

IZDUŽENI SLUZNIČNO-PODSLIZNIČNI POLIP DEBELOG CRIJEVA: PRIKAZ BOLESNIKA I PREGLED LITERATURE

COLONIC MUCO-SUBMUCOSAL ELONGATED POLYP: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

MARINA PEKLIĆ IVEKOVIĆ, BOJANA RADULOVIĆ, IVA BRČIĆ,
JASMINKA JAKIĆ RAZUMOVIĆ, NADAN RUSTEMOVIĆ, HRVOJE IVEKOVIĆ*

Deskriptori: Polipi kolona – dijagnoza, patologija, kirurgija; Crijevna sluznica – patologija; Kolonoskopija

Sažetak. U članku prikazujemo bolesnika s izduženim sluznično-podsluzničnim polipom debelog crijeva (engl. *colonic mucosal-submucosal elongated polyp*, CMSEP). Radi se o recentno opisanoj vrsti polipa koja se ne uklapa u tradicionalnu podjelu kolorektalnih polipa. CMSEP je makroskopski karakteriziran duguljastim, crvolikim izgledom s pokrovom od normalne sluznice debelog crijeva, a mikroskopski sadržava mukožu i ekspanđiranu submukožu s dilatiranim krvnim i limfnim žilama. Prema našim saznanjima radi se o prvom slučaju takve vrste u našoj sredini, a s obzirom na očekivani porast kolonoskopija u sklopu Nacionalnog programa za rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma, namjeravamo upoznati gastrointestinalne patologe i endoskopičare s ovim rijetkim fenomenom.

Descriptors: Colonic polyps – diagnosis, pathology, surgery; Intestinal mucosa – pathology; Colonoscopy

Summary. Recently a new entity has been described – a colonic muco-submucosal elongated polyp (CMSEP) – that did not fall into traditional classification of colorectal polyps. The CMSEP is endoscopically characterised by elongated, worm-like appearance with a normal overlying mucosa. Histologic characteristics of the CMSEP comprise mucosa and expanded submucosa with dilated vasculature and lymphatics. Herein, we report a case of CMSEP, that to the best of our knowledge, has not been previously described in our literature. With regard to the on-going National colorectal cancer screening programme, our intention is to draw attention of gastrointestinal pathologists and endoscopists to this distinctive and very rare phenomenon.

Liječ Vjesn 2015;137:168–170

Kolorektalni polipi tradicionalno se dijele na neoplastične (adenom, karcinom) i neneoplastične (hiperplastični, hamartomi i upalni).¹ Ova podjela ima terapijske implikacije s obzirom na to da neoplastični polipi zahtijevaju resekciju (endoskopsku ili kiruršku), dok se neneoplastični polipi mogu ostaviti *in situ*, osim ako svojom veličinom uzrokuju gastrointestinalne smetnje (opstrukciju ili krvarenje).

Sredinom devedesetih godina 20. stoljeća Matanake je sa svojim suradnicima opisao polip koji se ne uklapa u navedenu podjelu a nazvao ga je izduženi sluznično-podsluznični polip debelog crijeva (engl. *colonic muco-submucosal elongated polyp*, CMSEP).² Makroskopski radi se o dugačkome polipu crvolika izgleda, koji patohistološki karakteriziraju: 1) izdužen, cilindričan oblik s uskom bazom; 2) prisutnost submukoze; 3) odsutnost znatnih arhitektonskih smetnja pokrovne sluznice i 4) odsutnost upalnog infiltrata u sluznici i podsluznici.³

CMSEP je vrlo rijetka lezija, s prevalencijom od 0,1 do 0,39% svih kolorektalnih polipa.^{3,4} Uglavnom se nalazi u debelom crijevu, ponajviše u sigmi (26%) i transverzumu (28%).⁵ U do sada najvećoj publiciranoj seriji bolesnika (n = 15) polipi su bili duljine 1,2 – 16 cm (srednja vrijednost 2,9 cm).² Kod trećine opisanih slučajeva CMSEP-a postojala je i konkomitantna kolorektalna novotvorina, a u gotovo polovici slučajeva pacijenti su se prezentirali krvarenjem iz donjeg dijela probavne cijevi.⁵ Zanimljivo je da je do sada opisano tek 50-ak slučajeva uglavnom od azijskih autora,^{2,3,5-12} dok su zapadni autori tek recentno izvijestili o CMSEP-u.^{4,13}

U članku prikazujemo bolesnika s CMSEP-om silaznog dijela debelog crijeva koji, barem prema našim saznanjima, u domaćoj literaturi do sada nije opisan.

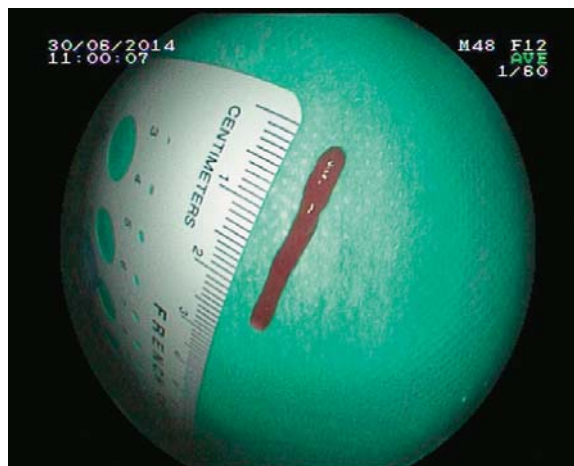
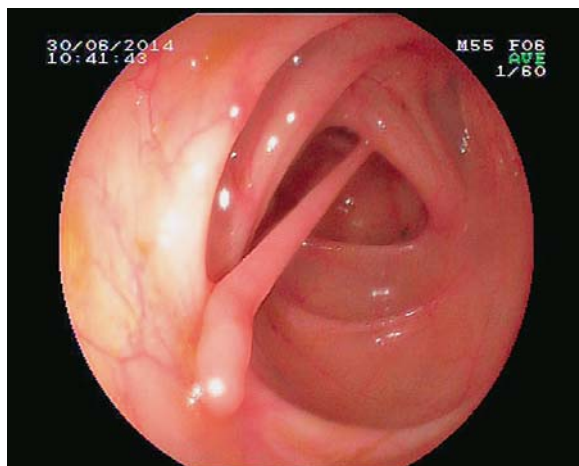
Prikaz bolesnika

Muškarac u dobi od 82 godine s anamnezom totalne tiroidektomije zbog papilarnog karcinoma štitnjače, arterijske hipertenzije i radi transuretralne resekcije prostate, primljen je u našu ustanovu radi obrade mikrocitne anemije (E 3,4 × 10¹²/L, hb 76 g/L, MCV 70,7 fL, Fe 2 μmol/L).

Učinjena je ezofagogastroduodenoskopija, pri kojoj se nađu promjene konzistentne s refluksnim ezofagitisom i erozivnim gastritisom (bez infekcije *Helicobacter pylori*). Nakon adekvatne pripreme bolesniku je učinjena i kolonoskopija, kojom se nađe divertikuloza sigme te crvoliki polip duljine 24 mm, prekriven normalnom sluznicom, bez

* Zavod za intenzivnu medicinu, Klinika za unutarnje bolesti Medicinskog fakulteta sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb (Marina Peklić Iveković, dr. med.), Centar za hitnu medicinu, KBC Zagreb (Bojana Radulović, dr. med.), Klinički zavod za patologiju i citologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb (dr. sc. Iva Brčić, dr. med.; prof. dr. sc. Jasminka Jakić Razumović, dr. med.), Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb (prof. dr. sc. Nadan Rustemović, dr. med.; dr. sc. Hrvoje Iveković, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. H. Iveković, Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Klinički bolnički centar Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb
Primljeno 12. kolovoza 2014., prihvaćeno 24. studenoga 2014.



Slika 1. a) Izduženi, crvoliki polip lociran u silaznom dijelu debelog crijeva, bez adenomatoznih obilježja, b) resecirani uzorak veličine 24 mm
Figure 1. a) Elongated, worm-like polyp situated in the descending colon. b) resected specimen with the length of 24 mm.

adenomatoznih obilježja, smješten u silaznom kolonu (slika 1.). U istom aktu učinjena je polipektomija, koja je protekla bez komplikacija.

Patohistološki nalaz uzorka upućivao je na to da se radi o smeđastom polipu veličine $24 \times 0,3$ mm, čija je površina bila obložena sluznicom debelog crijeva uredna izgleda, a ispod koje se u središnjem dijelu nalazila dobro vaskularizirana podsluznica (slika 2.). Ostalih slojeva stijenke debelog crijeva, displazije epitela i tumorskog tkiva u ovom uzorku nije se našlo.

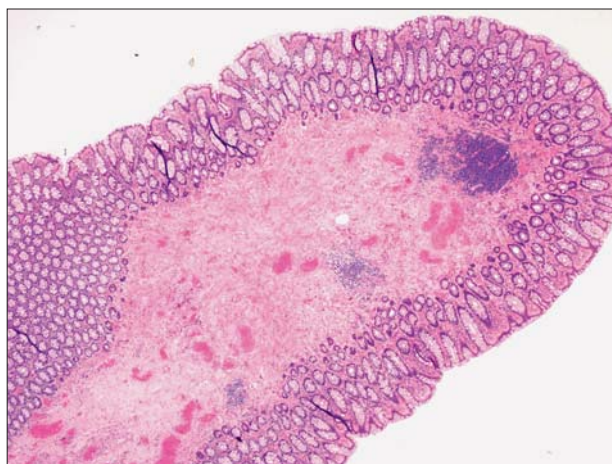
Zaključak je bolničke obrade da su u podlozi anemije erozivni gastritis i divertikuloza kolona. Bolesnik je bio liječen nadoknadom krvi i željeza pa je nakon oporavka laboratorijskih parametara i dobrog općeg stanja otpušten kući.

Rasprava

Benigni gastrointestinalni polipi koji se sastoje od sluznice i podsluznice debelog crijeva neuobičajene su lezije probavnog trakta, čija etiologija nije potpuno razjašnjena. S obzirom na to da CMSEP karakterizira prisutnost edematoznog i labavoga vezivnog tkiva u podsluzničnom sloju sluznice debelog crijeva, pretpostavlja se da se radi o podsluzničnoj elevaciji, koja postaje izdužena zbog mehaničke iritacije izazvane crijevnom peristaltikom.^{2,5} Nadovezujući se na ovu teoriju, Alizartova je sa suradnicima postavila hipotezu da žarišta naglašenih venskih pleksusa mogu podići sluznicu i tako postati središnje mjesto (nidus) povlačenja sluznice te posljedično tomu formiranja polipa.⁴

Činjenicu da mehanička iritacija crijevne stijenke ima stanovitu ulogu u patofiziologiji ovog polipa potkrepljuju izvješća o prisutnosti CMSEP-a pri divertikulozi crijeva.^{9,10,14} Iako je i u našeg bolesnika kolonoskopski verificirana divertikuloza sigmoidnog dijela kolona, smatramo da je CMSEP bio zaseban entitet, neovisan o divertikulozi, jer je bio situiran 20-ak cm proksimalnije u silaznom kolonu i uz normalan izgled okolne sluznice i lumena.

U kontekstu divertikuloze crijeva diferencijalnodijagnostički treba razlikovati CMSEP-ove od prolaborajućih polipoidnih sluzničnih nabora (engl. *polypoid prolapsing mucosal folds* – PPMF).^{9,14} Za razliku od »crvolikog« izgleda CMSEP-a, PPMF-ove endoskopski karakterizira »listolik« oblik polipa, uglavnom su smješteni u sigmoidnom dijelu kolona uz divertikule, a patohistološki ih odlikuje prisutnost



Slika 2. Histološka slika polipa. Površina polipa obložena je sluznicom debelog crijeva uredna izgleda ispod koje se nalazi dobro vaskularizirana podsluznica (bojenje hemalaunom i eozinom, objektiv $\times 2,5$)

Figure 2. Histological presentation of the polyp. Surface of the polyp is covered with normal large bowel mucosa overlying the submucosa with prominent vasculature (Hematoxylin and eosin staining, objective $\times 2,5$)

vaskularne kongestije, edema, tromba i depozita hemosiderina u sluznici i podsluznici, što više odgovara prolapsu i pridruženoj upali crijevne stijenke.

Treba istaknuti da upravo odsutnost upalne komponente razlikuje CMSEP od drugih prolaborajućih polipoidnih lezija poput upalnih polipa s kapicom (»cap« polyp), upalnih kloakogenih polipa i inflamatornoga mioglandularnog polipa. »Cap« polipi su obično multipli i ime su dobili po karakterističnoj »kapici« sastavljenoj od granulacija i fibrina.¹⁵ Upalni kloakogeni polipi tipično su locirani u analnoj tranzicijskoj zoni i imaju ulceracije i odlike upale.¹⁶ Upalni mioglandularni polip ima izraženu mišićnu komponentu i upalno granulacijsko tkivo u lamini propriji sluznice debelog crijeva.¹⁷

Filiformni polipi također su sluznični crvoliki polipi prekriveni normalnom sluznicom crijeva. Međutim, oni su obično multipli (filiformna polipoza) i uglavnom se nalaze u bolesnika s kroničnim upalnim bolestima crijeva.¹⁸ Treba

napomenuti da se ovi polipi mogu naći i u bolesnika bez jasnih znakova upalne bolesti crijeva, što može ponovo biti dijagnostički problem u razlikovanju od CMSEP-a. Druge polipoidne lezije na koje treba obratiti pozornost pri diferencijalnoj dijagnozi CMSEP-a uključuju polipozu u sklopu kronične upalne bolesti crijeva te ostatak peteljke nakon prethodne polipektomije pedunkularnog adenoma debelog crijeva.⁴

Poseban problem u diferencijalnoj dijagnozi CMSEP-a može biti invertirani divertikul kolona, napose ako je dugačak i oblikom podsjeća na pedunkularni polip. Ovo može imati ozbiljno kliničko značenje, jer endoskopska polipektomija invertiranog divertikula nosi rizik od perforacije.¹⁹

S obzirom na neneoplastičnu etiologiju CMSEP-a, razmatranje endoskopske resekcije može se doimati neprimjerenim. Ipak, postoje stanoviti argumenti u prilog polipektomiji. U uvodu je istaknuta činjenica da je u trećine bolesnika s CMSEP-om nađena sinkrona kolorektalna neoplazija.⁵ Ovomu treba dodati i činjenicu da su opisana dva slučaja nastanka adenokarcinoma kolona u CMSEP-u.^{20,21} Moguće je da dugotrajni mehanički stres poput hipoksije ili produkata ekstravazacije krvi pogoduje nastanku novog – ili napredovanja postojećeg – adenokarcinoma na terenu CMSEP-a. Ipak, treba istaknuti da je premalo direktnih dokaza koji bi upućivali na to da je CMSEP nedvojbeno povezan s nastankom kolorektalne neoplazije. Stoga će odluka o eventualnoj resekciji ovisiti o kliničkoj slici bolesnika i kompetenciji endoskopičara u izvođenju endoskopske resekcije.

U zaključku ističemo da smo opisali vrlo rijedak i kontroverzan polip debelog crijeva, ne samo zbog nejasne etiologije već i zbog mogućih terapijskih implikacija. Budući da se u Republici Hrvatskoj provodi Nacionalni program za rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma, očekuje se povećanje broja donjih endoskopija. Sukladno tomu moguće je da ćemo se u budućnosti češće susretati s ovim entitetom, pa je naša namjera ovim prikazom bolesnika upoznati gastrointestinalne patologije i endoskopičare s CMSEP-om.

LITERATURA

1. *Hornick JL, Odze RD.* Polyps of the large intestine. U: *Odze RD, Goldblum JR, ur. Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract and pancreas.* Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009, str. 481–534.
2. *Matake H, Seo M, Oh K.* Long pedunculated colonic polyps composed of mucosa and submucosa: a report of four cases. *Stomach Intest* 1994; 29:1330–4.
3. *Matake H, Matsui T, Yao T i sur.* Long pedunculated colonic polyp composed of mucosa and submucosa: proposal of a new entity, colonic muco-submucosal elongated polyp. *Dis Colon Rectum* 1998;41: 1557–61.
4. *Alizart MM, Rosty C, Brown IS.* Colonic mucosubmucosal elongated polyp: a clinicopathologic study of 13 cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 2011;35:1818–22.
5. *Tozawa K, Ohda Y, Matsumoto T i sur.* Clinical challenges and images in GI: colonic mucosubmucosal elongated polyp. *Gastroenterology* 2009;136:49. 366.
6. *Kume K, Sakata H, Yoshikawa I, Watanabe T, Harada M.* Polypectomy of a colonic muco-submucosal elongated polyp. *Endoscopy* 2009;41 (Suppl 2):E265–E266.
7. *Hirasaki S, Koide N, Fukazawa M, Fujiwara K.* Small mucosubmucosal elongated polyp of the sigmoid colon. *Intern Med* 2011;50:1855.
8. *Takahashi M, Kubokawa M, Tanaka M i sur.* Endoscopic ultrasonography features of colonic muco-submucosal elongated polyp. *Endoscopy* 2002;34:515.
9. *Akahoshi K, Matsumoto M, Kimura M i sur.* Colonic mucosubmucosal elongated polyp: diagnosis with endoscopic ultrasound. *Br J Radiol* 2005;78:419–21.
10. *Kanasawa N, Kawahara Y, Kasahara I i sur.* Polypoid prolapsing mucosal folds with diverticulosis and colonic muco-submucosal elongated polyps. *Geriatric Gerontol Int* 2006;6:65–8.
11. *Hoshika K, Iida M, Matsumoto T i sur.* Elongated non-neoplastic colonic polyp: endoscopic features. *Gastrointest Endosc* 1998;47:413–6.
12. *Yamamoto T, Ishi T, Kawakami T i sur.* Colonic muco-submucosal elongated polyp. *Gastrointest Endosc* 2004;59:868.
13. *Ambrosio MR, Rocca BJ, Ginori A, Barone A, Onorati M, Lazzi S.* Long pedunculated colonic polyp with diverticulosis: case report and review of the literature. *Pathologica* 2011;103(1):8–10.
14. *Kelly JK.* Polypoid prolapsing mucosal folds in diverticular disease. *Am J Surg Pathol* 1991;15:871–8.
15. *Williams G, Bussey H, Morson B.* Inflammatory cap polyps of the large intestine. *Br J Surg* 1985;72:133.
16. *Lober PF, Appelman HD.* Inflammatory cloacogenic polyp: a unique inflammatory lesion of the anal transitional zone. *Am J Surg Pathol* 1981;5:761–6.
17. *Nakamura S, Kino I, Akagi T.* Inflammatory myoglandular polyps of the colon and rectum: a clinicopathological study of 32 pedunculated polyps, distinct from other types of polyps. *Am J Surg Pathol* 1992; 16:772–9.
18. *Lee CG, Lim YJ, Choi JS, Lee JH.* Filiform polyposis in the sigmoid colon: a case series. *World J Gastroenterol* 2010;16:2443–7.
19. *Paoluzi OA, Tosti C, Andrei F, Stroppa I, Pallone F.* Look out before polypectomy in patients with diverticular disease – a case of a large, inverted diverticulum of the colon resembling a pedunculated polyp. *Can J Gastroenterol* 2010;24:61–3.
20. *Shin Y, Kim JB, Choi JS i sur.* A case of nonpolypoid cancer arising from colonic muco-submucosal elongated polyp. *Korean J Gastroenterol* 2012;59:257–9.
21. *Kurahashi T, Kaneko K, Makino R, Mitamura K.* Colorectal carcinoma with special reference to growth pattern classifications: clinicopathologic characteristics and genetic changes. *J Gastroenterol* 2002;37:354–62.

