamama durumudur. Hastalar dışkısının geldiğinin düşünerek tualete giderler ancak uzun süre beklemelerine rağmen dışkılayamazlar. Bu durumun gün içerisinde sürekli tekrarlanması hastanın hayat konforunu olumsuz etkilemektedir. Tenesmus genellikle; inflamatuvar barsak hastalıkları, irritable barsak hastalığı, rektal kanserler, anal bölge selim hastalıkları gibi barsakla ilişkili hastalıklarda görülen bir durumdur. Nadiren de imperfore himen, idrar yolu enfeksiyonu, vajinal kist ve rektum duvarına bası yapan lipom benzeri kitlelere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (10-12). Bizim olgumuzda hastada oturmakla rahatsızlık hissi veren kitle ilk şikâyet olup; bunu takiben zaman içerisinde tenesmus hissi de semptomatolojiye eklenmiştir.

Lipomların tanısı fizik muayene ile konulmakta ve genellikle ek görüntülemeye ihtiyaç duyulmamaktadır. Perianal bölgedeki yumuşak tümörler için ilk görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi tercih edilmektedir. USG'de lipomlar düzgün kenarları olan, oval ve hiperekoik kitleler şeklinde görülürler. İçerlerinde ince fibröz septalar saptanabilmektedir. Renkli dopler USG'de lezyon içi veya perilezyonel damarlanma eksikliği görülmektedir (8). USG'nin bulguları tek başına kesin tanı koymak için yetersiz kaldığında, bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) taraması şeklinde daha ileri görüntülemelere ihtiyaç vardır. BT taraması yağlı bir tümörü teşhis etmek için kullanılabilirle beraber; MRG daha iyi yumuşak doku kontrast çözünürlüğü verdiğinden daha üstündür. MRG'nin BT taramasına göre bir başka avantajı da, cerrahi hazırlıklar için çok önemli bir adım olan kitlenin anatomik boyutunun ayrıntılı bir şekilde tanımlanmasına izin vermesi, çevre planlar ile kitle ilişkisini daha sağlıklı göstermesi yeteneğidir (13). Tenesmus gibi gastrointestinal bulgular veren perirektal lipomlarda malignite ekartasyonu için rektoskopik inceleme önerilebilmektedir.

Semptom vermeyen lipomlarda cerrahi tedavi gereksiz olup; cerrahi tedavi semptomatik ve kozmetik sorunlar yaşayan hastalarda endikedir. Olgumuzda kitlenin perianal bölgeden palpasyon ile yumuşak ve mobil karakterde palpe edilmesi ve rektal tuşe ile benign natürel lezyon olarak değerlendirmesi nedeniyle ek görüntülemeye ihtiyaç duyulmamıştır. Aktif tenesmus şikâyeti ve otururken rahatsızlık hissi vermesi ve yaklaşık boyutunun 80 mm olması nedeniyle cerrahi olarak lipom eksizyonu yapılmıştır. Sonuç olarak; perianal lipomlar nadir görülen bir durum

olup; hasta için sürekli rahatsızlık hissi veren hayat konforunu önemli derecede etkileyen ve tenesmus gibi sorunları mevcut olan hastalarda perirektal lipom tanısı akılda bulundurulmalı ve hasta konforunu sağlamak için cerrahi eksizyon uygulanmalıdır.

Yazar Katkıları: Çalışma Konsepti/Tasarımı: TK, MK, Veri Toplama: TK, MK, Veri Analizi/Yorumlama: TK, MK, Yazı Taslağı: TK, MK İçeriğin Eleştirel İncelemesi: OB, ŞY, HK, NG TK, MK Son Onay ve Sorumluluk: TK, MK, Malzeme ve teknik destek: TK

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

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

KAYNAKLAR

1. Del Rey IAG, Marcano AJL, Velasco AAM, de la Plaza Llamas R, Ramia JM. Giant ischiorectal lipoma as a cause of anal pain, fecal incontinence and dyspareunia. An exceptional association. *Revista Argentina de Cirugía*. 2021;113(3):384-7.
2. Salam GA. Lipoma excision. *Am Fam Physician*. 2002;65(5):901-4.
3. Johnson CN, Ha AS, Chen E, Davidson D. Lipomatous Soft-tissue Tumors. *J Am Acad Orthop Surg*. 2018;26(22):779-88.
4. Dhouha B, Maroua W, Seifeddine B, Ghofrane T, Lassaad G, Rached B, et al. [Giant pelvic lipoma mimicking a liposarcoma]. *Pan Afr Med J*. 2019;33:20.
5. Rahman GA, Abdulkadir AY, Yusuf I. Lipomatous lesions around the shoulder: Recent experience in a Nigerian hospital. *International Journal of Shoulder Surgery*. 2009;3(1):13.
6. Chander B, Krishna M, Thakur S, Mahajan N, Vij A, Diwakaran J. Extremely rare giant retroperitoneal fibrolipoma: a case report. *J Cancer Res Ther*. 2012;8(2):314-6.
7. Martinez CA, Palma RT, Waisberg J. Giant retroperitoneal lipoma: a case report. *Arq Gastroenterol*. 2003;40(4):251-5.
8. van der Byl G, Cerica A, Sala MG. Retroperitoneal lipomas: A case report. *J Ultrasound*. 2012;15(4):257-9.
9. Weniger M, D'Haese JG, Kunz W, Pratschke S, Guba M, Werner J, et al. En-bloc resection of a giant retroperitoneal lipoma: a case report and review of the literature. *BMC Res Notes*. 2015;8:75.
10. Cauvin A, Sullivan M, Harvey M, Thompson H. Vaginal cysts causing tenesmus in a bitch. *Journal of Small Animal Practice*. 1995;36(7):321-4.
11. Mwenda AS. Imperforate Hymen-a rare cause of acute abdominal pain and tenesmus: case report and review of the literature. *Pan African Medical Journal*. 2013;15(1).
12. Jergens AE. Dyschezia and tenesmus. *BSAVA Manual of Canine and Feline Gastroenterology*; BSAVA Library; 2005. p. 94-6.
13. Dozois EJ, Malireddy KK, Sim FH, Wenger DE. Surgical approach to a large dumbbell-shaped pelvic lipoma extending through the obturator foramen. *Tech Coloproctol*. 2007;11(3):271-4.