



Malignite Şüphesi Uyandıran İnce Barsak İnflamatuar Fibroid Polipi: Olgu Sunumu

Ömer Yalkın¹, Fatih Altıntoprak¹, Muzaffer Yıldırım²

¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Sakarya

ÖZET

Malignite şüphesi uyandıran ince barsak inflammatuar fibroid polipi: Olgu sunumu

İnflamatuar fibroid polipler (Vanek tümörü) gastrointestinal sistemin nadir görülen benign polipoid lezyonlardır. Sıklıkla mide yerleşimli olmakla birlikte tüm gastrointestinal sistemde görülebilirler. Klinik bulguları ve tedavi seçenekleri lezyonun lokalizasyonuna ve boyutuna göre değişmektedir. 60 ve 53 yaşlarındaki erkek hastalar acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurular. Radyolojik incelemelerinde ince barsakta kitle saptanan hastalar cerrahi olarak tedavi edildiler. Olgular; nadir görülen inflammatuar fibroid poliplerin benign olmalarına rağmen ameliyat öncesi dönemde klinik ve radyolojik olarak malignite şüphesi oluşturabilen lezyonlar olduğu hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Fibroid polip, Vanek tümörü, ince barsak, invaginasyon

ABSTRACT

Small bowel inflammatory fibroid polyp with suspicion of malignancy: case report

Inflammatory fibroid polyps (Vanek's tumor) is a rare benign polypoid lesions of the gastrointestinal tract. Although often localized in the stomach, can be seen in anywhere along the gastrointestinal tract. Clinical findings and treatment options ar vary depending on the size and localization of these lesions. Two patients with ages of 60 and 53 were admitted to the emergency department with complaint of abdominal pain, and they were treated by surgery with the diagnosis of small bowel mass.

Key words: Fibroid polyp, Vanek's tumor, small bowel, invagination

Bakırköy Tıp Dergisi 2015;11:173-176

GİRİŞ

Vanek Tümörü olarak da adlandırılan inflammatuar fibroid polipler (İFP); gastrointestinal sistemin etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, benign karakterli ve nadir görülen kitlesel lezyonlarındadır. Histopatolojik olarak genellikle submukozadan köken alırlar ve boyutları sıklıkla 4 cm'den küçüktür, ancak 12 cm'e kadar büyüyebildikleri de bildirilmiştir (1). En sık yerleşim lokalizasyonları mide antrumudur. Klinik bulguları yerleştikleri lokalizasyona ve boyutlarına bağlı olarak epigastrik ağrıdan intestinal obstrüksiyon bulgularına kadar değişebilmektedir (2). İleri yaş grubunda intestinal obstrüksiyon bulgularına neden olduklarında hem klinik olarak hem de radyolojik

olarak malignite ile karışabilmektedirler. Bu yazıda; birinde klinik olarak diğerinde radyolojik olarak malignite şüphesi olan ince barsak yerleşimli İFP saptanan 2 olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

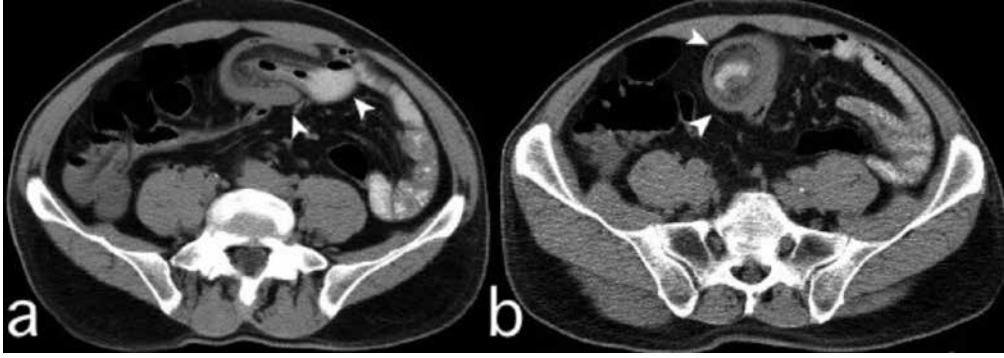
60 yaşında erkek hasta, 2 yıldır aralıklı olan fakat son 10 gündür artan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Anamnezinden son 6 ayda belirgin kilo kaybı (8 kg) olduğu öğrenilen hastada geçirilmiş abdominal girişim ve bilinen kronik hastalık hikayesi yoktu. Başvuru anında fizik muayenesinde; karında yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu, barsak sesleri artmıştı. Laboratuar incelemelerinde patoloji saptanmayan hastanın abdominal grafisinde ince barsak tipi hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Abdominal USG'de invagine olmuş ince barsak segmenti ve bu segmentte lümen

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Fatih Altıntoprak
Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya
Telefon / Phone: +90-533-548-3415

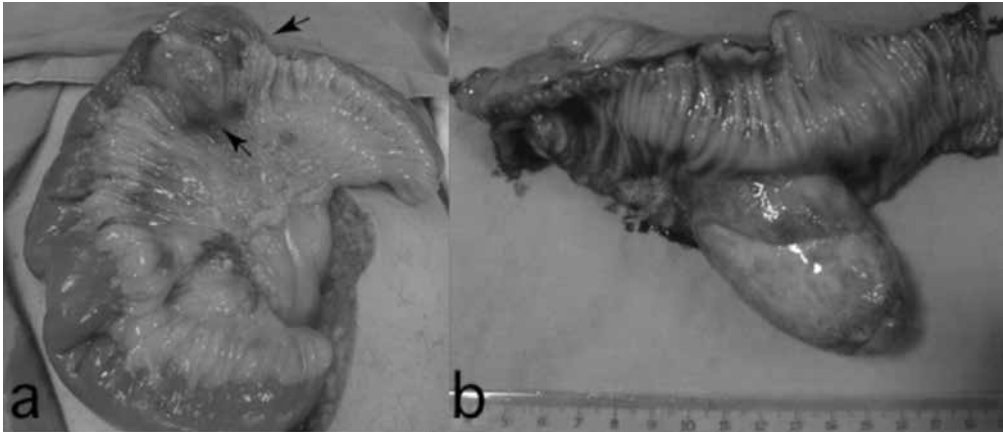
Elektronik posta adresi / E-mail address: fatihaltintoprak@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 10 Ağustos 2012 / August 10, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance: 12 Temmuz 2013 / July 12, 2013



Resim 1: Abdominal BT; a-b) USG'de belirlenen lümen içi kitle net olarak seçilememekle birlikte ileum segmentlerinde invaginasyon olduğu izleniyor (ok başları)

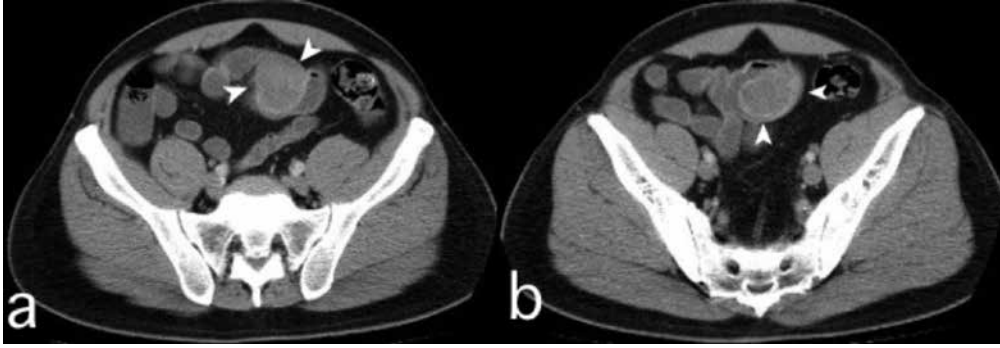


Resim 2: Ameliyat bulgusu; a) serozaya doğru baskı uygulamış lümen içi kitel ve invagine olmuş proksimal barsak segmentleri izleniyor (oklar). b) Rezeksiyon sonrası düzgün sınırlı ve lümen içerisine doğru büyümüş kitlenin makroskopik görünümü

içi kitle görünümü saptandı. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; ileumda 10-12 cm'lik segmentte invaginasyon olduğu belirlendi (Resim 1). Hasta klinik olarak malignite şüphesi uyandıran ve mekanik intestinal obstrüksiyona neden olmuş lümen içi kitle ön-tanısı ile acil şartlarda ameliyata alındı. Karın eksplorasyonunda; ileoçekal valvin 50 cm proksimalindeki ince barsak segmentinde yaklaşık 30 cm'lik bir segmentte invaginasyona neden olmuş, 5 cm çaplı, lümen içi yerleşimli kitle saptandı (Resim 2), karın içi asit veya lenf adenomegali saptanmadı. İnvagine olan kısım redükte edildikten sonra kitleyi içerisine alacak şekilde segmenter ince barsak rezeksiyonu sonrası uç-uca anastomoz ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 4. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemesi inflamatuvar fibroid polip olarak sonuçlandı. Takiplerinin 15. ayında olan hasta sorunsuz izleniyor.

Olgu 2

53 yaşında erkek hasta 1 yıldır aralıklı olan fakat son 1 aydır giderek artan karın ağrısı ve iştahsızlık şikayetleri ile başvurdu. Başvuru anında fizik muayenesi normal olarak değerlendirilen hastanın laboratuvar incelemelerinde patoloji saptanmadı. Abdominal grafisi ve karın ultrasonografisi (USG) normal olarak değerlendirilen hastaya şikayetlerinin tekrarlayıcı nitelikte olması nedeniyle abdominal BT incelemesi yapıldı. Abdominal BT incelemesinde; ileum segmentinde, serozaya doğru uzanım gösterdiği izlenimi alınan fakat lümen içi yerleşimli, yaklaşık 5 cm boyutunda ve düzgün sınırlı kitle saptandı (Resim 3). Radyolojik olarak gastrointestinal stromal tümör ön-tanısı koyulan hasta elektif şartlarda ameliyata alındı. Karın eksplorasyonunda; ileoçekal valvin 40 cm proksimalindeki ileum segmentinden kaynaklanan, yaklaşık 5 cm çaplı lümen içi yerleşimli kitle



Resim 3: Abdominal BT; a) kitlenin proksimaline denk gelen BT kesitlerinde ileum lokalizasyonlu, ince barsak lümenine dışarıdan bası yaptığı izlenimi alınan, düzgün sınırlı kitle görünümü (ok başları). b) daha alt kesitlerde kitlenin lümen içi yerleşimli olduğu izleniyor (ok başları)



Resim 4: Rezeksiyon sonrası lümen içi yerleşimli kitlenin makroskopik görünümü

saptandı (Resim 4). Karnı içerisinde asit veya lenf adenomegali saptanmayan hastaya kitleyi içerecek şekilde segmenter ince barsak rezeksiyonu sonrası uç-uca anastomoz ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 5. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemesi inflamatuvar fibroid polip olarak sonuçlandı. Takiplerinin 12. ayında olan hasta sorunsuz izleniyor.

TARTIŞMA

İnflamatuvar fibroid polipler gastrointestinal sistemin farklı lokalizasyonlarında karşılaşılabilen, genellikle submukozadan köken alan, nadir benign lezyonlardır. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır ve zayıf inflamatuvar

yanıta bağlı olarak geliştikleri düşünülmektedir (3). İlk defa Vanek tarafından 1949 yılında tariflenen bu lezyonlar literatürde; Vanek tümörü, gastrik eozinofilik submukozal granülom, hemanjioperistoma, inflamatuvar psodotümör miksoma, eozinofilik infiltrasyonlu fibroma ve polipoid miyoepitelyoma gibi çeşitli isimler altında tariflenmiştir (4). Makroskopik olarak sesil veya pediküllü olabilirler ve genellikle tek bir lezyon olarak tespit edilirler. Literatürde sadece iki ailede ince barsaklarda multipl sayıda tespit edilmiş ve 'Devon polipozis sendromu' olarak isimlendirilmiştir (5). Hemen her yaş grubunda görülebilmekle birlikte daha sıklıkla 6. ve 7. dekatta görülürler. Her iki olgumuz da literatürde belirtilen yaş grubu ile uyumlu yaş aralığındaydı ve her ikisinde de tek lezyon mevcuttu.

İnflamatuvar fibroid poliplerin doğal gelişim süreçleri tam olarak bilinmemekte fakat gelişim süreçlerinin yıllarla ifade edilecek kadar uzun olmadığı düşünülmektedir. En sık midede (%70) görülmekle birlikte ince barsak (sıklıkla ileum %20), kolon ve rektum (%4), safra kesesi (%1), özofagus (%1), duodenum (%1) ve apendiks (>%1) yerleşimli İFP'ler bildirilmiştir. Her iki olgumuzda da ileum lokalizasyonlu İFP mevcuttu.

Semptomlar ve klinik bulgular kitlenin büyüklüğüne ve anatomik lokalizasyonuna bağlı olarak değişmektedir. Mide lokalizasyonlu olan İFP'lerde kusma, epigastrik ağrı ve kanama daha sık görülen şikayetler iken; ince barsak ve kolon yerleşimli İFP'lerde ise karın ağrısı, kilo kaybı, ishal, kanama ve anemi daha sık karşılaşılan semptom ve bulgularıdır. İnce barsak lokalizasyonlu olanlar invaginasyon ve intestinal obstrüksiyona neden olup akut karnı bulguları ile prezente olabilirler. İleri yaş grubundaki bir hastada karın ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetlerinin birarada olması klinik olarak malignite olasılığını akla

getirmektedir. İlk olgumuzda mevcut olan belirgin kilo kaybı klinik olarak malignite şüphesi uyandırmaktaydı ve klinik prezentasyon invajinasona bağlı intestinal obstrüksiyon bulgularıydı. İkinci olgumuzda ise radyolojik olarak malignite şüphesi mevcuttu.

İnflamatuvar fibroid polip tanısında kullanılan yöntemler lezyonun gastrointestinal sistemdeki lokalizasyonuna ve boyutuna göre değişmektedir. Özofagus, mide ve duodenum yerleşimli İFP'ler üst, kolon-rektum yerleşimli olanlar ise alt gastrointestinal sistem endoskopik incelemeleri ile belirlenebilmektedir. Ancak İFP'lerin genellikle submukozal yerleşimli olması ve mikroskopik olarak heterojen morfolojiye sahip olması nedeniyle endoskopik biyopsilerin güvenilirliği tartışmalıdır (6). İnce barsak yerleşimli olanlar ise genellikle klinik şikayetler nedeniyle yapılan abdominal görüntülemeler sırasında veya intestinal obstrüksiyon nedeniyle yapılan acil cerrahi girişimlerle saptanabilmektedir. Operasyon esnasında da lezyonun makroskopik görünümü submukozal lipom veya gastrointestinal stromal tümörlerle oldukça benzerdir. Ayrıca histopatolojik ve immünühistokimyasal olarak leiomyom, schwannoma, metastatik malign melanom, fibromatozis ve kaposi sarkomu da makroskopik olarak ayırıcı tanıda düşünülebilecek diğer lezyonlardır (7).

Radyolojik görüntüleme yöntemlerinden endoskopik ultrasonografi özofagus, mide, duodenum ve kolon yerleşimli İFP tanısında kullanılabilen bir yöntemdir, fakat deneyim gerektirmektedir. Abdominal USG ile büyük çaplı lezyonlar kolaylıkla saptanabilmekle birlikte, ince barsak yerleşimli ve küçük lezyoların belirlenmesi zor olabilmektedir. Abdominal BT tüm gastrointestinal sistemi genel olarak görüntüleyebilmesi ve farklı kişiler tara-

findan değerlendirme yapılabilmesi imkanları nedeniyle tanıda daha avantajlıdır. Her iki olgumuzda da lezyon lokalizasyonunun ince barsak olması nedeniyle endoskopik ulaşım imkanımız yoktu. İlk olgumuzda hem abdominal USG hem de BT ile invajinasyon ve lümen içi kitle saptanabilmekle birlikte ikinci olgumuzda lezyon BT ile saptanabildi.

İnflamatuvar fibroid poliplerin tedavisi de lezyonun lokalizasyonu ve çapına göre değişmektedir. Mide veya kolon yerleşimli olup endoskopik çıkarıma uygun olan lezyonlarda endoskopik polipektomi yeterlidir. Eğer lezyon çapı büyükse veya malign bir lezyona eşlik ediyorsa endoskopik mukozal rezeksiyon veya endoskopik submukozal diseksiyon diğer endoskopik tedavi seçenekleridir (8). İFP'lerin genellikle submukozadan köken aldığı göz önüne alınırsa sesil lezyonlarda endoskopik tedavilerin perforasyon riski olduğu unutulmamalıdır. Endoskopik çıkarıma uygun olmayan lezyonlarda ve ince barsak yerleşimli olanlarda cerrahi rezeksiyon ön planda düşünülmelidir. Literatürde metastaz yapan olgu bildirilmemekle birlikte yetersiz rezeksiyon sonrası lokal nüks görülen olgular bildirilmiştir (9). Her iki olgumuz da cerrahi olarak tedavi edildi ve takiplerinde herhangi bir sorunla karşılaşmadı.

Sonuç olarak; İFP'ler gastrointestinal sistemin nadir görülen, benign karakterli kitle lezyonlarıdır. Lezyonun lokalizasyonuna ve boyutuna bağlı olarak non-spesifik şikayetlerden akut karın bulgularına kadar değişen bir yelpazede klinik şikayet ve bulgularla karşılaşılabilir. Benign karakterli olmalarına rağmen klinik ve radyolojik olarak malignite şüphesi oluşturabilecek lezyonlar oldukları hatırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Morales-Fuentes GA, de Arino-Suarez M, Zarete-Osorno A, Rodriguez-Jerkov J, Terrazas-Espitia F, Perez-Manauta J. Vanek's polyp or inflammatory fibroid polyp. Case report and review of the literature. *Cir Cir* 2011; 79: 242-245.
2. de la Plaza R, Picardo AL, Cuberes R, Jara A, Martinez-Penalver I, Villanueva MC, et al. Inflammatory fibroid polyps of the large intestine. *Dig Dis Sci* 1999; 44: 1810-1816.
3. Paikos D, Moschos J, Tzilves D, Koulaouzidis A, Kouklakis G, Patakliouta F, et al. Inflammatory Fibroid Polyp or Vanek's tumour. *Dig Surg* 2007; 24: 231-233.
4. Vanek J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. *Am J Pathol* 1949; 25: 397-411.
5. Anthony PP, Morris DS, Vowles KD. Multiple and recurrent inflammatory fibroid polyps in three generations of a Devon family: a new syndrome. *Gut* 1984; 25: 854-862.
6. Doğanavşargil B, Özsan N, Akalın T, Ersin S, Aydın A, Tunçyürek M. Gastrointestinal stromal tümör kuşkusunu yaratan inflamatuvar fibroid polip. *Ege Tıp Dergisi* 2008; 47: 193-196.
7. Santos Gda C, Alves VA, Wakamatsu A, Zucoloto S. Inflammatory fibroid polyp: an immunohistochemical study. *Arq Gastroenterol* 2004; 41: 104-107.
8. Hirasaki S, Matsubara M, Ikeda F, Taniguchi H, Suzuki S. Gastric inflammatory fibroid polyp treated with Helicobacter pylori eradication therapy. *Intern Med* 2007; 46: 855-858.
9. Zinkiewicz K, Zgodzinski W, Dabrowski A, Szumilo J, Cwik G, Wallner G. Recurrent inflammatory fibroid polyp of cardia: a case report. *World J Gastroenterol* 2004; 10: 767-768.