

## Aorta tutulumu olan nörovasküler behçetli hastada acil torasik endovasküler anevrizma ameliyatı sırasında anestezi yönetimi

### *Anaesthetic management of emergency thoracic endovascular aneurysm operation in an aorta's involved patient with neurovascular Behçet's disease*

Pınar Karaca Baysal\*, Atakan Erkılınç\*\*, Mustafa Emre Gürcü\*\*, Mürsel Ekinci\*, Birzat Emre Gölboyu\*, Fatih Toptan\*\*

\*Kars Harakani Devlet Hastanesi, Anestezi Ve Reanimasyon Kliniği, Kars

\*\*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

#### Özet

Behçet Hastalığı remisyon ve alevlenmeler ile seyreden otoimmün, kronik, multisistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Sistemik bir hastalık olan Behçet Hastalığında gastrointestinal, solunum, kardiyovasküler, kas iskelet ve sinir sistemi tutulumu olabilir. Behçet hastalarında damaryolu kanülasyon ve entübasyon işleminden anestezi ilaç uygulamasına kadar olan tüm anestezi girişimleri hastalığı alevlendirebilir ve organ toksitesine neden olabilir, bu yüzden hem elektif hem de acil ameliyatlarda anestezi yönetimi sırasında çok dikkatli olunmalıdır. Bu olgu sunumunda pulmoner artere bası yapan torasik anevrizması olan ve nörolojik tutulumu olan Behçet hastasında acil koşullarda torasik endovasküler anevrizma ameliyatı sırasındaki anestezi yönetimi gözden geçirildi

*Pam Tıp Derg 2017;10(1):87-90*

**Anahtar sözcükler:** Behçet Hastalığı, endovasküler prosedürler, genel anestezi

#### Abstract

Behçet's Disease is an autoimmune chronic multisystem inflammatory disorders, characterized by remissions and exacerbations. As a systemic disease, it can involve visceral organs such as gastrointestinal, pulmonary, musculoskeletal, cardiovascular and neurological systems. All anesthesia attempts from vessel cannulation and intubation to anesthesia medication may exacerbate the disease and precipitate organ failures in Behçet's patients, so anaesthetic management in these patients should be carried cautiously both in elective and emergency operations. In this case report it was viewed the anaesthetic management of emergency endovascular stent grafting of thoracic aortic aneurysm, in a patient with neurovascular Behçet's Disease.

*Pam Med J 2017;10(1):87-90*

**Key words:** Behçet's Disease, endovascular procedures, general anesthesia

#### Giriş

Behçet hastalığı ilk kez 1937 yılında Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından, tekrarlayan ağız aftları, genital ülserasyonlar ve üveit triadı olarak adlandırılmış [1], sonrasında Uluslararası Behçet Hastalığı çalışma grubu tarafından kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, merkezi sinir sistemi, gastrointestinal sistem, ürogenital sistem, cilt, kas ve iskelet sistemini etkileyen, etyolojisi bilinmeyen, rekürren, sistemik bir hastalık olarak tanımlanmıştır

[2]. Matsumoto ve ark. [3] Vasküler Behçet Hastalığını, santral sinir sisteminde nöral inflamasyon ve dejeneratif değişiklikleri içeren nonspesik bulguların yer aldığı nöral Behçet, ilioçekal bölgede derin ülserlerin bulunduğu enterik Behçet ve vasküler Behçet olarak üç alt gruba ayırmıştır.

Vasküler Behçet hastalığında anevrizma oluşumu ve oklüzyonlar (arteriyel ve venöz) majör bulgulardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Behçet hastalarında vasküler tutulum oranı

Pınar Karaca Baysal

Yazışma Adresi: Kars Harakani Devlet Hastanesi, Anestezi Ve Reanimasyon Kliniği, Kars

e-mail: drozgurbaysal@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 05.01.2016

Kabul tarihi: 10.05.2016

%24,3-%38,4 arasında değişmektedir [4,5]. Vasküler Behçet Hastalığında her ne kadar venöz tutulum daha sık görülmesine karşın arterler sözkonusu olduğunda daha çok anevrizma şeklinde abdominal aorta, subklaviyen ve karotis arterlerde lezyonlar görülür. Behçet hastalığında çıkan aort tutulumu çok nadirdir. Ancak vasküler tutulum olduğunda hastaların %20'sinin buna bağlı komplikasyonlardan kaybedilmektedir [6].

Serdaroğlu ve ark. [7] Behçet hastalığında nörolojik tutulum %5,3 oranında olduğunu bulmuştur. Behçet hastalığında nörolojik tutulum, sistemik bulguların ortaya çıkışından ortalama 5 yıl sonra, sıklıkla merkezi sinir sistemi (piramidal ya da extrapiramidal) bulguları ile kliniğe yansırken, periferik sinir sistemi veya kas tutulumu çok nadirdir [6].

Otoimmün, remisyon ve alevlenmeler ile seyreden, birden çok organ ve sistemi etkileyen bir hastalık olan Behçet Hastalığı gerek acil ameliyatlar gerekse elektif ameliyatlar için uygulanacak olan anestezi yöntemi ve girişimleri açısından büyük önem arz etmektedir. Bu olgu sunumunda, pulmoner artere bası uygulayan torasik aort anevrizmalı ve nöro-Behçet tanılı bir hastanın acil koşullarda torasik endovasküler anevrizma ameliyatı sırasındaki anestezi yönetimi gözden geçirildi.

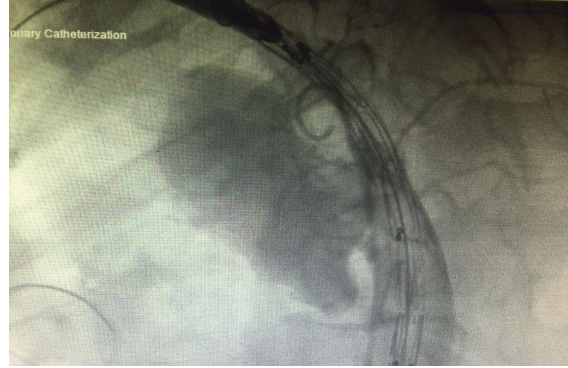
### Olgu Sunumu

Ondört seneden beri beyin sapı tipi tutulumu olan nöro-Behçet tanılı ve sol gözde %100 görme kaybı olan nöroloji kliniği tarafından takip edilen 44 yaşında erkek hasta 3 hafta önce sırt ağrısı ve hemoptizi şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvurmuş. Kardiyoloji ve Göğüs Hastalıkları klinikleri tarafından da değerlendirilen hastanın yapılan muayene ve radyolojik tetkiklerinde, inen aortada subklaviyen arter çıkışından sonra yaklaşık 3x3,5 cm boyutunda çevresi tromboze psödoanevrizma ile uyumlu görünüm saptanmış. Medikal tedavi ile taburcu edilen hasta şikayetlerinin artması üzerine takip edildiği nöroloji kliniğine başvurmuş. Yapılan muayene ve radyolojik tetkiklerinde mevcut anevrizmanın 5x7,5 cm (Şekil 1)

Kardiyoloji kliniğinde değerlendirilen hastaya acil torasik endovasküler aort replasmanı (TEVAR) kararı alınmıştır.

Nöro-Behçet hastalığı nedeniyle düzenli olarak kolşisin tedavisi alan, sigara öyküsü

olmayan hastanın ağız muayenesi yapıldı. Behçet hastalığı nedeniyle entübasyon güçlüğü yaratabilecek oral aft, skar dokusu ve yapışıklıklar açısından dikkatlice incelendi.



**Şekil 1.** Boyutlarına ilerlediği saptanmış ve hastanemiz kardiyoloji kliniğine yönlendirilmiş.

Mallampati skoru 2 olarak belirlenen hastanın fiziki sağlık durumu ASA 4E olarak tespit edilerek hasta acil koşullarda TEVAR girişimi için katater laboratuvarında operasyona alındı. Hastaya sterilite şartlarına dikkat edilerek sağ el üzerinden 18 G kanül ile venöz damar yolu açıldı. Ardından arter kan gazı ve tansiyon takibi için sağ brakial arterden invaziv arter kanülasyonu uygulandı. EKG sinüs ritminde TA: 171/73 mmHg, Nb: 107/dk, SpO<sub>2</sub>: % 96 olarak tespit edildi. Anestezi indüksiyonu 6mg/kg tiyopental sodyum, 0,8 mg/kg rokuronyum ve 100 mcg fentanil ile yapıldı, endotrakeal entübasyon 8 numara kaflı tüp ile sorunsuz bir şekilde gerçekleştirildi. İndüksiyon sonrası hastaya sağ juguler venden santral venöz kanülasyon uygulandı ve santral venöz basınç 5 mmHg olarak ölçüldü. Anestezi idamesi desfluran %6 ve remifentanil 0,5 mcg /kg/saat infüzyonu ile sağlandı. İndüksiyon sonrası TA: 101/52 mmHg, Nabız: 93 /dk, SpO<sub>2</sub>: % 99 idi. Operasyonda sol subklaviyen arter distalinde rüptüre olmuş torasik aorta lezyonuna 30x30x100mm endovasküler greft stent uygulandı (Şekil 2).



**Şekil 1.** Perioperatif ve postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyona rastlanmayan hasta entübe halde koroner yoğun bakım ünitesine transfer edilip, postoperatif 1. saatte sorunsuz ekstübe edildi. Postoperatif 2. günde solunum sıkıntısı gelişen hastaya acil fiberoptik bronkoskopi planlandı. Hastaya genel anestezi altında nasal yolla bronkoskopi işlemi uygulandı. Karina seviyesinde sol ana bronşa dıştan bası ile tama yakın darlık saptandı. Enfektif materyal temizlenip, silikon Y karinal stent uygulandı. Hasta post operatif 3.günde taburcu edildi.

### Tartışma

Behçet hastalarına, elektif şartlarda ameliyat gerektiğinde dikkatli bir preoperatif değerlendirilme yapılması şarttır. Behçet Hastalığı tanısı klinik bulgular esas alınarak yapılır. Hastalığa ait spesifik laboratuvar bulguları bulunmamaktadır. Acil şartlarda ameliyata alınacak Behçet hastalarında ise; hastanın açlık süresi, ek hastalıkları ve sürekli kullandığı ilaçlar kaydedilmeli, fizik muayenede havayolu açıklığı ve entübasyon koşulları değerlendirilmeli, sonrasında mümkün olduğunca tüm organ ve sistem muayenesi yapılmalıdır. Uygulanacak anestezi yöntemi ve seçilecek ilaçlar ise yapılacak olan ameliyata, ameliyatın süresine, hastanın açlık durumuna ve ek hastalıklarına göre seçilir. Hastanın öyküsünün alınmadığı durumlarda kan tetkikleri organ fonksiyonları hakkında bilgi verir [8]. Behçet hastalığında eritrosit sedimentasyon hızı ve C reaktif protein çoğunlukla orta derece artmıştır, ancak hastalığın aktivitesi ile doğrudan korelasyon göstermez. Karaciğer enzimlerinde ilaçların toksik etkisine bağlı yükseklik olabilir. Böbrek fonksiyon testleri genelde normaldir. Nadiren renal amiloidoz, glomerülonerit, interstisyel nefrit, renal ven trombozu geliştiğinde proteinüri, hematüri, piyüri, böbrek yetmezliği laboratuvar bulguları saptanabilir [8].

Olgumuzda ise hasta başvuru anından sonraki 2 saat içerisinde ameliyata alındı. Hastanın 4 saatlik açlık süresi mevcuttu. Nöro-Behçet tanılı hastanın inen aortada subklaviyen arter çıkışında anevrizma nedeniyle TEVAR operasyonu planlandı. Hastanın fizik muayenesinde Mallampati skoru 2 olarak tespit edildi. Mallampati 2 skoru entübasyon için güçlük yaratmıyordu, kolayca entübe edilebildi. Orofarenks muayenesinde aft ya da skar dokusuna rastlanmadı. Hastanın nöro-Behçet tanısının olması, rejyonel anestezi açısından rölatif kontrendikasyon oluşturduğu için genel anestezi tercih edildi. Öte yandan rejyonel anestezi, santral sinir sistemi tutulumu ve kafa içi basıncının arttığı durumlarda sıkıntılara yol açabilir ve nöro-Behçet gelişimini hızlandırabilir. Hastanın kan tetkiklerinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal saptandığından, genel anestezi sırasında kullanılacak ilaçlar için organ toksitesi açısından özellikli bir seçim yapılmadı. Genel anestezi sırasında tekrarlayıcı ve travmatize edici larinkoskopi müdahalelerinden kaçınılmalıdır ve orofarengeal lezyonları tetikleyen laryngeal maske kullanılması önerilmemektedir [9]. Bu yüzden hava yolunun en güvenilir şekilde sağlandığı endotrakeal tüpler tercih edilmelidir. Özellikle orofarenks bölgesinde skar dokusu olan hastalarda fiberoptik entübasyon önerilmektedir [9]. Hastamızın tekrarlayan aftöz lezyon öyküsü olmakla birlikte hastanın preoperatif ağız muayenesinde lezyon saptanmadı. Hastamız postoperatif dönemde ekstübe olup, postoperatif 2. gün solunum sıkıntısı gelişmesi nedeniyle bronkoskopi yapılmak üzere 2. kez entübe edildi. Hastamıza iki gün içerisinde iki kez endotrakeal entübasyon işlemi uygulanması sebebiyle postoperatif dönemde ağız lezyonları açısından izlendi ve bu süreçte ağız içinde lezyon saptanmadı.

Bir multisistem hastalığı olan Behçet hastalığında, hastaların % 80 kadarında papül, vezikül ve folikülit şeklinde olan çeşitli deri lezyonları görülebilir [1,10]. Deriye steril iğne yada intravenöz katater batırıldıktan sonra küçük püstüller oluşabilir [2]. Bu nedenle yapılacak olan arteriyel ve venöz girişimler travmaya yol açmadan ve steriliteye dikkat edilerek mümkün olan en az invazif girişimle yapılmalıdır [10-12]. Hastamızın cilt muayenesinde lezyon saptanmamakla beraber ameliyat sırasında gelişebilecek kan kaybını replase edebilmek

ve sürekli tansiyon takibi için hastaya juguler santral katater, bir adet 18 G periferik damar yolu ve brakial arter kateterizasyonu steril şartlar altında ve cilt travmatize edilmeden deneyimli anestezi uzmanı tarafından yapıldı. Hastanın postoperatif dönemde yapılan invazif girişimlere bağlı cilt lezyonları saptanmadı.

Behçet hastalığında uzun süre kolşisin kullanımı karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozukluğa yol açabilir. Bunun sonucunda kas gevşeticiler, intravenöz genel anestezi ilaçları ve diğer bazı ilaçların yıkımı ve vücuttan atılması uzayabilir. Behçet hastalarında ilaç seçimi ve dozları; gerek organ tutulumları gerekse organ toksisiteleri anestezi açısından önemlidir [13]. Behçet hastalığında kullanılan kortikosteroid tedavisi, anestezi ve cerrahinin yaratacağı stresi karşılayabilmek için perioperatif dönemde dozu artırılmalıdır, ayrıca immünsüpresif ilaçların ve genel anestezinin immün depresyon yaptığı göz önüne alınarak steriliteye dikkat edilmelidir [14].

Ertürk ve ark. [13] nörolojik tutulumu olmayan, antikoagülan kullanımı veya koagülasyon problemi olmayan Behçet hastalarında rejyonel anestezinin genel anesteziye göre daha güvenilir bir seçenek olduğunu bildirmişlerdir. Santral rejyonel bloklar nöro-Behçet gelişimini hızlandırabileceğinden, havayolu güvenliği sağlanabilecek hastalarda genel anestezi tercih edilmelidir [15]. Olgumuzda nöro-Behçet tanısı olması nedeniyle genel anestezi tercih edildi. Uygun endikasyonlarda rejyonel anestezi uygulamasının entübasyona bağlı komplikasyonları engelleyici bir seçenek olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak; Behçet hastalığı multisistem organ tutulumu ile seyreden hastalıklardan birisidir. Vasküler tutulumu ön planda olan Behçet hastalığı gibi immün sistem hastalıklarının tedavisinde uygulanan TEVAR girişimi, minimal invazif bir yöntem olup, açık cerrahi tedavilere göre morbidite ve mortalite oranını azaltmaktadır. Bu hastaların perioperatif dönemde karşılaşılabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla, gerek elektif gerekse acil ameliyatlarda uygulanacak anestezi yöntem, ilaçlar ve seçilecek cerrahi yöntem her hastaya özgü tercih edilmelidir.

**Çıkar ilişkisi:** Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

## Kaynaklar

1. Hulusi B, Matteson EL. On relapsing, aphthous ulcers of the mouth, eye and genitalia caused by a virus. 1937. Clin Exp Rheumatol 2010;28:2-5
2. International Study Group for Behçet's Disease, Criteria for diagnosis of Behçet disease. Lancet, 1990;335:1078-1080.
3. Matsumoto T, Uekusa T., Fukuda Y., Vasculo-Behçet's Disease: A pathologic study of eight cases. Hum Pathol 1991;22:45-51.
4. Müftüoğlu AU, Yurdakul S., Yazıcı H, et al. Vascular involvement in Behçet's disease; A review of 129 cases. Recent advances in Behçet's disease. London: Royal Society of Medicine Services Limited, 1986;255-260.
5. Özbalkan Z, Bilgen ŞA, Behçet Hastalığı. Hacettepe Tıp Dergisi, 2006;37:14-20
6. Demir GA, Yeşilot N, Serdaroğlu P. Behçet hastalarında nörolojik tutulum: Klinik özellikler, tanı ve tedaviye yaklaşım. Journal of Neurological Sciences 2006;23:3-3
7. Serdaroğlu P, Yazıcı H., Özdemir C, Yurdakul S, Bahar S, Aktin E. Neurologic involvement in Behçet's syndrome. A prospective study. Arch Neurol 1989;46:265-269.
8. Düzgün N. Behçet's Disease. Romatoloji Kitabı. Ankara Üniversitesi. 2014;378-388. <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/02/Behçet-Hastalığı.pdf>. Erişim tarihi: 08 Ocak 2016
9. Gupta A, Banerjee N, Sharma J, Sood R. Repeated surgeries in a patient with Behçet's disease, what changes to expect? Anesth Essays Res 2013;7:279-281.
10. Bosna G, Aydın N. Behçet hastalarında anestezi uygulaması: Olgu Sunumu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2002;13:39-40.
11. Turner ME. Anesthetic difficulties associated with Behçet's syndrome, case report. Br J Anaesth 1972;44:100-102.
12. Salihoglu Z, Dikmen Y., Demiroglu S, Hamzaoglu I, Paksoy M Oral aphthous ulcers after difficult intubation in a patient with Behçet's disease. Anesthesia 2002;57:620-621.
13. Ertürk E, Şenel AC, Koşucu M, Kaya F, Erciyes N. Behçet hastalığında anestezi uygulaması- rejyonel mi, genel mi? Türk Anest Rean Derg 2009;37:114-117.
14. Esener Z. Klinik Anestezi. İstanbul: Logos Yayıncılık 1991;15-16
15. Patridge BL. Skin and bone disorders. Anesthesia and uncommon diseases. In: Benumof JF ed. California: W.B. Saunders Company, 1998;431-432.



## Gastrik ksantomatöz hiperplastik polip

### *Gastric xanthomatous hyperplastic polyp*

Ebru Tezcan\*, Neşe Çallı Demirkan\*, Mustafa Çelik\*\*

\*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji ABD, Denizli

\*\*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroentoloji Kliniği, Denizli

#### Özet

Gastrik ksantom (GK) üst gastrointestinal traktüste nadir görülen, benign, asemptomatik, makroskopik olarak iyi sınırlı, sarı-be yaz renkli plak şeklinde, mikroskopik olarak lamina propriyada köpüksü histiyosit kümeleri ile karakterizedir. Midenin sık görülen poliplerinden hiperplastik polip içinde ksantom varlığı nadir görüldüğü için, gastrik ksantelazma ve hiperplastik polibin özelliklerini birlikte gösteren 2 olguyu tartışmaya uygun gördük. Hastalar 46 ve 56 yaşlarında biri erkek, biri kadın, lezyonlar fundus ve antrumda lokalize ve çapları 3-4 mm arasında değişmektedir. Hastaların hiçbirinde kronik gastrit, intestinal metaplazi, atrofi ve Helikobakter pylori (HP) enfeksiyonu gösterilmedi.

*Pam Tıp Derg 2017;10(1):91-95*

**Anahtar sözcükler:** Ksantom, hiperplastik polip, mide.

#### Abstract

Gastric xanthomas are uncommon benign lesions that are macroscopically well-demarcated yellow or yellow-white plaques and are microscopically formed by collections of foamy macrophages. Because gastric hyperplastic polyps may rarely be associated with xanthelasma, we aimed to report 2 cases of combined lesions showing features of gastric xanthelasma and hyperplastic polyps. The patients were 1 men and 1 women aged 46 and 56 years, the lesions were located in fundus and antrum, respectively, and measured 3 to 4 mm. Any patients showed chronic gastritis, intestinal metaplasia, atrophy and evidence of Helicobacter pylori infection.

*Pam Med J 2017;10(1):-95*

**Key words:**Xanthoma, hyperplastic polyp, gastric.

#### Giriş

Gastrik ksantom (GK) ve ksantelazma terimleri birbiri yerine kullanılabilen, üst gastrointestinal traktüste insidental olarak bulunan, nadir, asemptomatik, benign lezyonlardır [1–3]. GK makroskopik olarak iyi sınırlı sarı, sarı-beyaz plak şeklinde görülürken histopatolojik olarak lamina propriyada köpüksü ya da lipid yüklü makrofajlar içermektedir [4,5]. Hiperplastik polip mide poliplerinin en sık görülen tipidir [6]. Hiperplastik polip içinde ksantom varlığı ise nadir görülen bir durumdur [2,7].

#### Olgu sunumu

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı'nda 2003-2015 tarihleri arasında 'ksantelazma', 'ksantom' ve 'ksantomatozis' tanısı alan 15 hasta geriye dönük tekrar değerlendirildi. Bu hastalardan 2 tanesinin ksantomatöz değişiklikler yanı sıra nadir görülen hiperplastik polip özellikleri de taşınması nedeniyle bu olgular; demografik, klinik, endoskopik ve histopatolojik özelliklerine göre tartışıldı.

#### Olgu 1

Kırk altı yaşında erkek hasta sekiz aydır var olan kabızlık, karında şişkinlik, bulantı şikayetleri ile gastroloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve babada kolon kanseri öyküsü vardı. Yapılan üst gastrointestinal sistem (GIS) endoskopisinde mide fundusunda

Ebru Tezcan

Yazışma Adresi:Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji ABD, Denizli

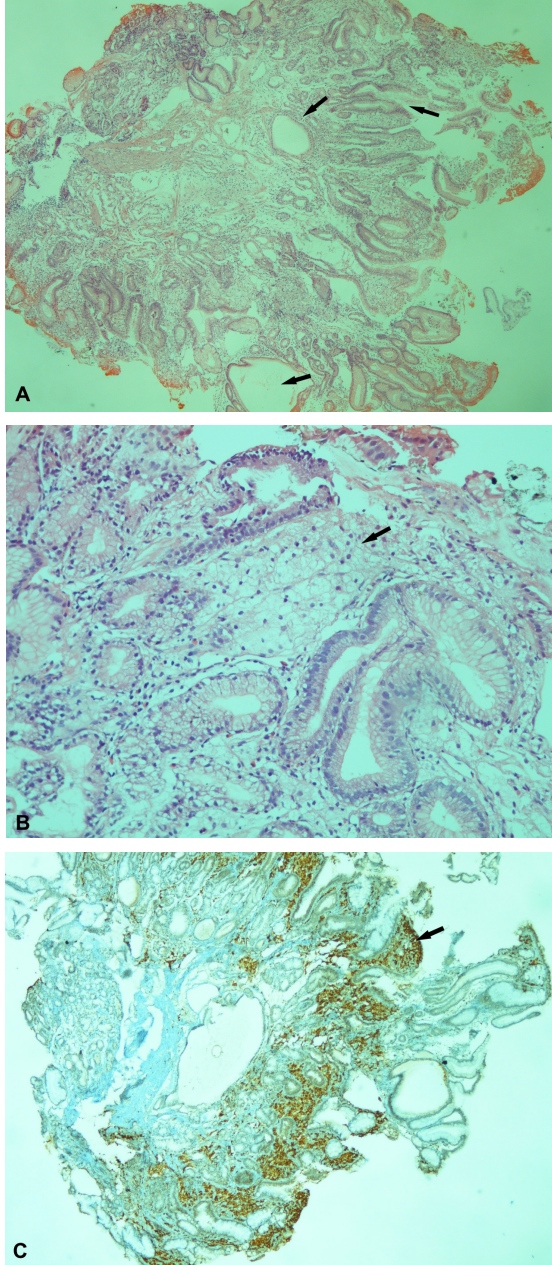
e-mail: etezcan@pau.edu.tr

Gönderilme tarihi: 07.12.2015

Kabul tarihi: 10.05.2016

1 adet 3 mm'lik polipoid lezyon saptandı. Hemotoksilen ve Eosin (H&E) boyalı kesitlerde hiperplazik foveolar epitel ile döşeli biyopsi örneğinde lamina propriyada kistik dilate bez yapıları ve köpüksü histiyosit kümeleri izlendi (Resim 1a,1b).

İmmünohistokimyasal olarak bu hücreler CD68pozitif boyandı (Resim 1c). Toluidin Blue özel boyasıyla Helikobakter Pylori (HP) saptanmadı. İntestinal metaplazi, aktivite ve atrofi görülmedi.



**Resim 1.** (A) Lamina propriyada dilate gland yapıları ve foveolar hiperplazi (H&E x 40), (B) Lamina propriyada köpüksü hücre kümeleri (H&E x 200), (C) Lamina propriyada CD68 ile pozitif boyanan histiyosit kümeleri (DAB x 40).

## Olgu 2

Elli altı yaşında kadın hasta son bir aydır artan karın ağrısı, kabızlık, midede ekşime şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, astım ve koroner hastalığı mevcut olup, soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde total kolesterol: 169 mg/dL, trigliserid: 103 mg/dL, low density lipoprotein (LDL): 108 mg/dL saptandı. Yapılan üst GIS endoskopisinde mide antrum büyük kurvatür yönünde 3-4 mm çapında yassı polip görüldü. Histopatolojik incelemede hiperplazik foveolar epitel ile döşeli biyopsi örneğinde lamina propriyada dilate glandlar ve köpüksü histiyositlerden oluşan adacıklar izlendi (Resim 2a,2b). Histokimyasal olarak bu hücreler Periyodik Asit Schiff-Alcian Blue (PAS-AB) özel boyası ile boyanmadı (Resim 2c). Toluidin Blue özel boyasıyla HP saptanmadı. Komşu mide mukozasında intestinal metaplazi, aktivite ve atrofi görülmedi.

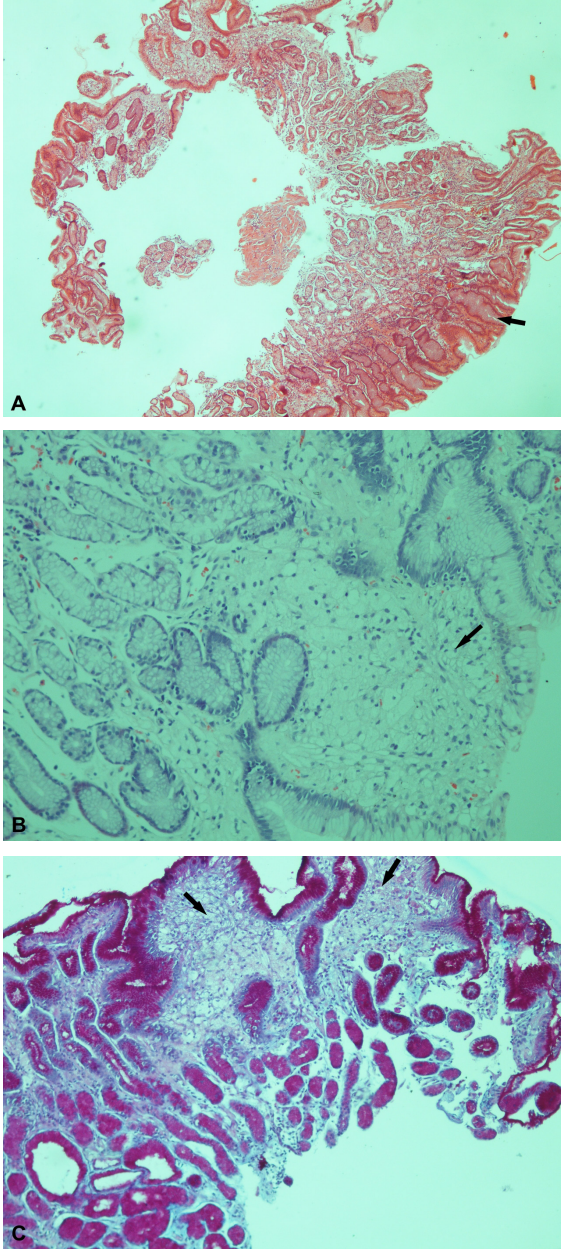
## Tartışma

Ksantelazma aynı zamanda 'ksantom' ve 'lipid yüklü hücre adacıkları' olarak bilinen, insidental olarak bulunan, nadir, asemptomatik bir lezyondur [2-4]. Tipik endoskopik görünümü iyi sınırlı, sarı-beyaz renkli, çapı 1-10 mm arasında değişen tek ya da multiple nodül ya da plak şeklindedir [3-5].

Gastrik poliplerin büyük çoğunluğunu hiperplastik polipler oluşturmaktadır [6]. Hiperplastik polip içinde ksantomatöz değişikliklerin olması oldukça nadir bir durumdur, literatürde bu şekilde sadece 6 olgu bildirilmiştir [2,3,8-10]. Bu olguların histopatolojik, immünohistokimyasal özelliklerini ve farklı isimlendirmeleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Bu lezyonlar bulunduğu organ ve yazarlara göre farklı isimler altında tanımlanmıştır. Nakasono ve arkadaşları [11] 25 olgudan oluşan kolorektal ksantomları tanımlamada ksantomatöz polip tanımını kullanırken, Başsüllü ve arkadaşları [2] midede ksantomatöz değişiklikler içeren hiperplastik polipli 5 hastadan oluşan çalışmalarında gastrik ksantomatöz hiperplastik polip (GKHP) tanımını kullanmışlardır. Biz de makroskopik ve mikroskopik özellikleri en iyi tarif eden tanımın Başsüllü ve arkadaşlarının kullandığı terim olduğunu düşünerek olgularımızı GKHP olarak isimlendirdik.





**Resim 2.** (A) Hiperplazik foveolar epitel ile döşeli mide biyopsisi (H&E x 40), (B) Lamina propriyada köpüksü histiyosit kümeleri (H&E x 200), (C) Lamina propriyadaki köpüksü histiyositlerde PAS-AB negatifliği (PAS-AB x 100).

Literatürde bildirilen olgular ışığında; GKHP insidansı yaş ile birlikte artmakta, her iki cinsiyette benzer oranda görülmektedir [2]. Bizim olgularımızın ikisi de 45 yaş üzerinde ve eşit cinsiyet dağılımı göstermektedir (**Tablo 2**).

Literatürde 4 makalede aynı hastada multipl polip bildirilmiştir [2,13–15]. Bizim olgularımız arasında multipl polip içeren olgu yoktu. Bu

lezyonların etyolojisi bilinmemektedir; ancak kronik gastrit, gastrik anastomoz, gastrik kanser, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, HP enfeksiyonu ile ilişkisi olabileceği öne sürülmektedir [3,5,12–14]. Bir araştırmada etyopatogeneizde HP'nin varlığı ile ilişkisi gösterilirken [15], başka bir çalışmada HP ve gastrit olmaksızın ksantomatöz polipler de bildirilmiştir [16]. Ashwini ve arkadaşlarının [7] yaptığı başka bir çalışmada GKHP'li bulgulara ek olarak mukozada intestinal metaplazi ve HP enfeksiyonu saptanmıştır. Bizim olgularımızın hiçbirinde HP, kronik gastrit ve intestinal metaplazi bulguları yoktu.

GKHP'lerin klinik önemi henüz belli değil; ancak histiyosit kümeleri mide biyopsilerinde az koheziv kanser hücreleri ile karışabileceği için iyi ayırt edilmeleri gerekir. Histiyositler PAS-AB özel boyaması ile negatif boyanırken, malign epitelyal hücreler müsin pozitif olabilirler. Ayrıca immünohistokimyasal boyama yöntemi ile histiyositler CD68 ekspresyonu gösterirken, malign epitelyal hücreler sitokeratin ile pozitif boyanırlar [17,18]. GKHP'ler; yüzeyden kabarık lezyonlar olmaları nedeniyle prekanseröz poliplerle karışabilirler.

Sonuç olarak hiperplastik polip içinde ksantom varlığı nadir görülen, benign bir durumdur. Literatürde bu lezyonları tanımlamada farklı adlandırmalar tercih edilmiştir. Biz bu lezyonları tanımlamak için GKHP terimini uygun gördük. Bu lezyonları adlandırmada standardizasyonun sağlanmasının, lezyonların bilinmeyenlerinin aydınlatılabilmesi ve bu konuda daha fazla çalışma yapılabilmesi açısından önemli olabileceğini düşünmekteyiz.

**Çıkar ilişkisi:** Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

#### Kaynaklar

1. Tang S, Wu R, Bhajee F. Gastric xanthelasma, xanthoma, and xanthomatosis. Video Journal and Encyclopedia of GI Endoscopy 2014;1:625–627.
2. Bassullu N, Turkmen I, Uraz S, Yagiz Korkmaz P et al. Xanthomatous hyperplastic polyps of the stomach: clinicopathologic study of 5 patients with polypoid gastric lesions showing combined features of gastric xanthelasma and hyperplastic polyp. Ann Diagn Pathol 2013;17:72–74.
3. Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, Tozun N. Xanthelasmas of the upper gastrointestinal tract. J Gastroenterol 2004;39:215–219.

**Tablo 1.** Literatürde GKHP'lerin histopatolojik, immünohistokimyasal özellikleri ve isimlendirme farklılıkları

Yazar	Olgu sayısı	Endoskopik görüntü	Histopatoloji	İmmüno histokimya	İsimlendirme
Nuray Başsüllü	5	İyi sınırlı, sarı, sarı-beyaz renkli plak	Foveolar epitelyal hiperplazi, köpüksü makrofajlar	CD68(+) PANCK(-)	Gastrik ksantomatöz hiperplastik polip
Rasim Gençosmanoğlu	1	Sarı-beyaz renkli plak	Köpüksü histiyositler, hiperplastik polip	-	Gastrik hiperplastik polip içinde ksantelazma
Shoji Hirasaki	1	Beyazımsı-sarı renkte saplı polip	Köpüksü histiyositler, gastrik hiperplastik polip	CD68(+)	Ksantom ile birlikte gastrik hiperplastik polip
Vázquez Rodríguez	1	Sesil polipoid lezyon	Foveolar hiperplazi, köpüksü histiyositler	-	Hiperplastik polip ksantelazma birlikteliği
Ashwini BR	1	Beyazımsı renkte, küçük, sesil polipler	-	-	Hiperplastik polip ile ksantom varlığı
Susumu Fukuda	1	Sarı-beyazımsı renkte saplı polip	Foveolar dilatasyon, dallanma, köpüksü histiyosit	-	Ksantom proliferasyonu içeren gastrik hiperplastik polip

**Tablo 2.** GKHP'li 2 olgunun klinikopatolojik özellikleri

Hasta No	Cinsiyet	Yaş	Çap(mm)	Lokalizasyon	Sayı	Aktivite	HP	IM
1	K	56	3-4	Antrum	1	-	-	-
2	E	46	3	Fundus	1	-	-	-

K: Kadın; E: Erkek; Sayı: Lezyonların sayısı; HP: H. pylori; IM: İntestinal metaplazi



4. Dizdar OS, Eminler AT, Ayyildiz T, Kahyaoglu Z, Dolar E. Gastric xanthomas: report of five cases and review of the literature. *J. Exp. Clin. Med* 2015;32:91–95
5. Chen YS, Lin JB, Dai KS et al. Gastric xanthelasma. *Chin Med J (Engl)* 1989;102:639–643.
6. Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, Tozun N. Antral hyperplastic polyp causing intermittent gastric outlet obstruction: case report. *BMC Gastroenterol* 2003;3:16.
7. Ashwini BR, Kiran T, Prakash G, Radhika N. Gastric xanthoma with hyperplastic polyp: a case report. *J Indian Med Assoc* 2013;111:404–411.
8. Hirasaki S, Kubo M, Inoue A, et al. Gastric hyperplastic polyp associated with proliferation of xanthoma cells observed by magnification narrow-band imaging endoscopy. *Gastroenterol Res Pract* 2009;2009:845260.
9. Fukuda S, Akahoshi K, Fushimi F, Oya M. Gastric hyperplastic polyp with xanthoma observed by magnification narrow-band imaging endoscopy and endoscopic ultrasonography : report of a case. *Fukuoka Igaku Zasshi Hukuoka Acta Medica* 2015;106:77–82.
10. Vázquez Rodríguez S, Alvarez Alvarez C, Ulla Rocha JL, et al. Gastric xanthoma on a hyperplastic polyp. *Gastroenterol Hepatol* 2009;32:663–664.
11. Nakasono M, Hirokawa M, Muguruma N, et al. Colorectal xanthomas with polypoid lesion: report of 25 cases. *APMIS* 2004;112:3–10.
12. Lin PY, Brown DB, Deppisch LM. Gastric xanthelasma in hyperplastic gastric polyposis. *Arch Pathol Lab Med* 1989;113:428–430.
13. Ginsbach C, Wegener K, Riemann JF. Polyposis of the stomach caused by multiple xanthomas. *Leber Magen Darm* 1988;18:100–103.
14. Gürsoy S, Yurci A, Torun E, et al. An uncommon lesion: gastric xanthelasma. *Turk J Gastroenterol* 2005;16:167–170.
15. Hori S, Tsutsumi Y. Helicobacter pylori infection in gastric xanthomas: immunohistochemical analysis of 145 lesions. *Pathol Int* 1996;46:589–593.
16. Jansen HJ, van Krieken JH, Römkens T EH. Yellow-white lesions in the upper gastrointestinal tract. Gastric xanthelasmas. *Neth J Med* 2009;67:360–361.
17. Devojee M, Rajeshwari G, Rao KJM, Akarsh MP. Xanthelasmas of the upper gastrointestinal tract: a report of four cases. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare* 2015;2:2781–2785.
18. Rosai J. *Rosai and ackerman's surgical pathology*. 10th ed. Edinburgh: Elseiver, 2011;622.