

# Gastrik Ksantelazmalı Olgu Sunusu

Dr. Öznur ERTAŞ (1), Dr. Şükran TÜRKEŞ (2), Dr. Füsün ERDENEN (3), Dr. Fadime BAHADIR (4)  
Dr. Hasan BEKTAŞ (5), Dr. Osman Nuri HUTEN (6)

## ÖZET

Gastrik ksantelazmalar gastrik mukozada çapı genellikle 5 mm'den küçük, uçuk sarı renkte nodüller veya plaklardır. Hiperkolesterolemi ile gastrik ksantelazmalar arasında ilişki gösterilememiştir. Gastrik ksantelazmalar hakkında literatürde çok az sayıda yayın vardır ve önemi halen bilinmemektedir. Atrofik gastrit ile arasında ilişki gösterilmiştir. Demir eksikliği anemisi etyolojisi nedeni ile tetkik ettiğimiz ve gastrik ksantelazma saptadığımız bir olguyu sunuyoruz.

**Anahtar kelimeler:** Ksantelasma, Ksantoma,

## SUMMARY

### A case report: Gastric Xanthelasma

Gastric xanthelasmas are pale yellow nodular or plaque lesions which are generally smaller than 5 mm on gastric mucosa. No correlation was found between hypercholesterolemia and gastric xanthoma. There are few references concerning them and the importance of these lesions are not fully understood. There are some suggestions about xanthelasma and gastric atrophy. We present a patient who was investigated for iron deficiency anemia and gastric xanthelasma was diagnosed.

**Key words:** Xsantelasma, xanthoma

## GİRİŞ

Ksantoma ve lipit adacıkları olarak da bilinen ksantelazmalar üst gastrointestinal sistem(GİS) endoskopisi sırasında nadiren görülen insidental lezyonlardır(1). Ksantogranülamatöz inflamasyon değişen miktarlarda köpüksü histiositler, inflamatuvar hücreler, fibröz reaksiyon ve bazen çok nükleuslu dev hücreler ile karakterizedir. Tipik olarak olay etkilenen organın normal yapısında destrüksiyona neden olur ve neoplazmi stimüle edebilir(2). Gastrointestinal traktın bütün alanlarında görülebilir ancak en sık görüldüğü bölge midedir(3). Gastrik ksantelazmalar, mukozada çapı genellikle 5 mm'den küçük, uçuk sarı nodüller veya plaklardır. Sıklıkla gruplar halinde küçük kurvatur ve prepilorik bölgede bulunurlar. Histopatolojik tanı lamina propriada köpüksü histiositlerin görülmesi ile konur(1). Nadiren submukozaya uzanır. Hiperkolesterolemi ile gastrik ksantomlar arasındaki ilişki gösterilememiştir. Gastrik ksantelazmaların sıklığı yayınlarda değişkenlik göster-

mektedir(4). Klinik önemi halen bilinmemektedir.

Histopatoloji: Lezyon; yüzey epitelinin hemen altındaki üst lamina propriada kaldırım benzeri paternde uzanan lipit yüklü histiositlerin birikmesinden ibarettir. Her bir hücre vakuollü sitoplazmaya sahiptir. Hücreler PAS negatiftir. Lipit adacıklarının etyolojisi bilinmemektedir. Ancak asla normal mukozada bulunmazlar. Bu adacıklar makrofaj markırı KP1 ile boyanırlar(5).

## VAKA SUNUMU

Altmış altı yaşında erkek hasta, son bir aydır artan halsizlik, yorgunluk, nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan sistemlerin sorgusunda GİS'e ait şikayet tanımlamıyordu. Özgeçmişinde 3 yıldır hipertansiyonu mevcut olup düzensiz ilaç tedavisi alıyordu. 40 paket/yıl sigara alışkanlığı vardı. Yapılan sistemik muayenesinde cilt ve konjunktivada solukluk dışında özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde; Hgb: 9.6 gr/dl, Htc: % 32.8, MCV: 74 fl, WBC: 7650 /mm<sup>3</sup>, Plt: 270.000 /mm<sup>3</sup>, ESR: 64 mm/saat, SD: 44 µgr/dL, SDBK: 481 µgr/dL, ferritin: 16.7 ng/mL, total kolesterol: 208 mg/dl, trigliserid: 152 mg/dl, LDL: 136 mg/dl bulundu. Bunun dışındaki biyokimyasal laboratuvar incelemelerinde patoloji saptanmadı. Tam idrar tetkiki ve PA akciğer grafisi de normal bulundu. Mevcut hema-

S.B. Yozgat Devlet Hastanesi Dahiliye Uzmanı (1)

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4'üncü Dahiliye Kliniği Uzmanı (2), Şefi (3)

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği Asistanı (4)

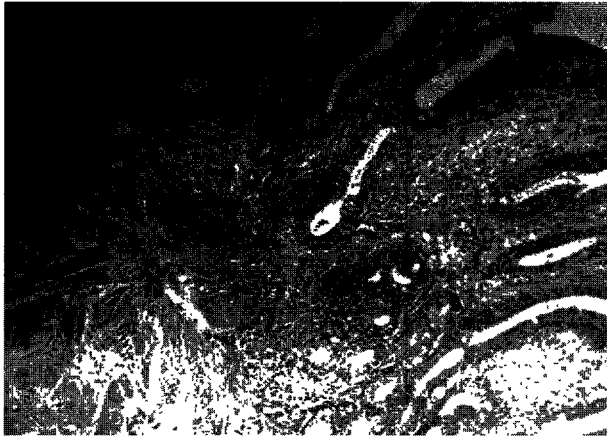
S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı (5)

S.B. İstanbul Eğitim Hastanesi Patoloji Uzmanı (6)

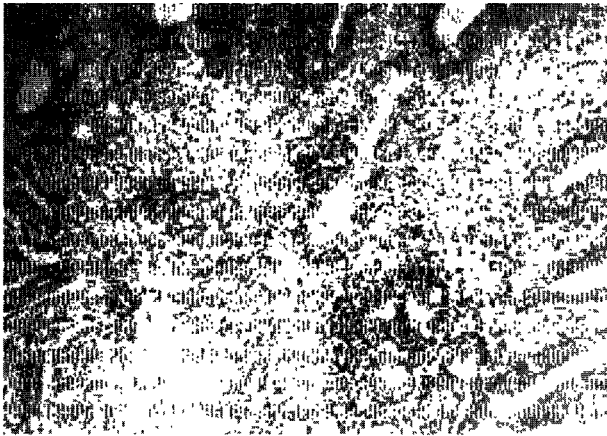
tolojik ve biyokimyasal verilerle hastada demir eksikliği anemisi düşünüldü. Etiyolojiye yönelik hastaya üst GİS endoskopisi ve kolonoskopi planlandı. Üst GİS endoskopisinde mide ve duodenumda 2-6 mm çapında, mukozadan kabarık gri-beyaz renkli plaklar görüldü. Kolonoskopide rektumda mukozadan kabarık gri-beyaz renkli 2-3 mm çapında plaklar görüldü. Antrum, duodenum ve kolondaki plaklardan biyopsiler alındı.

**Patolojik bulgular:** Yapılan histopatolojik incelemede antrumda hafif aktivasyon, yaygın inkomplet tipte intestinal metaplazi gösteren kronik atrofik gastrit, lamina propriada fokal alanlarda yağlı histiositler mevcut olup histiositlerde PAS negatif boyanma vardı. İnflamasyon (+), aktivasyon (+), atrofi (+++), fokal intestinal metaplazi (++) , H. pylori (-) bulundu. Vakada ksantelazma mevcuttu. Duodenumda kronik duodenit, lamina propriada lenfanjiektazi görüldü.

Hastaya demir eksikliği anemisi tedavisi için oral demir tedavisi başlandı.



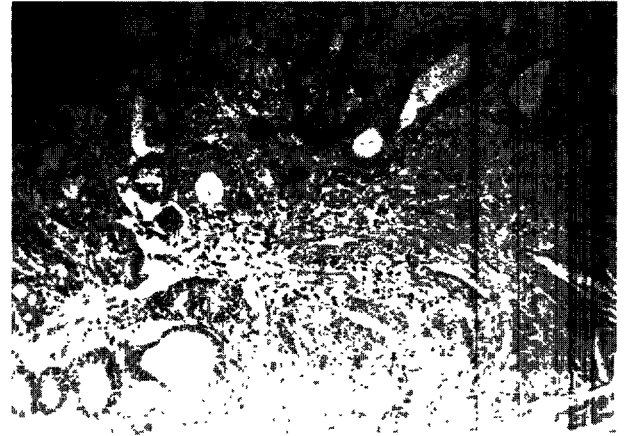
**Resim 1:** Yaygın intestinal metaplazi ve lamina propriada köpüksü histiositlerin varlığı ( HE ) 10BBA



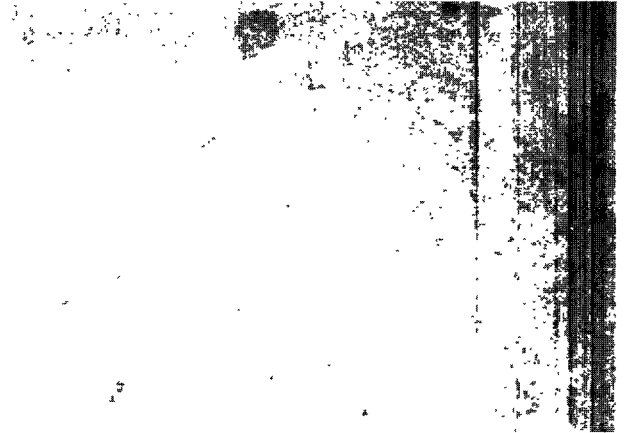
**Resim 2 :** Fokal atrofi alanları ( HE ) 10 BBA

## TARTIŞMA

Ksantelazmalar üst GİS endoskopisi sırasında nadiren görülen insidental lezyonlardır(1). Üst GİS'de en sık görüldüğü yer midedir(1). Gastrik ksantelazmanın yayınlardaki sıklığı oldukça değişkendir. Çoğu yayında % 1'in altında gösterilmiştir(6). Gastrektomili olgularda % 59.3 gibi daha yüksek oranlarda bulunmuştur(6). Kolon ve rektumdaki ksantelazmalar çok daha nadirdir(7). 2002 de Nakasono kendi 4 vakasını ve daha önceden yayınlanmış 9 vakayı da içeren 13 kolo-rektal ksantomalı vakayı özetledi(7). Bütün olgular rektosigmoid bölgede yerleşmişti. 3'ü polip, 8'i papül olarak tarif edilmişti. 2004'de Nakasono ve arkadaşları tarafından yapılan bir yayında 28 kolo-rektal ksantomalı olgunun tamamında ksantomlar polipoid lezyonlar olarak sunulmuştu(7). Olgumuzda ise ksantomlar mide antrumunu ve duodenumda lokalize idi. Moreto ve



**Resim 3:** Yaygın intestinal metaplazi ve glandüler epiteliumde reaktif hücresel değişiklikler ( HE ) 10 BBA



**Resim 4 :** Lamina priiada köpüksü histiositlerde CD 68 pozitifliği 10 BBA

arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkek vakaların kadın vakalardan 3/2 kat fazla olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada ortalama yaş oranı 60 olarak bulunmuş ve 30 yaşın altında hiç vaka görülmemiştir(8). Olgumuz 66 yaşında olup aynı çalışmayı desteklemektedir.

Üst GİS ksantomaları tipik endoskopik görüntüye sahiptir. Çapları 1-10 mm arasında değişen, düzgün sınırlı, tek veya multiple nodül ya da plak şeklinde sarı-beyaz lezyonlardır(1). Mide içerisine olan safra reflüsü gastrik mukozayı hasara uğratar ve safra tuzlarının içeriğinin gastrik hasar oluşumunda önemli bir faktör olduğuna dair kanıtlar vardır(2). Ülserasyon reflü olmuş safranın subepitelyal dokuya girişine izin vererek ksantogranülatöz olayı arttırabilir. Gerçekten safra reflüsünün gastrik ksantelazma patogenezinde rolü olduğu var sayılmaktadır. Guarino ve arkadaşlarının yayınlamış olduğu olguda safra reflüsü kanıtlarına rastlanmamıştır(2). Bizim olgumuzda da safra reflüsüne ait kanıtlar mevcut değildi. Gastrik ksantelazma sıklıkla kronik gastrit, intestinal metaplazi, atrofik gastrit, gastrik ülser gibi patolojik değişikliklerin olduğu gastrik mukozada görülmektedir(1). Ksantelazmaların etyolojisi kesin olarak bilinmese de mukozal hasara inflamatuvar cevabın ve mukozal yaşlanmanın bir göstergesi olabileceği düşünülebilir(1). Gastrik ksantoma oluşumu ile *H. pylori* infeksiyonu arasındaki ilişkiye dair immünohistokimyasal kanıtlar sunulmuştur(9). Sadaki H ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gastrik ksantomalı 145 biyopsinin 69'unda (%48) HP antijeni (+) bulunmuştur(9). Olgumuzda da multiple gastrik ksantelazmalar atrofik gastrit, intestinal metaplazi ve eroziv gastrit ile birlikteydi. Ancak HP antijeni (-) bulundu.

Ksantelazmalar kolesterol, nötral yağlar, LDL ve okside-LDL'yi içeren lipitlerin karışımından oluşan hücrelerdir(1,4). Bu köpüksü hücreler çoğunlukla histiositlerdir. Kutanöz ksantelazmaların aksine hiperlipide mi ile arasında ilişki gösterilememiştir(1). Hastamızda da serum lipit değerleri normal sınırlar içerisindeydi ve kutanöz ksantoma yoktu. Gastrik ve ösofagial ksantomlar gibi kolo-rektal ksantomlar da insidental olarak bulunan lezyonlardır(7). Olgumuzda da alt GİS'e ait semptom yoktu. Makroskopik olarak ksantoma benzer lezyonlar tesadüfen saptandı. Ancak üst gastrointestinal lezyonlar patolojik olarak ksantelasma ile uyumlu olmakla beraber kolondaki lezyonların biyopsi incelemesinde ksantom ile ilişkili özellikler görülmedi.

gastrointestinal tract. *J Gastroenterol.* 2004; 39(3): 215-9.

- 2- Guarino M, Reale D, Micoli G, Tricomi P, Cristofori E. Xanthogranulomatous gastritis: association with xanthogranulomatous cholecystitis. *J Clin Pathol.* 1993 Jan;46(1):88-90..
- 3- Coates AG, Nostrant TT, Wilson JA, Dobbins WO 3rd, Agha FP. Gastric xanthomatosis and cholestasis. A causal relationship. *Dig Dis Sci.* 1986 Sep;31(9):925-8.
- 4- Lin PY, Brown DB, Deppisch LM. Gastric xanthelasma in hyperplastic gastric polyposis. *Arch Pathol Lab Med.* 1989 Apr; 113(4): 428-30.
- 5- Amye N, Grant N, Patrick E. Gastric Xanthelasma. In: *Pathology an Atlas and Text* , 2 nd ed. Lippincott: Raven , 1998; 229-231.
- 6- Pieterse AS, Rowland R, Labrooy JT. Gastric xanthomas. *Pathology.* 1985 Jul;17(3):455-7
- 7- Nakasono M, Hirokawa M, Muguruma N, Okahisa T, Okamura S, Ito S, Miyamoto H, Wada S, Fukuda T, Sano T. Colorectal xanthomas with polypoid lesion: report of 25 cases. *APMIS.* 2004 Jan;112(1):3-10. Review
- 8- Moreto M, Ojembarrena E, Zaballa M, Tanago JG, Ibanez S, Setien F. Retrospective endoscopic analysis of gastric xanthelasma in the non-operated stomach. *Endoscopy.* 1985 Nov;17(6):210-1.
- 9- Hori S, Tsutsumi Y. Helicobacter pylori infection in gastric xanthomas: immunohistochemical analysis of 145 lesions. *Pathol Int.* 1996 Aug;46(8):589-93.

## KAYNAKLAR

- 1- Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, Tozun N. Xanthelasmas of the upper