

GASTRİK PSÖDOLİPOMATOZİS: İKİ OLGU SUNUMU

Dr. Sema BİRCAN, Dr. Şirin BAŞPINAR, Dr. Metin ÇİRİŞ, Dr. Nilgün KAPUCUOĞLU, Dr. Nermin KARAHAN, Dr. Özden ÇANDIR

ÖZET: Mukozal psödolipomatozis gastrointestinal duvarda özellikle mukozada küçük gaz boşlukları ile karakterize olan son zamanlarda tanımlanmış bir endoskopik bulgudur. Morfolojik görünümünden dolayı bu boşlukların mukoza içine sıkışmış yağ dokusu olduğu düşünülmüştür. Psödolipomatozis etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamasına rağmen, kolon, duodenum, mide ve deride olası nedenleri üzerinde durulmuştur. Bu bulgunun endoskopi sırasında gastrointestinal sistemin mukozası içine giren lümen içi havanın mukozayı diske etmesiyle oluştuğu düşünülmektedir. Bu makalede midenin fundus ve korpusunda rastlantısal olarak tanı almış iki gastrik psödolipomatozis olgusu sunulmuş, bu nadir lezyonun histopatolojik özellikleri ve ayırıcı tanısı literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Psödolipomatozis, mide

SUMMARY: GASTRIC PSEUDOLIPOMATOSIS: A REPORT OF TWO CASES. Mucosal pseudolipomatosis is a recently described endoscopic finding, which is characterized by the presence of small gas voids in the gastrointestinal (GI) wall, especially in mucosa. Because of the morphological appearances, these spaces were thought to represent entrapped fat within the mucosa. Although the etiopathogenesis of pseudolipomatosis is not so clear yet, some probable causes of it in the colon, duodenum, stomach and skin have been mentioned. It is believed that this common finding results from the dissection of the intraluminal air that is introduced into the mucosa of the GI tract during the endoscopy. In this report, two cases of gastric pseudolipomatosis, which were diagnosed incidentally in fundus and corpus of stomach, were presented and histopathological features and differential diagnosis of this rare lesion was discussed in view of the literature.

KEY WORDS: Pseudolipomatosis, stomach

GİRİŞ

Psödolipomatozis gastrointestinal duvarda mukozada gaz boşlukları ile karakterize bir durumdur. Yağlı infiltrasyona benzerliğinden dolayı bu isim verilmiştir. Bu gaz kistleri epitel hücreleri ile döşeli değildir (1,2). İlk kez Snover ve ark.'ları tarafından tanımlanmıştır (3). Mideden rektuma kadar gastrointestinal sistemin değişik bölgelelerinde görülebilir (4). Yaygın inanışa göre endoskopi sırasında gastrointestinal sistem içine giren lümen içi havanın mukozayı diske etmesi ile oluşan bir bulgudur. Geniş miktardaki birikimler endoskopik olarak 2-40 mm çapında düzensiz beyaz sarı plaklar şeklinde görülür (5). Lezyonun bilinen bir klinik önemi yoktur (4).

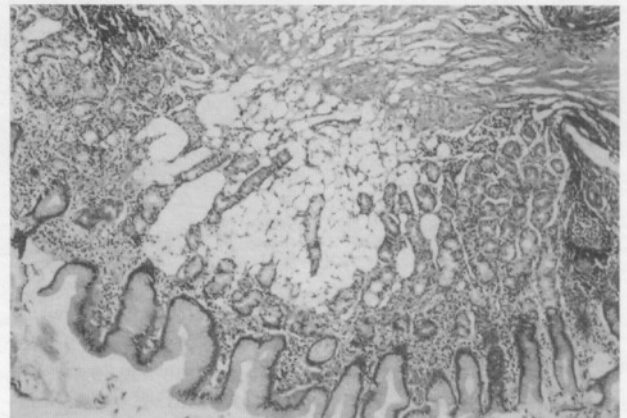
Benzer şekilde pnömatozis intestinalis özofagustan rektuma kadar herhangi bir yerde ortaya çıkabilen duvar içerisinde gaz birikimi olarak tanımlanmıştır ve bazı araştırmacılar psödolipomatozis ve pnömatozis intestinalis etyolojilerinin ortak olduğunu ileri sürmüşlerdir (5). Literatürde çoğunlukla intestinal psödolipomatozis (6) ile ilgili yayınlar mevcut olup, gastrik psödolipomatozis ile ilgili iki makale bulunabilmektedir (1,7). Bu çalışmada mide fundus ve korpusuna ait endoskopik biyopsi örneklerinde rastlantısal saptanan iki ayrı psödolipomatozis olgusu sunulmuş, histomorfolojik özellikleri ile ayırıcı tanı yönünden tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

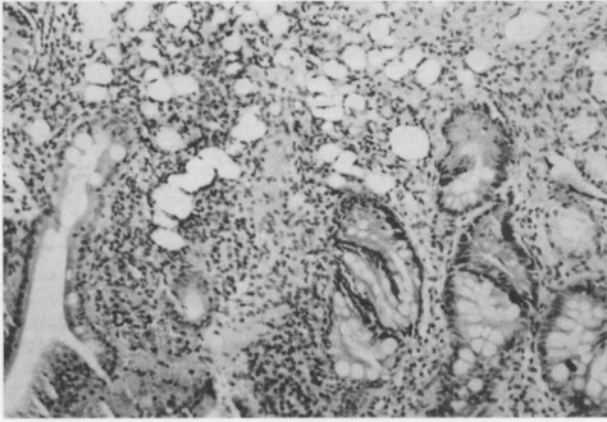
Olgu 1

Olgumuz 38 yaşında kadın hastadır. Demir eksikliği anemisi tanısı ile takip edilen hastanın yapılan endoskopisinde prepilorik antrumda üzerinde erozyon olan 1 cm çapında mukozadan kabarık alan izlenmiş, alınan biyopsi

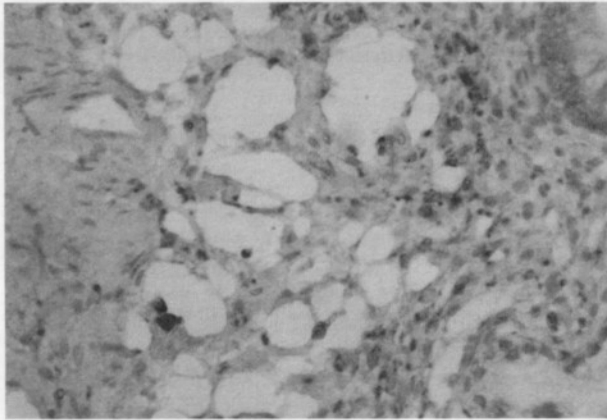
örneklerinde antrum ve korpusta kronik aktivasyonlu gastrit, *H. pylori* saptanmıştır. Dört ay sonraki kontrol endoskopisinde antrumdan alınan iki adet doku örneğinin birinde kronik gastrit ve *H. pylori* varlığı devam etmekte olup, hafif derecede displazi tespit edilmiştir. Fundustan alınan doku örneğinde ise kronik aktivasyonsuz gastrit saptanmış, buna ek olarak mukozada lamina propria'da iki alanda yer yer birbirleriyle birleşmiş görünümde olan, kenarları düzensiz, belirgin bir kapsül yapısı içermeyen, yağ hücreleri izlenimi veren içi boş küçük kistik yapılar dikkati çekmiştir (Resim 1). Histokimyasal olarak PAS+Alcian Blue ile bu alanda boyanma izlenmemiş, immünohistokimyasal incelemede S-100 (1:100, clone 4C4.9, NeoMarkers), CD31 (1:30, clone JC/70A, NeoMarkers), CD34 (1:100, clone QBEnd/10, NeoMarkers), CD68 (1:40, clone KP1, NeoMarkers) negatif saptanmıştır. Bu morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular sonucunda olguya psödolipomatozis tanısı verilmiştir.



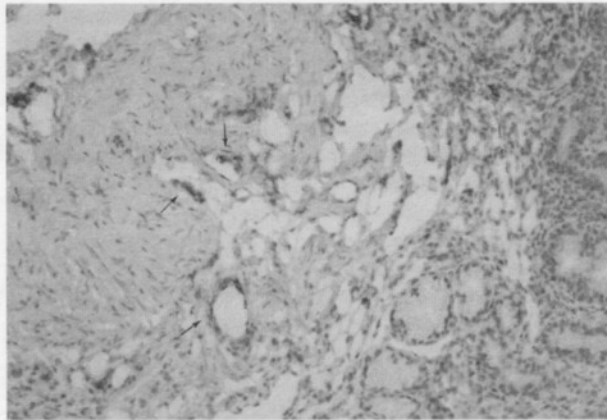
Resim 1: Mide fundus mukozasında lamina propria'da belirgin bir kapsül yapısı içermeyen, yağ hücresi izlenimi veren içi boş küçük kistik yapılar (HE x40).



Resim 2: Lamina propria'da dağınık küçük boşluklar (HE x100).



Resim 3: Lezyonda S-100 negatifliği (x200).



Resim 4: Damarlardaki CD31 pozitifliğine (oklar) karşın boşluklar negatif izleniyor (x100)

Olgu 2

Alt gastrointestinal sistem (GİS) kanaması ile başvuran 74 yaşında kadın hastada yapılan üst GİS endoskopisi normal görünümde olup, alt GİS endoskopisinde aktif kanama görülmüştür. Kanama etyolojisi saptanamamıştır. Bir hafta sonra yapılan kontrol endoskopisinde mide kor-

pus mukozasında çevre mukozadan daha deprese görümlü 2-3 mm çapında alanlar görülmüştür. Bu alanlardan alınan biyopsilerde kronik aktivasyonlu gastrit, intestinal metaplazi izlenmiştir. Lamina propria'da ve muskularis mukozada birkaç odak halinde, kenarları düzensiz yer yer birbirleriyle birleşmiş kapsül yapısı olmayan, birinci olgumuzdakine benzer küçük kistik boşluklar saptanmıştır (Resim 2). Histokimyasal olarak PAS+Alcian Blue ve immünohistokimyasal olarak S-100 (Resim 3), CD31 (Resim 4), CD34, CD68 antikorları ile lezyonda pozitivite saptanmamıştır. Bu morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular sonucunda olgu psödolipomatozis olarak değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Mukozal psödolipomatozis intramukozal hava nedeniyle oluşan son zamanlarda tanımlanmış endoskopik bir bulgudur. Endoskopi sırasında gastrointestinal sistemin mukozası içine giren lümen içi havanın mukozayı diseke etmesiyle oluşur (4). Yağ dokusuna makroskopik ve mikroskopik benzerliğinden dolayı bu terim kullanılmıştır. Her ne kadar etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da, kolon, duodenum, mide ve deride olası nedenleri üzerinde durulmuştur (1, 6-8). Bazı araştırmacılar psödolipomatozis ve pnömatozis intestinalisin etyolojilerinin ortak olduğunu ileri sürmüşlerdir (5). Pnömatozis koli, barsak duvarında oluşan formudur ve patogenezi açıklamak amacıyla mekanik, bakteriyel ve biyokimyasal teoriler ileri sürülmüştür. Psödomembranöz enterokolit, nekrotizan enterokolit, barsak enfarktüsü, KOAH, intestinal obstrüksiyon, skleroderma, dermatomiyozit, mikst bağ doku hastalıkları, sistemik amiloidoz, geç dönem Crohn hastalığı olaya eşlik edebileceği gibi, öncesinde operasyon ya da olgularımızda olduğu gibi iatrojenik endoskopik girişim öyküsü bulunabilir (1). Gagliardi ve ark.'ları (9) 25 pnömatozis koli hastasının 5'inde kolonda mukozal psödolipomatozis odağı saptamıştır.

Vücutta anormal bir lokalizasyonda gaz varlığı olan pnömatozis intramural gaz dağılımına göre 3 paterne ayrılabilir. Mikroveziküler pnömatozis tipik olarak invaziv girişimler ile ilişkilidir. Lamina propria'daki küçük hava birikimleri mikrotravma ve sterilizasyonda kullanılan hidrojen peroksit'e bağlı oluşabilir (10). Literatürde psödolipomatozisin diğer ismi olarak tanımlayanlar da bulunmaktadır (1). Lineer pnömatoziste, barsak iskemisi veya infarkt olasılığı ekarte edilmelidir. Kistik pnömatozis ise makroskopik olarak birkaç mm'den cm'ye kadar ulaşan submukozal kistler şeklinde izlenir (10). Histolojik olarak tanımlanan kistleri psödolipomatozisten farklı olarak yassılaştırmış makrofajlar döşer ve çevresinde histiositik dev hücre, eozinofil lökositleri içeren hücresel yanıt izlenir (5,10).

Taylor ve ark.'larının (11) bildirdiği üzere gastrik pnömatozis ilk kez 1889'da Fraenkel tarafından mide duvarında gaz infiltrasyonu olarak tanımlanmıştır. Asit alımı, nonspesifik eroziv gastrit, intramural yerleştirilmiş beslenme kateteri, fitobezoar, gastrik hematoma ve kardiyak cerrahi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (11,12). İnfantil dönemde nekrotizan enterokolit ve mide çıkışında obstrüksiyon ile ilişkilidir (12,13). Bizim olgularımızda mikroveziküler pnömatozise benzer şekilde daha önce yapılan endoskopi

(The Turkish Journal of Pathology)

öyküsü bulunmakla birlikte, histolojide kistleri döşeyen makrofajlar ve kistler çevresinde inflamasyon yoktur. Bu nedenle psödolipomatozis etyolojik olarak pnömatozis ile benzerlik göstermekle birlikte morfolojik açıdan farklı bulgular içermektedir.

Psödolipomatozis histolojik olarak ksantom, müşafajlar, lipom, taşlı yüzük hücreli karsinom ve lenfanjiyektazi ile de karışabilir. Ksantom, lipid içeren histiyositik hücrelerin lokalize topluluğudur. En sık deri ve tendonlarda görülmekle birlikte GIS'te ve sıklıkla midede görülür. Endoskopik olarak sarı beyaz, iyi sınırlı tek veya multipl nodül ya da plak şeklindedir (14). Kronik gastrit, intestinal metaplazi, atrofik gastrit, gastrik ülser ve safra reflüsüne bağlı değişikliklerin ortaya çıktığı mide mukozasında izlenir. İnsidansı yaşlı hastalarda gençlere göre daha fazladır. Etiyolojisi tam olarak bilinmese de mukozal hasara inflamatuvar yanıt veya gastrik mukozanın yaşlanmaya bağlı bir bulgusu olabileceği ileri sürülmektedir. Histolojik olarak lamina propria'da köpüksü histiyositler izlenir. Bu hücreler poligonal ya da yuvarlak şekilli, küçük santral veya hafif ekzantrik yerleşimli yuvarlak veya oval nükleuslu, sitoplazmasında çok sayıda vakuoller içeren hücrelerdir. CD68 ile sitoplazmik pozitivite gösterirler, PAS ve Alcian Blue negatifliği ile glikojen ve münden ayrılırlar (15). Müşafajlar ise mukoprotein içeren makrofajlardır. Gastrointestinal sistemin her bölgesinde bulunabilirler. CD68, PAS, diastazlı PAS, müskarmin, Alcian blue ve green ile pozitif boyanma gösterirler. Klinik olarak önemi olmayan bir mukozal hasarı yansıtabileceği belirtilmiştir (5). Bizim olgularımızda CD68 ile lezyonda pozitiflik saptanmamış, müsin negatif bulunmuştur. Taşlı yüzük hücreli karsinomda nükleusları kenara itilmiş, histokimyasal olarak d-PAS ve immünohistokimyasal sitokeratin ile pozitif boyanan atipik epitelyal hücreler izlenir (15). Gastrik lipom, intakt veya erode mukozaya ile çevrili iyi diferansiye adipöz dokudan oluşan submukozal lezyondur. Nadiren serozada bulunabilir. Genellikle antrumdan kaynaklanır. Geniş, lobüle ve pediküle görünümdedir. Kesit yüzeyleri açık sarı, yuvarlak ve enkapsüledir. Tümörü genellikle kalın fibröz kapsül çevreler. Buna karşın mukozal psödolipomatozis kapsül veya yağ hücreleri içermeyen daha diffüz bir lezyondur (16). Burada sunduğumuz olgularda histokimyasal ve immünohistokimyasal incelemeler sonucunda kistik boşlukları döşeyen herhangi bir epitelyal döşenme ile histiyositler tesbit edilememiştir. Ayrıca endotelial belirleyiciler ile boyanmaması

lenfanjiyektazi ile uyumlu olmadığını belirlemiştir.

Özet olarak psödolipomatozis etyolojik ve histolojik olarak pnömatozis ile yakın benzerliği olan bir lezyondur. Gastrik formu endoskopik girişimlerden sonra rastlantısal olarak görülebilir. Böyle bir lezyonun varlığından ve histolojik görünümünden haberdar olma etyopatogenezi aydınlatmada ve anlamlılığını değerlendirmede önemli olabilir.

KAYNAKLAR

1. Alper M, Akcan Y, Belenli OK, Çukur S, Aksoy KA, Suna M. Gastric pseudolipomatosis usual or unusual? Re-evaluation of 909 endoscopic gastric biopsies. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 2846-2848.
2. Petras RE. Nonneoplastic intestinal diseases. In: Mills SE, Carter D, Greenon JK, Oberman HA, Reuter V, Stoler MH (eds). *Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology*. Vol 2, 4th edition. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2004; pp. 1519.
3. Snover DC, Sandstad J, Hutton S. Mucosal pseudolipomatosis of the colon. *Am J Clin Pathol* 1985; 84: 575.
4. Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger AE, Stemmermann GN, Lantz PE, Listrom MB, Rilke FO (eds). *Nonneoplastic lesions of the colon*. In: *Gastrointestinal Pathology an Atlas and Text*, 2nd edition, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 1999; pp. 895-896.
5. Salto-Tellez M, Price AB. What is the significance of muciphages in colorectal biopsies? *Histopathology* 2000; 36: 556-562.
6. Cook DS, Williams GT. Duodenal pseudolipomatosis. *Histopathol* 1998; 33: 394-395.
7. Stebbing J, Wyatt JL. Gastric pseudolipomatosis. *Histopathol* 1998; 32: 283-284.
8. Trotter MJ, Crawford RI. Pseudolipomatosis cutis: superficial dermal vacuoles resembling fatty infiltration of the skin. *Am J Dermatopathol* 1998; 20: 443-447.
9. Gagliardi G, Thompson IW, Hershman MJ, Forbes A, Hawley PR, Talbot IC. Pneumatosis coli: a proposed pathogenesis based on study of 25 cases and review of the literature. *Int J Colorectal Dis* 1996; 11: 111-118.
10. Liu DM, Torreggiani WC, Rowan K, Nicolaou S. Benign pneumatosis intestinalis: a cause of massive pneumoperitoneum in the adult. *Can J Emerg Med* 2003; 5: 416-420.
11. Taylor DR, Tung JY, Baffa JM, Shaffer SE, Blecker U. Gastric pneumatosis following cardiac surgery. *Eur J Pediatr* 2000; 159: 553-554.
12. Travadi JN, Patole SK, Simmer K. Gastric pneumatosis in neonates: revisited. *J Paediatr Child Health* 2003; 39: 560-562.
13. Kawano S, Tanaka H, Daimon Y, Niizuma T, Terada K, Kataoka N, Iwamura Y, Aoyama K. Gastric pneumatosis associated with duodenal stenosis and malrotation. *Pediatr Radiol* 2001; 3: 656-658.
14. Miliuskas JR. Rectosigmoid (colonic) Xanthoma: a report of four cases and review of the literature. *Pathology* 2002; 34: 144-147.
15. Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapici O, Tozun N. Xanthelasma of the upper gastrointestinal tract. *J Gastroenterol* 2004; 39: 215-219.
16. Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger AE, Stemmermann GN, Lantz PE, Listrom MB, Rilke FO (eds). *Gastrointestinal Mesenchymal Neoplasms*. In: *Gastrointestinal Pathology an Atlas and Text*, 2nd edition, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 1999; pp. 1197-1198.