

Воспалительный фиброзный полип желудка: краткий очерк, эндоскопические методы диагностики и лечения

А.А. Филин, Л.М. Мякина, А.В. Филин, С.Л. Воробьёв*

Ленинградская областная клиническая больница

Ленинградское областное патологоанатомическое бюро, Санкт-Петербург, Россия*

Воспалительный фиброзный полип (ВФП) – Inflammatory Fibroid Polyp (IFP) – достаточно редкое (менее 1% всех новообразований) доброкачественное псевдополипозное (псевдоопухолевое) поражение слизистой и подслизистой оболочки, встречающееся во всех отделах желудочно-кишечного тракта.

Впервые подробное описание этой патологии было сделано чехословацким патологом J. Vanek (1949), проанализировавшим шесть случаев резекции желудка при подозрении на язвенную болезнь или опухолевых процессов в связи с этим ВФП также называют «опухоль Ванека» (Vanek's tumor). В литературе ВФП встречался под такими названиями, как эозинофильная гранулёма, гемангиоперицитомы, подслизистая фиброма, миксома и др. Название ВФП было предложено Hebwig и Ranier в 1953 году.

Воспалительные фиброзные полипы чаще встречаются у пациентов старше 50 лет, с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Небольшие формирующиеся ВФП в большинстве случаев протекают бессимптомно и выявляются как случайные находки во время рутинной эндоскопии. С увеличением размера они могут манифестировать болью в животе, потерей веса, желудочно-кишечным кровотечением, железодефицитной анемией, явлениями дисфагии и кишечной непроходимости. Яркость клинической картины в первую очередь определяется размерами новообразования и зависит от локализации процесса.

Этиология и патогенез заболевания до конца не ясны. В настоящее время считается, что ВФП развиваются как доброкачественный реактивный феномен в ответ на неизвестный раздражитель. По мнению A. Shalom и соавторов, в большинстве случаев ВФП ассоциированы с инфекцией *Helicobacter pilory*, но прямой взаимосвязи и роли желудочной инфекции в развитии ВФП не выявлено. Однако Н. Nishiyama (2003) с группой соавторов описывают случай излечения ВФП после эрадикационной терапии, хотя, по мнению многих исследователей, спорным вопросом является достоверность морфологического заключения.

Морфологическими особенностями ВФП являются:

преобладающая фиброзная (фиброзно-сосудистая) ткань без четких границ, формирующая полиповидное образование с локализацией на уровне слизистой и/или подслизистого слоя стенки желудка или кишки;

воспалительный компонент различной степени выраженности, обязательными элементами которого являются эозинофильные лейкоциты с неравномерной примесью плазматических клеток и лимфоцитов. Участки слизистой оболочки желудка над образованием часто с атрофией желез и очагами кишечной метаплазии покровного эпителия.

Иммуногистохимический анализ выявляет фибробластные, миофибробластные и гистиоцитарные линии дифференцировки основного веретеноклеточного компонента. L. Pantanowitz с группой соавторов высказано предположение, что концентрическая стромальная пролиферация ВФП может исходить из субпопуляции дендритических интерстициальных клеток. Веретеноклеточный компонент ВФП различных отделов желудочно-кишечного тракта практически в 100% случаев обнаруживают положительную реакцию на виментин и CD34. Генотипирование ВФП по антионкогенам поддерживает теорию ненеопластического происхождения ВФП. Отрицательная реакция на CD117 не позволяет отнести ВФП к подтипу гастроинтестинальных стромальных опухолей (GIST-gastrointestinal stromal tumor), однако выявлена мутация, увеличивающая продукцию гена, кодирующего потенциально онкогенный PDGF- α полипептид, сходный с таковым у GIST.

Рентгенологически большинство ВФП представлены дефектами наполнения с четкими, ровными контурами, характерными для интрамуральных новообразований, сесильных, либо на ножке (Roger K. Harned, 1999).

Макроскопически ВФП представлены солитарными новообразованиями 0-Isr и 0-Ir типа (по Парижской классификации 2002 г.), плотноэластической консистенции, нередко с изъязвлением на верхушке. В 70% случаев локализованы в антропилорической области,



Рис. 1. Эндоскопическая картина ВФП: а – исследование в белом свете. ВФП с изъязвлением на верхушке; б – хромоскопия 0,2% раствором индиго карминового. ВФП с изъязвлением на верхушке; в – хромоскопия 0,2% раствором индиго карминового. ВФП с рубцовой деформацией на верхушке

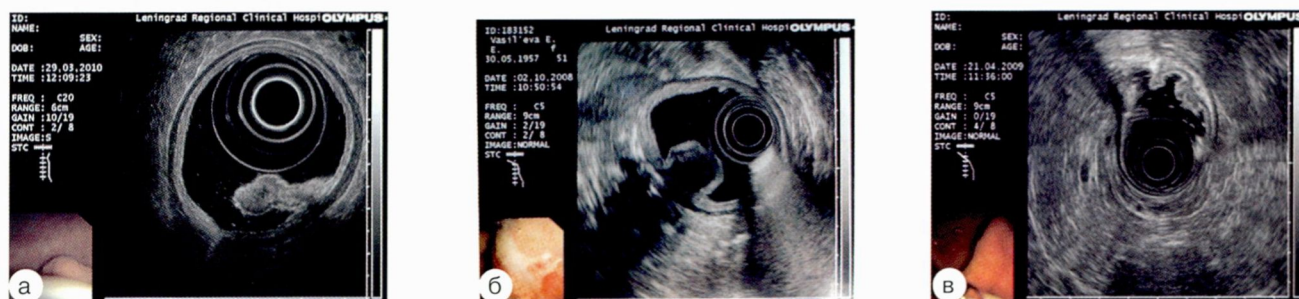


Рис. 2. Эндосонографическая картина ВФП: а – ВФП. Частота сканирования 20 МГц; б – ВФП. Частота сканирования 5МГц; в – ВФП, расположенный во втором эхогенном слое (собственная пластинка слизистой оболочки) с питающими сосудами, залегающими в третьем эхогенном слое (подслизистая основа)

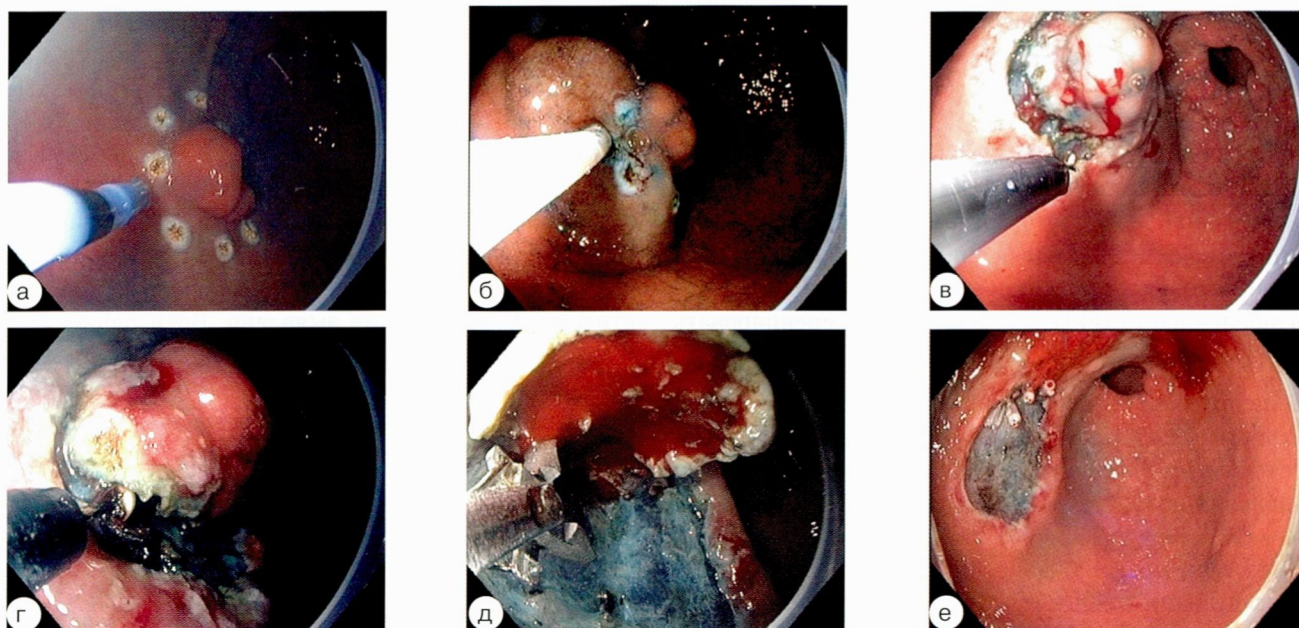


Рис. 3. Этапы эндоскопической диссекции в подслизистом слое: а – маркировка краёв при помощи АПК; б – инъекция в подслизистый слой; в – циркумизия новообразования при помощи инструмента Tri-Angle Knife; г – собственно диссекция в подслизистом слое при помощи инструмента IT-Knife; д – гемостаз при помощи инструмента Coagrasper; е – зона диссекции с клипсами

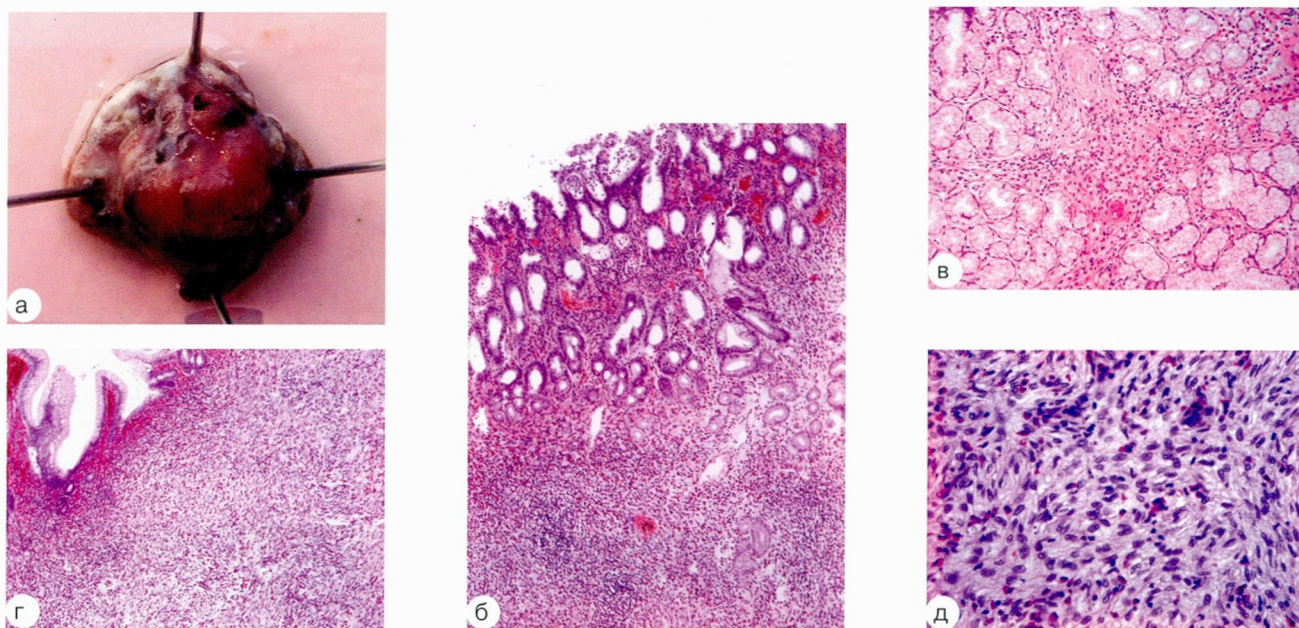


Рис. 4. Морфологическое исследование удалённого фрагмента ткани: а – удалённый макропрепарат, фиксированный на планшете 10% раствором формалина; б – ВФП, выраженный воспалительный компонент с выраженной неравномерной лимфоидной инфильтрацией, эрозивный гастрит; очаговая интраэпителиальная неоплазия высокой степени; Н&Е, x100; в – формирующийся ВФП, в очаге тубулярной аденомы Н&Е, x200; г – ВФП, атрофия желез на поверхности с сосочковой трансформацией, изъязвлением; фиброзно-гистиоцитарный компонент со слабой воспалительной инфильтрацией. Н&Е, x40; д – ВФП, фибробласты, гистиоциты, мелкие новообразованные сосуды, воспалительный компонент представлен преимущественно эозинофильными лейкоцитами; Н&Е, x400

в 20% – в тонкой кишке, реже – в пищеводе и толстой кишке.

Многие группы ученых (М. Matsushita с соавт., 1997; К. Такака с соавт., 2008) отмечают, что при эндоскопии (ЭУС) ВФП обычно визуализируются во втором и/или третьем эхографическом слое (собственная пластинка слизистой оболочки и подслизистая основа), без вовлечения мышечного слоя. Как правило, это гипоехогенные структуры с гомогенной эхотекстурой и нечеткими контурами. Гиперэхогенный компонент этих поражений зачастую связан с наличием сосудистого компонента в строме. При ЭУС наиболее часто ВФП приходится дифференцировать с лейомиомой и карциноидной опухолью.

В целях дифференциальной диагностики, а также в качестве симптоматической терапии наиболее целесообразным считается тотальное эндоскопическое удаление новообразования с последующей морфологической верификацией. Удалённые эндоскопически, ВФП, как правило, не рецидивируют. Z. Krzysztof с соавторами в 2004 году описали случай рецидива ВФП кардии после эндоскопической резекции, однако в данном случае спорным остаётся вопрос о полноте резекции образования.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В ЛОКБ с 2008 по 2010 гг. выявлено четыре случая ВФП. Все пациенты в возрасте 48, 51, 52 и 56 лет обратились с жалобами на дискомфорт, боль в эпигастрии. При эндоскопическом осмотре у всех пациентов выявлены схожие одиночные эпителиальные (подслизистые?) новообразования размером от 10x10 до 15x20 мм, располагающиеся в н/3 тела желудка и в антруме, овальной и округлой формы, с изъязвлением на вершине, плотноэластической консистенцией. В двух случаях поражения были представлены типом 0-Isp, в одном – 0-Is. При биопсии признаков непластического процесса не выявлено. Всем пациентам, учитывая клиническую картину и потенциальный риск кровотечения из изъязвленных участков, была выполнена эндоскопическая диссекция новообразований в подслизистом слое (ESD). Этот метод позволил достичь радикального удаления новообразований в пределах неповрежденных тканей, а также получить цельный макропрепарат для адекватного морфологического исследования. Во всех случаях был установлен диагноз воспалительного фиброзного полипа. В одном случае, в слизистой оболочке, покрывающей ВФП, выявлена формирующаяся тубулярная аденома. У другого пациента в эпителии, покрывающем

ВФП, выявлен фокус интраэпителиальной неоплазии высокой степени. Нельзя с уверенностью сказать, что формирование неоплазии в данных случаях напрямую связано с ВФП. Пока можно лишь предположить, что имел место overlap-синдром, т.е. сочетание в одной анатомической области двух, не связанных друг с другом процессов. Для более достоверной оценки ВФП с позиций возможной предопухоловой эпителиальной неоплазии требуется дальнейшее изучение процессов, а также — повышение к ним прицельного внимания со стороны гастроэнтерологов, эндоскопистов и патологов. Метод эндоскопической диссекции в подслизистом слое, с учётом особенностей ВПФ, является методом выбора для полноценного забора материала для морфологического исследования (метод расширенной биопсии) и радикального лечения данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

- J. Vanek. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration // *Am. J. Pathol.* — 1949, Vol. 25. — P. 397–411.
- E.B.Helwig, A.Ranier. Inflammatory fibroid polyps of the stomach // *Surg. Gynecol. Obstet.* — 1953, Vol. 96. — P. 355–367.
- M.Matsushita, K.Hajiro, K.Okazaki et al. Gastric inflammatory fibroid polyps: endoscopic ultrasonographic analysis in comparison with the histology // *Gastrointest. Endosc.*, 1997, Vol. — 46, P. 53–7.
- A.Shalom, I.Wasserman, M.Segal et al. Inflammatory fibroid polyp and *Helicobacter pylori*. Aetiology or coincidence? // *Eur. J. Surg.* — 2000. — Vol. — 166. — P. 54–7.
- Y.Nishiyama, S.Koyama, A.Andoh et al. Gastric inflammatory fibroid polyp treated with *Helicobacter pylori* eradication therapy // *Intern. Med.* — 2003. — Vol. 42. — P. 263–7.
- K.Tanaka, H.Toyoda et al. Anemia caused by a gastric inflammatory fibroid polyp // *Gastrointest. Endosc.* — 2008. — Vol. 67. — P. — 345–6.
- R.K. Harned, J.L. Buck. Inflammatory Fibroid Polyps of the Gastrointestinal Tract: Radiologic Evaluation // *Radiology.* — 1999. — Vol. 182(3). — P. 863–866.
- G. Santos; S. Zucoloto. Inflammatory fibroid polyp. An immunohistochemical study // *Arq. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 41(2).
- A.A. Trillo, G. Rowden. The histogenesis of inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract // *Histopathology.* — 2007. — Vol. 19. — P. 431–436.
- K. Tanaka, H.Toyoda, I.Imoto et al. Anemia caused by a gastric inflammatory fibroid polyp. *Gastrointest. Endosc.*, 2008. — Vol. 67. — P. 345–6.
- M. Matsushita, K.Hajiro, K.Okazaki et al., et al. Endoscopic features of gastric inflammatory fibroid polyps // *Am. J. Gastroenterol.* — 1996. — Vol. 91. — P. 1595–8.
- J. Johnstone, B. Morson. Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract // *Histopathology*, 1978, Vol. 2. — P. 349–361.
- S. Godey, R. Diggory. Inflammatory fibroid polyp of the oesophagus // *World. J. Surg. Oncol.* — 2005. — Vol. 3. — P. 30.
- A.Wysocki, G.Taylor, J.Windsor, Inflammatory Fibroid Polyps of the Duodenum: A Review of the Literature // *Digestive Surgery.* — 2007. — Vol. 24. — I. 3.
- J. Ozolek, E. Sasatomi, P. Swalsky, U. Rao et. al. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: clinical, pathologic, and molecular characteristics. // *Appl. Immunohistochem. Mol. Morphol.* — 2004. — Vol. 12. — P. 59–66.
- L. Pantanowitz, D. Antonioli, G. Pinkus, A. Shasfaei, R. Odze. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: evidence for a dendritic cell origin // *Am. J. Surg. Pathol.* — 2004. — Vol. 28. — P. 107–114.

КОНТАКТЫ

Филин Александр Андреевич, врач отделения
эндоскопии
194291, г. Санкт-Петербург, пр. Луначарского,
45/47, Ленинградская областная клиническая
больница телефон: 8 (812) 592-30-71
факс: 8 (812) 559-96-26
E-mail: doctor_eagleowl@mail.ru