

Ендоскопска ресекција инфламаторног фиброидног полипа желуца – приказ болесника

Саша Гргов¹, Вука Катих², *Takanori Hattori*³

¹Гастроентеролошко одељење, Служба интерне медицине, Општа болница, Лесковац, Србија;

²Институт за патологију, Медицински факултет, Универзитет у Нишу, Ниш, Србија;

³Клиника за патологију, Универзитет Шига, Охцу, Јапан

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Инфламаторни фиброидни полип (ИФП) је ретка промена која се најчешће јавља у антруму желуца. Због локализације у базалним деловима мукозе и субмукози, хистолошка дијагноза се тешко поставља на ендоскопским биопсијама. Тачна дијагноза се поставља хистолошки тек након хируршке ексцизије, која је уобичајени начин лечења. Све већи број аутора указује на то да је могуће и ендоскопско уклањање ИФП.

Приказ болесника Код болесника старог 72 године, који се жалио на мучнину, нагон за повраћањем и ослабљен апетит, урађена је ендоскопска ресекција ИФП антрума желуца. Промена је била равно елевирана с умбиликацијом у центру, пречника 16 mm и локализована препилорно. Патохистолошки су на ендоскопским биопсијама потврђене зоне теже дисплазије покровног епитела, што је побудило сумњу на рани карцином желуца. Хистолошки и биопсијским уреза-тестом установљена је инфекција бактеријом *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Болесник је лечен троструком ерадикационом *H. pylori* терапијом. Два месеца после лечења одлучено је да се уради ендоскопска ресекција промене. Примењена је суcciona техника мукозне ресекције, којом је промена у целини одстрањена. Хистолошки је тек након потпуног ендоскопског уклањања постављена коначна дијагноза ИФП локализованог у субмукози и мукози антрума желуца. На контролним прегледима након три месеца, шест и дванаест месеци није било ендоскопских, ни хистолошких знакова рецидива ИФП, нити рецидива инфекције. Такође, болесник није имао диспептичне тегобе.

Закључак Ендоскопска метода ресекције се може препоручити као терапија избора за ИФП желуца.

Кључне речи: инфламаторни фиброидни полип; ендоскопска ресекција; антрум желуца

УВОД

Инфламаторни фиброидни полип (ИФП) је изузетно ретка промена која се претежно јавља у антруму желуца, мада су описане локализације и у самом пилорусу, фундусу и кардији, као и у другим деловима гастроинтестиналног тракта. У танком цреву најчешће се открива у терминалном илеуму, где може изазвати опструкцију услед инвагинације и интусусцепције [1].

Чешки патолог Ванек (*Vaněk*) [2] је 1949. године први описао субмукозни гранулом у желуцу с еозинофилном инфилтрацијом, који је по њему добио назив „Ванеков тумор”. Хелвиг (*Helwig*) и Раниер (*Ranier*) [3] су 1953. године за еозинофилни гранулом желуца предложили назив ИФП, који је прихваћен, али добија још један епоним – „Хелвигов псеудотумор”.

Патогенеза ИФП није довољно јасна. Према мишљењу неких аутора, он је фибробластичног или васкуларног порекла, а други сматрају да је реч о алергијској манифестацији или реакцији на страног тела [4, 5, 6]. Могуће је да је у питању резидуално стање након инфестације паразитским ларвама, као што је гастрична анисакијаза [7, 8]. Према имунолошкој теорији, ИФП настаје као одговор на инфекцију бактеријом *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Сматра се да ова бактерија стимулацијом епителних ћелија желуца на стварање различитих инфламаторних цитокина и фактора раста може утицати на настанак и развој ИФП [9].

ИФП се хистолошки одликује инфилтрацијом еозинофилних леукоцита, васкуларизацијом, хи-

перплазијом фиброцита, колагеним и ретикулинским влакнима [10]. Локализован је у субмукози и базалном делу мукозе, те стандардне ендоскопске биопсије могу бити недовољне за постављање тачне дијагнозе. Уобичајено је да се тачна дијагноза ИФП поставља хистолошки након хируршке ексцизије. Међутим, поједини аутору указују на могућност потпуне ендоскопске ресекције овог псеудотумора [11, 12, 13].

Приказујемо случај успешне ендоскопске ресекције ИФП антрума желуца.

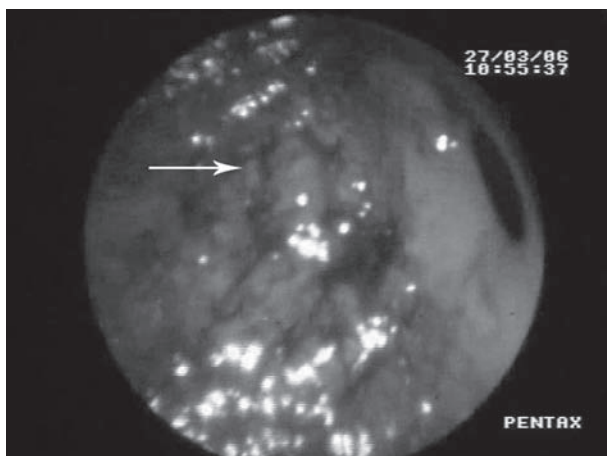
ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Мушкарац стар 72 године упућен је гастроентерологу због мучнине, нагона за повраћањем и ослабљеног апетита у протеклих неколико месеци. Током узимања личне анамнезе негирао је друге болести, као што су алергије или паразитозе. Клиничким прегледом нису утврђене било какве ненормалности. Лабораторијским испитивањем су установљене убрзана седиментација еритроцита (35 у првом сату) и благо повећане вредности азотних материја (уреа 9,2 mmol/l, креатинин 131 μmol/l), док су други параметри били у границама референтних вредности (хемограм, гликемија, хепатограм, трансаминазе, алкална фосфатаза, гама GT, холестерол, триглицериди). Ултразвучним прегледом органа горњег абдомена нису уочене морфолошке промене на јетри, билијарном систему, панкреасу, слезини и бубрезима. Пет година раније болеснику је хируршки одстрањена жучна кеса.

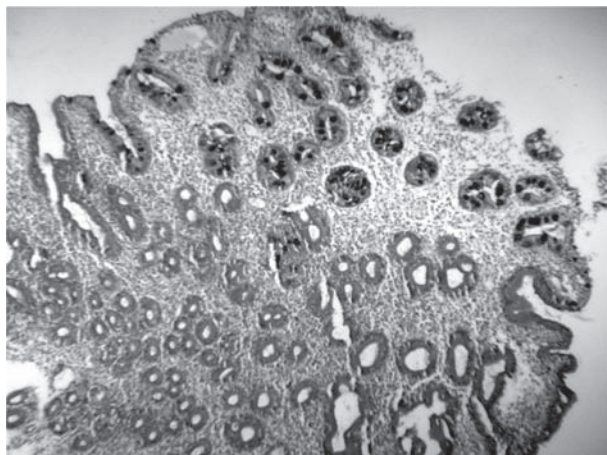
Горњом гастроинтестиналном ендоскопијом у антруму, препилорно, уочена је равно елевирана лезија с умбиликацијом у центру, овалног облика, пречника око 16 mm. Околна слузокожа антрума, као и слузокожа корпуса сем хиперемије, нису показивале друге промене. Након испирања ацетил-цистеином (примењено укупно 20 ml десетопоцентног ацетил-цистеина) урађено је бојење лезије метилен плавим (примењено 20 ml 0,5% раствора метилен плавог), чиме је омогућена њена боља демаркација (Слика 1). Ендоскопски налаз на једњаку и дуоденуму је био нормалан. Узете су биопсије саме лезије и из околне слузокоже антрума. Патохистолошки налаз је указивао на хронични и изразито активни гастритис с полипоидном хиперплазијом мукозе, фокусима интестиналне метаплазије и дисплазије II-III степена, уз смањено лучење муцина (Слика 2). *H. pylori* уреаса-тест је на биопсијски узорак из антрума био позитиван.

Болесник је најпре седам дана лечен троструком ерадикационом *H. pylori* терапијом (инхибитор протонске пумпе, кларитромицин и метронидазол), након

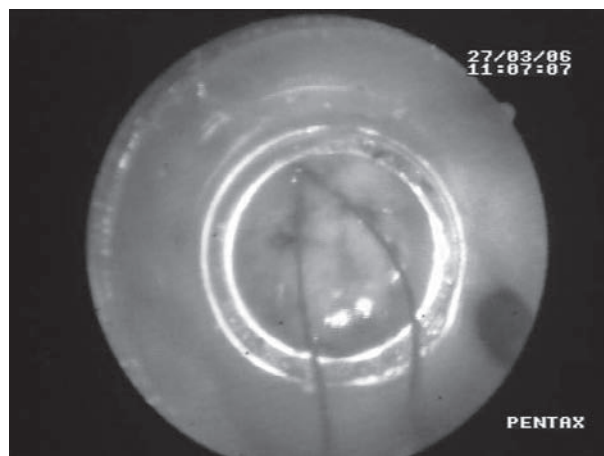
које су диспептичне тегобе биле мање изражене. Два месеца по завршетку ерадикационе терапије урађена је поновна гастроскопија. Лезија у антруму желуца је била истих особина. Ради ресекције лезије, примењено је укупно 20 сст адреналина (1:10.000) у виду неколико појединачних инјекција око лезије и у саму лезију, али је постигнута незнатна елевација лезије. Стога је одлучено да се уради ендоскопска ресекција сукцијоним техником, те је на дистални део ендоскопа постављен провидни цилиндар с усеком на унутрашњој површини. Затим је преко радног канала стављена дијатермијска омча, која је позиционирана на маргине лезије у антруму (Слика 3). Лезија је увучена у провидни цилиндар и затегнута омчом (Слика 4), а потом је заједно с омчом истиснута из цилиндра, након чега је обављена електроресекција. По ресекцији лезије уочен је већи термокоагулациони улкус равних рубова (Слика 5). Ресековани материјал је у једном комаду и у формалину послат на патохистолошку анализу (Слика 6). Резултат контролног *H. pylori* уреаса-теста на биопсијском узорку из антрума и фундуса био је негативан.



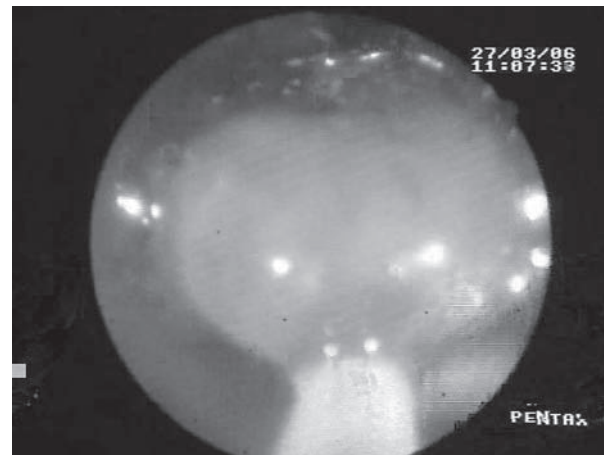
Слика 1. Равно елевирана препилорна лезија са централном умбиликацијом након бојења метилен плавим
Figure 1. Flat elevated praepyloric lesion with central umbilication after colouring with methylene blue



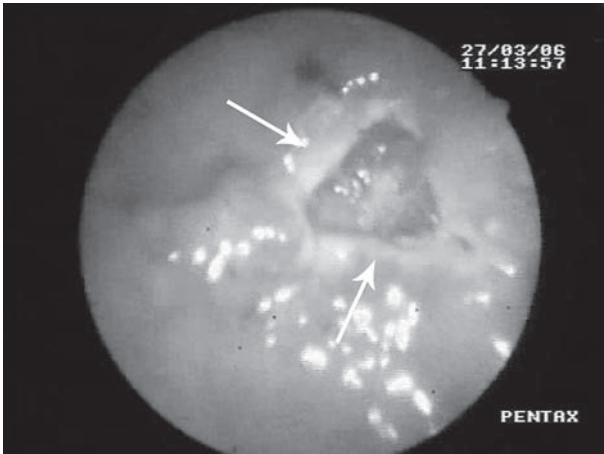
Слика 2. Полипоидна хиперплазија мукозе с фокусима интестиналне метаплазије и дисплазије уз хипосекрецију муцина (AB-PAS, x200)
Figure 2. Polypoid hyperplasia of mucosa with foci of intestinal metaplasia and dysplasia with hyposecretion of mucins (AB-PAS, x200)



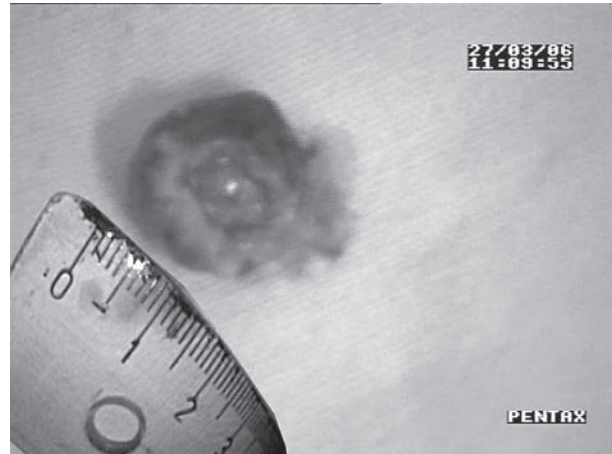
Слика 3. Позиционирање дијатермијске омче на маргине лезије
Figure 3. Setting diathermic snare on lesion margins



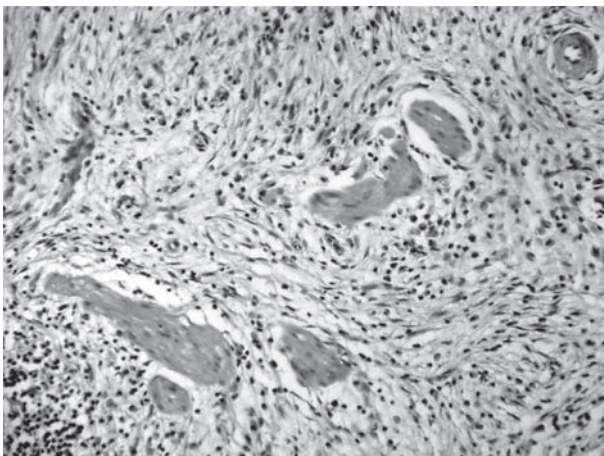
Слика 4. Увлачење лезије у провидни цилиндар и затезање лезије омчом
Figure 4. Aspiration of the lesion in transparent cap and stretching the lesion with snare



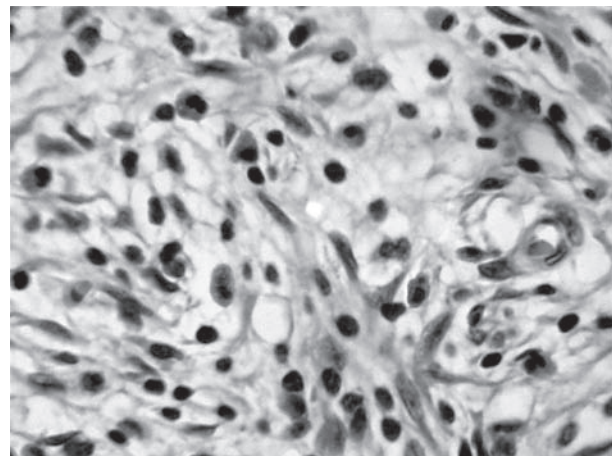
Слика 5. Већи улкус након ресекције лезије
Figure 5. Greater ulcer after removing the lesion



Слика 6. Ресековани инфламаторни фиброидни полип
Figure 6. Resected inflammatory fibroid polyp



Слика 7. Дељење мишићних снопова, едем субмукозе и различите ћелије запаљења (HE, x200)
Figure 7. Fragmentation of muscle beams, bump of submucosa and different inflammatory cells (HE, x200)



Слика 8. Хипергранулисани и хиперпластични еозинofilни гранулоцити (HE, x400)
Figure 8. Hypergranulated and hyperplastic eosinophilic granulocytes (HE, x400)

Хистолошки је тек након потпуног ендоскопског уклањања постављена завршна дијагноза ИФП. Тумор је био беле боје, чврсте конзистенције, а покривала га је задебљана мукоза с ретким ерозијама. Хистолошка грађа је била сложена: експанзија субмукозне зоне тумором грађеним од делова мишићног ткива раскидане ламине мускуларис, бројни ангиобласти и фибробласти, миксоидна и фиброматозна строма, густе плазмацити са депонованим имуноглобулинима у виду Раселових (*Russel*) телаца и густе патогномични еозинofilни гранулоцити претоварени гранулама (Слика 7 и 8). Митотске активности у мезенхимним ћелијама није било. Слузокожа је имала полипоидно-хиперпластични изглед и била је инфилтрирана гранулоцитима с фовеоларном и интестиналном реактивном дисплазијом. Имуноцитохемијским маркерима за гистоме (*C'kit* и *CD34*) диференцијалнодијагностички је искључен фузиформни тип гистома.

На контролним прегледима после три, шест и дванаест месеци није било ендоскопских и хистолошких знакова рецидива ИФП. Такође, *H. pylori* уреаса-тест на биопсијским узорцима с антрума и фундуса је био негативан. Контролне лабораторијске анализе, сем благо убрзане седиментације еритроцита (25 у првом са-ту), биле су у границама референтних вредности (уреа,

креатинин, гликемија, хемограм, хепатограм, транс-миназе, алкална фосфатаза, гама *GT*, холестерол, триглицериди). Болесник није имао диспептичне тегобе.

ДИСКУСИЈА

Учесталост ИФП је мала, те поједини аутори наводе 1% [14], 3,1% [15], односно 4,5% случајева [16] на укупан број полипа желуца, док су Јун (*Yoon*) и сарадници [17] ову промену забележили у 9,4% случајева од укупног броја ресекованих полипа желуца.

Клинички се ИФП може манифестовати болом у трбуху или крварењем (хематемеза и мелена) [9]. У зависности од локализације, могу се јавити знаци опструкције пилорусног канала [18-21], дисфагија [22] или знаци псеудонеопластичног синдрома [10]. Код приказаног болесника знаци горње диспепсије могу се приписати самом ИФП, односно симптоматској инфекцији с *H. pylori*. Повлачење диспепсије након ендоскопске ресекције ИФП може се тумачити уклањањем овог псеудотумора и санацијом бактеријске инфекције. Јапански аутори су указали на везу ИФП и инфекције бактеријом *H. pylori* кроз приказ болеснице са ИФП у антруму широке основе и улцерацијом,

те активним гастритисом услед инфекције с *H. pylori* [9]. Три месеца након ерадикационе терапије лабораторијски налази су били добри. Урађена је непотпуна ендоскопска ресекција ИФП у антруму. Шест месеци касније дошло је до потпуног повлачења ИФП, што се приписује ефекту ерадикационе *H. pylori* терапије. Ипак, потребне су даље студије са већим бројем испитаника како би се дефинисала активна улога ове бактерије у патогенези ИФП [9].

Ендоскопски ИФП може имати полипоидни или сесилни изглед с нормалном мукозом, која га прекрива, или је покровни епител, када је тумор у антруму желуца, фокално еродирајући и диспластичан [23]. Код приказаног болесника покровни епител је на ендоскопским биопсијама био са зонама теже дисплазије, што је уз ендоскопску слику равно елевираних лезија с умбиликацијом побудило сумњу на рани карцином желуца. Како наводе и други аутори, поједини случајеви овог псеудотумора могу макроскопски личити на карцином желуца [24, 25].

На ендоскопским биопсијама у већини случајева се не може поставити тачна дијагноза, те се препоручује потпуна ексцизија ИФП. Локализација овог псеудотумора у мукози и субмукози и прожетост фиброзним елементима ограничавајући су чиниоци успешне ендоскопске ресекције. Фиброза у псеудотумору је раз-

лог због којег је код приказаног болесника након давања адреналина с физиолошким сланим раствором дошло до оскудне елевације лезије. Ипак, применом сукционе ресекционе технике омогућено је потпуно уклањање тумора до нивоа мишићног слоја зида желуца. Према подацима из литературе, споран је успех ендоскопских метода у уклањању ИФП, док је хируршка ексцизија уобичајени терапијски поступак [22]. Међутим, све је више аутора који приказују успешну ендоскопску ресекцију ИФП [11, 12, 13, 26, 27].

Цинкијевич (*Zinkiewicz*) и сарадници [22] су приказали случај рецидива ИФП кардије дванаест месеци након ендоскопске ресекције. Рецидив је хируршки био решен. Они препоручују ендоскопску ресекцију ових лезија само код болесника старијег животног доба и оних с високим ризиком од хируршког захвата, уз могућност поновне ендоскопске ресекције уколико дође до рецидива болести. Описан је и рецидив ИФП илеума који је код двогодишњег детета изазвао интусуцепцију [28]. Све већи број аутора сматра да је ендоскопска метода ресекције најбоља и коначна терапија ИФП [11, 12, 26, 27]. И код нашег болесника на контролним ендоскопским налазима са биопсијама није било ендоскопских и хистолошких знакова рецидива ИФП. Стога ендоскопску методу ресекције можемо препоручити као терапију избора овога псеудотумора.

ЛИТЕРАТУРА

- Bogner B, Peter S, Hegedus G. Inflammatory fibroid polyp of the ileum causing intestinal invagination. *Magy Seb.* 2005; 58(4):237-40.
- Vaněk J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. *Am J Pathol.* 1949; 25:397-411.
- Helwig EB, Ranier A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Surg Gynecol Obstet.* 1953; 96:355-67.
- Johnstone JM, Morson BC. Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract. *Histopathology.* 1978; 2:349-61.
- Shimer GR, Helwig EB. Inflammatory fibroid polyps of the intestine. *Am J Clin Pathol.* 1984; 81:708-14.
- Pack GT. Unusual tumors of the stomach. *Ann N Y Acad Sci.* 1964; 114:985-1011.
- Sakai K, Ohtani A, Muta H, Tominaga K, Chijiwa Y, Hiroshige K, et al. Endoscopic ultrasonography findings in acute gastric anisakiasis. *Am J Gastroenterol.* 1992; 87:1618-23.
- Takeuchi K, Hanai H, Iida T, Suzuki S, Isobe S. A bleeding gastric ulcer on a vanishing tumor caused by anisakiasis. *Gastrointest Endosc.* 2000; 52:549-51.
- Nishiyama Y, Koyama S, Andoh A, Kishi Y, Yoshikawa K, Ishizuka I, et al. Gastric inflammatory fibroid polyp treated with Helicobacter pylori eradication therapy. *Internal Medicine.* 2003; 42:263-7.
- Katić V. *Patologija želuca.* Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1989.
- Tada S, Iida M, Yao T, Matsui T, Kuwano Y, Hasuda S, et al. Endoscopic removal of inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Am J Gastroenterol.* 1991; 86:1247-50.
- Eugene C, Penalba C, Gompel H, Bergue A, Felsenheld C, Fingerhut A, et al. Gastric eosinophilic granuloma: value of endoscopic polypectomy. *Apropos of 2 cases. Sem Hop.* 1983; 59:2249-50.
- Matsushita M, Hajiro K, Okazaki K, Takakuwa H. Endoscopic features of gastric inflammatory fibroid polyps. *Am J Gastroenterol.* 1996; 91:1595-8.
- Borch K, Skarsgard J, Franzen L, Mardh S, Rehvel JF. Benign gastric polyps: morphological and functional origin. *Dig Dis Sci.* 2003; 48(7):1292-7.
- Stolte M, Sticht T, Eidt S, Ebert D, Finkenzeller G. Frequency, location and age and sex distribution of various types of gastric polyp. *Endoscopy.* 1994; 26(8):659-65.
- Stolte M, Finkenzeller G. Inflammatory fibroid polyp of the stomach. *Endoscopy.* 1990; 22(5):203-7.
- Yoon WJ, Lee DH, Jung YJ, Jeong JB, Kim JW, Kim BG, et al. Histologic characteristics of gastric polyps in Korea: Emphasis on discrepancy between endoscopic forceps biopsy and endoscopic mucosal resection specimen. *World J Gastroenterol.* 2006; 12(25):4029-32.
- Atalay F, Balci S, Kirimlioglu V, Dagli H. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp of the ileum. A report of two cases from Turkey. *Hiroshima J Med Sci.* 1995; 44(4):141-4.
- Dawson PM, Shousha S, Burn JI. Inflammatory fibroid polyp of the small intestine presenting as intussusception. *Br J Clin Pract.* 1990; 44(11):495-7.
- Nkanza NK, King M, Hutt MS. Intussusception due to inflammatory fibroid polyps of the ileum: a report of 12 cases from Africa. *Br J Surg.* 1980; 67(4):271-4.
- Ali J, Oi W, Hanna SS, Huang SN. Clinical presentations of gastrointestinal inflammatory fibroid polyps. *Can J Surg.* 1992; 35(2):194-8.
- Zinkiewicz K, Zgodzinski W, Dbrowski A, Ćmik, Wallner G. Recurrent inflammatory fibroid polyp of cardia: A case report. *World J Gastroenterol.* 2004; 10(5):767-8.
- Johnstone JM, Morson BC. Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract. *Histopathology.* 1978; 2:349-61.
- Yoh H, Natsugoe S, Ohsako T, Yamada K, Suenaga T, Hokita S, et al. Eosinophilic granuloma of the stomach mimicking gastric cancer, report of a case. *Hepatogastroenterology.* 2001; 48:606-8.
- Premaratna R, Saparamadu A, Samarasekera DN, Warren BF, Jewell DP, de Silva HJ. Eosinophilic granulomatous vasculitis mimicking a gastric neoplasm. *Histopathology.* 1999; 35:479-81.
- Leu MC, Chiu KW, Changchien CS, Chau SK. Endoscopic polypectomy of a large inflammatory fibroid polyp of the stomach: a case report. *Changcheng Yi Xue Za Zhi.* 1997; 20(20):127-31.
- Hirasaki S, Endo H, Nishina T, Masumoto T, Tanimizu M, Hyodo I. Gastric cancer concomitant with inflammatory fibroid polyp treated with endoscopic mucosal resection using an insulation-tip diathermic knife. *Internal Medicine.* 2003; 42(3):259-62.
- McGreevy P, Doberneck RC, McLeay JM, Miller FA. Recurrent eosinophilic infiltrate (granuloma) of the ileum causing intussusception in a two-year-old child. *Surgery.* 1967; 61:280-4.

Endoscopic Resection of Inflammatory Gastric Fibroid Polyp – A Case Report

Saša Grgov¹, Vuka Katić², Takanori Hattori³

¹Gastroenterology Department, General Hospital, Leskovac, Serbia;

²Institute of Pathology, Faculty of Medicine, University of Niš, Niš, Serbia;

³Clinic of Pathology, Shiga University, Ohtsy, Japan

SUMMARY

Introduction An inflammatory fibroid polyp is a rare condition with frequent localisation in the antrum of the stomach. Because of the localisation in the bottom parts of the mucosa and submucosa, a histological diagnosis is difficult to establish at endoscopic biopsies. So, a correct diagnosis is histologically possible after surgical excision which is a common manner of treatment. Many authors have shown that endoscopic removal of an inflammatory fibroid polyp is possible.

Case outline We are presenting a case of complete endoscopic resection of an inflammatory fibroid polyp of the stomach antrum in a 72-year-old patient. He complained of nausea, vomiting and loss of appetite. The polyp endoscopically looked like flat elevation with central umbilication, 16 mm in diameter and it was localised praepylorically. Pathohistologically, areas of severe epithelial dysplasia were verified at endoscopic biopsies which suggested early gastric cancer. *Helicobacter pylori*

(*H. pylori*) infection was verified histologically and with rapid urease test. The patient was treated with triple eradication *H. pylori* therapy. Two months after the therapy, we decided to perform endoscopic resection of the polyp. We applied a suction technique of mucosal resection by which the polyp was completely resected. After complete endoscopic removal, the final diagnosis of an inflammatory fibroid polyp localised in the submucosa and mucosa of the antrum of the stomach was histologically made. On follow-ups, after 3, 6 and 12 months, there were no endoscopic and histological signs of either inflammatory fibroid polyp relapse, or recurrence of *H. pylori* infection. The patient had no dyspeptic symptoms.

Conclusion We recommend an endoscopic method of resection as a therapy of choice for an inflammatory fibroid polyp of the stomach.

Key words: inflammatory fibroid polyp; endoscopic resection; stomach antrum