

Midede Dev Hiperplastik Polip

Giant Hyperplastic Polyp in the Stomach

Fazilet Uğur DUMAN¹, Semin AYHAN¹, Aydın İŞİSAĞ¹, İsmail YAMAN²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı,

²S.B. Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, MANİSA, TÜRKİYE

Departments of ¹Pathology, Celal Bayar University, Faculty of Medicine and ²General Surgery, M.H. Merkez Efendi State Hospital, MANİSA, TURKEY

ÖZ

Mide poliplerinin yaklaşık %75'ini oluşturan hiperplastik polipler, genellikle 1 cm'den küçük, tek, sessil polipler olup antrumda lokalizedirler. Genellikle klinik bulgu vermezler. Sunulan 77 yaşındaki erkek hasta halsizlik yakınması ile başvurmuştur. Saptanan hipokrom mikrositer aneminin etiolojisini araştırmaya yönelik olarak yapılan üst GİS endoskopisinde, 6 cm çapında, papillomatöz, malign görünümlü kitle saptanmıştır. 2 cm çapından büyük mide poliplerinde malignite gelişme riski fazla olduğundan kitleden çok sayıda örnekleme yapılmıştır. Histopatolojik inceleme sonucunda displazi saptanmamış ve lezyon, dev hiperplastik polip tanısı almıştır. Olgu, polip çapının çok büyük olması ve bu tür lezyonlarda displazi araştırmasının önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Mide neoplazmları, Hiperplastik polip

ABSTRACT

Hyperplastic polyps, which account for nearly 75% of all gastric polyps, are generally small (<1 cm), single, sessile, polyps and located in antrum. They are usually asymptomatic. A 77-year-old man was admitted to hospital due to severe fatigue as a consequence of iron-deficiency anemia. The upper gastrointestinal endoscopy which was done to discover an etiological factor revealed a papillomatous mass 6 cm in diameter that had a malignant endoscopic appearance. Numerous macroscopic sections were taken since larger gastric polyps (especially those greater than 2 cm in diameter) have a greater risk of malignancy development. No dysplasia was detected on histological and immunohistochemical evaluation and it was therefore diagnosed as a giant hyperplastic polyp in the stomach. The large size of the polyp in the presented case led us to emphasize the importance of searching for dysplasia in such cases.

Key Words: Gastric neoplasms, Hyperplastic polyp

GİRİŞ

Hiperplastik polipler, midenin en sık görülen polipleridir. Genellikle asemptomatik ve 1 cm'den küçük çaptadırlar. Semptomatik oldukları zaman dispepsi, midede yanma hissi, karın ağrısı ya da anemi ile sonuçlanan üst gastrointestinal sistem kanaması gibi bulgular gösterirler (1-3). Hiperplastik polipler büyük çaplara ulaşırlarsa endoskopik olarak malign lezyonlarla karışabilirler. Midedeki hiperplastik polipler, klasik bilgilerimize göre tümüyle benign lezyonlar olarak kabul edilmelerine karşın, bu tür poliplerde displastik ve karsinomatöz değişikliklerin ortaya çıktığı da bildirilmektedir (4-6). Özellikle 2 cm çapından büyük olan poliplerde displazi ya da karsinom gelişme riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (7).

OLGU SUNUMU

Halsizlik yakınması olan, 77 yaşında, erkek hasta, iç hastalıkları kliniğine başvurdu ve yapılan laboratuvar

değerlendirmelerinde hipokrom mikrositer anemi saptandı. Anemi etiolojisini araştırmaya yönelik yapılan üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisinde, fundustan başlayıp korpus antrum bileşkesine kadar uzanan, 6x5,5 cm ölçülerde, mukozadan kabarık, papillomatöz, malign görünümlü kitle izlendi. Uygulanan biyopsi 'Hiperplastik polip- displazi kuşkulu' olarak değerlendirildi ve kitlenin büyüklüğü nedeniyle frozen eşliğinde cerrahi eksizyon önerildi. Frozen materyalinin 'benign' olarak bildirilmesi üzerine ameliyat "mide wedge rezeksiyonu" yapılarak sonlandırıldı, ancak olası displazi odaklarının parafin kesitlerde araştırılmasından sonra olgunun yeniden değerlendirilmesi kararlaştırıldı.

Kitleye ait eksizyon materyalinin makroskopik incelemesinde, lezyonun yaklaşık 2,5 cm çaplı bir tabanla mukozaya oturan, üzüm salkımı şeklinde lümene doğru uzanan polipoid yapılardan oluştuğu görüldü (Şekil 1). Kesit yüzünde yapının merkezi kısmını oluşturan fibröz

Geliş Tarihi/Received : 03.09.2009

Kabul Tarihi/Accepted : 24.01.2010

Yazışma Adresi/Correspondence: Semin AYHAN

Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, MANİSA, TÜRKİYE/Department of Pathology, Celal Bayar University, Faculty of Medicine, MANİSA, TURKEY

E-posta/E-mail: seminayhan@gmail.com Tel/Phone: +90 236 232 31 33

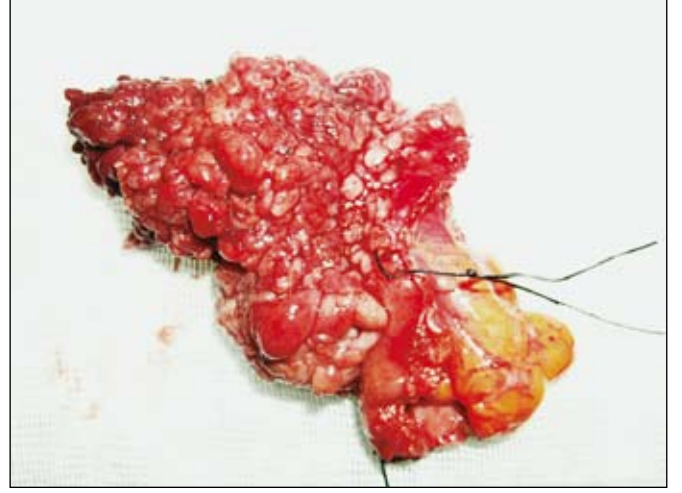
dokunun bir ağacın dallarını anımsatır şekilde incelerek lümenine doğru uzandığı görüldü. Lezyonun izlenmediği mukozal alanlar ise kaba granüler görünümdeydi.

Histopatolojik olarak, korpusa ait oksintik mukoza üzerinde gelişmiş bu polipoid yapıların çoğu alanda geniş, soluk, pembe sitoplazmalı, mukustan zengin, uzun silindirik, olağan foveolar epitel hücreleri ile örtülü olduğu dikkati çekti (Şekil 2). Bu epitel yer yer psödostratifiye görünüm alarak, derinleşmiş ve kistik görünüm almış foveolaları döşemekteydi. Dilate bez yapılarının da ortaya çıktığı lamina propriada ise ödem, hafif yangısal hücre infiltrasyonu ve muskularis mukozada hiperplazi izlendi. Masson trikrom ve Van Gieson histokimyasal boyaları yardımıyla, ağaç dalını anımsatır görüntü yaratan yapıların ortasındaki liflerin kollajen olduğu görüldü (Şekil 3). Polip komşuluğunda, absorbtif hücreler ve goblet hücrelerini içeren intestinal metaplazi odakları dikkati çekti. Diğer alanlarda korpus örneklerinde “kronik atrofik aktif gastrit” tablosu izlenmekteydi. Ancak yapılan Toluidin blue histokimyasal boyasında Helikobakter pilori görülmedi. Polipoid yapıdan alınan çok sayıda örneklerin bir kısmında yüzey epitelinde mukus içeriğini kaybetmiş, daha koyu eozinofilik sitoplazmalı, hiperkromatik nükleuslu, yer yer nükleol belirginliği olan hücrelerin bulunduğu alanlar saptandı (Şekil 4). Bu alanlar, displazi kuşkusu yaratmakla birlikte, nükleer kontur düzensizliği ve dizilim bozukluğu, atipik mitoz ile yüzey maturasyonu kaybı içermiyordu. Uygulanan Ki-67 ve p53 immün boyamalarında, displaziyi düşündürücek pozitif immunoreaktivite saptanmadı (Şekil 5,6).

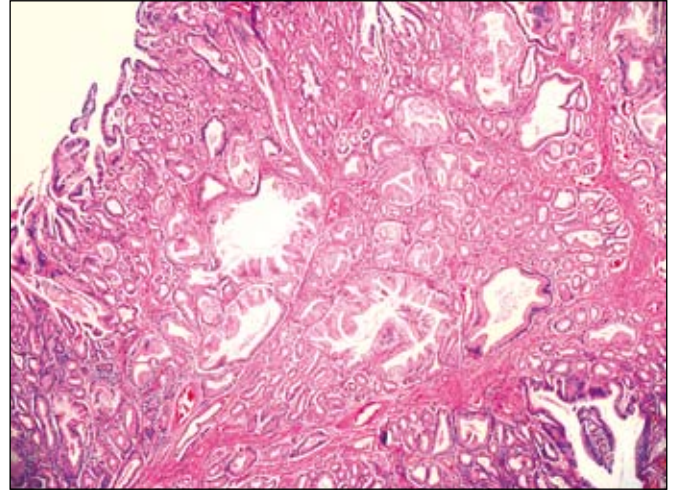
TARTIŞMA

Hiperplastik poliplerin patogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte, mukozal hasara karşı abartılı rejeneratif bir yanıt sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Mide mukoza-sında kronik mukozal hasar ve erozyon, foveolar hiperplazi ile sonuçlanır. Bu hiperplastik alan, olguların %24’ünde kaybolabilir, geriye kalanlarda devam edebilir ya da lokalize bir lezyon olarak ortaya çıkan hiperplastik polipe progresyon gösterebilir (1). Mukozal hasarın en önemli nedeninin kronik gastrite yol açan helikobakter pilori ya da otoimmun gastrit olduğuna inanılmaktadır. Aynı zamanda kronik gastrite yol açan herhangi bir ajan da predispozan faktör olabilir (8-10).

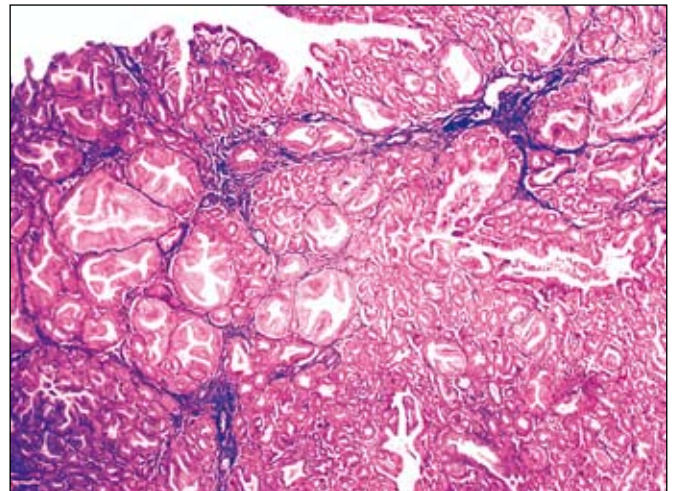
Hiperplastik polipler, mide poliplerinin yaklaşık %75’ini oluşturur (1-3). Non-neoplastik nitelikteki bu polipler yaşlılarda daha siktir, 6. ve 7. dekadlarda pik yaparlar, cinsiyete göre görülme sıklıkları değişmez. Genellikle asemptomatikler ve başka nedenlerle yapılan üst GİS



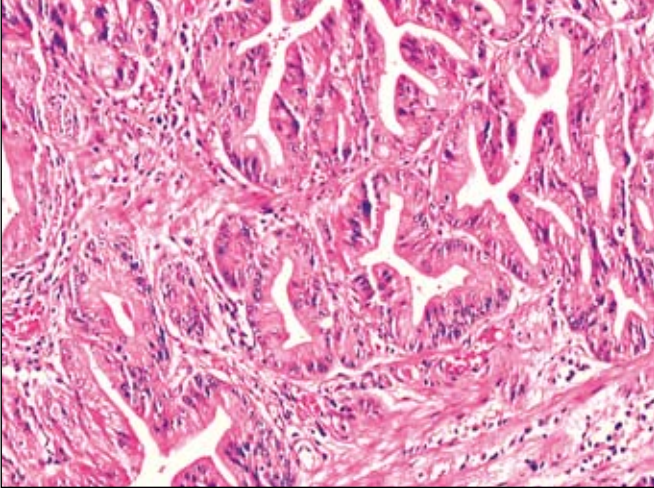
Şekil 1: Geniş bir tabanla mukozaya oturan, üzüm salkımı şeklinde papillomatöz kitle.



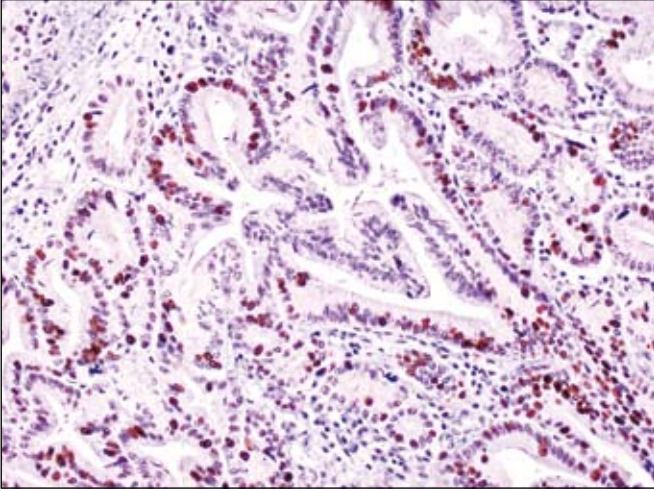
Şekil 2: Olağan foveolar epitel ile örtülü, tabanda kistik genişleşmiş bezler de içeren polipoid yapılar (H&E, x40).



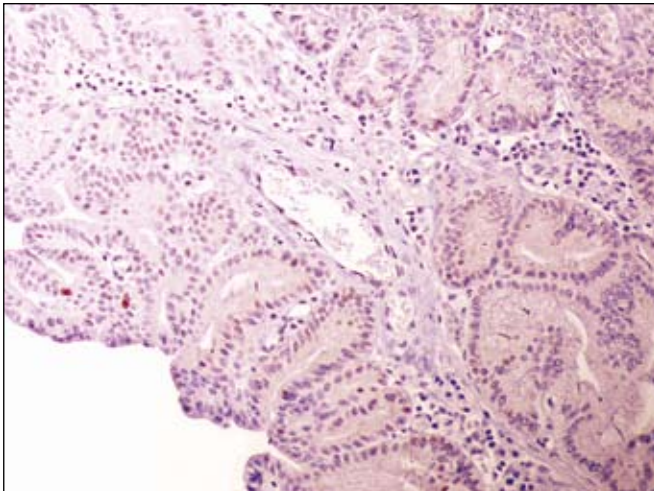
Şekil 3: Polipoid yapıların merkezinde yer alan kollajenize alanlar (Masson trikrom, x100).



Şekil 4: Bazı alanlarda foveolaların derininde izlenen, mukus kaybı gösteren, daha dar eozinofilik sitoplazmalı, hiperkromatik nükleuslu, nükleollerini belirgin hücrelerle döşeli bezler (H&E, x200).



Şekil 5: Displazi kuşkusunu taşıyan alanlarda Ki-67 ekspresyonu (x200).



Şekil 6: Şekil 5'de gösterilen alanlarda p53 ekspresyonu (x200).

endoskopisinde rastlantısal olarak saptanabilirler. Polibin büyük olduğu olgularda epigastrik ağrı oluşabilir, kanama ve mide çıkışında tıkanıklık gibi komplikasyonlar gelişebilir. Polipin yüzeyinde ülserasyon gelişmesi, ağrı, kanama veya bizim olgumuzda olduğu gibi demir eksikliği anemisine neden olabilirken, pilorda yerleşen geniş tabanlı ya da antrumda yerleşen saplı bir polip mide çıkışında tıkanıklığa neden olabilir (11-13).

Makroskopik olarak, genellikle 1 cm'den küçük, tek, sesil lezyonlar olup sıklıkla antrumda lokalizedirler, ancak olguların %20'sinde multipl olabilirler (2). Olgumuz, ulaştığı 6 cm'lik çapı ile sıradışı boyutlardadır. Çoğunlukla mukozaya ile örtülü hiperplastik poliplerin boyutu arttıkça erozyon, ülserasyon veya olgumuzdaki gibi lobülasyon gösterme eğilimleri de artar.

Lezyon histolojik olarak, sıklıkla kistik dilatasyon gösteren bezlerle karakterize, uzamış, distorsiyone, hiperplastik foveolar epitelden ve inflamatuvar hücreler içeren ödemli lamina propriadan oluşur. Hiperplastik poliplerin %16'sında küçük odaklar halinde intestinal metaplazi görülebilir (1,14). Stroma, ödem, reaktif mezenkimal hücreler (myofibroblastlar) yanısıra plazma hücreleri, eozinofil, lenfosit, histiosit ve nötrofilleri de içeren mikst yangısal hücreleri içerir. Lamina propriada düz kas lifleri görülebilir (1-3). Hem epitel hem de mezenkimal stromal hücreler, belirgin rejeneratif değişiklikler içerebilir. Böyle durumlarda displazi ve sarkom/iğsi hücreli karsinomdan ayırımı önemlidir. Sunduğumuz olgu, hiperplastik polipin bu genel özelliklerini sergilemekle birlikte fokal alanlar halinde displazi kuşkusunu yaratan rejeneratif değişiklikler göstermekteydi. Hiperplastik poliplerde, malignite riski açısından en önemli belirleyici faktörün, polibin çapı ve epiteldeki displastik değişiklikler olduğunu vurgulayan yayınlar, sıradışı büyüklükteki polibimizde bu odakların daha dikkatli incelenmesi gerekliliğini ortaya koydu (1,5,7,14). Epiteldeki displazi ile rejenerasyonun ayırımını değerlendirmek için sitomorfolojik özellikler ve immünohistokimyasal bulgular gözden geçirildi. Olgumuzda, epiteldeki sitolojik atipinin sadece derin proliferasyon zonunda sınırlı kalması, yüzey maturasyonunun bulunması, nükleer pleomorfizm ve polarite kaybının olmaması rejenerasyon lehine değerlendirildi. Displastik epitelde yüksek oranda pozitif görmeyi beklediğimiz p53'ün olgumuzda negatif saptanması ve Ki-67'nin proliferasyon zonu dışında kalan epiteliyal alanlarda düşük oranda eksprese edilmesi, "displazi" kuşkusunu ortadan kaldırdı.

Hiperplastik poliplerin ayırıcı tanısında polipoid gastrit, polipoid foveolar hiperplazi, gastritis sistika polipoza/

profunda, fundik bez polipleri, hamartomatöz polip, Menetrier hastalığı, Cronkhite-Canada sendromu, juvenil polipozis ve Peutz-Jeghers polipozisi önemlidir (2). Polipoid gastrit ve polipoid foveolar hiperplazi, tipik olarak hiperplastik polipten daha küçüktürler ve kistik, dilate, düzensiz ve distorsiyone foveolar epitelden yoksundurlar. Ek olarak polipoid foveolar hiperplazide lamina propria daha az enflamasyon ve düz kas hiperplazisi içerir. Hiperplastik poliplerin aksine gastritis sistika polipozida, kistik, dilate ve distorsiyone epitel ya da bezler muskularis mukoza ya da submukoza içindedirler (15). Fundik bez polipleri ise çoğunlukla pariyetal ve esas hücreler ile çevrili kistik dilate bezler içerir (1,2). Menetrier hastalığı, Cronkhite-Canada sendromu ve juvenil polipler histolojik olarak hiperplastik poliplerle benzer özellik gösterirler. Doğru tanıyı koymak ve sendromu saptamak için klinik ve endoskopik bilgi almak şarttır. Peutz-Jeghers polipleri, tipik olarak bir ağacın dallanmasını anımsatır düz kas paterni gösterirler, ancak bunlarda düz kas hiperplazisi hiperplastik polipte görülenden çok daha fazladır ve stromal enflamasyon çok azdır (1,2,14).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, hiperplastik poliple birliktelik gösteren displazi ve karsinom oranları %1,5-4,5 olarak bildirilmektedir (1,16). Abraham, polibin çevresindeki mide mukozasında adenokarsinom görülme insidansını %6, polip içinde karsinom insidansını ise %0,6 olarak bildirmiştir (14). 2 cm çapından büyük poliplerde malignite riski daha fazla olduğundan bu poliplerin eksizyonu, çok sayıda örnekleme yapılması ve epitelde displastik değişikliklerin araştırılması önerilmektedir (16,17).

KAYNAKLAR

1. **Jain R, Chetty R:** Gastric hyperplastic polyps: a review. *Dig Dis Sci* 2009, 54:1839-1846
2. **Turner JR, Odze RD:** Polyps of the stomach. In Odze RD, Goldblum JR, Crawford JM (Eds): *Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary tract, and Pancreas*. 1st ed., Philadelphia, Elsevier Saunders, 2004, 267-295
3. **Morais DJ, Yamanaka A, Zeitune JM, Andreollo NA:** Gastric polyps: a retrospective analysis of 26.000 digestive endoscopies. *Arq Gastroenterol* 2007, 44:14-17
4. **Nogueira AM, Carneiro F, Seruca R, Cirnes L, Veiga I, Machado JC, Sobrinho-Simões M:** Microsatellite instability in hyperplastic and adenomatous polyps of the stomach. *Cancer* 1999, 86: 1649-1656
5. **Daibo M, Itabashi M, Hirota T:** Malignant transformation of gastric hyperplastic polyps. *Am J Gastroenterol* 1987, 82: 1016-1025
6. **Ginsberg GG, Al-Kawas FH, Fleischer DE, Reilly HF, Benjamin SB:** Gastric polyps: relationship of size and histology to cancer risk. *Am J Gastroenterol* 1996, 91: 714-717
7. **Cherukuri R, Levine MS, Furth EE, Rubesin SE, Laufer I:** Giant hyperplastic polyp in the stomach: Radiographic findings in seven patients. *AJR Am J Roentgenol* 2000, 175:1445-1448
8. **Abraham SC, Singh VK, Yardley JH, Wu TT:** Hyperplastic polyps of the stomach: associations with histologic patterns of gastritis and gastric atrophy. *Am J Surg Pathol* 2001, 25:500-507
9. **Di Giulio E, Lahner E, Micheletti A, Milione M, D'ambra G, Bordi C, Delle Fave G, Annibale B:** Occurrence and risk factors for benign epithelial gastric polyps in atrophic body gastritis on diagnosis and follow-up. *Aliment Pharmacol Ther* 2005, 21: 567-574
10. **Peterson WL, Graham DY: Helicobacter pylori.** In **Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH (Eds):** *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management*. 7th ed., Philadelphia, Elsevier Saunders, 2002, 732-746
11. **Sanna CM, Loriga P, Dessi E, Frau G, Congiu G, Corrias A, Corda R:** Hyperplastic polyp of the stomach simulating hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991, 13:204-208
12. **Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, Tozun N:** Antral hyperplastic polyp causing intermittent gastric outlet obstruction: case report. *BMC Gastroenterol* 2003, 27:3-16
13. **Alper M, Akcan Y, Belenli O:** Large pedunculated antral hyperplastic gastric polyp traversed the bulbous causing outlet obstruction and iron deficiency anemia: endoscopic removal. *World J Gastroenterol* 2003, 9:633-634
14. **Abraham SC: Gastric polyps:** Classification and meaning. *Pathol Case Rev* 2002, 7:2-11
15. **Fonde EC, Rodning CB:** Gastritis cystica profunda. *Am J Gastroenterol* 1986, 81:459-464
16. **Park do Y, Lauwers GY:** Gastric polyps: Classification and management. *Arch Pathol Lab Med* 2008, 132:633-640
17. **Gschwantler M, Pulgram T, Feichtenschlager T, Brownstone E, Gabriel C, Bibus B, Weiss W:** Gastric carcinoma arising from from a hyperplasiogenic polyp with a diameter of less than 2 centimeters. *Z Gastroenterol* 1995, 33:610-612