



ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2019, 6(3):138-141

Fibroepitelyal Anal Polipler ve Eşlik Eden Anal Hastalıklar

Sabahattin Destek^{1*}

¹ Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD İstanbul, Türkiye

email:dr.s.destek@gmail.com

Orcid:0000-0002-3569-4386

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Sorumlu Yazar: Sabahattin Destek

Gönderim Tarihi / Received: 27.02.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 02.09.2019

DOI: 10.34087/cbusbed.532958

Öz

Amaç: Anal kanalda bulunan fibroepitelyal anal polipler (FAP) çok katlı yassı epitelden köken alırlar. Etiyolojisinde enfeksiyon, enflamasyon, gelişimsel faktörler üzerinde durulmaktadır. Malignleşmezler. Çoğunlukla makatta ağrı ve kaşınmaya sebep olurlar. Bu sunumda FAP'li hastalarımız, FAP özellikleri ve eşlik ettiği hastalıklar sunuldu.

Gereç ve Yöntem: 2010-2015 yılları arasında hastanemizin genel cerrahi kliniği kayıtlarından anal polip saptanan hastalar retrospektif olarak incelendi. FAP dışındaki olgular çalışma dışı bırakıldı. İncelemeye dahil edilen bu hastaların yaşı, cinsiyeti, semptomları, eşlik eden anal hastalıkları, FAP sayısı ve çaplarına değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 51 hasta alındı. Kadın/erkek oranı: 0,96 olup ortalama yaş 44,91 yıl idi. Hastaların %49,01'inde (n=25) hemoroidal hastalık eşlik ediyordu. Yapılan incelemede tüm hastaların %92,15'inde (n=47)'in anal bölgede aralıklı ağrı, %90,19'inde (n=46) anal bölgede kaşınıt şikayeti vardı. Hastaların %74,50'sinde (n=38) soliter FAP saptandı. FAP çapı 5-42 mm arasında değişmekte olup ortalama 16,07 mm çapında idi. Hiçbir hastada FAP sonrası malignite saptanmadı. Tedavide anal polip için polipektomi, ek hastalığa göre hemoroidektomi, sfinkterotomi yapıldı.

Sonuç: FAP'lar hemoroidal hastalık, kronik anal fissür gibi anal hastalıklarla beraber bulunabilirler. Crohn hastalığı ile daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. FAP varlığında enflamatuvar durumlara dikkat edilmelidir. Malignleşmezler ancak patolojik inceleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fibroepitelyal Anal Polip, Hemoroidal Hastalık, Polipektomi.

Abstract

Objective: Fibroepitelyal anal polyps (FAP) found in the anal canal originate from the multilayer squamous epithelium. The etiology; infection, inflammation and developmental factors. They are not malignant. Mostly they cause pain and itching in the anus. In this presentation, our FAP patients, FAP features and associated diseases were presented.

Materials and Method: The patients who had anal polyps from the records of the general surgery clinic of our hospital between 2010 and 2015 were evaluated retrospectively. Non-FAP cases were excluded from the study. The age, sex, symptoms, accompanying anal diseases, FAP count and diameters of these patients were evaluated.

Results: 51 patients were included in the study. The male/female ratio was 0.96 and the mean age was 44.92 years. Hemorrhoidal disease was associated in 49.01% (n=25) of the patients. In the examination, 92.15% (n=47) of all patients had intermittent pain in the anal region and 90.19% (n=46) had itching in the anal region. Solitary FAP was detected in 74.50% (n = 38) of the patients. The diameter of the FAP ranged between 5-42 mm and the mean diameter was 16.07 mm. No FAP was detected in any of the patients. Polypectomy for anal polyp and hemorrhoidectomy and sphincterotomy were performed.

Conclusion: FAPs may present with anal diseases such as chronic anal fissure in hemorrhoidal disease. Crohn's disease has been reported to be more common. Inflammatory conditions should be considered in the presence of FAPs. No malignancy but pathological examination should be performed.

Keywords: Fibroepitelyal anal polyp, hemorrhoidal disease, polypectomy

1. Giriş

Fibroepitelyal anal polipler (FAP) en sık görülen anal polipler olup bazı kaynaklarda anal tag veya hipertrofiye anal papilla olarak da adlandırılmaktadır

[1]. FAP'ler lokal tahrişe veya enfeksiyona reaktif bir yanıtın sonucu olarak reaktif hiperplazi ile gelişen benign anal polipoid lezyonlardır [2, 3].

FAP'ler benignidir ve anal skuamöz epitel ve subepitelyal bağ dokusundan oluşurlar [1, 4]. Morgagni sütunlarının dibindeki anal papillalardan kaynaklanırlar [1, 2]. Genellikle mukozaya dar bir pedikül veya bazen de geniş bir pedikül ile bağlanabilirler [1]. FAP'ler dentat çizgide yerleşmiş olup hemoroidal dokularla yakından ilişkilidirler ve klinik olarak hemoroid görünümünde olabilirler [2,4]. Hemoroidlerin varlığının FAP patogenezi için önemli olduğu bildirilmiştir [4].

Genel olarak toplumda nadir görüldüğü belirtilse de proktoskopik inceleme yapılan hastaların %45'inde bulunurlar [2,3]. FAP'ler hemoroidal hastalık, anal fissür veya anal fistül gibi lokal inflamasyonla ilişkili olabilirler [1,2,4]. Crohn hastalığı olan hastaların yaklaşık üçte birinde anal valf çatlakları ile beraber FAP'lere rastlanır [1]. Genellikle erkelerde görülür ve çapları 0,5 ila 4 cm arasında değişir [2, 4]. Klinikte kaşıntı, batma hissi gibi lokal tahriş bulguları, akıntı, travmaya sekonder kanama inkontinans vardır [1, 2].

Biz bu araştırmamızda FAP tanısı konulan 52 hastamızda FAP'lerin demografik, klinik, Morfo-patolojik özelliklerini ve eşlik ettiği hastalıkları inceledik.

2. Gereç ve Yöntem

2.1.Hasta seçimi

Bu çalışmamızda 2010-2015 yılları arasında hastanemizin genel cerrahi kliniği arşivinde anal bölgeden polipoid kitle eksizyonu yapılan 940 hasta incelemeye alındı. Yapılan retrospektif taramada maling lezyonlar ve hidradenom, melanositik nevüs, hamartom, kondiloma gibi benign olgular çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya sadece FAP tanısı konulmuş olan 51 hasta dahil edildi. İncelemeye dahil edilen bu hastaların yaşı, cinsiyeti, semptom süresi, semptomları, eşlik eden anal bölge hastalıkları, FAP sayısı ve çapları değerlendirildi (Şekil 1).



Şekil 1. a- Erkekte fibroepitelyal anal polip, b- Bayanda fibroepitelyal anal polip, c- Patolojik görünüm (H&E x100)

2.2 Histopatolojik inceleme

Histolojik inceleme için %10 formalinle sabitlenmiş biyopsi örnekleri rutin doku takip işlemi sonrası, parafin bloklara gömülen örneklerden 4 µm (mikron) kalınlığında seri kesitler alındı. Deparafinize edilen doku kesitleri histolojik inceleme için hematoksilin-eozin ile boyandı. Preparatlar ışık mikroskopisinde deneyimli patoloğ tara-fından incelendi.

2.3 İstatiksel inceleme

İstatiksel çalışma için veriler, lisanlı SPSS 21 paket programı (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile analiz edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda

Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-kare analizi uygulanmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3. Bulgular

FAP saptanılan 51 hastanın %50,98'u (n=26) erkek olup kadın/erkek oranı:0,96 idi. Hastaların yaş aralığı 18-79 yıl olup ortalama 44,92 yıl idi. Hastaların %49,01'inde (n=25) hemoroidal hastalık eşlik ediyordu. Tüm hastaların %92,15'inde (n = 47) anal bölgede aralıklı ağrı, %90,19'inde (n=46) kaşıntı şikayeti vardı. Hastaların şikayet süresi 1-7 yıl arasında değişmekte olup ortalama 2,4 yıldır. Hastalarda anal bölgede FAP sayısı1-5 arasında değişiyordu. Hastaların %74,50'sinde (n=38) soliter FAP saptandı. FAP'lerin çapı 5-42 mm arasında değişmekte olup ortalama 16,07 mm idi. Hiçbir hastada patolojik inceleme sonrasında malignite saptanmadı. Hastalar yıllık olarak takibe alındı (Tablo 1).

Çalışmamızda hemoroidal hastalık bulunan ve bulunmayan hastalarda FAP sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,023$). Hemoroidal hastalık bulunan hastalarda FAP sayısının daha fazla olduğu saptandı. Ayrıca polip sayısı soliter ve multipl olan hastalarda anal bölgedeki aralıklı ağrı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,026$). Soliter FAP olan hastalarda anal bölgede daha fazla ağrı olduğu bulundu. Diğer özellikler açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 2).

Araştırmamızda semptomların süresi ile yaş arasında korelasyon olduğu görülmüş, yaş arttıkça semptomların süresinin de arttığı bulunmuştur ($p=0,011$). Yine polip çapı ile yaş arasında da korelasyon olduğu görülmüş, yaş ilerledikçe polip çapının da arttığı saptanmıştır ($p=0,008$). Yine polip çapı ile semptomların süresi arasında da korelasyon olduğu görülmüş semptomların süresi uzadıkça polip çapının da arttığı saptanmıştır ($p=0,0001$). Diğer özellikler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 3).

4. Tartışma

FEP'ler anal kanalın benign kökenli polipoid lezyonlarıdır [1]. Rektumdan distalinde bulunan anal kanal iki farklı şekilde tanımlanır. Cerrahi anal kanal dentat çizginin 2 cm proksimalinde puborektal kasın oluşturduğu anorektal halkadan başlayıp, dentat çizginin 1,5-2 cm distalinde bulunan anokütanöz çizgiye (anal verj) kadar devam eder ve ortalama 4 cm uzunluğundadır. Anatomik anal kanal linea dentata ile anal verj arasında olup 2,5-3 cm dir [6].

Tablo 1 Demografik ve Klinik Özelliklerin Dağılımı

Demografik ve Klinik Özellikler		Sayı (n)	Oran (%)
Cinsiyet	Kadın	25	49.01
	Erkek	26	50.98
Eşlik eden hastalıklar	Hemoroidal hastalık	25	49.01
	Anal fissür	18	35.29
Semptomlar	Kaşıntı	46	90.19
	Anal ağrı	47	92.15
	Kanama	21	41.17
Fibroepitelyal anal polip sayısı	Soliter	38	74.50
	Multipl	13	72.22
Fibroepitelyal anal polip çapı (mm)	Çap 5-42	Ortalama çap 16.07	
Yaş (yıl)	Yaş aralığı 18-79	Ortalama yaş 44.92	
Semptomların süresi (yıl)	Süre aralığı 1-7	Ortalama süre 2.4	

Tablo 2 Anal Polip Sayı ve Çaplarının Değişkenlerle Arasındaki Farklılıkları

Fibroepitelyal polip sayısı ve çapları		Fibroepitelyal anal polip özellikleri						Test*
		n	Mean	Median	Min.	Maks.	SS**	P*
Polip sayısı	Erkek	26	1.54	1	1	5	1.174	-0.076
	Kadın	25	1.32	1	1	3	0.557	
Polip Çapı	Erkek	26	16.38	15	5	42	8.129	0.94
	Kadın	25	15.76	15	5	26	6.009	
Polip sayısı	Hemoroidal hastalık var	25	1.64	1	1	5	0.995	0.023
	Hemoroidal hastalık yok	26	1.23	1	1	5	0.81	
Polip Çapı	Hemoroidal hastalık var	26	16.5	15	6	42	15.64	0.970
	Hemoroidal hastalık yok	25	15.64	15	5	25	5.964	
Polip sayısı	Anal fissür var	18	1.50	1	1	5	0.985	0.454
	Anal fissür yok	33	1.39	1	1	5	0.899	
Polip Çapı	Anal fissür var	18	16.28	15	5	42	8.743	0.722
	Anal fissür yok	33	15.97	15	5	26	6.182	
Polip sayısı	Pruritis ani var	46	1.35	1	1	5	0.766	0.413
	Pruritis ani yok	5	2.20	1	1	5	1.789	
Polip Çapı	Pruritis ani var	46	15.85	15	5	26	6.011	0.678
	Pruritis ani yok	5	18.20	10	6	42	14.772	
Polip sayısı	Anal ağrı var	47	1.38	1	1	5	0.922	0.026
	Anal ağrı yok	4	2.00	2.00	1	3	0.816	
Polip Çapı	Anal ağrı var	47	16.28	1	5	42	7.042	0.439
	Anal ağrı yok	4	13.75	12.50	5	25	8.539	

Tablo 3 Fibroepitelyal Anal Polip Sayı ve Çaplarının Değişkenlerle İlişkisi

Fibroepitelyal polip özellikleri	Yaş (yıl)	Süre (yıl)	Polip sayısı (n:51)
Süre (yıl)	r	0.351	
	p	0.011	
Polip sayısı (n:51)	r	-0.131	-0.154
	p	0.359	0.281
Polip Çapı (mm)	r	0.367	0.801
	p	0.008	0.0001
			0.424

En yaygın görülen anal polip tipi fibroepitelyal polipler olup dentat çizgi düzeyinde Morgagni sütunlarının dibindeki anal papillalardan orjin alırlar [2,7]. Anal papilla hipertrofik hale geldiğinde FEP'leri oluşturabilirler[7]. FAP'ler skuamöz epitel ile kaplanan

miksoid veya kollajenöz stromadan oluşan iyi huylu lezyonlardır. Bu polipler fibroblastik ve miyofibroblastik hücreler ile mast hücreleri ve stromal hücreler içerirler [2,8].

Patogenezinde ağırlıklı olarak kronik tahriş ve inflamasyon, nadiren de yaralanma ve enfeksiyona karşı anodermin hipertrofik tepkisi ile oluştuğu kabul edilir [1, 8]. Bunlar esasında kronik anal patolojiyi belirten fiziksel bir işaretlerdir [8]. FAP'ler Crohn hastalığı gibi inflamatuvar barsak hastalığı olan hastalarda sık görülürler [1]. Etyolojik etkilere reaktif ve onarıcı yanıt olarak stromal hücrelerde atipi görülebilir [1,2]. Karakteristik olarak stromal hücrelerde CD34 ekspresyonu edilir ve reaktif vakaların üçte birinde desmin bulunabilir ancak önemi yoktur [1,4]. FAP'ler benign olup premalign değildir [5, 9]. Malignleşmezler ama ine

de patolojik inceleme yapılmalıdır [1,2]. Bizim çalışmamızda da maligniteye rastlanmadı.Yapılan çalışmalarda daha çok üçüncü ve dördüncü dekatta ve daha çok erkeklerde FEP'ler görülmüştür [2,4,7]. Araştırmalarda FAP çapları 0.5-4cm arasında değişmekte olup ortalama 0,9 cm'dir [2,4] Genellikle küresel veya uzun polipoid yapılardan oluşurlar. FAP'ler çoğunlukla pürüzsüz bir yüzeye sahiplerdir bazen fokal yüzeysel ülserasyon alanı olabilir [1,2]. Bizim çalışmamızda da FAP hastaları genellikle dördüncü dekatta ve erkek olup ortalama lezyon çapı 16 mm idi.

Hastalarda FAP'in büyüklüğüne göre semptomlar ortaya çıkar. Küçük çaplı FAP'lerde belirgin bir semptom izlenmezken büyük olan FAP'lerde anüste kaşıntı, ağrı, kalıntı hissi, yabancı cisim hissi, kanama, ağrılı dışkılama gibi belirtiler görülebilmektedir [5, 8, 10]. Hatta obstrüktif ileusa bile neden olabilirler [11]. Bizim çalışmamızda en sık görülen belirtiler anüste ağrı ve kaşınma hissiydi.

FAP'ler anal kondiloma, yüzeysel anjiyomiksoma, enflamatuvar kloakojenik polipler, anal adenomlar, papiller hidradenoma, melanoma, hemoroidal hastalıkla vb. gibi hastalıklarla karışabilirler [1, 2]. FAP'ler kimi çalışmalarda kronik anal fissürlerle, kimi çalışmalarda da hemoroidal hastalıklarla ilişkilendirilmiştir [2,4,7, 12]. Bazı yazarlarda anal fistüllerle birlikte olduğunu da bildirmişlerdir [8]. Bizim çalışmamızda FAP'ler daha çok hemoroidal hastalıkla birlikteydi.

Tedavi planlanırken varsa öncelikle altta yatan herhangi bir enflamatuvar durumun tedavisi planlanır [1]. Tedavi seçiminde lezyonun büyüklüğüne göre endoskopik polipektomi, ligasyon veya elektrokoterizasyon ile lokal eksizyon ya da radyofrekans ablasyon tedavisi düşünülebilir [5, 7, 13]. Hasta memnuniyeti açısından eşlik eden hemoroidal hastalık, kronik anal fissür gibi patolojilerinde aynı zamanda tedavisi önerilir [2,4,14]. Bizim çalışmamızda hastaların hepsine lokal eksizyon yapıldı ve ek patolojiler de cerrahi olarak tedavi edildi.

5. Sonuç

FEP'ler genellikle küçük ama rahatsız edici semptomlara yol açma eğilimindedir. Çoğunlukla kronik bir rekto-anal inflamasyonla birlikte dirler. Bunların varlığında anal bölgeyi etkileyebilecek enflamatuvar durumlara dikkat edilmelidir. Bunlar boyutlarına rağmen anal verj bölgesinde bulunan bir kitlenin ayırıcı tanısında ve persistan anal semptomları olan hastalarda düşünülmelidir.

Yazarın herhangi bir fon ile çıkar ilişkisi yoktur.

6. Kaynaklar

1. Bettington M, Brown L. Polyps and polypoid lesions of the anus. *Diagnostic Histopathology*, 2014, 20, 38-45.
2. Groisman GM, Polak-Charcon S. Fibroepithelial polyps of the anus: a histologic, immunohistochemical, and ultrastructural study, including comparison with the normal anal subepithelial layer. *The American Journal of Surgical Pathology*, 1998, 22,

70-6.

3. Schutte AG, Tolentino MG. A second study of anal papillae. *Diseases of the Colon & Rectum*, 1971, 14, 435-50.
4. Sakai Y, Matsukuma S. CD34+ stromal cells and hyalinized vascular changes in the anal fibroepithelial polyps. *Histopathology* 2002, 41, 230-5.
5. Yang TW, Wang CC, et al. A symptomatic anorectal polyp. *Gastroenterology* 2015, 148, 298-9.
6. Corman ML. *Colon and Rectal Surgery*, 5th ed. Philadelphia, Lippincott, 2005.
7. Gupta PJ. Hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyps, should they be removed during anal fissure surgery? *World Journal of Gastroenterology*, 2004, 10, 2412-2414.
8. Papadopoulos IN, Danias N, et al. Fibroepithelial polyp in an anal fistulous track: a sign of chronic pathology. *BMJ Case Reports*, 2010, 2010, bcr08, 2009, 2169.
9. Schinella RA. Stromal atypia in anal papillae. *Diseases of the Colon & Rectum* 1976, 19, 611-3.
10. Lenhard B. [Guideline on the disease picture of hypertrophic anal papilla]. *Hautarzt* 2002, 53, 104-5.
11. Galanis I, Dragoumis D, et al. Obstructive ileus due to a giant fibroepithelial polyp of the anus. *World Journal of Gastroenterology*, 2009, 15, 3687-3690.
12. Gupta PJ. A study of the symptomatology of hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyps. *Bratislavské Lekárske Listy*, 2005, 106, 30-3.
13. Filingeri V, Gravante G, et al. Clinical applications of radiofrequency in proctology: a review. *European Review For Medical And Pharmacological Sciences*, 2006, 10, 79-85.
14. Gupta PJ, Kalaskar S. Removal of hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyps increases patient satisfaction after anal fissure surgery. *Techniques in Coloproctology*, 2003, 7, 155-8.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

