

## Der inflammatorische fibroide Polyp

Dziomber, S., Döring, C., Kaltofen, D.

### Fallbeschreibung

#### Anamnese

Ein 68-jähriger Mann wurde mit der Symptomatik eines hohen Dünndarmileus vorstellig. Er gab an, dass er in vier Wochen 4 Kilogramm Ge-

wicht abgenommen hätte. Außerdem klagte er über Erbrechen. Ähnliche Beschwerden habe er nie vorher bemerkt. In einer auswärtigen Einrichtung war bereits eine umfangreiche Diagnostik erfolgt.

Säugling. Bei der Auskultation war eine unauffällige Peristaltik zu hören. Das Abdomen war weich und druckschmerzfrei. Pathologische Resistenzen konnten nicht palpirt werden. Laborchemisch war eine leichte Anämie zu verzeichnen (Hb 7,3 mmol/l; Hk 0,34). Weiterhin fiel eine Leukopenie auf, die bei dem Patienten allerdings seit Jahren bekannt ist. Er befand sich diesbezüglich in hämatologischer Betreuung. Alle übrigen Laborparameter waren unauffällig. Sonografisch konnten, bis auf eine Prostatahyperplasie, an den parenchymatösen Organen keine pathologischen Befunde festgestellt werden. Freie Flüssigkeit wurde in der Bauchhöhle nicht nachgewiesen.

In der Gastroskopie zeigten sich ebenfalls keine Auffälligkeiten. Der Helicobactertest fiel negativ aus. Computertomografisch stellte sich eine Invagination des Jejunums mit Dilatation der vorgeschalteten Schlinge dar (Abbildung 1).

In der weiteren Umfelddiagnostik konnte kein sicherer Hinweis für ein malignes Geschehen gefunden werden.

#### Intraoperativer Befund und Verlauf

Im Rahmen der Operation fand sich eine Invagination des Jejunums (Abbildung 2). Nach Desinvagination ließ sich im Darmlumen ein tischtennisballgroßer Tumor tasten. Wir führten eine Jejunumsegmentresektion mit End-zu-End-Anastomose durch. Nach Eröffnung des Präparates ex situ sahen wir einen 45 x 38 x 32 mm großen, gestielten Tumor mit glatter Oberfläche (Abbildung 3). Oberflächlich auf dem Tumor zeigten sich Ulcerationen und Exsudatauflagerungen.

Der Patient erholte sich postoperativ rasch. Der Kostaufbau wurde problemlos toleriert. Der Pat. konnte mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden.

#### Histologie

Es stellte sich eine polypoide Läsion dar, die im Bereich der Tela submucosa lokalisiert war. Über der Läsion fand sich eine ausgedehnte flache,

von fibrinös leukozytärem Exsudat bedeckte Ulceration. Bei der mikroskopischen Untersuchung war ein wechselnd faserreiches, teilweise lockeres, gefäßreiches Gewebe zu sehen. Das Stroma zeigte teils spindelige, teils polygonale Zellen. Es fielen wechselnd dichte Entzündungsinfiltrate aus Lymphozyten, Plasmazellen und abschnittsweise dominierend eosinophilen Granulozyten auf. Die Untersuchung der 16 mit entfernten Lymphknoten ergab keinen Hinweis auf Tumorinfiltrate. Die immunhistochemischen Untersuchungen auf CD 117 und CD 34 verliefen negativ.

Die histologische Diagnose lautete: Inflammatorischer fibroider Polyp (IFP) des Jejunums.

#### Diskussion

Im Jahre 1920 wurde ein entsprechender histologischer Befund erstmals durch Konjetzny beschrieben und als polypoide Fibrom bezeichnet. Vanek beobachtete am Magen 1949 ein submuköses Granulom mit eosinophiler Infiltration (2). Seither bezeichnet man einen solchen Befund am Magen auch als Vanek-Polyp. Für diese polypoide Struktur unabhängig von der Lokalisation wurden seitdem zahlreiche andere Termini verwendet, wie zum Beispiel Hämangiopericystom, submuköses Fibrom, inflammatorischer Pseudotumor, Myxom (6) und eosinophiles Granulom (8). Die 1953 von Helwig und Rainer vorgeschlagene Bezeichnung als inflammatorischer fibroider Polyp hat sich mittlerweile in der Literatur durchgesetzt (6).

In der Literaturrecherche wurden seit 1990 mehr als 30 Veröffentlichungen über den inflammatorischen fibroiden Polypen als Einzelfallbeschreibungen gefunden. Nur in einer retrospektiven Beschreibung von Wysocki wurde über mehr als 1000 inflammatorische Polypen berichtet (10). Auffällig ist, dass die meisten Publikationen aus dem nahen Osten kamen (13 Beschreibungen).

Am häufigsten wurde ein inflammatorischer fibroider Polyp im Magen-antrum gefunden, gefolgt vom Dünndarm, Dickdarm und Rektum.

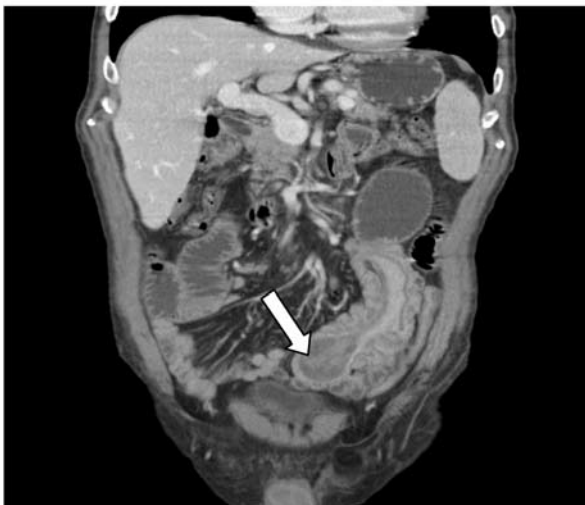


Abbildung 1: Abdomen-CT (Krankenhaus Rabenstein), Polyp markiert

#### Klinische und bildgebende Befunde

An der Bauchdecke zeigten sich eine reizlose Pararektalschnittnarbe nach Cholezystektomie vor 20 Jahren sowie eine reizlose Narbe subumbilical nach Nabelhernienreparation als

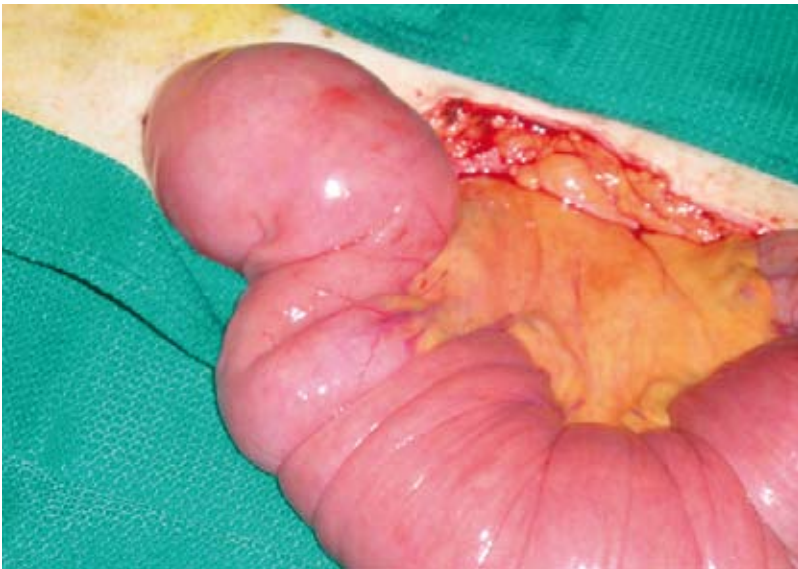


Abbildung 2: Invagination des Jejunums



Abbildung 3: Polypöser Tumor im Darmlumen

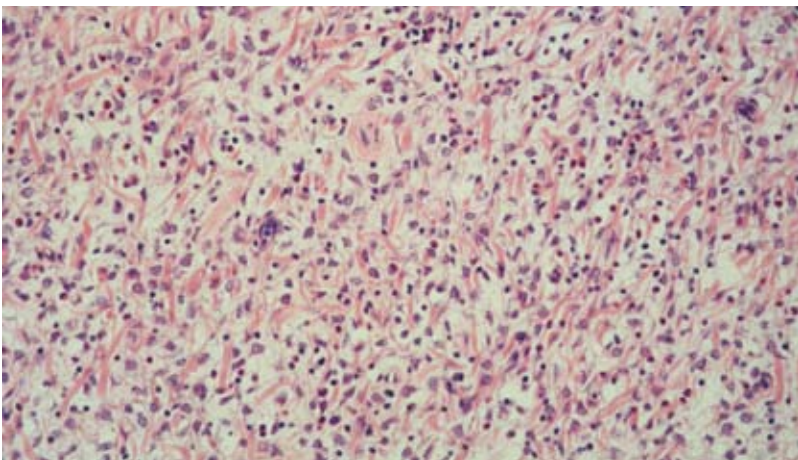


Abbildung 4: Von Entzündungszellen durchsetztes Polypenstroma (HE-Färbung, 20x)

Seltener Lokalisationen waren die Gallenblase, die Speiseröhre, der Zwölffingerdarm und der Wurmfortsatz (2).

Die Läsion ist immer benigne und meist solitär vorkommend (1, 4). Nach Abtragung rezidivieren inflam-

matorische Polypen gewöhnlich nicht (2). In der Literatur wurden allerdings wenige Fälle eines rekurrenden Befundes beschrieben (5, 6). Die Größe des Tumors liegt meist zwischen 3 und 4 cm (6), allerdings fanden sich auch Raumforderungen mit

mehr als 20 cm Durchmesser (8). Am häufigsten sind Patienten in der 6. und 7. Lebensdekade betroffen (6). Bei der Literaturrecherche fanden sich unterschiedliche Angaben, ob eine Prädominanz beim weiblichen (8) oder männlichen (6) Geschlecht besteht.

Die Ätiologie des inflammatorischen fibroiden Polypen ist bis heute unklar. Neben einer möglichen Assoziation zu einer Infektion mit *Helicobacter pylori* wird auch ein Zusammenhang mit der Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika diskutiert. Als ursächlich für die Bildung eines inflammatorischen fibroiden Polypen wird eine minimale chemische, mechanische oder bakterielle Traumatisierung der Mukosa angenommen (2, 5, 7, 8).

Es wurde auch beobachtet, dass IFP häufiger bei cholezystektomierten Patienten auftreten (3). Dies wird auch durch unseren Patienten gestützt. Weiterhin wurden eine Koinkidenz zu einem Morbus Crohn (6) sowie eine familiäre Häufung (5, 7) beschrieben. Klinisch manifestiert sich ein entsprechender Tumor meist durch eine gastrointestinale Blutung, eine Anämie oder wie in unserem Fall durch eine Intussuszeption. Die Anamnese ist meist kurz (3).

Im histologischen Bild stellt sich die Tela submucosa als Ursprung der Läsion dar. Das wenig strukturierte Stroma ist insgesamt faserarm und abschnittsweise gefäßreich. Mitunter werden perivasculär manschettentartige konzentrische Formationen beschrieben. Es findet sich ein wechselnd dichtes Infiltrat von Lymphozyten, Plasmazellen und eosinophilen Granulozyten, wobei letztere häufig dominieren. Die Stromazellen sind teils spindelig teils polygonal. Immunhistologisch zeigen sie eine Expression von Vimentin und CD 34. Häufig werden auch Actin und Desmin exprimiert. Der inflammatorische fibroide Polyp ist in der Regel CD 117 negativ. CD 31 wird nicht exprimiert. (9) Differentialdiagnostisch kommen Leiomyome, Fibrome, Neurofibrome und eine Reihe vaskulärer Tumoren sowie der gastrointestinale Stromatumor (GIST) in Frage. Neben dem charakteristischen histologischen Bild

Tabelle 1: Differentialdiagnosen

<b>Maligne:</b>	<b>Benigne:</b>
Karzinoid	Lipom
Karzinom	Hamartom
Lymphom	Leiomyom
Leimyosarkom	Brunnersches Adenom
GIST	Neurogener Tumor
	Lymphangiom
	Hämangiom

sind deshalb auch immunhistologische Untersuchungen zur Abgrenzung von diesen Tumorentitäten hilfreich, wobei gastrointestinale Stromatumoren ebenfalls in 5% der Fälle CD 117-negativ sein können.

Eine Parasiteninfektion erscheint ausgeschlossen, wenn keine Parasiten mikroskopisch nachweisbar sind.

Schwannome und Neurofibrome unterscheiden sich vom IFP durch die Reaktion auf S100 und weisen nicht die typische Gefäßzeichnung auf.

Inflammatorische myofibroblastische Tumoren betreffen nur äußerst selten die Darmwand.

Eine eosinophile Enteritis ist nicht wie ein inflammatorischer fibroider Polyp lokal begrenzt (7).

Während die Diagnosestellung im Magen in der Regel keine Probleme bietet, stellt sich die Situation im Dünndarm anders dar. Als sinnvolle bildgebende Verfahren zur Diagnostik kommen die Ultraschalluntersuchung des Abdomens beziehungsweise eine Computertomografie in Frage (5).

Dennoch wird eine korrekte präoperative Diagnose nur höchst selten gestellt, da sich meist nur eine Intussuszeption nachweisen lässt. Weitere bildgebende Verfahren wie Röntgenübersichtsaufnahmen des Abdomens, Röntgenaufnahmen mit Kontrastmittel oder nuklearmedizinische Verfahren sind selten zielführend (5). Abzuwarten bleibt, ob in Zukunft durch Einsatz der Doppelballonenteroskopie oder der Videokapsel die

Diagnose schneller gestellt werden kann.

Bei Lokalisation im Dünndarm sind die in Tabelle 1 aufgeführten Differentialdiagnosen in Betracht zu ziehen:

Standardtherapie ist die chirurgische Resektion, die mit einer geringen Morbidität einhergeht. An endoskopisch erreichbaren Lokalisationen ist unter Umständen auch eine endoskopische Abtragung möglich.

#### Literatur bei den Verfassern

Anschriften der Verfasser:  
Susann Dziomber und  
Dr. med. Dorothea Kaltofen  
Chirurgische Klinik der  
Klinikum Chemnitz gGmbH  
Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz  
Tel. 0371/33333300

Constanze Döring  
Institut für Pathologie der  
Klinikum Chemnitz gGmbH  
Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz  
Telefon 0371/33334506