

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

А.А. Филин, Л.М. Мяукина, 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 (псевдоопухоловое) 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 Vaneka» (Vanek's tumor). В литературе ВФП встречался под такими названиями, как эозинофильная гранулёма, гемангиoperицитома, подслизистая фиброма, миксома и др. Название ВФП было предложено Hewig 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 H. 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 слизистого 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 неонекротического 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 чёткими, ровными контурами, характерными для интрамуральных новообразований, сесильных, либо на ножке (Roger K. Harned, 1999).

Макроскопически ВФП представлены солитарными новообразованиями 0-Isp и 0-Iр 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 пластина слизистой оболочки) с питающими сосудами, залегающими в третьем эхогенном слое (подслизистая основа)

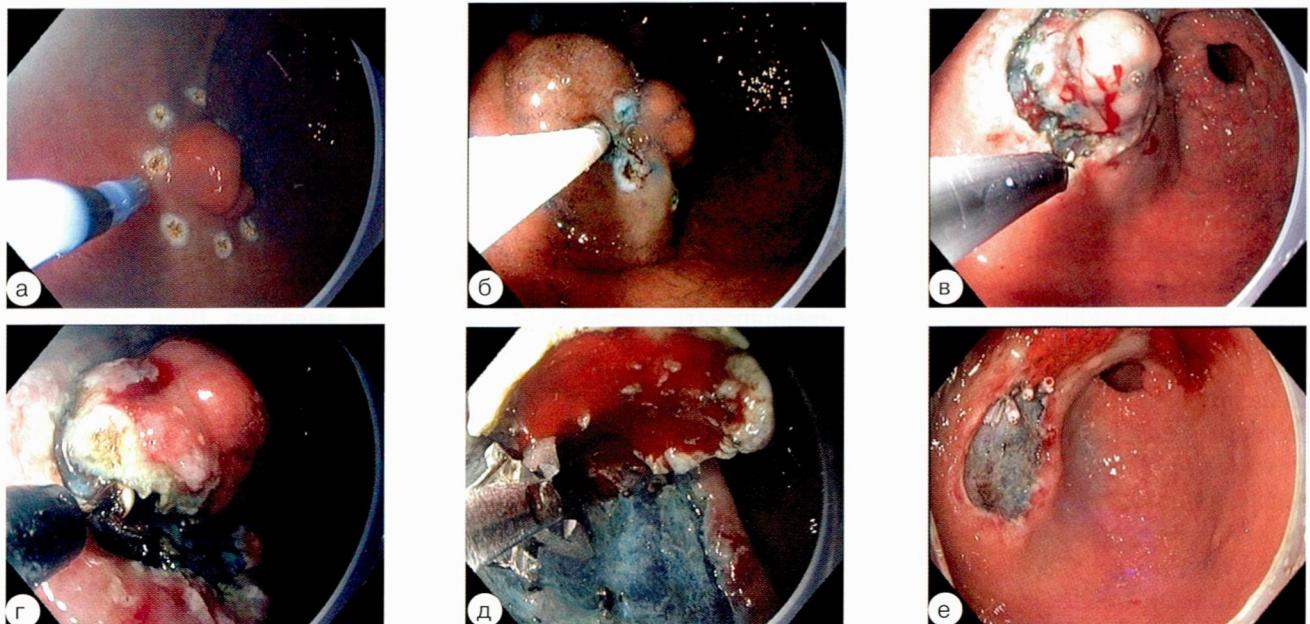


Рис. 3. Этапы эндоскопической диссекции в подслизистом слое: а – маркировка краёв при помощи АПК; б – инъекция в подслизистый слой; в – циркумцизия новообразования при помощи инструмента Tri-Angle Knife; г – собственная диссекция в подслизистом слое при помощи инструмента IT-Knife; д – гемостаз при помощи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

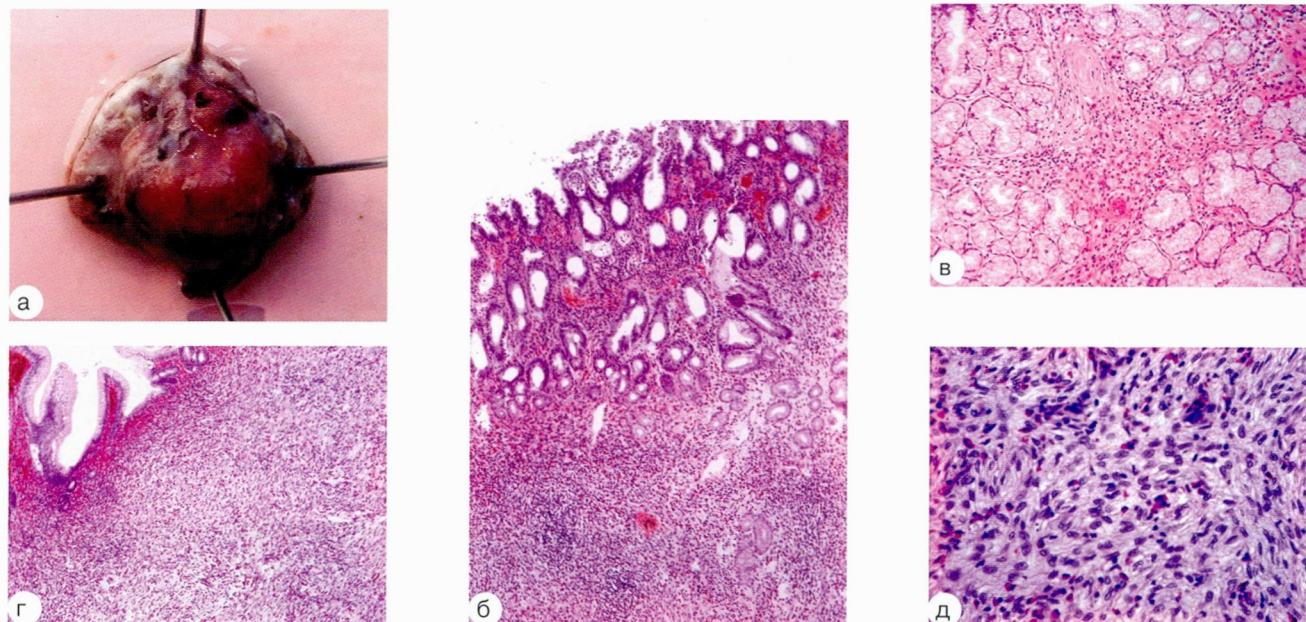


Рис. 4. Морфологическое исследование удалённого фрагмента ткани: а – удалённый макропрепарат, фиксированный на планшете 10% раствором формалина; б – ВФП, выраженный воспалительный компонент с выраженной неравномерной лимфоидной инфильтрацией, эрозивный гастрит; очаговая интраэпителиальная неоплазия высокой 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, фибробласти, 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 (M. Matsushita с соавт., 1997; K. Tanaka с соавт., 2008) отмечают, что при эндосонографии (ЭУС) ВФП обычно визуализируются во втором и/или третьем эхографическом слое (собственная пластина слизистой оболочки и подслизистая основа), без вовлечения мышечного слоя. Как правило, это гипоэхогенные структуры с гомогенной эхотекtonикой 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 карциномой 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 полноценности 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 1/3 тела желудка и в антруме, овальной и округлой формы, с изъязвлением на верхушке, плотноэластической консистенцией. В двух случаях поражения были представлены типом 0-Isp, в одном – 0-Iр. 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 непораженных 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 предопухолевой 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 ВФП, 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 // Arg. 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.Iimoto 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. Shasafaei, 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