گزارش مورد

گاستریت پولیپوز کیستیک در معده بدون سابقه جراحی و درمان پولیپکتومی ضایعه

سید رضا فاطمی[1]، سیده نازنین منصوری[2*]، مهسا مولایی[3]

[1] دانشیار بیماری‌های گوارش و کبد بالغین، بیمارستان آیت اللّه طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[2] فلوی فوق تخصص گوارش و کبد، بیمارستان آیت اللّه طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[3] دانشیار بخش پاتولوژی، بیمارستان آیت اللّه طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

بیمارستان آیت اللّه طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نشانی الکترونیک:

mansourinazanin@yahoo.com

چکیده

در بررسی آندوسکوپیک در خانم ۵۱ ساله ای با شکایت درد اپی گاستر و احساس سنگینی در ناحیه بالای شکم که از حدود ۶ ماه قبل شروع شده بود، یک ضایعه برآمده پولیپی در انحنای بزرگ معده و در قسمت یک سوم میانی معده مشاهده گردید. اندازه ضایعه پولیپی پایه دار در حدود ۲۵ میلی متر بود. در پولیپکتومی با روش snar base در بخش ساقه و ساب موکوزال ضایعه تزریق اپی نفرین رقیق شده انجام شد و پولیپکتومی کامل انجام گرفت. در تشخیص اولیه آندوسکوپیک، احتمال پولیپ هیپرپلاستیک بدون هر گونه عارضه ای داده می شد، اما در نهایت، یافته های هیستوپاتولوژیک، گاستریت پولیپوز کیستیک معده را تشخیص داد.

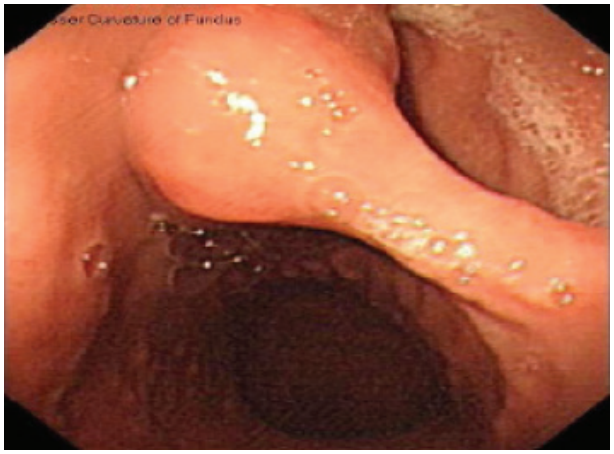
کلید واژه ها: پولیپ معده، گاستریت پولیپوز کیستیک معده، پولیپکتومی اندوسکوپیک

مقدمه

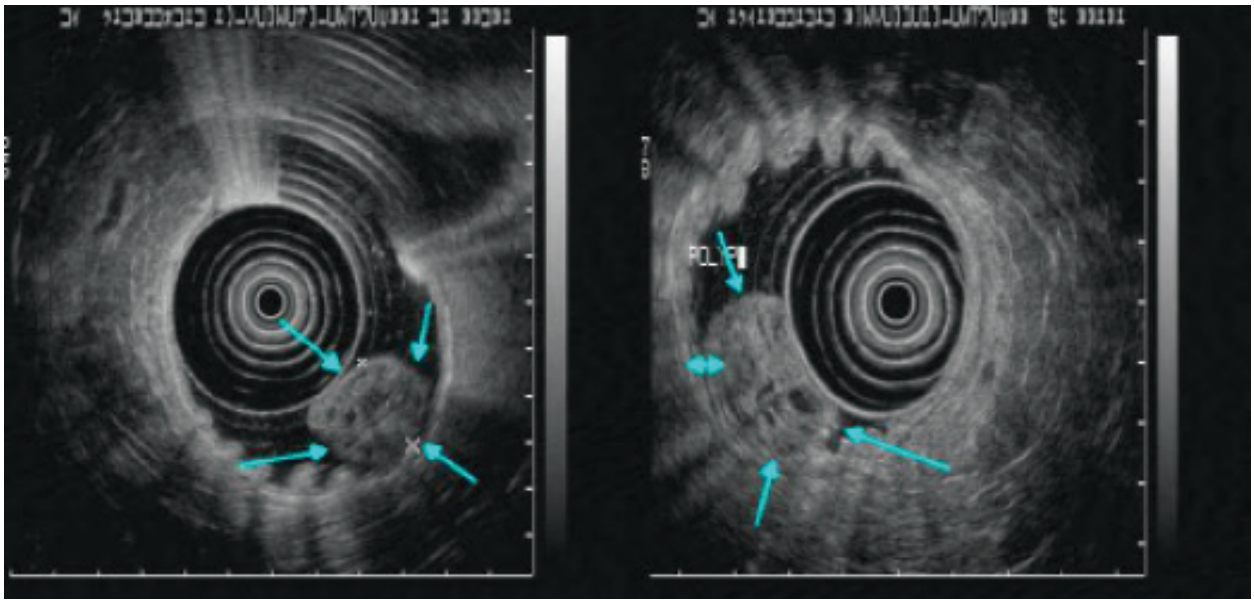
پولیپوز کیستیک گاستریت (Gastritis cystica polyposa) یک ضایعه التهابی نادر در باقیمانده معده‌ای می‌باشد که معمولاً تحت گاسترکتومی نسبی (پارشیال) قرار گرفته است. این ضایعه، با حضور پولیپ‌ها در محل آناستوموزی (anastomotic) مخاط معده بوده و در آزمایش هیستوپاتولوژیک کیست‌های موکوزال و ساب موکوزال با هیپرپلازی فووئولار دیده می‌شود. مشخصه بالینی بیماری، خون‌ریزی‌های مکرر از محل آناستوز معده – روده‌ای و همراهی احتمالی کارسینوماتوز است.

گزارش مورد

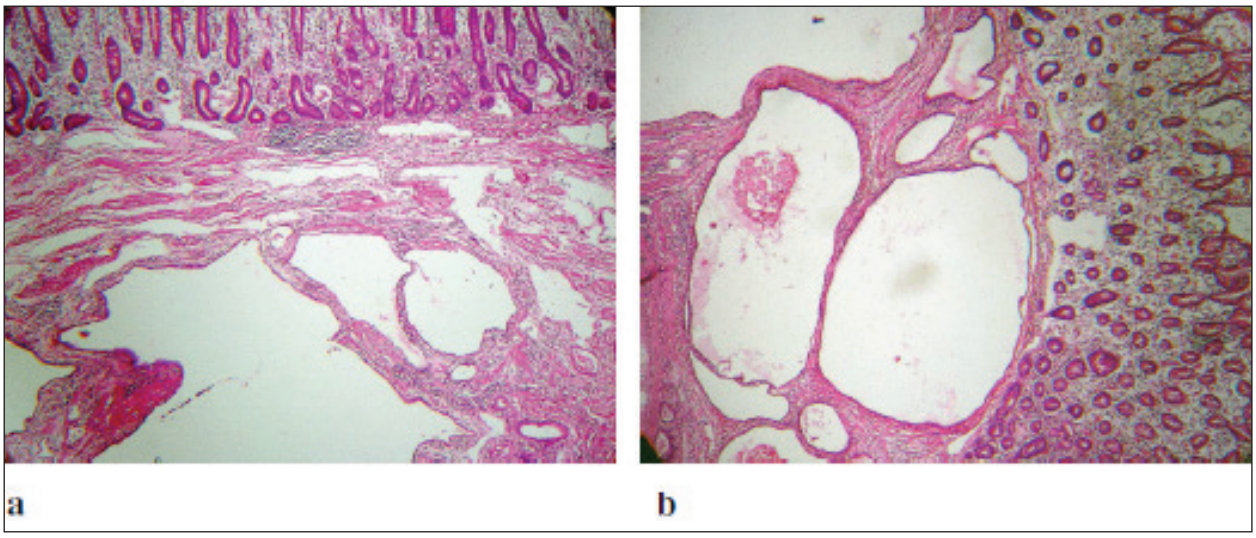
خانم ۵۱ ساله با شکایت درد شکم و احساس سنگینی از حدود ۶ ماه قبل مراجعه نمود. سابقه دردهای بخش پایین شکم را ۱۳ ماه قبل هم ذکر می‌کرده که تحت پولیپکتومی کولون قرار گرفته بود. بیمار سابقه فامیلی یا سابقه بیماری قبلی نداشت. هموگلوبین ۹/۵ گرم/ ۱۰۰ میلی‌لیتر بود، اگرچه دو نوبت نمونه مدفوع از نظر خون مخفی منفی گزارش شده بود. نتایج آزمایشات هماتولوژیک و بیوشیمیایی بجز آنمی در محدوده نرمال بود. در آندوسکوپی فوقانی بعمل آمده پولیپ پدانکوله با قطر حدود ۲۵ میلی‌متر در انحنای بزرگ معده در یک سوم میانی معده مشاهده گردید (شکل شماره ۱). از نظر شکل ظاهری، بین پولیپ هیپر پلاستیک بزرگ و تومور ساب موکوزال با موکوس نرمال معده اختلاف تشخیصی وجود داشت. آندوسکوپی اولتراسونوگرافیک با پروب MHz 12، یک توده هترواکوی پولیپوئید با جزء کیستیک به قطر ۲۰ در ۲۲ میلی متر در دیواره خلفی جسم معده را نشان داد (شکل شماره ۲). پولیپکتومی با تزریق اپی نفرین رقیق شده در پایه و ناحیه زیر مخاطی و با استفاده از Snar پنج سانتیمتر که از بخش پایه گرفته شد با موفقیت بدون خونریزی بعدی انجام گرفت. معاینه هیستولوژیک ضایعه نشان داد که ضایعه پولیپوئید خارج شده دارای اندازه ۲/۵ x ۱/۵ x ۱/۵ سانتیمتر و با ساقه کوتاه بود. در قطعات بریده شده بافت، تعدادی از کیست‌های پر شده از موسین کوچک با زمینه استرومای مایل به صورتی مشاهده شد. معاینه میکروسکوپیک سطح پولیپ، موکوس نوع آنترال با متاپلازی فوکال سلول‌های گابلت و التهاب مزمن متوسط را نشان داد. در عمق پولیپ‌ها تعدادی غدد کیستیک در باندهای غیرارگانیزه و متراکم از عضلات صاف موسکولاریس موکوزا قرار گرفته بودند. این غدد حاوی اپی تلیوم صاف یا گلاندولار بودند و توسط یک حاشیه لامینا پروپریا احاطه شده بودند. دیسپلازی یا بدخیمی در ضایعه مشخص نشد و در نهایت تشخیص پاتولوژی گاستریت پولیپوز سیستیک GCP داده شد (شکل a و b ۳).



شکل ۱. اندوسکوپی یک پولیپ بزرگ پدانکوله در قسمت میانی انحنای بزرگ معده را نشان میدهد



شکل ۲. اندوسونوگرافی یک توده هترواکوی پولیپوئید با جزء کیستیک دردیواره خلفی بادی معده در قسمت ساب موکوس را نشان میدهد.



شکل ۳. مطالعه بافت شناسی پولیپ: تغییرات کیستیک در غدد که توسط اپیتلیوم صاف معده پوشانده شده و توسط باندل های عضلانی صاف احاطه شده است.

بحث

گاستریت پولیپوز کیستیک (GCP) یک ضایعه منحصر بفرد است که در محل آناستوموزی گاستروژژنوستومی پس از مدت طولانی از گاستروکتومی نسبی دیستال ایجاد می شود. مشخصه پاتولوژیک آن اولین بار توسط Nikolai و Mueller در سال ۱۹۶۵ میلادی توصیف شد (۱) و پس از آن واژه گاستریت کیستیک پولیپوز (GCP) توسط Gleibermann و Littler در سال ۱۹۷۲میلادی پیشنهاد گردید (۲). در سال ۱۹۷۹ میلادی Koga و همکاران (۳) همان ضایعه را گاستریت هیپرتروفیک پولیپوئیدی استومال (SPHG) نامیدند. امروزه هر دو ترمینولوژی بطور برابری متداول هستند. Koga و همکاران (۳) خصوصیات هیستولوژیکال ضایعه را کشیدگی Pits معده و هیپرپلازی و دیلاتاسیون کیستیک غدد پسودوپیلوریک و تهاجم به لایه ساب موکوزال توصیف کردند. در تعدادی از موارد، همراهی کانسر استرومای معده با گاستریت پولیپوز کیستیک گزارش شده و نیز پتانسیل بالای کارسینوژنز در موکوس گاستریت پولیپ کیستیک داده شده است (۶-۴). هر چند مطالعات بنیادی کمی در این مورد انجام شده و مکانیسم پتانسیل کارسینوژنی تاکنون مشخص نشده است. گاستریت پولیپوز کیستیک که با هیپرپلازی پولیپوئید مخاط معده توصیف می شود، ضایعه ناشایعی است که در بیمارانی با سابقه گاستروانتروستومی با یا بدون رزکسیون معده به وجود می آید (۹-۷، ۲). GCP بسیار بندرت در بیماران غیر جراحی شده یافت می شود (۱۰-۷). پولیپوز کیستیک گاستریت یک نوع منحصر بفرد از گاستریت مزمن است که با ضایعه sessile که در مسیر سوچورها برآمده می شود و مدت طولانی پس از جراحی بیلروت-II (Billroth-II) یا آناستوموز گاستروژژنال رخ می‌دهد، همراه می‌باشد. اخیراً این ضایعه علاقه محققین را در پاسخ به ارتباط آنها با کارسینوژن برانگیخته است. این موضوع مورد پذیرش قرار گرفته است که پاتوژنز این ضایعات از ریفلاکس دئودنو-گاستریت (DGR) (۱۱) مشتق می‌شود و بیشتر گزارشات GCPs در باقیمانده معده که جراحی بیلروت-II داشته‌اند، رخ داده است.

تعدادی از مطالعات حیوانی با استفاده از انواع مدل های موش صحرایی DGR انجام شده است. در این مدل ها، اپی تلیوم کیستیک و هیپرپلاستیک مشابه با موکوس GCP انسانی بطور شایعی پیدا شدند (۱۲،۱۳). زمانیکه این یافته ها مورد ملاحظه قرار گرفتند، احتمال ارتباط نزدیکی بین DGR، GCP و کارسینوما در stump معده را مطرح نمود.

مراجع

1. Nikolai N, Mueller D. The clinical and pathologic-anatomical picture of cystic gastritis. Bruns Beitr Klin Chir 1965;210:367-78.

2. Littler ER, Gleibermann E. Gastritis cystica polyposa. (Gastric mucosal prolapse at gastroenterostomy site, with cystic and infiltrative epithelial hyperplasia). Cancer 1972;29(1):205-9.

3. Koga S, Watanabe H, Enjoji M. Stomal polypoid hypertrophic gastritis: a polypoid gastric lesion at gastroenterostomy site. Cancer 1979;43(2):647-57.

4. Qizilbash AH. Gastritis cystica and carcinoma arising in old gastrojejunostomy stoma. Can Med Assoc J 1975;112(12):1432-3.

5. Bogomoletz WV, Potet F, Barge J, Molas G, Qizilbash AH. Pathological features and mucin histochemistry of primary gastric stump carcinoma associated with gastritis cystica polyposa. A study of six cases. Am J Surg Pathol 1985;9(6):401-10.

6. Ishikawa H, Okazawa S, Inoue T, Sawada K, Himeno S, Hirota S, et al. A Case of Early Gastric Stump Carcinoma Occurring in Pedunculated Gastritis Cystica Polyposa. Gastroenterological Endoscopy 1987;29(10):2247-52.

7. Ozenç AM, Ruacan S, Aran O. Gastritis cystica polyposa. Arch Surg 1988;123(3):372-3.

8. Wu MT, Pan HB, Lai PH, Chang JM, Tsai SH, Wu CW. CT of gastritis cystica polyposa. Abdom Imaging 1994;19(1):8-10.

9. Park JS, Myung SJ, Jung HY, Yang SK, Hong WS, Kim JH, et al. Endoscopic treatment of gastritis cystica polyposa found in an unoperated stomach. Gastrointest Endosc 2001;54(1):101-3.

10. Tuncer K, Alkanat M, Musoğlu A, Aydin A. Gastritis cystica polyposa found in an unoperated stomach: an unusual case treated by endoscopic polypectomy. Endoscopy 2003;35(10):882.

11. Jablokow VR, Aranha GV, Reyes CV. Gastric stomal polypoid hyperplasia: report of four cases. J Surg Oncol 1982;19(2):106-8.

12. Miwa K, Hasegawa H, Fujimura T, Matsumoto H, Miyata R, Kosaka T, et al. Duodenal reflux through the pylorus induces gastric adenocarcinoma in the rat. Carcinogenesis 1992;13(12):2313-6.

13. Kobayasi S, Tatematsu M, Ogawa K, de Camargo JL, Rodrigues MA, Ito N. Reversibility of adenomatous hyperplasia in the gastric stump after diversion of bile reflux in rats. Carcinogenesis 1991;12(8):1437-43.