

## CASE REPORT

### انواژیناسیون کولون ناشی از لیپوم در بزرگسالان

دکتر علی اکبر سالاری\*<sup>۱</sup>، دکتر شکوه تقی پور<sup>۲</sup>، دکتر علیرضا پورمازار<sup>۳</sup>

#### چکیده

**مقدمه:** لیپوم کولون یک تومور خوش خیم است که می تواند ایجاد انسداد کولون نماید اما به ندرت در بالغین باعث انواژیناسیون می شود. در این بیمار انواژیناسیون نوع کولوکولیک (Colocolic) در اثر لیپوم در کولون نزولی پدید آمده است که در زمان لاپاراتومی تشخیص داده شد که درمان از طریق جاناندازی ممکن نبود لذا رزکسیون کولون با توده و سپس آناستوموز به عمل آمد. بعد از جراحی و سه سال پیگیری بیمار بدون عارضه بود. لذا در این گزارش به معرفی بیمار پرداخته و مرور کوتاهی بر تاریخچه انواژیناسیون کولون در بزرگسالان خواهیم داشت.

**واژه های کلیدی:** لیپوم کولون - انواژیناسیون در بالغین - انسداد

#### مقدمه

لیپوم کولون یکی از تومورهای خوش خیم است که در اطفال باعث انواژیناسیون می شود (۹۵٪-۸۵٪) ولی در بالغین به ندرت ایجاد می شود و معمولاً ۱/۰٪ بیماران بستری در بیمارستان و ۱۰٪ کلیه انواژیناسیون ها را تشکیل می دهد<sup>(۸-۱)</sup>. انواژیناسیون بالغین تابلو بالینی به خصوصی ندارد اکثراً سابقه دردهای متناوب شکمی و استفراغ به مدت حدود یک ماه دارند<sup>(۸)</sup>. علائم شایع درد شکمی انقباضی (Cramp) (۷۱٪) تهوع و استفراغ (۶۸٪) اتساع شکم (۴۵٪) همراه با حساسیت و انسداد نا کامل می باشد<sup>(۹،۱۰)</sup>. بیماری معمولاً با علائم و نشانه های انسداد روده تظاهر می کند<sup>(۱۱)</sup> ما یک مورد از لیپوم کولون که باعث انواژیناسیون از نوع

کولوکولیک که با کولونوسکپی، سی تی اسکن، باریوم انما و سونوگرافی تشخیص داده شده گزارش می کنیم.

#### گزارش مورد

مرد ۶۴ ساله ای به علت درد ایبگاستر به مدت یکسال و یبوست از ۴۰ روز قبل از مراجعه، کاهش وزن، استفراغ و اتساع شکم در بیمارستان بستری گردید در سونوگرافی شکم توده ای در حدود ۶-۴ سانتیمتر در کولون مشاهده گردید، در سی تی اسکن توموری با دانسیته پایین در کولون تشخیص داده شد (تصویر ۱ و ۲) و باریوم انما توموری با قطر ۵ سانتیمتر در کولون نزولی را تأیید کرد. در کولونوسکپی تومور بزرگ صاف زردرنگ با تهاجم به قسمت زیر مخاط کولون نزولی که با آندوسکپی قابل برداشت نبود نشان داد، دو روز پس از سی تی اسکن بیمار دچار درد شدید قسمت فوقانی و تحتانی طرف چپ شکم شد که با سونوگرافی مجدد شکم، توموری که دیواره کولون را احاطه کرده بود نشان داده شد.

\*۱- نویسنده مسئول: دانشیار گروه جراحی عمومی - بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد- تلفن همراه: ۰۹۱۳۱۵۱۴۱۶۶ - نامبر: ۰۳۵۱-۵۲۵۵۰۲۶  
Email: ali\_salari@hotmail.com

۲- استادیار گروه پاتولوژی

۳- پزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد  
تاریخ دریافت: ۱۳۸۶/۳/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۶/۵/۱۱

لوبولهای تکامل یافته، نقاط فیروزه، التهاب سلولهای کف مانند و کلسیفیکاسیون بود.

### بحث

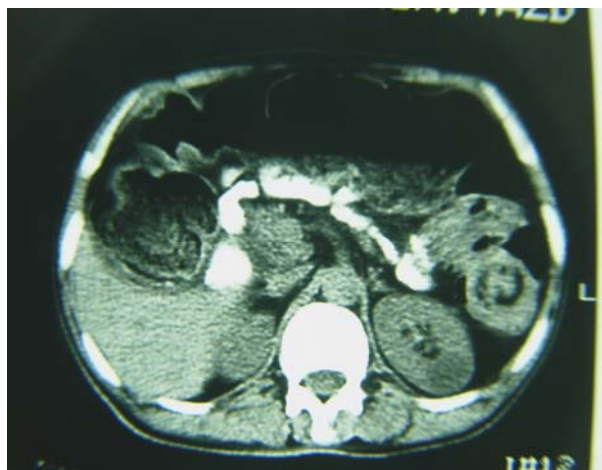
لیوم کولون دومین تومور خوش خیم شایع روده بزرگ و بیشتر از آدنوما می باشد<sup>(۱۲،۱۳)</sup>. تومور بیشتر در قسمت کولون راست مخصوصاً سکوم است که ۷۰٪ از لیوم های کولون را تشکیل می دهد<sup>(۱۴)</sup>. لیوم های در اندازه کمتر از ۲ سانتیمتر بدون علامت بوده و معمولاً با آندوسکپ می توان آن را برداشت<sup>(۱۵)</sup>. اما تومورهایی که بیشتر از ۴-۲ سانتیمتر قطر دارند ایجاد علائم کلینیکی می نمایند<sup>(۱۴)</sup>. لیوم های بزرگ با بیشتر از ۴ سانتیمتر ممکن است ایجاد علائم مشکل ساز مانند انسداد یا انواژیناسیون نمایند<sup>(۱۶،۱۷)</sup>. لیوم های بزرگ همراه علائم، احتیاج به عمل جراحی دارند<sup>(۱۸-۲۴)</sup>. بیماران بالغ با علائم انواژیناسیون معمولاً دارای تومور در دیواره کولون بوده و لیوم خوش خیم و بزرگ که دوسوم آنها در کولون راست می باشد<sup>(۲۲)</sup>. تومورهایی که قطر بین ۷-۴ سانتیمتر دارند همراه با انواژیناسیون است<sup>(۲۵)</sup>. با سی تی اسکن توده، حالت چربی مانند دارد و می توان تشخیص قطعی داد، موقعی که ضایعه بزرگ باشد در حالی که تومورهای کوچک به علت ضایعات کاذب (artifacts) مشخص نمی گردد<sup>(۲۶،۲۸)</sup>.

با کولونوسکپی معمولاً می توان لیوم را از سایر تومورها تشخیص داد. لیوم به صورت صاف و گرد با رنگ زرد پولیپوئید با ساقه ضخیم یا پایه پهن می باشد<sup>(۱۶)</sup>. عوارض نادر لیوم مانند جدا شدن خود به خود، بدخیم شدن (لیوسارکوما) گزارش گردیده است<sup>(۲۹)</sup>.

درمان قطعی لیوم کولون علامت دار، جراحی و رزکسیون می باشد. رزکسیون از طریق آندوسکپ به ندرت نتیجه بخش است. به علت اینکه بیشتر لیوم های کولون زیرمخاطی است. برداشتن لیوم های کوچک با کوتر پیشنهاد شده است ولی این روش از نظر تکنیکی مشکل و خطر سوراخ شدن روده زیاد است<sup>(۱۵)</sup> (۴۳٪).

### نتیجه گیری

مناسب ترین درمان انواژیناسیون علامت دار در اثر لیوم کولون، جراحی و رزکسیون بدون دستکاری و جاناندازی است قبل از اینکه مشکل کلینیکی به وجود آید.



تصویر ۱: سی تی اسکن شکم که انواژیناسیون در اثر لیوم نشان داده شده است



تصویر ۲: سی تی اسکن شکم که تغییرات پاتولوژیک روده در اثر لیوم نشان داده می شود

بیمار کاندید عمل جراحی و لاپاراتومی انجام گرفت و یک انواژیناسیون که قابل برطرف کردن و جاناندازی نبود به صورت توده ای بزرگ قسمت طولانی از کولون نزولی را بعد از زاویه طحالی احاطه کرده بود مشاهده شد. بنابراین همی کولکتومی چپ انجام و آناستوموز شد (end to end).

توده خارج شده از شکم که در داخل لومن روده بود به اندازه ۳×۵×۶ سانتیمتر به رنگ صورتی قهوه ای و فورم پولیپی بود در برش های تهیه شده رنگ زرد و قوام نرم داشت و در آزمایش بافت شناسی تومور در زیر مخاط و ترکیبی از نسج چربی با

## References

- 1- Schuind F, Van Gansbeke D, Ansay J. *Intussusception in adults--Report of 3 cases*. Acta Chir Belg 1985; 85: 55-60.
- 2- Gayer G, Hertz M, Zissin R. *CT Finding of intussusception in adults*. Semin Ultrasound CT MR 2003; 24: 377-86.
- 3- Kaushik R, Yadan TD, Dabra A. *A case of sigmoid lipoma presenting with intussusception*. Trop Gastroentrol 2001; 22 : 97-8.
- 4- Farrokh D, Saadaoui H, Hainaux B. *Contribution of imaging in intestinal intussusception in the adult. Apropos of a case of ileocolic intussusception secondary to cecal lipoma*. Ann Radiol (Paris) 1996; 39: 213-6.
- 5- Gordon RS, O'dell KB, Namon AJ, Becker LB. *Intussusception in the adult a rare disease*. J E Merg Med. 1991; 9: 337-42.
- 6- Beizig S. *Intestinal invagination in adults. Apropos of a case of idiopathic ileocolic invagination*. J Chir (Paris) 1992; 129: 266-8.
- 7- Stephen S, Stenberg, Donal A. *Ontonioli. Diagnostic surgical pathology 3rd edition. Philadelphia*, Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 1459.
- 8- Felix EL, Ohen MH, Berstew AD, Schwartz IH. *Adult intussusception and review of the literature*. Am J Surg 1976; 131:758-61.
- 9- Prater JM, Olshemski FC. *Adult intussusception*. Am Fam Phys 1993;47:447-2.
- 10- Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. *Adult intussusception* 2003; 187:75-6.
- 11- Corman ML, Allison SI, Kuehne JP. *Handbook of Colon and Rectal Surgery 4th ed*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002;432-3.
- 12- Crozier F, Portier F, Wilshire P, Navarro – Biou A, Panuel M. *CT scan diagnosis of colo-colic intussusception due to a lipoma of the left colon*. Ann Chir 2002; 127: 59-61.
- 13- Wulff C, Jespersen N. *Colo-colic intussusception caused by lipoma. Case Reports*. Acta Radiol 1995; 36 : 478-80.
- 14- Castro EB, Stearns MW. *Lipoma of the large intestine : a review of 45 cases*. Dis Colon Rectum 1972; 15: 441-4.
- 15- Pfiel SA, Weaver MG, Abdul Karim F.W. *Colonic Lipomas: Outcome of endoscopic removal*. Gastrointes Endosc 1990; 36: 435-8.
- 16- Van Hell DA, Panos MZ. *Colonoscopic appearances and diagnosis of intussusception due to large bowel lipoma*. Endoscopy 1999; 31: 508.
- 17- Kakitsubata Y, Kakitsubata S, Nagatomi H, Mitosuo H, Yamada H, Watanabe K. *CT manifestation of lipomas of the small intestine and colon*. Clin Imaging 1993; 17 : 179-82.
- 18- Dolan K, Khan S, Goldring JR. *Colo-clonic intussusception due to lipoma*. J R Soc Med 1998; 91: 4.
- 19- Nakgoe T, Sawai T, Tsuji T, Tanaka K, Nanashima A, Shibasaki S, Yamaguchi H, Yasutake T. *Minilaparotomy approach for removal of a large colonic lipoma*. Surg Today 2004; 34: 72-5.
- 20- Azar T, Berger DL. *Adult intussusception*. Ann Surg 1997; 226: 134-8.
- 21- Alponat A, Kok KY, Goh PM, Ngoi SS. *Intermittent subacute intestinal obstruction due to giant lipoma of the colon a case report*. Am Surg 1996;62:918-21.
- 22- Marra B. *Intestinal occlusion due to a colonic lipoma apropos 2 cases*. Minerva Chir 1993; 48: 1035-9.
- 23- Khurram Baig M, Hussain S, Wise M, Wexner

- SD. *Controversy in the treatment of adult long ileocolic intussusception case report* . Am Surg 2000; 66: 742-3.
- 24- Pourohit V, Joshi R, Kallh AR, Purohit RC. *Colo-colic intussusception due to intestinal lipomatosis*. Indian Gastroenterol 2003; 22: 151-2.
- 25- Buetow PC, Buck JL, Carr NJ, Pantongrag-Brown L, Ros PR, Cruess DF. *Intussuscepted colonic lipomas: loss of fat attenuation on CT with pathologic correlation in 10 cases*. Abdom Imaging 1996; 21: 153-9.
- 26- Rosier A, de Canniere L, Frangi R, Michel La. *Early Diagnosis of Adult Intestinal Intussusception At Four Different Locations*. Acta Chir Belg 1994; 94: 314 -7.
- 27- Megibow AJ, Redmond PE, Bosniak MA, Horowitz L. *Diagnosis of gastrointestinal lipoma by CT*. AJR 1979; 133: 743-5.
- 28- Crozier F, Portier F, Wilshire P, Navarro Biou A, Panuel M. *CT scan diagnosis of colo-colic intussusception due to a lipoma of the left colon*. Ann Chir 2002 ; 127 : 59-61.
- 29- Radhi JM. *Lipoma of the colon self amputation*. Am J Gastroentrol, 1993 ; 88: 981-2.