

Ινοεπιθηλιακοί πολύποδες ουροδόχου κύστεως. Αναφορά σε μία περίπτωση

Λεοντάρα Β.¹, Διαμαντοπούλου Κ.¹, Χρανιώτη Σ.¹,
Σεραφετινίδης Σ.², Θωμά-Τσαγκλή Ε.¹

Fibroepithelial polyps of the urinary bladder. One case report

Leodara V.¹, Diamantopoulou K.¹, Chranioti S.¹, Serafetinidis S.², Thoma-Tsagli E.¹
¹Departments of Pathology and ²Urology, General Hospital "Asklipieio" Voulas,
Athens, Greece

Fibroepithelial polyps of the lower urinary tract are rare. They predominantly develop in childhood and neonates, have been considered to be congenital and associated with urogenital malformations. Although they can develop after birth and show clinical symptoms in adolescence or adulthood, some of these can be misdiagnosed as urothelial neoplasms or reactive conditions. They have a marked male predominance. The etiology of fibroepithelial polyp is controversial. Their clinical manifestations and the endoscopical features are those of a malignancy and the correct diagnosis can be made only after the histological examination. Recognition of the precise histologic features of fibroepithelial polyp can facilitate its correct diagnosis. The treatment is TUR, after which the lesion does not usually recur. Uncommonly, it can exhibit progression to subsequent tumors. We report a rare case of fibroepithelial polyp of the urinary bladder in a 59-year-old woman. The architectural patterns of fibroepithelial polyps and their differential diagnosis are discussed in parallel with a short review of the literature.

Key words: fibroepithelial polyp, urinary bladder

Οι ινοεπιθηλιακοί πολύποδες (ΙΕΠς) του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος είναι σπάνιοι. Εμφανίζονται κυρίως στα παιδιά και νεογνά, θεωρούνται συγγενείς βλάβες και συνδέονται με δυσμορφίες του ουροποιητικού συστήματος. Αρκετοί έχουν αναπτυχθεί μετά τη γέννηση και δίνουν συμπτώματα στην εφηβεία και ενήλικη ζωή. Μπορεί να διαγνωσθούν εσφαλμένα ως ουροθηλιακά νεοπλάσματα ή αντιδραστικές καταστάσεις. Είναι συχνότεροι στους άνδρες. Η αιτιολογία είναι αμφιλεγόμενη. Η κλινική και ενδοσκοπική εικόνα υποδεικνύει κακοήθεια

και η ακριβής διάγνωση γίνεται με την ιστολογική εξέταση. Η αναγνώριση της ακριβούς ιστολογικής εικόνας διευκολύνει τη σωστή διάγνωση. Η θεραπεία είναι η διουρηθρική εκτομή. Δεν φαίνεται να υποτροπιάζουν ή να εξαλλάσσονται ή να σχετίζονται με φλεγμονές. Παρουσιάζεται σπάνια περίπτωση ΙΕΠ ουροδόχου κύστεως σε γυναίκα 59 ετών. Συζητούνται τα ιστολογικά πρότυπα ανάπτυξης του ΙΕΠ, η διαφορική διάγνωση και γίνεται σύντομη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Λέξεις κλειδιά: ινοεπιθηλιακοί πολύποδες, ουροδόχος κύστη

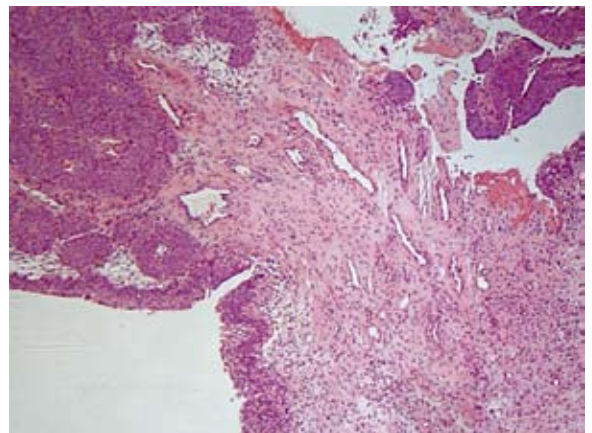
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ουροδόχος κύστη είναι σπάνια εντόπιση ανάπτυξης ινοεπιθηλιακών πολυπόδων, στους ενήλικες. Οι πολύποδες αυτοί εμφανίζονται με διάφορα συμπτώματα, μπορεί όμως να είναι και ασυμπτωματικοί. Η κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα είναι αυτά ενός «όγκου ουροδόχου κύστεως». Μεγάλη σημασία έχει η διαφορική διάγνωση από κυστική/αδενική κυστίτιδα, πολυποειδική/θηλώδη κυστίτιδα, ουροθηλιακό θήλωμα και ανάστροφο θήλωμα, λόγω του διαφορετικού χειρισμού των ασθενών (θεραπεία και παρακολούθηση). Το περιστατικό μας αφορά σε ΙΕΠ ουροδόχου κύστεως με σπάνια εντόπιση, σε γυναίκα 59 ετών, η οποία ήταν σε παρακολούθηση λόγω παρουσίας εξωφυτικού μορφώματος. Η τελική διάγνωση ετέθη ιστολογικά.

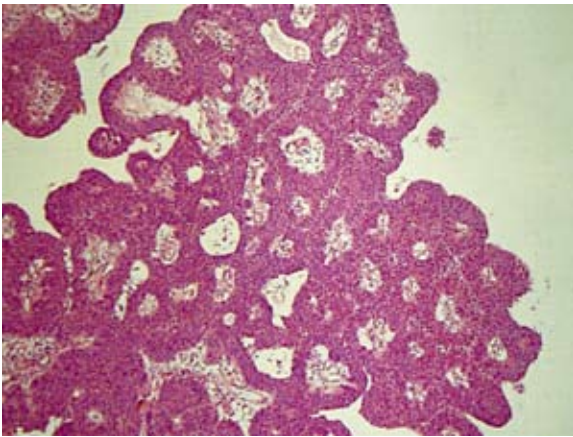
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα ηλικίας 59 ετών με ιστορικό σπληνεκτομής και εμμένουσα αναιμία, μετά από επεισόδιο μακροσκοπικής αιματουρίας το 2004, υπεβλήθη σε υπερηχογραφικό έλεγχο νεφρών, ουρητήρων και ουροδόχου κύστεως, κατά τον οποίο διαπιστώθηκε παρουσία εξωφυτικού μορφώματος στην ουροδόχο κύστη και για το οποίο ήταν ήδη σε παρακολούθηση. Η ασθενής προσήλθε τρία χρόνια μετά στην ουρολογική κλινική του νοσοκομείου μας για την εξαίρεση του μορφώματος. Ο προεγχειρητικός έλεγχος έδειξε μικροσκοπική αιματουρία, ενώ η κυστεοσκόπηση επιβεβαίωσε την παρουσία, στο δεξιό πλάγιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως, εξωφυτικού μορφώματος με θηλώδη υφή, λευκωπό χρώμα και μέγιστη διάμετρο 1,5 εκ. το οποίο ομοίαζε με ουροθηλιακό νεόπλασμα. Ο λοιπός βλεννογόνος ήταν λευκωπός (λόγω της αναιμίας;) αλλά κατά τ' άλλα φυσιολογικός. Έγινε η εξαίρεση του μορφώματος διουρηθρικά και

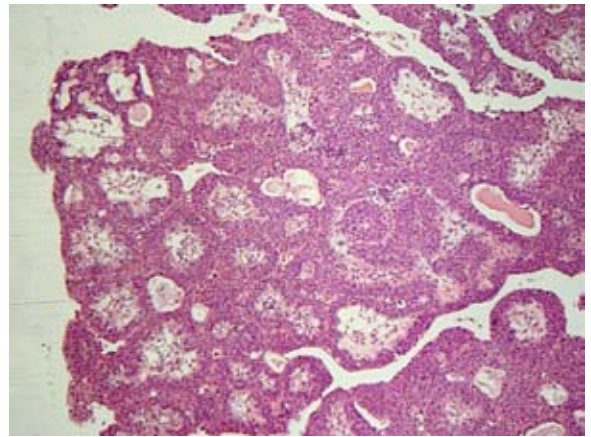
στο Παθολογοανατομικό Τμήμα εστάλησαν με την ένδειξη «όγκος ουροδόχου κύστεως με θηλώδη όψη», τέσσερα ιστοτεμαχίδια με κιτρινόφαιη χροιά και ελαστική σύσταση συνολικών διαστάσεων 1,7×1×0,5 εκ. Ξεχωριστά απεστάλη τυχαία βιοψία από τον παρακείμενο βλεννογόνο η οποία αφορούσε σε δύο ιστοτεμαχίδια μέγιστης διαμέτρου 0,3 και 0,4 εκ. Το υλικό εγκλείστηκε εξ' ολοκλήρου σε δύο κύβους παραφίνης. Η μικροσκοπική εξέταση έδειξε πολυποειδική μάζα με εξωφυτικό θηλώδες στοιχείο με δακτυλιοειδείς προσεκβολές. Διαπιστώθηκε παρουσία ινώδους μίσχου του πολύποδος, εντός του οποίου παρατηρήθηκαν στενά διατασσόμενοι μικροί αδενικοί σχηματισμοί (Εικόνα 1), περιοχές που προσομοιάζουν με κυστική/αδενική κυστίτιδα (Εικόνα 2) και εστιακά αναστομούμενες φωλεές που έδιναν την εντύπωση ανάστροφου θηλώματος (Εικόνα 3). Το στρώμα των πολυποειδικών προσεκβολών δεν εμφάνιζε σημαντική φλεγμονή και οίδημα ενώ το ουροθήλιο από το οποίο



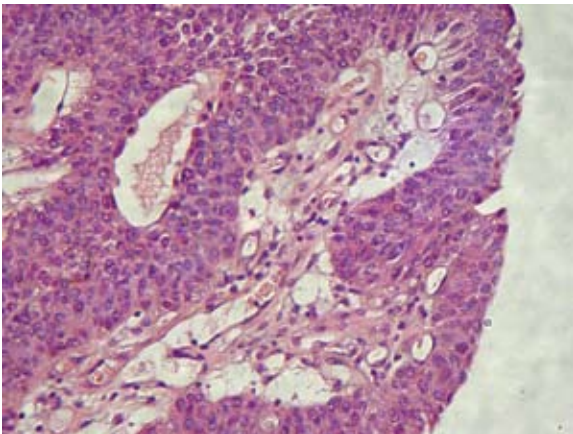
Εικόνα 1. Ινοεπιθηλιακός πολύποδας. Πλατύς ινώδης μίσχος με στενά διατασσόμενους αδενικούς σχηματισμούς (Α-Η ×100).



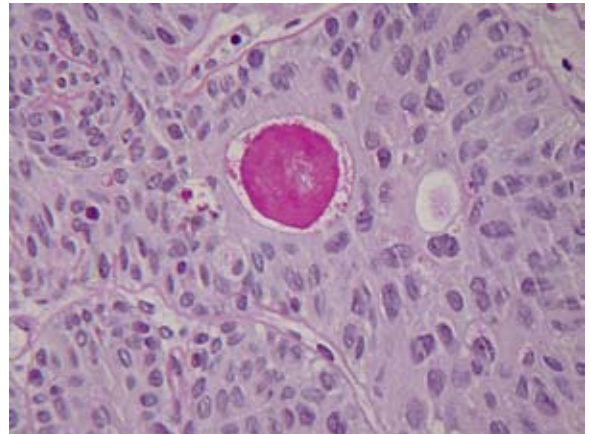
Εικόνα 2. Πολυποειδική μάζα με εξωφυτικό θηλώδες στοιχείο που μοιάζει με κυστική/αδενική κυστίτιδα (A-H ×100).



Εικόνα 3. Ινοεπιθηλιακός πολύποδας, περιοχή που μοιάζει με ανάστροφο θήλωμα (A-H ×100).



Εικόνα 4. Θηλώδης προσεκβολή με εστιακό οίδημα του στρώματος. Ουροθήλιο χωρίς μιτώσεις (A-H ×200).



Εικόνα 5. Παρουσία εκκρίματος εντός του αυλοειδούς χώρου, χωρίς όμως κυτταροπλασματική έκφραση (PAS ×400).

καλύπτονταν αποτελείτο από κύτταρα με φυσαλιδωτό πυρήνα, εστιακά εμφανές πυρήνιο, χωρίς παρουσία μιτώσεων (Εικόνα 4). Η ιστοχημική χρώση PAS ανέδειξε την παρουσία εκκρίματος χωρίς αδενική διαφοροποίηση του ουροθηλίου (Εικόνα 5). Τα συναποσταλέντα ιστοτεμαχίδια δεν εμφάνιζαν μικροσκοπικές αλλοιώσεις. Με βάση τα ιστολογικά ευρήματα ετέθη η διάγνωση ινοεπιθηλιακού πολύποδα ουροδόχου κύστεως.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ινοεπιθηλιακοί πολύποδες (ΙΕΠς) του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος είναι μια

σχετικά σπάνια νοσολογική οντότητα η οποία θεωρείται μη νεοπλασματική¹. Εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες από ότι στις γυναίκες όπως και οι πολύποδες του ουρητήρα^{2,3}. Είναι συχνότερη στα νεογνά και τα παιδιά στα οποία μερικές φορές συνδέεται με δυσμορφίες του ουρογεννητικού συστήματος⁴. Περισσότερες από τις μισές των περιπτώσεων αναφέρονται σε μικρές ηλικίες ωστόσο έχουν αναφερθεί περιπτώσεις σε άτομα ηλικίας μεταξύ της 2ης και 3ης δεκαετίας ή και μεγαλύτερα⁵⁻¹¹.

Τα κύρια συμπτώματα με τα οποία δύναται να εκδηλωθεί είναι δραματικά όπως απόφραξη, έπειξη προς ούρηση, δυσουρία, βραδινή ούρηση, αιματουρία, επαναλαμβανόμενες φλεγμο-

νές και πόνος στα λαγόνια. Μπορεί όμως να είναι ασυμπτωματικοί και να διαγνωσθούν τυχαία¹¹. Τα μισά των περιστατικών που έχουν αναφερθεί είναι χωρίς συμπτωματολογία και αυτό δείχνει ότι οι ΙΕΠς είναι πιο συχνοί από ότι αναφέρεται στην κλινική βιβλιογραφία, ωστόσο παραμένουν σπάνιοι. Μερικές εκ των περιπτώσεων που έχουν αναφερθεί ως εκ γενετής, έδωσαν τα πρώτα συμπτώματα στην παιδική ή εφηβική ηλικία^{6,8,9,12}. Είναι απίθανο όλοι οι ινοεπιθηλιακοί πολύποδες των ενηλίκων να είναι συγγενείς βλάβες και να μην δώσουν κανένα σύμπτωμα για δύο ή και περισσότερες δεκαετίες.

Η διάγνωση γίνεται συνήθως με κυστεοουρητηρογραφία ή κυστεοσκόπηση. Συχνότερη εντόπιση είναι το προστατικό λοφίδιο και ο αυχένας της ουροδόχου κύστεως ενώ τα πλάγια τοιχώματα της, όπως είναι η δική μας περίπτωση και ο πυθμένας αναφέρονται λιγότερο¹.

Η θεραπεία είναι η διουρηθρική εκτομή (TUR) και συνήθως οι εν λόγω αλλοιώσεις δεν υποτροπιάζουν^{6,13,17}.

Η αιτιολογία είναι αμφιλεγόμενη. Ο Downs⁶ έθεσε το θεώρημα ότι ο ινοεπιθηλιακός πολύποδας είναι ελαττωματική προεξοχή του τοιχώματος της ουρήθρας, ενώ οι Kurpusami και Moors υπέθεσαν ότι είναι επιθηλιακές αλλοιώσεις οι οποίες εμφανίζονται σαν δευτερεύον δυναμικό αποτέλεσμα της επίδρασης των μητρικών οιστρογόνων¹⁴. Μία άλλη άποψη που εκφράστηκε από τους Lou et al είναι ότι πρόκειται για συγγενή ανωμαλία. Η τελευταία αυτή θεωρία είναι η πιο δημοφιλής⁴.

Έχουν γραφτεί πολλά για τους ΙΕΠς του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος από κλινικής σκοπιάς, ιδιαίτερα για τα παιδιά και τα νεογνά, όμως η ακριβής ιστολογική εικόνα δεν έχει περιγραφεί λόγω της σπανιότητάς τους¹.

Μακροσκοπικά ο ινοεπιθηλιακός πολύποδας περιγράφεται ως επιμήκης πολύπους ή ως ροδόχροο έως μελανόφαιο τεμάχιο μαλακού ιστού ή ακόμη ως πολυποειδές τεμάχιο. Οι ουρολόγοι χρησιμοποιούν τον όρο «όγκο» για να το περιγράψουν. Η μέγιστη διάμετρος των αλλοιώσεων κυμαίνεται από 0,05 εκ. έως 2,9 εκ.

Ιστολογικά, όλοι οι ινοεπιθηλιακοί πολύποδες καλύπτονται από ένα φαινομενικά φυσιολογικό ουροθήλιο. Μιτώσεις δεν παρατηρούνται (Εικόνα 4). Αναγνωρίζονται τρία ιστολογικά πρότυπα ανάπτυξης (patterns).

Το συνηθέστερο πρότυπο ανάπτυξης (Pattern 1) είναι αυτό μιας πολυποειδούς μάζας με εξωφυτικό θηλώδες στοιχείο με δακτυλιοειδείς προσεκβολές, το οποίο εμφανίζει πλατύ μίσχο από ινώδη ιστό εντός του οποίου παρατηρούνται στενά διατασσόμενοι αδενικοί σχηματισμοί (Εικόνα 1), περιοχές που μοιάζουν με κυστική/αδενική κυστίτιδα και θέσεις με αναστομούμενες φωλεές που δίνουν την εικόνα ανάστροφου θηλώματος. Το στρώμα των πολυποειδικών προσεκβολών είναι ινώδες χωρίς σημαντική φλεγμονή και οίδημα. Μπορεί να υπάρχουν στοιχεία αιμορραγίας, πρόσφατης ή παλαιάς ή άτυπα στρωματικά κύτταρα λόγω εκφύλισης. Το πρότυπο ανάπτυξης 2 (Pattern 2) χαρακτηρίζεται από πολυάριθμους μικρούς στρόγγυλους ινοαγγειακούς πυρήνες-άξονες οι οποίοι περιέχουν πυκνό ινώδη ιστό. Το ουροθήλιο από το οποίο καλύπτονται εμφανίζει περιοχές με αδενική διαφοροποίηση. Μπορεί να παρατηρηθεί εστιακή ασβεστοποίηση ή λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση χωρίς όμως παρουσία ενεργού φλεγμονής. Ο τελευταίος ιστολογικός τύπος 3 (Pattern 3) εμφανίζεται ως μία πολυποειδική αλλοίωση με δευτερεύουσες υψηλές δακτυλιοειδείς προσεκβολές. Οι προσεκβολές αυτές τυπικά είναι μονήρεις, ωστόσο μπορεί να εμφανίσουν διακλαδώσεις. Παρατηρούνται θέσεις με οίδημα του ινώδους ιστού των προσεκβολών οι οποίες μοιάζουν με πολυποειδική κυστίτιδα ή θέσεις με υποεπιθηλιακό οίδημα χωρίς ιδιαίτερη παρουσία φλεγμονωδών στοιχείων. Κατά θέσεις παρατηρείται εμφανής αγγείωση με υαλοειδοποίηση των αγγείων και πολυάριθμα μικρά τριχοειδή αγγεία.

Η αναγνώριση της ακριβούς ιστολογικής εικόνας του ΙΕΠ και η γνώση της διαφορικής διάγνωσης διευκολύνει στη σωστή διάγνωση. Οι οντότητες από τις οποίες πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση είναι: η κυστική/αδενική κυστίτιδα, η πολυποειδική/θηλώδης κυστίτιδα, το ουροθηλιακό θήλωμα και το ανάστροφο θήλωμα.

Ο πιο συχνός μορφολογικός τύπος του ΙΕΠ (pattern 1) μοιάζει με την κυστική/αδενική κυστίτιδα. Όμως, η ανθοκραμβοειδής εικόνα που βλέπουμε με τη μικρή μεγέθυνση είναι χαρακτηριστικό του ΙΕΠ και όχι της κυστικής/αδενικής κυστίτιδας (Εικόνα 2). Είναι επίσης ασύνηθες για την κυστική/αδενική κυστίτιδα να εμφανίζεται σαν μονήρης βλάβη σε μία κατά τ'άλλα φυσιολογική κύστη.

Αρχιτεκτονικά, η πολυποειδική κυστίτιδα αποτελείται από άμισχες, μονήρεις πολυποειδικές προσεκβολές του ουροθηλίου που εκφύονται από την επιφάνεια της ουροδόχου. Σε αντίθεση, το πρότυπο (pattern) 3 του ΙΕΠ αποτελείται από έμμισχη πολυποειδή μάζα η οποία προβάλλει μέσα στην ουροδόχο με δευτερεύουσες δακτυλιοειδείς προσεκβολές. Επίσης ο ΙΕΠ εμφανίζει εστιακά οίδημα του στρώματος και εστιακή χρόνια φλεγμονή, απουσιάζει το γενικό οίδημα και φλεγμονή που χαρακτηρίζουν την πολυποειδική κυστίτιδα. Στα προχωρημένα στάδια της πολυποειδικής κυστίτιδας όταν το οίδημα ελαττώνεται και αντικαθίσταται από ινώδη ιστό (θηλώδης κυστίτιδα), υπάρχουν ακόμη λεμφοκυτταρικά φλεγμονώδη στοιχεία και ο ινώδης ιστός έχει εικόνα ουλής. Η πολυποειδική κυστίτιδα είναι εύκολα αναγνωρίσιμη ως φλεγμονή από τους ουρολόγους στην κυστεοσκόπηση και ξεχωρίζει από το ουροθηλιακό νεόπλασμα¹⁵. Αυτή προκύπτει από βλάβη της ουροδόχου κύστεως, όπως χρήση εργαλείων, παρουσία συριγγίου κ.λπ. Ο πέριξ βλεννογόνο έχει φλεγμονώδη εμφάνιση και οι πολυποειδικές αλλοιώσεις έχουν μια χαρακτηριστική εικόνα με οίδημα και απλή αρχιτεκτονική. Αντίθετα, κυστεοσκοπικά, ο ΙΕΠ εμφανίζεται ως μονήρης σύνθετη πολυποειδής μάζα σε μία κατά τ' άλλα φυσιολογική ουροδόχο, μη διακρινόμενος από ένα ουροθηλιακό όγκο. Μολονότι και οι δύο οντότητες, πολυποειδική κυστίτιδα και ινοεπιθηλιακός πολύποδας είναι καλοήθεις, μία λανθασμένη διάγνωση ενός ινοεπιθηλιακού πολύποδα ως πολυποειδική κυστίτιδα μπορεί να έχει συνέπειες. Η αντίφαση μεταξύ μιας εσφαλμένης ιστολογικής διάγνωσης πολυποειδικής κυστίτιδας και της κυστεοσκοπικής εικόνας νεοπλάσματος, έχει ως αποτέλεσμα από την μία να δημιουργήσει στον ουρολόγο αβεβαιότητα για το περιστατικό και μείωση της εκτίμησης των διαγνωστικών ικανοτήτων του παθολογοανατόμου και από την άλλη τον οδηγεί στη διαδικασία ανεύρεσης αιτιολογίας για την υποτιθέμενη πολυποειδική κυστίτιδα.

Η πιο σημαντική και κρίσιμη διαφορική διάγνωση είναι μεταξύ ΙΕΠ και ουροθηλιακού θηλώματος και ανάστροφου θηλώματος. Το ουροθηλιακό θήλωμα ορίζεται ως μία θηλώδης αλλοίωση η οποία καλύπτεται από φυσιολογικό ουροθήλιο. Η εικόνα αυτή δεν πρέπει να μπερδεύεται με ΙΕΠ pattern 2 και 3. Περιπτώσεις ΙΕΠ έχουν διαγνωσθεί ως

ουροθηλιακό θήλωμα και ουροθηλιακά νεοπλάσματα χαμηλού κακοήθους δυναμικού¹¹. Λόγω της σπανιότητας τους οι ΙΕΠς συχνά δεν μπαίνουν στη διαφορική διάγνωση μίας θηλώδους/πολυποειδούς αλλοίωσης της ουροδόχου κύστεως. Αρχιτεκτονικά, οι ΙΕΠς εμφανίζονται περισσότερο πολυποειδείς από ότι τα θηλώματα. Σε αντίθεση με το ουροθηλιακό θήλωμα, ο ΙΕΠ έχει πλατύτερο ινώδη μίσχο. Ο ινώδης ιστός είναι πυκνότερος από τον λεπτό χαλαρό συνδετικό ιστό του άξονα του θηλώματος. Το ανάστροφο θήλωμα εμφανίζει αναστομούμενες φωλεές του ουροθηλίου επεκτεινόμενες κάτω από συμπιεσμένο υπερκείμενο ουροθήλιο, ενώ οι φωλεές των περισσότερων ΙΕΠ προτύπου 1 είναι ευδιάκριτα στρόγγυλες (Εικ.3). Η συνολική πολυποειδική, σε σχήμα ροπαλού ιστολογική εικόνα και το περισσότερο πυκνό ινώδες στρώμα του ΙΕΠ τον ξεχωρίζουν από το ανάστροφο θήλωμα. Αναφέρεται περίπτωση ΙΕΠ προτύπου 1 με αναστομούμενες φωλεές το οποίο παρέπεμπε σε ανάστροφο θήλωμα¹. Παρότι και οι τρεις αυτές οντότητες είναι καλοήθεις, η διαφορική διάγνωση μεταξύ τους είναι σημαντική γιατί είναι διαφορετική η θεραπεία και η κλινική παρακολούθηση των ασθενών. Ασθενείς με ουροθηλιακό θήλωμα χρειάζονται παρακολούθησης με κυτταρολογικές ούρων και κυστεοσκοπήσεις γιατί οι αλλοιώσεις αυτές υποτροπιάζουν. Μολονότι οι περισσότερες περιπτώσεις ουροθηλιακού θηλώματος θεραπεύονται μετά την αρχική εξαίρεση τους, κατά περίπτωση μπορεί να υποτροπιάσουν και λιγότερο συχνά να εξελιχθούν σε προχωρημένα ιστολογικά νεοπλάσματα¹⁶. Η σχέση μεταξύ ανάστροφου θηλώματος και ουροθηλιακού καρκινώματος είναι αμφιλεγόμενη. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει σχέση οπότε οι ασθενείς μετά την εξαίρεση ανάστροφου θηλώματος υφίστανται κυστεοσκοπική παρακολούθηση¹⁷. Λανθασμένη διάγνωση ΙΕΠ ως ουροθηλιακό θήλωμα ή ανάστροφο θήλωμα είναι μεγάλης σημασίας δεδομένου του σχετικά νεαρού της ηλικίας των ασθενών με ΙΕΠ οι οποίοι με διάγνωση θηλώματος θα οδηγηθούν σε παρακολούθηση επί δεκαετίες.

Οι ΙΕΠς είναι καλοήθεις και δεν σχετίζονται με το ουροθηλιακό καρκίνωμα και με λιθιασική ή μη φλεγμονή. Έχει γίνει αναφορά στην παρουσία ατυπίας του στρώματος, εκφυλιστικής φύσεως η οποία μπορεί να μπερδεύει με μεσεγχευματικό νεόπλασμα^{1,10} και έχει περιγραφεί μία περίπτωση η οποία αφορούσε σε τρίχρονο

αγόρι όπου η αρχική βιοψία έθεσε υποψία ραβδομυοσαρκώματος ενώ μετά την πλήρη εξαίρεση της αλλοίωσης φάνηκε ότι επρόκειτο για ΙΕΠ¹⁸. Η ατυπία αυτή μοιάζει με αυτή που παρατηρείται στους πολύποδες της κεφαλής και τραχήλου και κόλπου.

Αναφέρονται δύο περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε ριζική προστατεκτομή λόγω καρκινώματος προστάτου και μία περίπτωση άνδρα με υψηλόβαθμο και in situ ουροθηλιακό καρκίνωμα ουροδόχου κύστεως, οι οποίοι εμφάνισαν ΙΕΠ κατά την παρακολούθησή τους, ενώ πριν δεν είχε διαπιστωθεί η παρουσία του¹. Αυτά τα περιστατικά καθώς και το προχωρημένο της ηλικίας άλλων περιπτώσεων υποστηρίζουν την γνώμη ότι μερικοί ΙΕΠς εμφανίζονται και μετά τη γέννηση. Αυτοί είναι αμαρτωματώδους ή νεοπλασματικής φύσεως δεν έχει ξεκαθαριστεί, ωστόσο μετά την εξαίρεσή τους οι αλλοιώσεις αυτές δεν φαίνεται να υποτροπιάζουν ή να εξαλλασσονται και κυστεοσκοπική ή κυτταρολογική παρακολούθηση δεν είναι απαραίτητη. Όμως η παρακολούθηση ασθενών που έχει γίνει είναι περιορισμένη και χρειάζεται πιο μακροχρόνια μελέτη με αρνητικά αποτελέσματα για να κατοχυρώσει την μη δυνατότητα υποτροπής της αλλοίωσης¹.

Λόγω της σπανιότητας του ΙΕΠ στο κατώτερο ουροποιητικό σύστημα στους ενήλικες, μπορεί τέτοιες βλάβες να διαγνωσθούν ως αντιδραστικές ή νεοπλασματικές καταστάσεις. Η αναγνώριση των αρχιτεκτονικών πρότυπων ανάπτυξης των ΙΕΠ είναι σημαντική για την αποφυγή μιας λανθασμένης διάγνωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Toyonori Tsuzuki, MD, PhD and Jonathan I. Epstein, MD. Fibroepithelial polyp of the lower urinary tract in adults. *Am J Surg Pathol*. 2005;29:460-466.
2. Bolton D, Irby P 3rd. Fibroepithelial ureteral polyps and urolithiasis. *Urology*. 1994;44:582-587.
3. Stuppler SA, Kandzari SJ. Fibroepithelial pol-

yps of ureter: a benign ureteral tumor. *Urology*. 1975;5:553-558.

4. Lou ES, Newman H, Levitt SB. Prolapsing urethral polyp in child with hypospadias. *Urology*. 1977;9:423-424.
5. De Castro R, Belloli G, Pavanello P. Solitary polyp of posterior urethra in children: report on seventeen cases. *Eur J Pediatr Surg*. 1993;3:92-96.
6. Downs RA. Congenital polyp of the prostatic urethra: a review of the literature and report of two cases. *Br J Urol*. 1970;42:76-85.
7. Hutchinson I, Garland I, Abel BJ. Congenital urethral polyp in an adult. *Br J Urol*. 1983;55:576-577.
8. Mattei FM, Del Vecchio MT, Minacci C. Congenital fibroepithelial polyp of prostatic urethra in an adult. *Arch Ital Urol Androl*. 1998;70:173-175.
9. Miroglu C, Ozdiler E. Congenital urethral polyp in an adult. *Br J Urol*. 1998;61:531-532.
10. Young RH. Fibroepithelial polyp of the bladder with atypical stromal cells. *Arch Pathol Lab Med*. 1986;110:241-242.
11. Waish Ik, Herron B. Benign urethral polyps. *Br J Urol*. 1993;72:937-938.
12. Bruijnes E, Scholtmeijer RJ, den Hollander JC. Congenital polyp of the prostatic urethra in childhood: report of 3 cases and review of the literature. *Urol Int*. 1985;40:287-911.
13. Gleason PE. Genitourinary polyps in children. *Urology*. 1994;44:106-109.
14. Kuppasami K, Moors DE. Fibrous polyp of the verumontanum. *Can J Surg*. 1968;11:388-389.
15. Cina SJ, Epstein JI, Endrizzi JM, et al. Correlation of cystoscopic impression with histologic diagnosis of biopsy specimens of the bladder. *Hum Pathol*. 2001;32:630-637.
16. McKenney JK, Amin MB, Young RH. Urothelial (transitional cell) papilloma of the urinary bladder: a clinicopathologic study of 26 cases. *Mod Pathol*. 2003; 16:623-629.
17. Asano K, Miki J, Maeda S, et al. Clinical studies on inverted papilloma of the urinary tract: report of 48 cases and review of the literature. *J Urol*. 2003;170:1209-1212.
18. Al-Ahmadie H, Gomez AM, Trane N, et al. Giant botryoid fibroepithelial polyp of bladder with myofibroblastic stroma and cystitis cystica et glandularis. *Pediatr Dev Pathol* 2003;6:179-181.

Corresponding author:

Vassilia Leodara

5 Iteas street

151 25 Polydrosso - Maroussi

Tel.: 210 6815407, Mobile: 6936976846

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Βασιλεία Λεοντάρρα

Γτέας 5

T.K. 15125 Πολύδροσο - Αμαρουσίου

Τηλ. 210 6815407, Κινητό: 6936976846