

Nadir Görülen Bir İntestinal Obsrüksiyon Nedeni: Crohn Hastalığı ile Birliktelik Gösteren İnflamatuar Fibrinoid Polibin Neden Olduğu İleoileal İnvajinasyon

A Rare Cause of Intestinal Obstruction: Caused Illeoileal Intussusception Inflammatory Fibroid Polyp Associated With Crohn's Disease

SELÇUK ÖZBALCI¹, DENİZ TEMEL ŞEREN¹, BÜLENT KOCA², VOLKAN TÜMENTEMUR¹, KAĞAN KARABULUT¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Abd, Samsun-Türkiye ²Korgan Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Ordu-Türkiye

ÖZET

İnflamatuar fibroid polip (İFP) gastrointestinal sistemin nadir görülen, submukozal yerleşimli non-neoplastik lezyonlarıdır. Mide ve ileum en sık etkilenen bölgelerdir. Klinik belirtiler lezyonun yeri ve büyüklüğüne bağlıdır. İnce barsak yerleşimli İnflamatuar fibroid poliplerde obstrüksiyon ve invajinasyon en sık görülen semptomlardır. Biz Crohn hastasında ileoileal invajinasyona neden olan ince bağırsağın inflammatuar fibroid polip olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Crohn hastalığı, İnflamatuar fibroid polip, İnvajinasyon

ABSTRACT

Inflammatory fibroid polyp (IFP) is a rare, localized, non-neoplastic lesion originating in the submucosa of the gastrointestinal tract. The stomach and ileum are the most commonly affected sites. Clinical symptoms depend on the location and size of the lesion. Obstruction or intussusception is the most frequent initial symptom when an inflammatory fibroid polyp is located in the small intestine. We describe a case of Crohn Disease with inflammatory fibroid polyp with of the small intestine causing ileoileal intussusception.

Key words: Crohn disease, Inflammatory fibroid polyp, Intussusception

Başvuru Tarihi: 19.02.2013, Kabul Tarihi: 04.03.2013

Dr. Bülent Koca

Korgan Devlet Hastanesi Korgan Ordu-Türkiye

Tel: 0532.5546269

e-mail: dr.bulentkoca@mynet.com

Kolon Rektum Hast Derg 2013;23:208-211

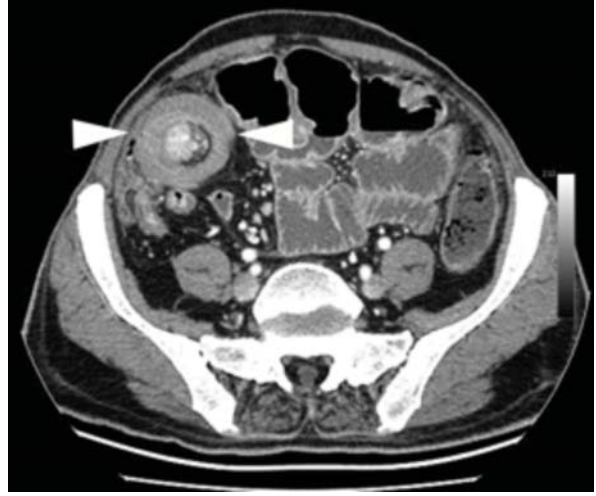
Giriş

İnflamatuvar fibroid polip (İFP), gastrointestinal kanalın oldukça nadir görülen bir lezyonudur. Submukozadan köken alır ve polipoid kitle şeklinde büyür. En sık mide ve ileumdan köken almakla birlikte tüm gastrointestinal kanalda görülebilir.^{1,2} Histolojik olarak ödemli bağ dokusu içinde, fibroblastlar ve çok sayıda kan damarına eşlik eden, eosinofilleri de içeren inflamatuvar hücre infiltrasyonunun varlığı ile karakterizedir.^{2,3} İleumda görüldüklerinde sıklıkla invajinasyona neden olurlar ve klinik olarak intestinal obstrüksiyon bulgularıyla ortaya çıkarlar ve akut batın nedeni olabilirler. Crohn hastalığı ve inflamatuvar fibroid polip birlikteliği çok daha nadirdir.¹ Biz beş yıldır Crohn hastalığı tanısı olan hastada İFP'nin neden olduğu invajinasyon sonucunda ortaya çıkan intestinal obstrüksiyon olgusunu sunduk. Amacımız çok nadir görülen bu birlikteliğin klinik ve patolojik özelliklerini literatür eşliğinde tartışmaktır.

Olgu

Gastroenteroloji kliniği tarafından Crohn hastalığı tanısıyla 5 yıldır takip edilen 51 yaşındaki erkek hasta son iki aydır ataklar halinde gelen karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde minimal distansiyon ve hassasiyet mevcuttu. Direkt karın grafisinde ince barsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri vardı. Beyaz küre sayısı 6.530 bin/uL idi. Hastaya yapılan bilgisayarlı tomografi (BT), enteroklizis+3D BT serilerinde; sağ alt kadranda proksimal ileal segmentte yaklaşık 11.5 cm'lik bir segmentte barsak lümeninin invajinasyonu ve bunun sonlandığı alanda sınırları belirgin, düzgün konturlu 45x31 mm boyutlarda solid kitle lezyonu görüldü. Ayrıca çevre mezenterde çok sayıda lenf nodu ile invajinasyonun proksimalinde jejunal ve ileal segmentlerde ödem ve çap artışı mevcuttu (Resim 1).

Hasta elektif şartlarda ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda çekumdan yaklaşık 80. cm'den itibaren ince barsakların proksimal segmentlere doğru invajine olduğu görüldü. İnvajinasyonun distalinde lümen içinde kitle palpe edildi. İnvajinasyonun proksimalindeki ince barsaklar ödemli ve dilate görünümündeydi. Hastamızda tanısı konulmuş olan Crohn hastalığının doğrular biçimde terminal ileum, çekum ve çıkan kolon mezosunda çok sayıda 1 cm'den büyük boyutta ve yer yer konglomere olmuş lenf nodları mevcuttu. Terminal ileum ve çekumda duvar kalınlaşması olduğu saptanırken, antimezenterik



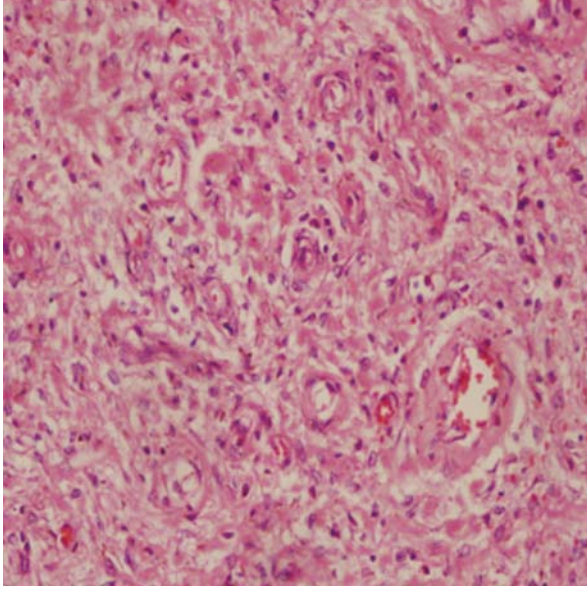
Resim 1. İnvajine olan segmentte target görünümü.

kenara doğru mezenterik yağlı dokunun yürümesi bulgusu yoktu. Enterotomi uygulandı ve barsak mukozasından köken alan lümeni tama yakın tıkayan ve polipoid yapıda yaklaşık 4x4 cm'lik kitle görüldü (Resim 2).



Resim 2. Eksize edilen ileum anısı ve polibin görüntüsü.

Kitleden ve kitleye yakın barsak mezosundaki lenf nodlarından frozen için örnek alındı. Sonuç benign olarak bildirildi. Kitle ve invajine olan barsak segmentleri, çok sayıda lenf nodu içeren mezoyla birlikte rezeke edildi ve yan yana anastomoz yapıldı. Hasta postop dönemde sorunsuz olarak takip edildi ve 8. günde taburcu edildi. Patoloji spesimeninin mikroskopik incelemesinde; yer yer ödemli ve vasküler yapılardan zengin bir stromada, iğsi çekirdekli mezenkimal elemanların, vasküler yapılar etrafında yer yer girdaplar oluşturması ve değişik yönlere uzanımı ile karakterli lezyon gözlemlenmiştir. Arada tek tek dağılmış eosinofiller, plazma hücreleri ve lenfositler gözlemlenmiştir (Resim 3).



Resim 3. İnflamatuvar fibroid polipe ait mikroskopik görünüm.

İmmunhistokimyasal çalışmada tanımlanan mezenkimal elmanlar SMA, S 100, CD 34 pozitif, CD 117, ALK, desmin ile negatif boyanmıştır. Tanı, İFP olarak raporlandı.

Tartışma

İnflamatuvar fibroid polip (İFP) nadir görülen bir lezyondur. Literatürde bildirilen vaka sayısı azdır. En sık mide ve ileumdan köken almakla birlikte tüm gastrointestinal kanalda görülebilir.^{1,3,4} Klinik semptomlar lezyonun yerleşim yerine ve büyüklüğüne bağlıdır. İFP ileumdan köken aldığına birçok hastada sıklıkla invajinasyona bağlı intestinal obstrüksiyon tablosu ile karşımıza çıkar. Klinik olarak genellikle abdominal ağrı, bulantı ve kusma görülür.¹ Bizim olgumuzda da İFP ileumda idi ve invajinasyona bağlı intestinal obstrüksiyon gelişmişti. İFP ilk kez Vanek tarafından 1949 yılında “eosinofilik

gastrik submukozal granülom” olarak tanımlanmıştır.⁵ İFP ve Crohn hastalığı birlikteliği ise oldukça nadirdir ve ilk defa Shimer ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır.^{1,4} İFP’nin çapı 0.2-8 cm arasında değişebilir. Her yaş grubunu etkilemekle birlikte 5-6. dekatlarda pik yapar.⁶ İFP gibi tüm ince barsak tümörleri, kanama ve/veya tıkanmaya yol açmadıkları sürece tanımlanmaları rastlantısal olan patolojilerdir. İntusussepsiyon da ince barsak tümörlerinin komplikasyonları arasındadır. Bu tümörlerin üst ve alt gastrointestinal sistem görüntüleme yöntemleri ile tespit edilmesi oldukça zordur ve bu nedenle tanıda ve tedavide çoğu zaman gecikir. İleal invajinasyon olgularında görüntüleme yöntemlerinin tanısal değerleri kısıtlıdır. İnce barsağın görüntülenmesinde ve invajinasyon tanısında USG, BT, manyetik rezonans görüntüleme, enteroklizis, çift balonlu ince barsak endoskopisi kullanılmakta olan yöntemlerdir. Bu tümörler işsi ve inflamatuvar hücrelerden oluşan submukozal polipoid kitleler şeklindedirler. Nükleer atipi ve mitoz görülmez. İşsi hücreler ve kapiller yapılar CD 34 ekspresyona ederler, CD 117 negatiftir.⁷ S 100 sıklıkla pozitifdir.⁸ Bizim olgumuzdaki spesimen bu kriterlere tam olarak uymaktadır.

Çocuk yaş grubunun aksine erişkin birçok hastada invajinasyona yol açan bir lezyon vardır ve bu nedenle hastaların büyük kısmında cerrahi tedavi gereklidir. Cerrahi müdahalenin şekli halen tartışmalı olmakla birlikte özellikle parsiyel rezeksiyon ve primer anastomoz önerenler çoğunluktadır.^{9,10} Hastamızdaki lezyonun benign olduğu frozen ile doğrulandığı için ve mevcut Crohn hastalığına bağlı ileriki dönemlerde tekrar cerrahi ihtiyacı doğabileceği düşünülerek lezyonu ve invajine bağırsak segmentini içeren sınırlı bir rezeksiyon ve primer anastomoz uyguladık. Crohn olduğu bilinen ve intestinal obstrüksiyon bulgularıyla başvuran hastalarda İFP ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalı ve uygulanacak cerrahi ona göre planlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Parasi A, Triantafillidis JK, Barbatzas C, *et al.* Coexistence of Crohn’s disease and inflammatory fibroid polyp of the small bowel. Report of a case and review of the literature. *Ann Ital Chir* 2005;76:395-9.
2. Korkmaz O, Yılmaz HG, Yılmaz F. *et al.* Intussusception due to Inflammatory Fibroid Polyp Located at Ileum: Report of Two Cases. *Turk J Med Sci* 2007;37:181-4.
3. Das S, Mandal TS, Sinhababu AK, *et al.* Small bowel obstruction due to inflammatory fibroid polyp. *J Indian Med Assoc* 2012;110:51-2.
4. Shimer G, Helwing E. Inflammatory fibroid polyps of the intestine. *Am J Clin Pathol* 1984; 81:708-14.

5. Schildhaus HU, Merkelbach-Bruse S, Binot E, *et al.* Inflammatory fibroid polyp: from Vanek's "submucosal granuloma" to the concept of submucosal mesenchymal neoplasia. *Pathologie* 2010;31:109-14.
6. Ozolek JA, Sasatomi E, Swalsky PA, *et al.* Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: clinical, pathologic, and molecular characteristics. *Appl Immunohistochem Mol Morphol* 2004;12:59-66.
7. Miettinen M, Sobin LH, Rikala MS. *et al.* Immunohistochemical Spectrum of GISTs at Different Sites and Their Differential Diagnosis with a Reference to CD117 (KIT). *Mod Pathol* 2000;13:1134-42.
8. Ihimoyan A, Chelimilla H, Bala B. *et al.* An Inflammatory Fibroid Polyp in the Hepatic Flexure of the Colon Treated with Argon Plasma Coagulation, Endoscopic Clipping and Polypectomy. *Case Rep Gastroenterol.* 2012;6:63-8.
9. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH. *et al.* Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg* 1999;188:390-5.
10. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. *et al.* The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997;173:88-94.