

İnflamatuvar Fibroid Polip: Olgu Sunumu

Inflammatory Fibroid Polyp: A Case Report

Ayşegül İLGİLİ, Ufuk USTA, Fulya ÖZ PUYAN, Ömer YALÇIN

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Edirne

Başvuru tarihi / Submitted: 02.03.2007 **Kabul tarihi / Accepted:** 26.06.2007

İnflamatuvar fibroid polip en sık mide antrumundan köken alan, ancak gastrointestinal kanalın her yerinde görülebilen, nadir, benign, kitlesel bir lezyondur. Makroskobik olarak polipoid görünümü nedeniyle gastrointestinal polipler ve polipoid stromal tümörler, mikroskobik olarak ise başta gastrointestinal stromal tümör olmak üzere birçok stromal malign ve benign lezyon ayırıcı tanıda yer almaktadır. Bu yazıda başka bir merkezde yapılan endoskopik biyopsi sonucunda adenokarsinom tanısı konan, merkezimizde yapılan distal subtotal gastrektomi sonrasında da antral yerleşimli inflamatuvar fibroid polip tanısı konan 51 yaşındaki kadın olgu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Tanı, ayırıcı; gastrointestinal neoplaziler/ patoloji; immünohistokimya; intestinal polip/patoloji.

Inflammatory fibroid polyp is a rare benign lesion that most frequently originates from the gastric antrum, but can also be seen in any part of the gastrointestinal tract. Differential diagnosis includes gastrointestinal polyps and polypoid stromal tumors due to their polypoid appearance on gross examination, and microscopically, various malignant and benign stromal tumors, primarily gastrointestinal stromal tumors. We presented a 51-year-old female patient who was referred to our center with a diagnosis of adenocarcinoma made after an endoscopic biopsy, but found to have an inflammatory fibroid polyp located in the antrum after distal subtotal gastrectomy.

Key Words: Diagnosis, differential; gastrointestinal neoplasms/ pathology; immunohistochemistry; intestinal polyps/pathology.

Önceden eozinofilik granülom, submukozal fibrom, hemanjioperistom, inflamatuvar psödötümör, fibrom olarak da bilinen inflamatuvar fibroid polip (EFP) gastrointestinal kanalın nadir görülen benign mezenkimal bir lezyonudur.^[1] Etiyolojisi henüz aydınlatılmamış olan bu lezyonun tüm benign mide lezyonları içindeki oranı %4.5'tir.^[1,2] Lezyonun gastrik ülser, karsinom ve paraziter enfestasyonlarla birlikteliği bildirilmiştir.^[2,3] Başlıca yerleşim yeri midenin

antrumu olan bu lezyon daha az sıklıkla ince bağırsak, kolon ve özofagusta da görülebilir.^[2,3]

OLGU SUNUMU

Başka bir merkezde gastrik yakınmalar nedeniyle endoskopi yapılan ve yine aynı merkezde endoskopik biyopsi tanısı adenokarsinom olarak bildirilmiş olan 51 yaşındaki kadın hastaya merkezimizde distal subtotal gastrektomi yapıldı. Patolojiye gönderilen 13 cm uzunluğunda, 4.5

cm enindeki distal subtotal gastrektomi materyali açıldığında distal cerrahi sınıra 1.2 cm uzaklıkta, antral yerleşim gösteren, 4x2.5x2 cm boyutlarında, dış yüzeyi hafif kanamalı mukoza ile örtülü polipoid nitelikte lezyon izlendi. Mukozaya geniş bir tabanla oturmuş olan kısmen pedinküle nitelikteki lezyonun kesit yüzü parlak, kirli beyaz renkteydi, lezyon dışı mide mukozası doğal olarak değerlendirildi (Şekil 1).

Mikroskopik olarak çevreyle düzgün sınırı olmayan, lamina propriadan başlayarak muskularis mukozayı infiltre eden ancak muskularis propria ve serozaya uzanım göstermeyen, polipoid yapıda kitlesel oluşum izlendi (Şekil 2) Yer yer agregatlar oluşturan, eozinofil lökositlerden zengin yoğun mikst tipte inflamasyonla iç içe olan ve atipi içermeyen işsi hücrelerin bazı alanlarda belirginleşen storiform patern oluşturduğu görüldü (Şekil 3). Kalın ve ince duvarlı damarlardan zengin olan bu mezenkimal nitelikteki gelişimin derin mukozal bez yapılarını kısmen, yer yer çepeçevre sardığı izlenmiştir. Arada seyrek birkaç adet mitoz görüldü.

Yapılan immünohistokimyasal incelemede mezenkimal hücreler vimentin, CD34 ve aktin (α SMA) ile kuvvetli, demsin ve siklin-D1 ile zayıf sitoplazmik reaksiyon verildi. S-100 protein, CD117 (c-kit) ve CD68 ile reaksiyon oluşmadı.

TARTIŞMA

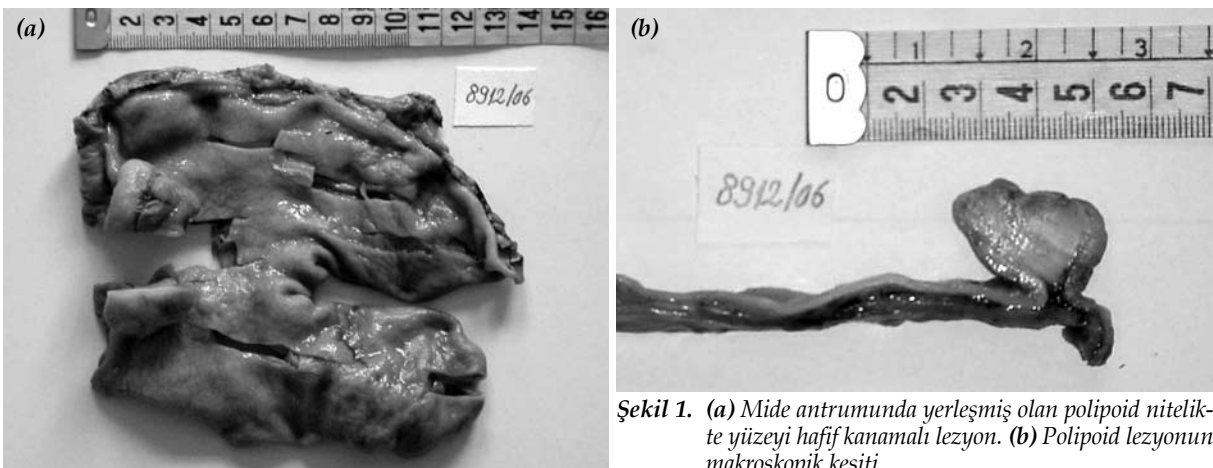
Sıklıkla yetişkinlerde, nadiren çocuklarda da görülebilen EFP'nin ortalama görülme

yaşı 63'tür.^[4] İlk tanı anında hastalar genellikle asemptomatiktir ve rastlantısal olarak tanı konur ya da gastrik obstrüksiyona bağlı ağrı yakınmaları bulunabilir.^[1-4]

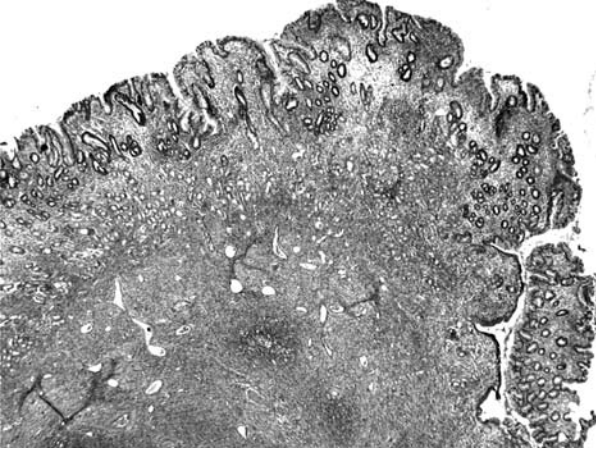
Genellikle geniş tabanlı olan ve sıklıkla submukoza ile sınırlı olan lezyonun ortalama boyutu 3-4 cm'dir (1.5-13 cm). Radyolojik ve endoskopik olarak pedinküllü veya sesil polipoid kitle şeklindedir.^[2] Makroskopik olarak kesit yüzü gri ya da sarı renklidir ve üzerindeki mukozada ülserasyon görülebilir.^[1] Mikroskopik olarak muskularis mukozaya ve muskularis propria infiltrasyonu ve serozaya doğru uzanım görülebilir.^[1,2,4] İşsi şekilli stromal hücrelerin ve genellikle oldukça belirgin olan vasküler komponentin arasında eozinofil lökositlerden zengin inflamatuvar hücreler bol miktarda bulunur.^[1,3] Bazı alanlarda belirgin mikroid komponente sahip daha hiposellüler alanlar, multinükleer dev hücreler ve çok sayıda hiyalinize kalın duvarlı damar yapıları görülebilir.^[1] Selüler alanlardaki işsi hücrelerde atipi içermeyen mitotik figürler bulunabilir.^[1]

İnflamatuvar fibroid polipler immünohistokimyasal boyanma özelliklerine göre dört kategoride toplanabilir;

- 1- Sadece vimentin eksprese edenler.
- 2- Vimentin ve aktini birlikte eksprese edenler.
- 3- Vimentin ve histiositik bir belirleyici eksprese edenler.



Şekil 1. (a) Mide antrumunda yerleşmiş olan polipoid nitelikte yüzeyi hafif kanamalı lezyon. (b) Polipoid lezyonun makroskopik kesiti.



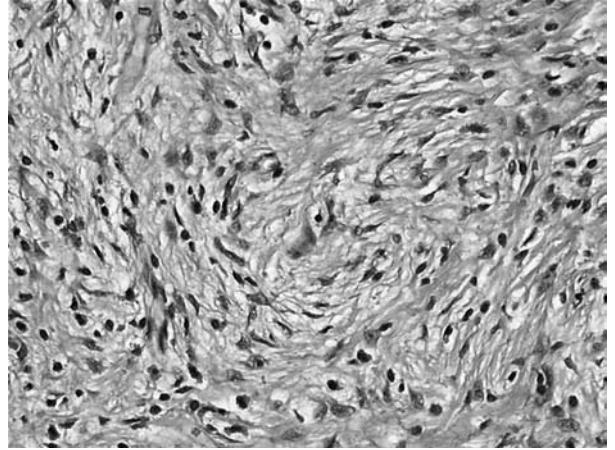
Şekil 2. Mezenkimal karakterde hücrelerin oluşturduğu polipoid nitelikteki lezyonun panoramik görünümü (H-E x 12.5).

4- Vimentin, aktin ve histiositik belirleyici ekspres edenler.^[1,2]

Bizim olgumuz immünohistokimyasal boyanma özelliklerine göre ikinci gruba dahil olmaktadır.

İnflamatuar fibroid polipin etyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olsa da, eozinofil lökositlerden oldukça zengin olması nedeniyle lezyonun temelde inflammatuar bir proses olduğu öne sürülmektedir.^[1-4] Bunu destekleyen bulgu olarak da gastrointestinal kanaldaki alerjik durumlarda ve paraziter enfestasyonlarda iltihap hücrelerinin eozinofil lökositlerden zengin olması gösterilmektedir.^[3]

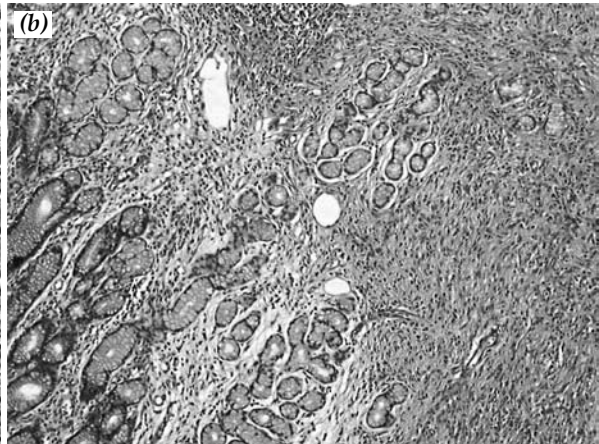
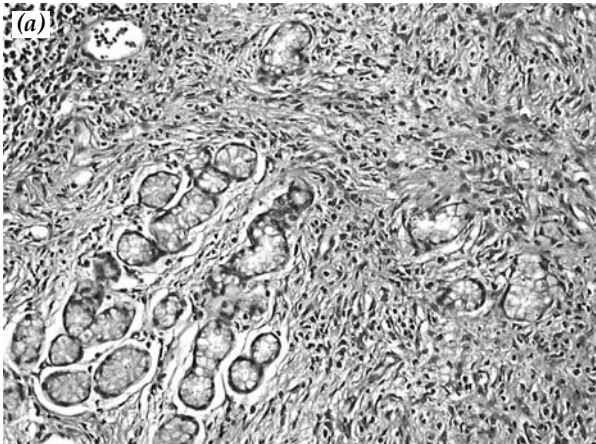
İnflamatuar fibroid polipin ayırıcı tanısı oldukça geniştir. Ayırıcı tanıda yer alan baş-



Şekil 3. Eozinofil lökositlerle iç içe olan, belirgin atipi içermeyen, girdapsı yapılanma gösteren, gevşek yapıdaki mezenkimal karakterli hücreler (H-E x 100).

lıca lezyonlar; gastrointestinal stromal tümör (GIST), leiomyoma, schwannoma, fibromatozis, metastatik malign melanom, kaposi sarkomu, eozinofilik gastroenterit olarak sıralanabilir.^[1,2,5] Bunlardan eozinofilik gastroenterit; daha genç hastalarda görülmesi, bağırsağın uzun segmentlerini de içerebilen diffüz infiltrasyon paterninin olması, genellikle fibroblast ve vasküler proliferasyonun görülmemesi ve periferik eozinofili varlığı ile EFP'den ayrılır.^[2]

Ayırıcı tanıdaki malign lezyonlarda bulunan sitolojik atipi EFP'de bulunmaz. Histopatolojik bulgular ön planda EFP tanısını akla getirirse de, lezyon ayırıcı tanıdaki diğer lezyonlardan esas olarak immünohistokimyasal boyanma özellikleri ile ayrılır.^[1,5] İnflamatuar fibroid polip, CD117 ve S-100 protein negatifliği ile GIST'den,



Şekil 4. (a) Derin mukozal bezleri çevreleyen ve desmoplazi benzeri görünüme neden olan mezenkimal hücrelerin (H-E x 200), (b) küçük büyütmede gerçekte benign bezleri sardığı net olarak izlenmektedir (H-E x 50).

CD34 pozitifliği ile leiomyomdan, S-100 protein negatifliği ile nörinomdan, CD34 ve desmin pozitifliği ile fibromatozisten, CD117 ve HMB-45 negatifliği ile metastatik malign melanomdan, aktin ve desmin pozitifliği, CD31 ve CD117 negatifliği ile kaposi sarkomundan, CD34 pozitifliği ile inflammatuar miyofibroblastik tümörden ayrılabilir.^[1,5]

Endoskopik biyopsilerde lezyonun yerleşim yeri ve bütünü temsil edememesi nedeniyle spesifik tanı vermek çok zor, hatta genellikle imkansızdır. Erode yüzeyden dolayı sadece granülasyon dokusu görülebilir.^[1] Lezyonu oluşturan komponentlerden olan iğsi mezenkimal hücrelerin derin mide bezlerinin etrafını sarması malign tümörlere eşlik eden desmoplazi ile karıştırılabilir. Bu durum, bizim olgumuzda olduğu gibi, özellikle erozyon nedeniyle yüzey epitelini içermeyen, lezyonun herhangi bir yerinden alınmış olan derin endoskopik biyopsilerde yanlış adenokarsinoma tanısına götürebilir (Şekil 4a, b).

Sonuç olarak, oldukça nadir görülen ve ayırıcı tanuları nedeniyle endoskopisti, cerrahı ve patoloğu zorlayan EFP, gastrointestinal kanal-daki polipoid nitelikteki oluşumların tanısında mutlaka akılda tutulması gereken bir lezyon olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Owen DA. The stomach. In: Mills SE, Carter D, Greenon JK, Oberman HA, Reuter V, Stoler MH, editors. Sternberg's diagnostic surgical pathology. Vol. 1, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p. 1435-75.
2. Rosai J, editor. Rosai and Ackerman's surgical pathology, 9th ed. St Louis: Mosby; 2004.
3. Pantanowitz L, Antonioli DA, Pinkus GS, Shamsafaei A, Odze RD. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: evidence for a dendritic cell origin. *Am J Surg Pathol* 2004;28:107-14.
4. Fenoglio-Preiser CM, editor. Gastrointestinal Pathology Plus. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. CD-Rom.
5. Santos Gda C, Alves VA, Wakamatsu A, Zucoloto S. Inflammatory fibroid polyp: an immunohistochemical study. *Arq Gastroenterol* 2004;41:104-7.