

# Stor fibrovaskulær polyp i øsofagus

Jesper Krarup<sup>1</sup>, Lars Vendelbo Johansen<sup>1</sup>, Troels Bundgaard<sup>1</sup> & Einar Pahle<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Øre-næse-hals  
Afdeling H, Aarhus  
Universitetshospital,  
Aarhus Sygehus, og  
2) Kirurgisk Gastroente-  
rologi Afdeling L, Aarhus  
Universitetshospital,  
Aarhus Sygehus

Tumorer i den orale del af øsofagus er kun sjældent benigne. Ved obduktion er der rapporteret om flest leiomyomer og lipomer [1].

Vi beskriver en patient, der i et år havde haft symptomer i form af dysfagi, brystmerter og til slut væggtab pga. en fibrovaskulær polyp i øsofagus.

Store fibrovaskulære polypper er meget sjældne benigne tumorer med en stilk fra den orale del af øsofagus eller hypofarynx.

## SYGEHISTORIE

En 45-årig ellers rask mand oplevede for 4-5 år siden at have et fremmedlegeme i halsen, som han kunne gylpe op og synke efterfølgende. Symptomerne persisterede i nogle måneder og forsvandt derefter spontant. Patienten havde på dette tidspunkt ikke andre symptomer og gik derfor ikke til læge.

I sommeren 2009 følte patienten pludselig en brændende smerte i brystet. Symptomerne var værst om natten, men blev bedre, når han kom op.

Egen læge behandlede med protonpumpeinhibitorer (PPI) med god effekt. Patienten fik hos en praktiserende øre-næse-hals-læge foretaget fibroskopisk laryngoskopi, der viste normale forhold.

I julen 2009 fik patienten recidiv af brystmerter. En pusteprobe for *Helicobacter pylori* blev fundet positiv. Patienten blev igen behandlet med PPI og en eradikationskur for *H. pylori*.

Der blev desuden aftalt elektiv gastroskopi. Denne viste en stor intraluminal polyp i øsofagus. Der blev taget flere biopsier, som alle viste normal slimhinde.

En magnetisk resonans (MR)-skanning af hals og mediastinum viste en 32 × 25 mm polyp, men den anale del blev ikke visualiseret, og in situ-længden blev derfor ikke målt.

Dysfagi medførte, at patienten tabte ca. 8 kg frem mod operationen fire måneder senere. Hæmoglobinniveauet var inden excisionen 7,0 mmol/l.

Der blev forsøgt foretaget endoskopisk excision, men pga. polyppens størrelse og risikoen for blødning ved slyngerektion valgte man i stedet transcervikal adgang. Polyppen blev endoskopisk fanget analt med en polypslynge. Herefter blev den trukket oralt og ud gennem munden (**Figur 1**). Via den transcervikale adgang blev stilken delt med en lineær stapler (universalGIA hvidt magasin Covidien).

Morfologisk undersøgelse af polyppen viste et cylindrisk formet vævsstykke med en længde på 14 cm og en diameter på 4,5 cm. Histologisk undersøgelse viste, at den var belagt med flerlaget pladeepitel med ganske let parakeratose og reaktive epitelforandringer, men uden dysplastiske eller maligne forandringer. I den dybere del af vævet var der et løst, delvist myksoidt bindevævsstruma med små, lidt plumpe fibroblaster uden proliferation og uden atypi. Imellem kar og bindevæv blev der fundet talrige størrelsesvarierende lipocytter, hvilket var foreneligt med diagnosen stor fibrovaskulær polyp.

Patienten fik intravenøst givet antibiotika i to dage og havde en nasogastrisk sonde i en uge. Han kunne derefter indtage føde normalt med kun ganske let ubehag i halsen.

## DISKUSSION

Tumorer i den øverste del af øsofagus er hovedsageligt maligne, hyppigst planocellulære karcinomer oralt og adenokarcinomer analt. Ved opgørelser af exciderede benigne tumorer har man fundet fibrovaskulære polypper (34%), fibromer (21%), lipomer (17%) og nogle meget sjældne varianter [2]. Dette er væsentligt flere fibrovaskulære polypper, end der er fundet ved obduktion, hvilket formentlig skyldes, at de oftere giver behandlingskrævende symptomer.

Primære symptomer er hyppigt dysfagi (61%), opgylpen af fremmedlegeme (38%), fremmedlege-

**FIGUR 1**

Benign fibrovaskulær polyp med stilk omkring øsofagusmunden.



meformemmelser i halsen (25%), vægttab (19%), opkast af mad (14%), brystmerter (8%), hoste (7%), odyndofagi (7%), ondt i halsen (5%) og nogle få sjældnere symptomer [2]. Nogle kan gylpe polyppen op, hvilket giver risiko for kvælning [3]. Blødning fra polyppen er også rapporteret som et primærsymptom (1%) og kan være excessiv og fremstå som melaena [4].

Diagnosen stilles ved klinisk undersøgelse og øsofagoscopi, dette gøres lettest ved at loope skopet og se den anale afgrænsning af polyppen. På grund af den nære relation mellem øsofagusvæg og polyppen vil man på røntgenoptagelser med kontrast ofte fejltolke fundet, hvilket også er en risiko ved computertomografi og MR-skanning.

Der er kun få rapporter om fibrovaskulære polypper, der er blevet maligne [5], men en vigtig differentialdiagnose er gastrointestinale stromatumorer (tid-

ligere fejlagtigt beskrevet som bl.a. leiomyosarkomer), som også kan være polypøse.

De fleste fibrovaskulære polypper fjernes transcervikalt, blandt andet fordi en delvis excision af stilken indebærer en vis risiko for recidiv [4].

**KORRESPONDANCE:** *Jesper Krarup*, Øre-næse-hals Afdeling H, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus, 8000 Aarhus C. E-mail: [JesperKKrarup@hotmail.com](mailto:JesperKKrarup@hotmail.com)

**ANTAGET:** 25. januar 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 30. maj 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

1. Attah EB, Hajdu SI. Benign and malignant tumors of the esophagus at autopsy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1968;55:396-404.
2. Caceres M, Steeb G, Wilks SM et al. Large pedunculated polyps originating in the esophagus and hypopharynx. *Ann Thorac Surg* 2006;81:393-6.
3. Sargent RL, Hood IC. Asphyxiation caused by giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Arch Pathol Lab Med* 2006;130:725-7.
4. Lee SY, Chan WH, Sivanandan R et al. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus. *World J Gastroenterol* 2009;15:3697-700.
5. Bak YT, Kim JH, Kim JG et al. Liposarcoma arising in a giant lipomatous polyp of the esophagus. *Korean J Intern Med* 1989;4:86-9.

## AKADEMISKE AFHANDLINGER

Kristian Wachtell:

### Hypertensive heart disease

Diagnosis, prognostic value and changes during antihypertensive treatment, left ventricular structure and function

Disputats

**E-MAIL:** [kristian@wachtell.dk](mailto:kristian@wachtell.dk)

**UDGÅR FRA:** Medicinsk Afdeling, Glostrup Hospital.

**FORSVARET FINDER STED:** den 4. november 2011, kl. 14.00, Panum Institutet, Lundsgaard Auditoriet, København.

**OPPONENTER:** *Niels-Henrik Holstein-Rathlou, Gorm Jensen og Jesper Hastrup Svendsen.*



L. Henning Olsen:

### The development of voiding

Experimental and clinical aspects

Disputats

**E-MAIL:** [h-olsen@dadlnet.dk](mailto:h-olsen@dadlnet.dk)

**UDGÅR FRA:** Urinvejskirurgisk Afdeling, Børneneurologisk Sektion, Aarhus Universitetshospital, og Klinisk Institut, Aarhus Universitet.

**FORSVARET FANDT STED:** den 21. oktober 2011, kl. 14.00, Auditorium 424, Anatomisk Institut, Wilhelm Meyer's Allé 3, Aarhus.

**OPPONENTER:** *Craig A. Peters, Washington, Sven Mattsson, Sverige, og Jørgen Frøkiær.*



Uffe Vest Schneider:

### Improved DNA hybridization parameters by twisted intercalating nucleic acid (TINA)

Ph.d.-afhandling

**E-MAIL:** [uffe.schneider@quantibact.com](mailto:uffe.schneider@quantibact.com)

**UDGÅR FRA:** QuantiBact A/S.

**FORSVARET FINDER STED:** den 4. november 2011, kl. 14.00, Auditorium 3-4, Hvidovre Hospital, Hvidovre.

**BEDØMMERE:** *Peter E. Nielsen, Jesper Wengel og Keith R. Fox, Southampton, England.*

**VEJLEDERE:** *Henrik Westh, Gorm Lisby og Erik Bjerregaard Pedersen.*