

PELVİK LİPOMATOZİS (BİR OLGU NEDENİYLE)

Dr. Mete ÖZDİKİCİ*
Dr. Özkan POLAT**
Dr. Bahri ŞEN*
Dr. Hanefi YILDIRIM*
Dr. Zeki BAKIR***

ÖZET :

Bu makalede, intravenöz pyelografi (İVP) tetkiki ile tanısı konan ve ilave metodlarla teşhisi doğrulanan pelvik lipomatozisli bir hasta takdim edildi ve literatür ışığı altında değerlendirildi.

GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Pelviki pomatozis, perirektal ve perivezikal bölgelerde normal yağ dokusunun aşırı artışı ile karakterize bir durumdur. Pelvik lipomatozis tabiri ilk kez Fogg ve Smith tarafından 1968'de benzer 5 vakanın takdiminde kullanıldı (1). Etiyolojisi tam bilinmemektedir. ABD'de pelvik lipomatozis insidansının 100.000'de 0,6-1,7 olduğu tahmin edilmektedir (2). Adult zenci erkeklerde daha sık görülmektedir (3). Kistik veya foliküler sistitis glandularis pelvik lipomatozisli hastaların % 75'inde izlenmiştir. Sistitis glandularis esas olarak premalign olarak algılanmasına rağmen, bir kaç çalışmada adenokarsinomaya geçiş yapabileceği ifade edilmiştir. Pelvik lipomatozisli hastalarda proliferatif sistit oranının yüksek oluşunun nedeni açık değildir. Bu hastalarda üriner enfeksiyon veya posterior üretra obstrüksiyonu sistitis glandularise sebep olabilir (4).

Pelviki lipomatozisin tipik radyolojik bulguları su damlası biçimindeki mesane deformitesi ve dıştan rektuma basıdır. Röntgende, perivezikal radyolüsent kitlenin mesane boynunu daralttığı ve mesane tabanını yukarı doğru yer değiştirdiği izlenmektedir. Baryum enemada sigmoid kolon deplase olur. Rektum uzamış ve daralmış görünümündedir (5).

OLGU SUNUMU

60 yaşında olan erkek hastamızın her gece 3-4 kez idrara çıktığı, işemenin ağrılı ve aralıklı olduğu anamnezinden öğrenildi. 5 yıl önce mesane ve sol urete-

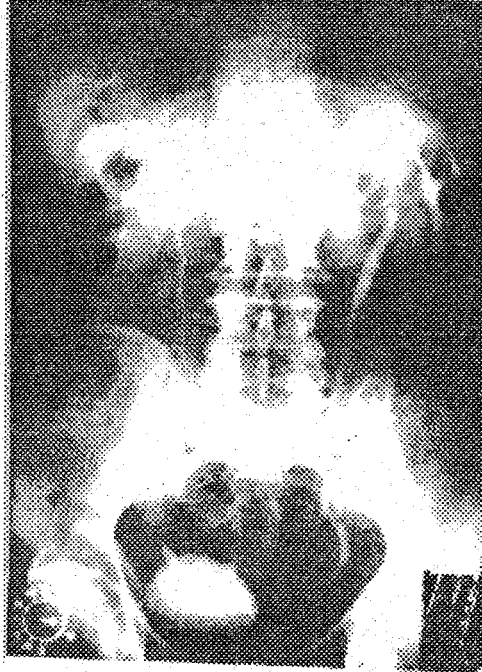
* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (Yrd. Doç. Dr.)

*** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı Başkanı (Prof. Dr.)

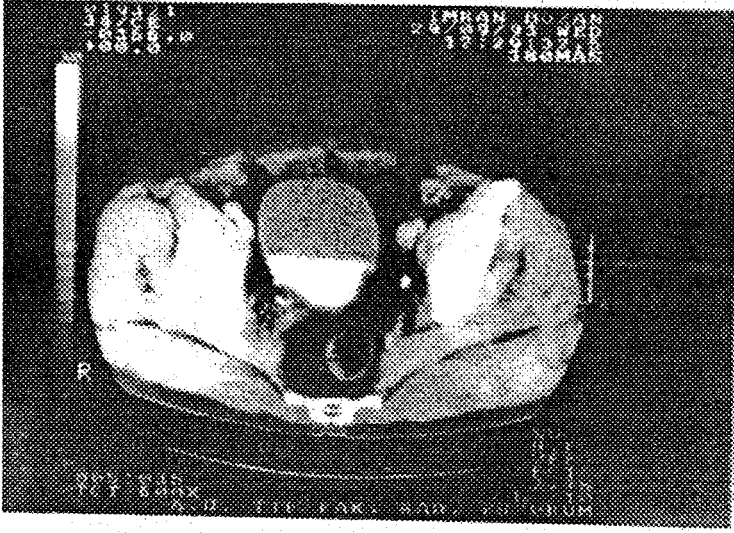
rindeki taş nedeniyle ameliyat olduğu ve bu arada sağ orşiektomi geçirdiği anlaşıldı. TA, 160/90 mmHg olup, rektal tuşede Grade II prostat büyümesi tesbit edildi. Lab. tetkiklerinden idrar mikroskopisinde her sahada 1-2 eritrosit ve 5-6 lökosit izlendi. İdrar kültüründe 100.000 koloni civarında E.Coli basili üredi.

İVP'de, pelvis sol kesimde, mesaneyi sağa ve yukarı doğru iten yumuşak doku dansitesinde kitle ve mesane duvarında trabekülasyon artışı izlendi (Resim A).



Resim-A İVP'de mesaneyi sağa, yukarıya iten bası ve duvarda trabekülasyon artışı görülmektedir.

Kontrastlı alt batin CT tetkikte, pelvisin sol kesiminde ve rektum etrafında, yağ yoğunluğunda hipodens saha görüldü. Bu kitle mesaneyi sağa, rektumu sola itmişti (Resim B).



Resim-B Mesaneden geçen tomografik kesitte mesanenin sağa, rektumun sola deplasmanı izlenmektedir.

Ameliyatla periton açıldığında, rektosigmoid bölgedeki artmış yağ dokusunun mesaneyi sağa ve yukarı doğru ittiği izlendi. Biopsi sonucu, alınan materyalin matür yağ dokusundan ibaret olduğu şeklinde rapor edildi.

TARTIŞMA

Etyolojide alt üriner trakt enfeksiyonlarının rolü olduğu bildirilmektedir. Enfeksiyonun, sebepten ziyade sonuç olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, abdominal travma ve pelvik cerrahi de suçlanmaktadır. Bizim vakada üriner trakt enfeksiyonu ile birlikte cerrahi operasyon hikayesi vardı. Ortalama görülme yaşı 50 olup, kadın erkek oranı 1/18 dir (2). Olgumuz bu duruma uymaktadır.

Vakaların % 5'inde üriner taş rapor edilmiştir. Taş oluşumu üriner staza bağlıdır ve çoğunlukla sol taraftadır. Bizim hastamızda da sol üreter taşı mevcut olup, bu nedenle ureterolitotomi geçirmişti. % 74 vakada hipertansiyon bildirilmiştir. Hastalığın en önemli komplikasyonu üriner trakt obstrüksiyonu, hidronefroz ve tromboembolizmdir (2).

Bir kısım otörler radyolojik tetkiki teşhis için yeterli görüp, laparotomiye gitmezler. Bazıları ise malignensiyi ekarte etmek için laparotomiye tavsiye ederler. Eksploreyonda dens, vasküler, kapsülsüz lipomatöz dokunun pelvik organları sardığı izlenir. Bu şahıslarda perirenal, peritoneal bölge, mezenter ve omentumda

nadiren aşırı yağ toplarıdır(2). Bizim olguda bu alanlarda aşırı yağ dokusu görülmedi.

Pelvik lipomatosisin liposarkom ile ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Histopatolojik olarak % 70 vakada adult yağ hücreleri ve % 23'ünde fibrozis bildirilmektedir (2). Bu vakada matur yağ dokusu olduğu rapor edildi. Üriner kanal obstrüksiyonunu önceden tahmin etmek zor olduğundan pelvik lipomatosisli hastaların uzun süre takip edilmesi gerekir.

SUMMARY

PELVIC LIPOMATOSIS (A Case Report).

In this article, a man patient with pelvic lipomatosis diagnosed with the IVP and other examination methods was reported. The literature data were reviewed.

KAYNAKLAR

1. Fogg L.B. and Smyth, J.W. Pelvic Lipomatosis: a condition simulating pelvic neoplasm. Radiology. 90: 558, 1968.

2. Heynes, C.F. Pelvic lipomatosis: a review of its diagnosis and management. Urol. 146: 267-273, 1991.

3. Tuncel, E. Diyagnostik Radyoloji. 1989; s:18

4. Heyns, C.F., De Kock, L.S., Kirsten P.H., and Velden. V. Pelvic lipomatosis associated with cystitis glandularis and adenocarcinoma of the bladder. J. Urol. 145: 364-366, 1991.

5. Heyns, C.F., Allen, J. Pelvic lipomatosis or pericystitis plastica? Br. J. Urol. 327/8, 1991.

Vakamızın 2'inde diğer rapor edilmiştir. Tanısının diğer sızza bağlıdır ve çoğunlukla sol taraftadır. Bizim hastamızda da sol üreter taşı mevcut olup, bu nedenle üreterolitomi geçirmiştir. 74 vakada hipertansiyon bildirilmiştir. Hastamızın en önemli komplikasyonu diğer tarafta obstrüksiyon, hidronefroz ve tromboembolizmdir (3).

Bir kısım diğer radyolojik tetkiki için yeterli değil. Tanıya tomografi gerekir. Hastanın ise malignensiyi ekarte etmek için istenmelidir. Eksplozasyonda dene, vasküler, kapsülüler lipomatoz dokunun pelvik organları sarıdır izlenir. Bu alanlarda peritoneal, peritoneal bölge, mesenter ve omentumda