

Analytic study of gastric epithelial polyps diagnosed by gastroduodenoscopy

Dr. Ismaeil Hammad*

Dr . Ali Daoud**

Mohammed Saeed***

(Received 24 / 4 / 2023. Accepted 8 / 6 / 2023)

□ ABSTRACT □

Objective: to analyze the endoscopic and histopathologic characteristics of gastric polyps , and to assess their prevalence in patients undergoing gastroduodenoscopy .

Materials and Methods : we conducted across sectional analytical study of all gastroduodenoscopies performed at tishreen university hospital between (April 2021) and (April 2022) .

1669 patients had undergone gastroduodenoscopy , and 55 patients were included in this study . clinical, endoscopic finding , and histopathological results were analyzed.

Results: A total of 1669 patients underwent gastroduodenoscopy , of these 55 patients gastric polyps (3,29%). 30 patients (54,55%) were females , and 25 patients (45,45%) were males. The median age was (56.8±11.9) .

Gastric polyps were found most commonly in the antrum (40%) and (89%) were ≤ 10mm. Histopathologic evaluation showed that hyperplastic polyps were the most common type (58.2%) followed by adenomatous polyps (11%) .

-Non polyp- gastric mucosa evaluation revealed that (45.45%) of the cases were *Helicobacter pylori* positive, (12.7%) had intestinal metaplasia , and (18,18 %) had atrophic gastritis . hyperplastic polyps were significantly associated with positive *helicobacter pylori* status compared with other polyp types , and there was a statistically significant relationship between hyperplastic polyps size and location.

Conclusion: In our study , the gastric polyps prevalence was (3.29%) . Hyperplastic polyps were the most common type , and it was associated with positive *helicobacter pylori* status which has a high prevalence in our country.

Key words : Gastric polyps , Hyperplastic polyps , Adenomatous polyps , *Helicobacter pylori* , atrophic gastritis intestinal metaplasia , gastroduodenoscopy.

Copyright



:Tishreen University journal-Syria, The authors retain the copyright under a CC BY-NC-SA 04

*Professor – Department of Internal Medicine (Digestive System Diseases) – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria .

**Associate Professor – Department of histopathology– Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria .

***Postgraduate student – Department of Internal Medicine (Digestive System Diseases) – Faculty of Medicine – Tishreen University – Lattakia – Syria .

دراسة تحليلية لبوليبيات المعدة الظهارية المشخصة بالتنظير الهضمي العلوي

د. اسماعيل حمّاد*

د. علي داؤود**

محمد سعيد***

(تاريخ الإيداع 24 / 4 / 2023. قبل للنشر في 8 / 6 / 2023)

□ ملخص □

الهدف: تحليل الخصائص التنظيرية و النسيجية للبوليبيات المعدية ، و تحديد نسبة انتشارها لدى المرضى الخاضعين لإجراء التنظير الهضمي العلوي .

المواد و الطرق : لقد قمنا بإجراء دراسة تحليلية مقطعية عرضانية لكل إجراءات التنظير الهضمي العلوي التي أجريت في مستشفى تشرين الجامعي في الفترة الممتدة بين (نيسان 2021) و(نيسان 2022). تم إجراء تنظير هضمي علوي ل(1669) مريض ، و (55) مريض دخلوا في هذه الدراسة و تم تحليل الموجودات التنظيرية و السريرية و نتائج التشريح المرضي لهم.

النتائج : تم إجراء تنظير هضمي علوي ل (1669) مريض ، من بينهم (55) مريض كان لديهم بوليبيات معدية (3.29%). كان عدد المرضى الإناث 30 (54.55%)، و عدد المرضى الذكور 25 (45.45%). العمر الوسطي للمرضى (56.8 ± 11.9) .

البوليبيات المعدية كانت أكثر شيوعاً في الغار (40%)، ومعظمها (89%) كانت بحجم ≥ 10 ملم. التقييم النسيجي أظهر أن بوليبيات فرط التنسج كانت النمط الأكثر شيوعاً (58.2%)، متبوعةً بالبوليبيات الغدية (11%).

تقييم المخاطية المعدية _ غير البوليبيية _ أظهر أن (45.45%) من الحالات كانوا إيجابيين الملتوية البوابية ، (12.7%) كان لديهم حؤول معوي ، و(18.18%) كان لديهم التهاب المعدة ضموري.

بوليبيات فرط التنسج ترافقت بشكل هام إحصائياً مع إيجابية الملتوية البوابية مقارنةً مع الأنماط الأخرى، و كان هناك علاقة هامة إحصائياً بين موقع و حجم بوليبيات فرط التنسج.

الخلاصة : في دراستنا كانت نسبة انتشار البوليبيات المعدية (3.29%) ، بوليبيات فرط التنسج كانت النمط الأكثر شيوعاً وكانت مترافقة مع إيجابية الملتوية البوابية و التي تمتلك نسبة انتشار عالية في بلادنا.

الكلمات المفتاحية : البوليبيات المعدية ، بوليبيات فرط التنسج ،البوليبيات الغدية ،الملتوية البوابية ،التهاب المعدة الضموري ، الحؤول المعوي ،التنظير الهضمي العلوي .

حقوق النشر : مجلة جامعة تشرين- سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص



CC BY-NC-SA 04

* أستاذ - قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز الهضمي) - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ مساعد - قسم التشريح المرضي - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .

*** طالب دراسات عليا - قسم الأمراض الباطنة (أمراض الجهاز الهضمي) - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

مقدمة

تعرف البوليبيات المعدية بأنها آفات متبارزة ضمن المعدة فوق مستوى سطح المخاطية المعدية. (1-4).

إن نسبة انتشار البوليبيات المعدية تقدر ب (2_6%) . (1,3)

تكون عادة غير عرضية وتشخص صدفة أثناء إجراء التظير الهضمي العلوي ،و لكن في حالات نادرة قد تتظاهر بأعراض غير نوعية ، مثل : الألم البطني ،النزف الهضمي العلوي ،فقر الدم ،أو أعراض انسداد مخرج المعدة . (1-3,7)

إن تحديد نمط البوليبي المعدي أمر هام حيث إن خطر الخباثة يختلف حسب النمط النسيجي للبوليب ، وبناءً عليه تصنف البوليبيات المعدية ضمن مجموعتين (تنشؤية / غير تنشؤية). (1-4)

إن تواتر الأنماط المختلفة من البوليبيات المعدية يختلف بشكل كبير حسب الجبهة المدروسة ، على سبيل المثال : تكون بوليبيات فرط التنسج هي النمط الأكثر شيوعاً في المناطق الجغرافية حيث يوجد انتشار عالٍ للإنتان بالملتوية البوابية ،بالمقابل تعد بوليبيات غدد القاع هي النمط الأكثر شيوعاً في المناطق الجغرافية حيث تقل نسبة الإنتان بالملتوية البوابية و يكون هناك استخدام طويل الأمد لمثبطات مضخة البروتون . (2-4,7)

قامت الجمعية البريطانية لأمراض الجهاز الهضمي بتصنيف البوليبيات الهضمية ضمن مجموعتين مختلفتين (ظهارية / غير ظهارية) . (16) الجدول رقم(1)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد نسبة انتشار البوليبيات المعدية وتحليل خصائصها التظيرية و النسيجية .

الجدول (1) التصنيف البريطاني للبوليبات المعدية

Epithelial polyps
▶ Fundic gland polyp
▶ Hyperplastic polyp
▶ Adenomatous polyp
▶ Hamartomatous polyps
— Juvenile polyp
— Peutz—Jeghers' syndrome
— Cowden's syndrome
▶ Polyposis syndromes (non-hamartomatous)
— Juvenile polyposis
— Familial adenomatous polyposis
Non-mucosal intramural polyps
▶ Gastrointestinal stromal tumour
▶ Leiomyoma
▶ Inflammatory fibroid polyp
▶ Fibroma and fibromyoma
▶ Lipoma
▶ Ectopic pancreas
▶ Neurogenic and vascular tumours
▶ Neuroendocrine tumours (carcinoids)

مبررات البحث :

- تأتي أهمية البحث من ارتباط المتغيرات المدروسة بأورام المعدة حيث إن :
- خطر الخباثة في البوليبيات الغدية التي تبدي وجود عسر تصنع عالي الدرجة (33%) خلال عشر سنوات .
- (1-20%) من بوليبيات فرط التنسج تبدي وجود عسر تصنع .
- زيادة خطر سرطان المعدة والكارسينويد لدى مرضى التهاب المعدة الضموري .
- الإنتان بالملتوية البوابية عامل خطر مثبت لتطور سرطان المعدة

هدف البحث:

تحليل الخصائص التنظيرية و النسيجية للبوليبات المعدية ، وتحديد نسبة انتشارها لدى المرضى الخاضعين لإجراء التنظير الهضمي العلوي

عينة المرضى و طرائق البحث :

نوع الدراسة :

مقطعية عرضانية CROSS SECTIONAL

مكان و زمان الدراسة :

مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية في الفترة الممتدة بين (نيسان 2021) و (نيسان 2022)

معايير الاشتمال :

جميع المرضى الذين تبين لديهم بإجراء التنظير الهضمي العلوي وجود (بوليب / بوليبيات) معدية.

معايير الاستبعاد :

الآفات تحت المخاطية

أن يكون استطباب التنظير تداخل علاجي (ربط دوالي مري ، توسيع مري)

اضطرابات تخثر الدم / نقص الصفائح

خبثاثة على مستوى المعدة (ورم بدئي / نقائل)

النزف الهضمي العلوي الفعال

تنظيم ومتابعة المرضى

- تم انتقاء المرضى المحققين لمعايير الاشتمال ومراجعة القصة السريرية وتسجيل استطباب التنظير الهضمي .
- أثناء التنظير الهضمي العلوي تم استئصال البوليبي المفرد (polypectomy) في حال كان قطره أكبر من 1سم أو أخذ عدة خزعات منه في حال كان قطره أقل من 1 سم ، وفي حالة البوليبيات المتعددة قمنا باستئصال البوليبي الأكبر قطراً مع اخذ خزعات من بقية البوليبيات ، بعد ذلك قمنا بأخذ خزعات من مخاطية غار وجسم وقاع المعدة لكل مريض البوليبيات.
- تمت متابعة نتائج التشريح المرضي و تدوين المعلومات السابقة ضمن استمارة بحث .

استبيان جمع المعلومات :

الاسم	الجنس	العمر	استطباب التنظير	رقم الهاتف

القياس	بوليب > 5ملم	بوليب 5_10ملم	بوليب < 10ملم
العدد			
الموقع			

نمط البوليبي	HP	التهاب المعدة الضموري/المزمن	حؤول معوي تام	حؤول معوي غير تام
	-/+			

الدراسة الإحصائية :

تصميم الدراسة :

مقطعية عرضانية CROSS SECTIONAL.

إحصاء وصفي descriptive حيث سيتم توصيف العينة وعرض المعلومات في جداول تكرارية ورسوم بيانية والبيانات:

متغيرات كمية quantitative بالمتوسط الحسابي $\pm$ SD

متغيرات نوعية qualitative بالنسب المئوية مع مجالات ثقة

سيتم توزيع أفراد العينة وفقاً لجدول إحصائية نوعية حسب

الجنس

العمر

موقع وحجم البوليبيات

الآفات النسيجية المرافقة

سيتم اعتماد البرنامج الإحصائي IBM SPSS statistics(v.23) لحساب المعاملات الإحصائية وتحليل النتائج .

النتائج :

شملت الدراسة المجراة في شعبة الأمراض الهضمية في مستشفى تشرين الجامعي 55 مريضاً - من أصل 1669

مريض - أظهر إجراء التنظير الهضمي العلوي لديهم وجود (بوليبي / بوليبيات) معدية بنسبة (3.29%).

تم استبعاد 5 مريضاً من الدراسة، أربعة مريضاً بسبب النزف الهضمي العلوي الفعال و مريض واحد بسبب استخدامه

لمضادات التصادق الصفحات .

من بين المرضى المشمولين في الدراسة كان عدد الذكور 25 ذكراً (45.45%) و عدد الإناث 30 أنثى (54.55%)



الشكل (1): توزيع المرضى حسب الجنس

- كانت بوليبيات فرط التنسج هي النمط الأكثر مشاهدةً بنسبة 58,2% من المرضى .

الجدول(2) : توزيع المرضى حسب النمط النسيجي للبوليب

النمط النسيجي للبوليب	العدد	النسبة المئوية
فرط التنسج	32	58.2%
بوليب غدي	6	11%
التهابية	4	7.2%
FGP	3	5.5%
*مخاطية طبيعية	5	9%
**بوليبات أخرى	5	9.1%

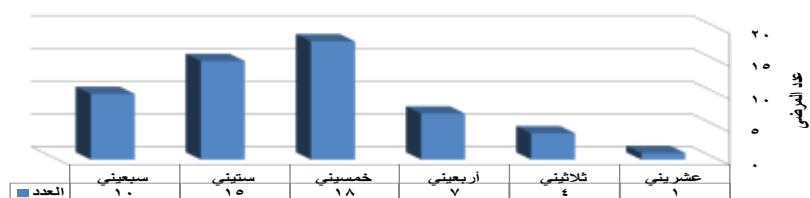
*مخاطية طبيعية: مظهر تنظيري يتماشى مع بوليب ، لكن التشريح المرضي أبدى وجود ظاهرة معدية طبيعية .
 **البوليبيات الأخرى : تشمل 3 مرضى foveolar hyperplasia ، مريض واحد Neuroendocrine tumor ،
 مريض واحد xanthoma .
 كان العمر الوسطي متقارب بين مجموعات المرضى ، مع ملاحظة أعلى قيمة لدى مرضى البوليبيات الغدية
 (62,6±11,6) .

والنسبة العظمى من المرضى (78%) بعمر ≤50 سنة.

الجدول(3) : المجال العمري للمرضى حسب أنماط البوليبيات النسيجية

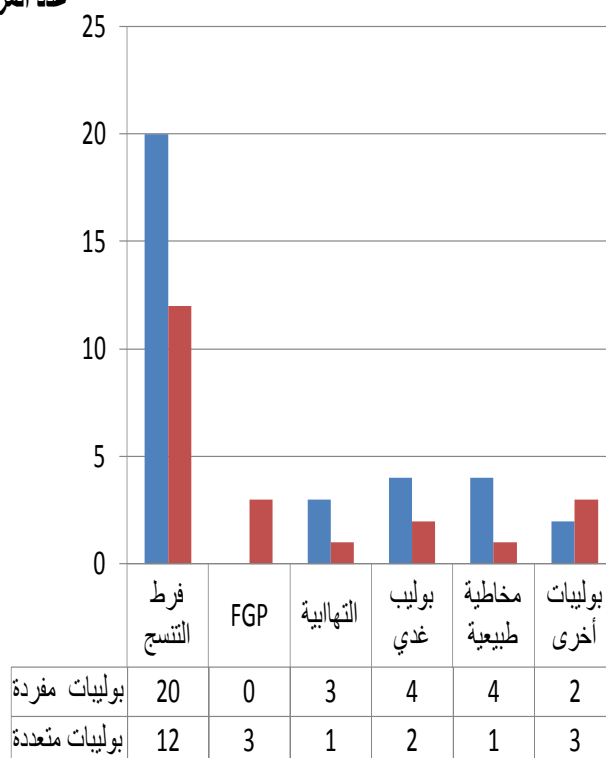
نمط البوليب	أصغر عمر	أكبر عمر	العمر الوسطي
فرط التنسج	27	75	56.6±11.4
FGP	50	70	56± 12.2
التهابية	38	66	51.25±11.8
بوليب غدي	44	75	62.6±11.6
مخاطية طبيعية	34	65	51.6±17.5
بوليبات أخرى	39	78	61.6± 14.6

الشكل (2) : توزيع المرضى حسب العمر



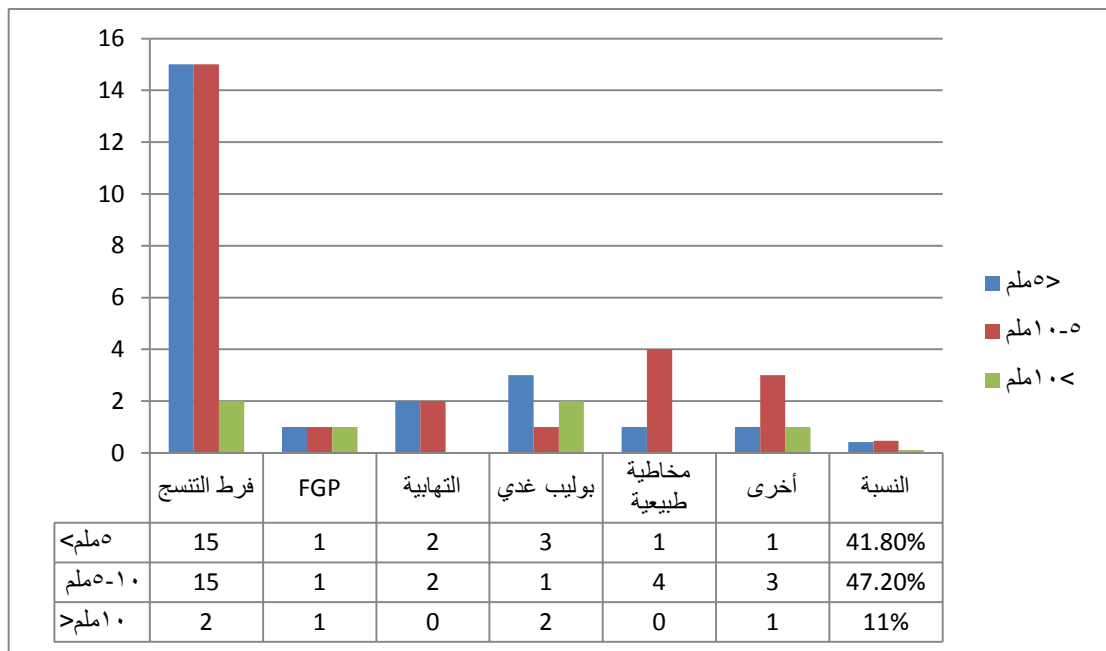
كان عدد المرضى الذين لديهم بوليب مفرد 33 مريض بنسبة (60%)،
و كان عدد المرضى الذين لديهم بوليبيات متعددة 22 مريض بنسبة (40%) .

عدد المرضى



الشكل (3) توزيع المرضى حسب عدد البوليبيات

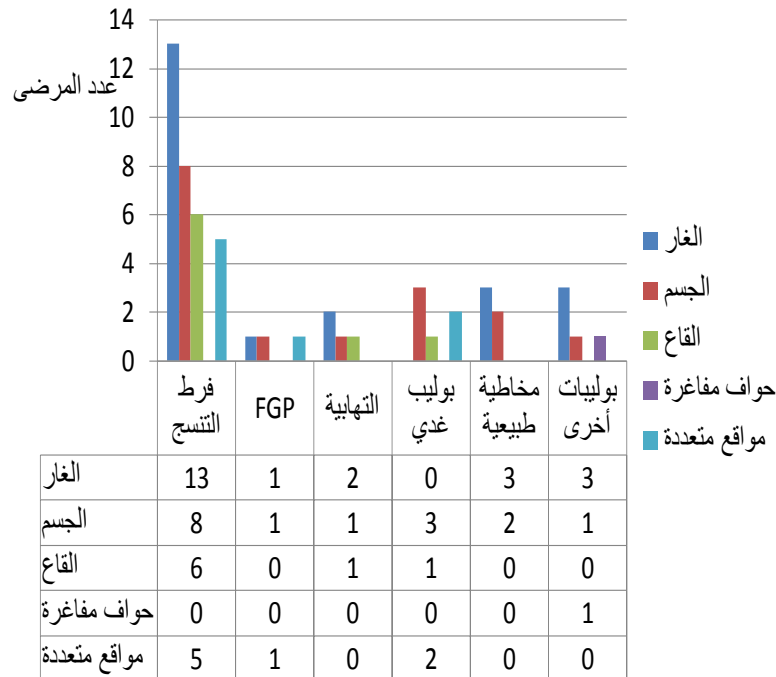
توزيع المرضى حسب حجم البوليبيات:



الجدول (4) : توزيع المرضى حسب حجم البوليبيات

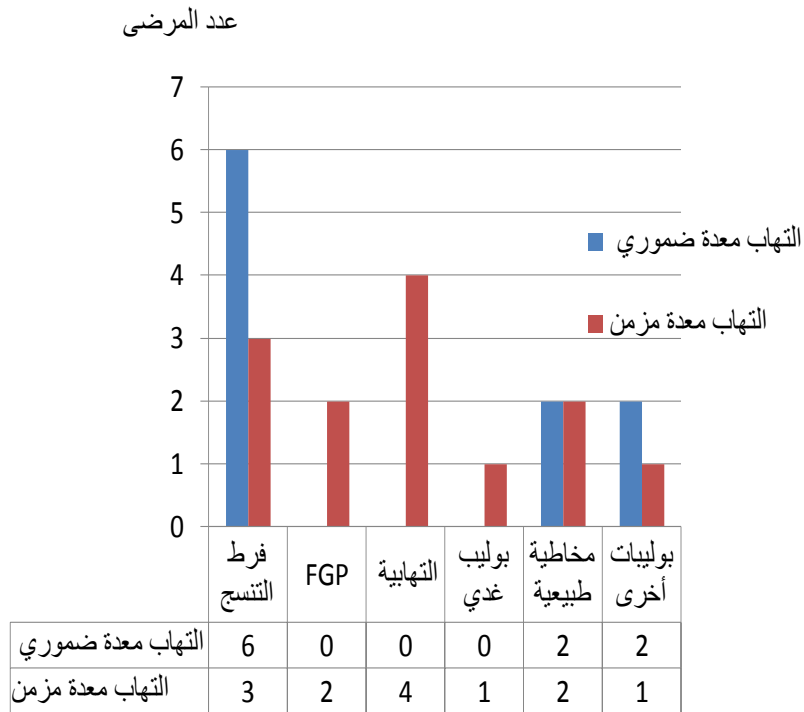
توزيع المرضى حسب موقع البوليبيات :

كان غار المعدة هو الموقع الأكثر شيوعاً لمشاهدة البوليبيات بنسبة (40%) ، جسم المعدة (29%) ، قاع المعدة (14.5%) ، على حواف مفاغره (1.8%) ، في مواقع متعددة (14.5%).

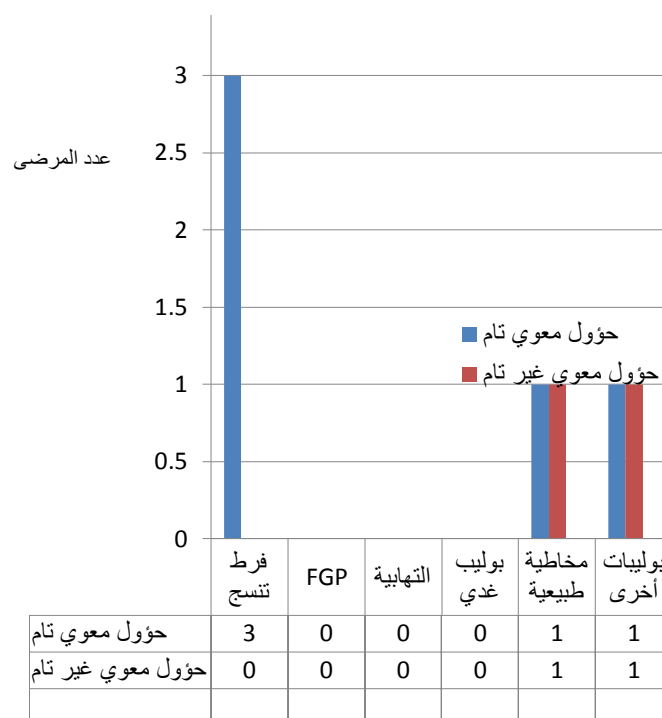


الشكل (4) : توزيع المرضى حسب موقع البوليبيات

بدراسة خزعات المخاطية المعدية لدى مرضى البوليبيات : لوحظ وجود التهاب المعدة ضموري لدى 10 مرضى (18.18%)، و التهاب المعدة مزمن لدى 13 مريض (23.6%) و الحؤول المعوي لدى 7 مرضى بنسبة (12.7%).



الشكل (5): ترافق البوليبيات المعدية مع أنماط التهابات المعدة



الشكل (6) : ترافق البوليبيات المعدية مع الحؤول المعوي

نلاحظ أنه لا يوجد علاقة هامة إحصائياً بين نمط البوليب من جهة و الجنس أو العمر من جهة أخرى بينما بمقارنة بوليبيات فرط التنسج مع باقي الأنماط النسيجية : لوحظ وجود علاقة هامة إحصائياً بينها و بين ايجابية الملتوية البوابية.

P-value	Others (n=5)	Normal (n=5)	أدينوما (n=6)	التهابي (n=4)	FGB (n=3)	فُطُ التَسَج (n=32)		
0.92	3 (60%)	1 (20%)	2 (33.43%)	3 (75%)	2 (66.66%)	14 (43.75%)	نكور	الجنس
	2 (40%)	4 (80%)	4 (66.66%)	1 (25%)	1 (33.43%)	18 (56.25%)	إثاث	
0.62	61.6 ± 14.6	51.6 ± 17.5	62.6 ± 11.6	51.25 ± 11.8	56 ± 12.2	56.6 ± 11.4	العمر الوسطي	
0.027	0 (0%)	0 (0%)	1 (16.66%)	1 (25%)	1 (33.43%)	21 (65.62%)	+	HP
	5 (100%)	5 (100%)	5 (83.34%)	3 (75%)	2 (66.66%)	11 (34.38%)	-	
الجدول(5) : مقارنة المتغيرات (الجنس، العمر الوسطي وإيجابية أو سلبية HP) مع مجموعات أنماط البوليبيات								

P-value	عدد مرضى البوليبيات المتعددة (n=23)	عدد مرضى البوليبيات المفردة (n=32)		
0.9	10(43.48%)	14(43.75%)	+	HP
	13(56.52%)	18(56.25%)	-	
الجدول(6) : مقارنة متغير HP مع مجموعات مرضى البوليبيات (مفردة/متعددة)				

من الجدول السابق نستنتج أنه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد البوليبيات (مفرد/متعدد) و بين حالة الملتنوية البوابية.

بدراسة انتشار التهاب المعدة المزمن (الضموري / المزمن) نلاحظ عدم وجود علاقة هامة إحصائياً بينها و بين نمط البوليبي .

P-value	Other (n=5)	Normal (n=5)	أدينوما (n=6)	التهابي (n=4)	FGB (n=3)	فرط التنسج (n=32)	
0.14	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (18.75%)	التهاب المعدة ضموري
	1 (20%)	2 (40%)	1 (16.66%)	4 (100%)	2 (66.66%)	3 (9.37%)	التهاب المعدة مزمن غير نوعي
	2 (40%)	1 (20%)	5 (83.34%)	0 (0%)	1 (33.34%)	23 (71.88%)	لا يوجد التهاب المعدة
الجدول (7) : مقارنة متغير (التهاب المعدة) مع مجموعات أنماط البوليبيات							

بدراسة بوليبيات فرط التنسج لوحظ وجود علاقة بين حجم البوليبيات و موقع هذه البوليبيات ، حيث أن (48.5%) من البوليبيات ذات الحجم (5_10)mm تتوضع في غار المعدة و(44.7%) بوليبيات صغيرة ذات الحجم ($5\text{mm} >$) تتواجد في مواقع متعددة من المعدة .

P-value	أكبر من 10 ملم (n=2)	بين 5 و 10 ملم (n=35)	أقل من 5 ملم (n=38)		
0.041	0 (0%)	17 (48.57%)	8 (21.05%)	غار	عدد البوليبيات حسب موقع البوليبيات
	1 (50%)	7 (20%)	5 (13.16%)	جسم	
	1 (50%)	3 (8.57%)	8 (21.05%)	قاع	
	0 (0%)	8 (22.86%)	17 (44.74%)	متعدد	
الجدول(8) : مقارنة متغير (عدد البوليبيات حسب الموقع) مع مجموعات حجم بوليبيات فرط التنسج					

بالمقارنة مع الدراسات المرجعية:

جدول (9): المقارنة مع الدراسات المرجعية (1)

الدراسة	عدد البوليبات/ النسبة المئوية	فرط التنسج	FGP	بوليب غدي
الأمريكية 2015	335/7090 4.7%	29%	28%	1,7%
التركية 2016	353/12563 2.8%	42.8%	14.4%	2%
التركية 2018	192/56300 0.34%	88%	1.6%	2.6%
الصينية 2013	(4043/ 157902) 2.6%	25.2%	65%	1.8%
التونسية 2022	86/18496 0.46%	55.9%	18.1%	3.1%
دراستنا الحالية	55/1669 3.29%	58.2%	5.5%	11%

جدول (10): المقارنة مع الدراسات المرجعية (2)

التهاب معدة مزمن	التهاب المعدة الضموري	الحؤول المعوي	HP	الدراسة
64%	—	8%	24%	الأمريكية 2015
—	11.14%	19.4%	34.9%	التركية 2016
—	—	—	4.6%	الصينية 2013
—	—	—	62.3%	التونسية 2022
23.6%	18.2%	12.7%	45.45%	دراستنا الحالية

جدول (11): المقارنة مع الدراسات المرجعية (3)

إناث	ذكور	العمر الوسطي	الدراسة
74%	26%	57.57±11,9	الأمريكية 2015
68.3%	31.7%	56.3±12.8	التركية 2016
73.4%	26.6%	61.9±13.3	التركية 2018
63%	37%	54.7	الصينية 2013
74.4%	25.6%	58.1	التونسية 2022
54.55%	45.45%	56.8	دراستنا الحالية

جدول (12): المقارنة مع الدراسات المرجعية (4)

الدراسة	<5mm حجم البوليبيد	5_10mm حجم البوليبيد	>10 حجم البوليبيد
الدراسة التركية 2016	33.9%	35.4%	30.5%
الدراسة التركية 2018	26.6%	44.8%	28.7%
التونسية 2022	48.9%	33.6%	13.5%
دراستنا الحالية	45.45%	50.9%	9%

جدول (13): المقارنة مع الدراسات المرجعية (5)

الدراسة	بوليبات مفردة	بوليبات متعددة
الدراسة التركية 2016	84.5%	15.5%
الدراسة التركية 2018	73.4%	26.6%
التونسية 2022	75.6%	24.4%
دراستنا الحالية	60%	40%

جدول (14): المقارنة مع الدراسات المرجعية (6)

الدراسة	غار المعدة	جسم المعدة	قاع المعدة	مواقع متعددة
الدراسة التركية 2016	50.1%	20.1%	19.8%	4%
الدراسة التركية 2018	35.9%	25.5%	15.1%	23,5%
الدراسة الصينية 2013	9.3%	64.2%	26.5%	
التونسية 2022	32.6%	5.8%	59.3%	2.3%
دراستنا الحالية	40%	29%	14.5%	14,5%

المناقشة:

- كانت نسبة انتشار البوليبيات في دراستنا (3.29%) ، وهذه النسبة مقارنة للنسب في الدراسات المرجعية (4.7% ، 2.8%) باستثناء الدراسة التركية 2018 (0.34%) و الدراسة التونسية 2022 (0.46%).
- كان الألم الشرسوفي أشيع استطببات التنظير (40%) يليه فقر الدم (20%) بشكل مشابه للدراسة التونسية 2022 (35%) ، (25%).
- أكثر الأنماط النسيجية مشاهدة كان بوليبيات فرط التنسج بنسبة (58.2%) بشكل مشابه لنتائج أغلب الدراسات المرجعية ، على خلاف الدراسات الصينية و التي امتدت لعشر سنوات و شهدت تبداً في نسبة تواتر بوليبيات فرط التنسج و بوليبيات غدد القاع حيث أصبحت الأكثر انتشاراً بنسبة (65%).
- العمر الوسطي لمرضى دراستنا (56.8 ± 11.9) مقارب للعمر الوسطي لدى مرضى الدراسات المرجعية حيث كانت أدنى قيمة (56.3) للدراسة التركية 2016 وأعلى قيمة (61.9) للدراسة التركية 2018 ، مع ملاحظة عدم وجود فرق هام إحصائياً بين الأنماط النسيجية بالنسبة للعمر ، على خلاف الدراسة الأمريكية حيث وجد فرق هام إحصائياً لارتباط العمر بحدوث بوليبيات فرط التنسج مقارنة مع بوليبيات غدد القاع (P value : 0.0013).
- كانت نسبة الإناث في دراستنا (45.55%) ، أعلى من نسبة الذكور ، بشكل مشابه لجميع الدراسات المرجعية ، دون وجود فرق هام إحصائياً بين أنماط البوليبيات بالنسبة للجنس .
- كانت نسبة إيجابية الملتوية البوابية مرتفعة قليلاً (45.45%) مقارنة بالدراسات المرجعية ، و خاصة الدراسة الصينية (4.6%) ، مع ملاحظة وجود علاقة هامة إحصائياً بين إيجابية الملتوية البوابية و بوليبيات فرط التنسج مقارنة مع باقي الأنماط (P value : 0.027) ، هذه العلاقة شوهدت أيضاً في الدراسة الأمريكية و كانت (P value : 0.0006) ، وفي الدراسة التركية 2016 (P value < 0.05) ، و في الدراسة الصينية 2013 (P value : 0.005) .
- لم نلاحظ علاقة هامة إحصائياً بين حجم بوليبيات فرط التنسج و الملتوية البوابية ، على خلاف الدراسة التركية 2016 حيث وجدت علاقة بين زيادة حجم البوليبيات و إيجابية الملتوية البوابية (P value : 0.001) .

و بدراسة بوليبيات فرط التنسج لوحظ وجود علاقة هامة إحصائياً بين حجم البوليبيات و الموقع حيث 48.5% من البوليبيات بحجم (5_10مم) تتوضع في غار المعدة و 44.7% من البوليبيات بحجم أقل من 5 ملم تتوضع في مواقع متعددة ضمن المعدة (P value : 0.041) .

الاستنتاجات والتوصيات :

- يجب عدم إغفال أخذ الخزعات النسيجية من المخاطية المعدية لدى مرضى البوليبيات ، حتى لو كان المنظر التنظيري طبيعياً ، حيث قد يخفي التهاب المعدة ضموري في مراحله البدئية أو إنتان بالملتوية البوابية
- أخذ خزعات من كافة أقسام المعدة و وضعها في عبوات مختلفة و هذا يساعد خاصة في مرضى الحؤول المعوي لتقدير مدى الامتداد و في مرضى التهاب المعدة الضموري للتمييز بين النمط المناعي و النمط البيئي
- التأكيد على أهمية التواصل الجيد بين طبيب التنظير و التشريح المرضي أو على الأقل وضع بروتوكول خاص بمرضى البوليبيات المعدية
- متابعة مرضى البوليبيات المعدية بإجراء تنظير هضمي علوي بعد فترة زمنية محددة (حسب نمط البوليبيات) و خاصة مرضى البوليبيات كبيرة الحجم < 10 ملم و مرضى البوليبيات الغدية
- إجراء دراسة مشابهة مستقبلاً لفترة زمنية أطول و بالتنسيق مع عدة مراكز في المحافظة ، حيث قد تعكس صورة أدق عن انتشار و طبيعة البوليبيات المعدية في منطقتنا

Reference

- 1- Elhanafi S, Saadi M, Lou W, Mallawaarachchi I, Dwivedi A, Zuckerman M, Othman MO. Gastric polyps: Association with *Helicobacter pylori* status and the pathology of the surrounding mucosa, a cross sectional study. *World J Gastrointest Endosc* 2015; 7(10): 995-1002
- 2-Fan NN, Yang J, Sun G, Lu ZS, Ling Hu EQ, Wang XD, et al. Changes in the spectrum of gastric polyps in the Chinese population. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 9758-64
- 3- Çiyiltepe H, Çetin DA, Gündeş E, Aday U, Senger AS, Gülmez S, et al. Endoscopic and histopathological features of the upper gastrointestinal system polyps: evaluation of 12.563 procedures. *Turk J Surg* 2019; 35 (2): 98-104
- 4-olmez S , Sayar S, Saritas B ,Savas AY , Avcioglu U , Tenlik I , Ozaslan E ,Koseoglu HT , Altiparmak E , Evaluation of patients with gastric polyps .*North clin Istanb* ' 2018 Jan 10;5 (1):41-46.
- 5-sleisenger and fordtrans gastrointestinal and liver disease(10th edition)
- 6-up to date 2018.metaplastic (chronic) atrophic gastritis
- 7- up to date2018 .gastric polyps .
- 8-Sonnenberg A, Robert MG. Prevalence of benign gastric polyps in a large pathology database. *Dig Liver Dis* 2015; 47: 164-9.
- 9- Cao H, Wang B, Zhang Z, Zhang H, Qu R. Distribution trends of gastric polyps: an endoscopy data base analysis of 24121 northern Chinese patients. *J Gastroenterol Hepatol* 2012; 27: 1175-80

- 10- Buyukasik K, Sevinc MM, Gunduz UR. Upper gastrointestinal tract polyps: what do we know about them? *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16: 2999-3001.
- 11- Atalay R, Solakoğlu T, Özer Sarı S, Köseoğlu H, Akın FE, Bolat AD, et al. Evaluation of gastric polyps detected by endoscopy: A single-center study of a four-year experience in Turkey. *Turk J Gastroenterol* 2014;25: 370-3 Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, Saboorian MH. The 12- current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 1524-1532 [PMID: 19491866 DOI: 10.1038/ajg.2009.139]
- 13- García-Alonso FJ, Martín-Mateos RM, González Martín JA, Foruny JR, Vázquez-Sequeiros E, Boixeda de Miquel D. Gastric polyps: analysis of endoscopic and histological features in our center. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103: 416-420 [PMID: 21867351 DOI: 10.4321/S1130-01082011000800005]
- 14- Oberhuber G, Stolte M. Gastric polyps: an update of their pathology and biological significance. *Virchows Arch* 2000; 437: 581-590 [PMID: 11193468 DOI: 10.1007/s004280000330]
- 15- Tomasulo J. Gastric polyps. Histologic types and their relationship to gastric carcinoma. *Cancer* 1971; 27: 1346-1355 [PMID: 5088211 DOI: 10.1002/1097-0142(197106)27.
- 16- Goddard AF, Badreldin R, Pritchard DM, Walker MM, Warren B. The management of gastric polyps. *Gut* 2010; 59: 1270-1276 [PMID: 20675692 DOI: 10.1136/gut.2009.182089]