

## Servikal özefagus yerleşimli heterotopik gastrik mukoza: olgu sunumu

Öner Menteş (\*), Atilla Bektaş (\*\*), Sevgen Çelik Önder (\*\*\*), Hakan Akıncı (\*),  
Ömer Özgül (\*), Mustafa Özdemir (\*)

### Özet

Servikal özefagus yerleşimli heterotopik gastrik mukoza, konjenital bir anomalidir. Semptomlar ve morfolojik değişiklikler, heterotopik gastrik mukozanın salgılamış olduğu asid hasarına bağlıdır. Bu odaktan malign transformasyon ve adenokarsinogenezis de oluşabilmektedir. Bu yazıda, daha önceden iki defa endoskopi yapılmasına rağmen tanı konulamayıp şikayetlerinin devamında yapılan tetkiklerinde üst özefagusta heterotopik gastrik mukoza tanısı konulmuş olgu sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Gastrik heterotopi, heterotopik gastrik mukoza, servikal özefagus

### Summary

#### Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus: a case report

Heterotopic gastric mucosa located in the cervical esophagus is a congenital anomaly. Symptoms and morphologic changes are associated with the destruction of acid secreted by the heterotopic gastric mucosa. Malignant transformation and adenocarcinogenesis may also develop in these foci. In this case report we present a patient who initially could not be diagnosed despite two trials of upper gastrointestinal endoscopy, and however later diagnosed to have heterotopic gastric mucosa at cervical esophagus on intense investigation following his persistent complaints.

**Key words:** Gastric heterotopia, heterotopic gastric mucosa, cervical esophagus

\* Etimesgut Hava Hast. Genel Cerrahi Servisi

\*\* Etimesgut Hava Hast. Gastroenteroloji Servisi

\*\*\* Etimesgut Hava Hast. Patoloji Servisi

**Ayrı basım isteği:** Dr. Öner Menteş, Hava Subay Lojmanları B1 Blok No: 6 Etimesgut, Ankara  
E-mail: onermentes@yahoo.com

**Makalenin geliş tarihi:** 06.04.2005

**Kabul edilme tarihi:** 07.09.2005

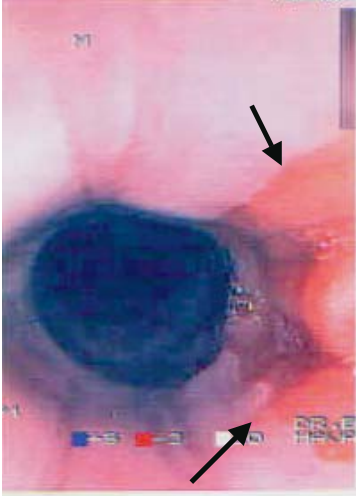
### Giriş

Üst özefagusta heterotopik gastrik mukoza (HGM), ilk olarak 1805 yılında Schmit tarafından konjenital olarak servikal özefagusta gastrik mukozanın yer alması şeklinde tanımlanmıştır (1). Bu yazıda, daha önce üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılmasına rağmen tanı konulamamış, ektopik gastrik mukoza tanısı sonradan konulan hasta sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

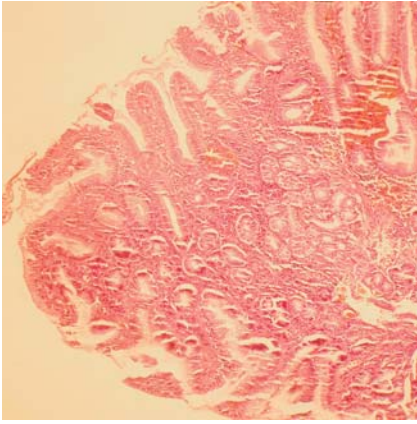
### Olgu Sunumu

Otuz yaşındaki erkek olgu midede şişlik, ağrı, arada sırada ağzına acı su gelmesi şikayetleri ile kliniğimize müracaat etti. On yıldır bu şikayetleri olan hasta, ilk doktora gidişinde kendisine gastrit tanısı konularak famotidin 40 mg ve hydrotalcid süspansiyon tedavisi başlanmış. Aralıklı olarak aynı tedavi uygulanan hastada, şikayetleri geçmemesi üzerine 1994 yılında yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde gastrit tanısı konularak lansaprazol 30 mg ile kalsiyum ve magnezyum karbonat süspansiyon tedavisi başlanmış. Bu tedavi sonrasında da tam olarak iyileşmeyen hastaya, 2002 yılında bir başka merkezde yapılan endoskopisinde yine gastrit tanısı konmuş ve lansaprazol 30 mg ile sodyum alginat, sodyum bikarbonat, kalsiyum karbonat süspansiyonu tedavisi başlanmış. Hastanın şikayetlerinde düzelmenin tam olmaması nedeniyle kliniğimizde yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde; ön dişlerden itibaren 20. cm'de, 10 mm genişliğinde ve 25 mm vertikal uzunlukta oval, düz yüzeyli, deve tüyü renginde bir alan gözlendi ve bu alandan histopatolojik değerlendirme için örnek alındı (Şekil 1). Buna ilaveten alt özefagustaki hiperemik alandan ve mide kardiyasından örnek alınarak işlem sonlandırıldı. Üst özefagiya sfinkterden gönderilen dokunun histopatolojik incelenmesinde, antrum ve korpusa ait glandlar içeren mide mukozası görüldü. Mukozada yüzey epiteli intakt olup, lamina propria az sayıda nötrofilin de eşlik ettiği, plazma hücrelerinden zengin mikst iltihabi reaksiyon ve yüzey müküs katı içerisinde *Helicobacter pylori* mikroorganizmaları dikkati çekti. Üst özefagustan alınan bu örnek, endoskopik veriler ile birlikte değerlendirildiğinde, *Helicobacter pylori* kolonizasyonu gösteren HGM ile uyumlu bulundu (Şekil 2). Alt özefagustan alınan örneğin mikroskopik incelenmesinde, özefagus epitelini atake eden inflamasyon ve epitel altında gastrik tipte mide glandları görüldü ve histolojik olarak "Barrett özefajiti" lehine yorumlandı. Mide kardiyasını temsil eden ve fundik tipte glandlar içeren mide mukozasında hafif şiddette süperfisiyel gastrit saptandı.

Üst özefagustan alınan örnek de, *Helicobacter pylori* kolonizasyonu gösteren



**Şekil 1.** Özefagusun üst kısmına yerleşmiş heterotopik gastrik mukozanın endoskopik görünümü



**Şekil 2.** Özefagusun üst kısmından alınan örnekte antrum ve korpusa ait glandlar içeren mide mukozası (Hematoksilen-Eozin, X200)

HGM ile uyumlu bulunmuştur. Hastanın mevcut şikayetleri ve *Helicobacter pylori* de tanımlanması nedeniyle klaritromisin+lansaprazol+amoksisilin tedavisi ve diet başlanmış, iki aylık tedavi sonrasında şikayetlerinde belirgin düzelme olmuştur.

### Tartışma

Bütün yaş gruplarında üst özefagusta heterotopik mide mukozası %0.1 ile %3.8 oranında görülmektedir (2,3). Özefagiyal HGM, embriyolojik dönemde özefagiyal epitelizasyonun eksik kalması sonrasında gelişen konjenital anomalidir (4). Gestasyonel yaşamın 10. haftasında özefagus tek katlı kolumnar epitel ile döşelidir. Beşinci ayda skuamöz epitel, özefagusun orta 1/3 bölümünde görülmeye başlar ve buradan distal ve proksimale doğru yayılır. Eğer bu işlem tamamlanamazsa, bazı kolumnar

hücreler doğumda kalabilmekte, buna bağlı olarak da özefagus üst 1/3'lük bölümünde mideye ait glandlar izlenmektedir (5). HGM, boyut olarak 1 cm'den küçük olabileceği gibi, 5 cm'den de büyük olabilmektedir. Makroskopik olarak, koyu pembe ve kadifemsi bir görünümündedir. Tek bir parça ve/veya multipl parçalar halinde olabileceği gibi, özefagusu sirküler olarak çepeçevre sarabilmektedir (6). Olgumuzda da makroskopik olarak koyu pembe renkte ve özefagusu semisirküler olarak saran bir görünümdeydi. HGM, üst özefagus dışında çok ender olarak dil, ağız tabanı, submandibular bez, ince barsaklar, pankreas, safra kesesi ve Meckel divertikülünde de görülebilmektedir (6-8). Asemptomatik ve insidental olarak tespit olabileceği gibi, erozyon, ülser, stenoz, fistül, intestinal metaplazi, yüksek derecede displazi veya adenokarsinoma gelişimi de olabilmektedir. HGM, Barrett özefagus gelişimi riskini artırmaktadır. HGM'li hastaların yaklaşık 1/3'ünde ilerleyen dönemde Barrett özefagus gelişmektedir (5-9). Gutierrez ve ark. 1495 hastaya yapmış oldukları üst gastrointestinal sistem endoskopisi sonrasında, toplam 45 (%3) olguda HGM saptamışlardır. Histolojik olarak 25 (%54) olguda antral tip mukoza, 5 (%11) olguda fundik tip, 16 (%35) olguda transizyonel mukoza bulmuşlardır (6). Olgumuzun histolojik incelemesinde ise, antral tip mukoza saptanmıştır. Aynı çalışmada HGM'da *Helicobacter pylori*, %73 oranında saptanmıştır (6). Olgumuzda da *Helicobacter pylori*, histolojik inceleme sonrasında saptanmıştır. *Helicobacter pylori* infeksiyonu, genelde oral yolla geçiş göstermektedir. Üst gastrointestinal sistem üst kısmında mide mukozasının olması, *Helicobacter pylori*'nin yerleşmesini kolaylaştırıcı bir zemin oluşturmaktadır (1,9,10). Tang ve ark. yedi yıllık bir dönemde 1821 hastaya yapmış oldukları üst gastrointestinal sistem endoskopisinde, 20 hastada (%1) HGM saptamışlardır. Lezyon, boyut olarak 5 ile 12 mm arasındadır ve özefagusun %10 ile %20'sini çevrelemektedir (1). Yapılan çalışmalar, HGM'nin asid üretebildiğini ve bunun da *Helicobacter pylori* kolonizasyonu için ideal bir yerleşim alanı olabileceğini göstermektedir (11,12). HGM, sık-

lıkla servikal özefagusta yerleşmekte, lokal olarak cepler, striktürler, ülser ve fistül oluşumuna yol açabilmekte, semptom olarak ağrı, disfaji ve odinofajiye neden olabilmektedir (4). Semptomatik özefagiyal HGM'nin patofizyolojisinde esas etken, dokunun o bölgede asid üretmesidir. Semptom, klinik bulgular ve komplikasyonun temelinde yatan etken, olmaması gereken yerde asid salgılanmasıdır (4). Asemptomatik olgularda 24 saatlik pH profilinin çıkartılması, tanıda yardımcı olmaktadır. Olgumuzda ağrı, en fazla yakındığı şikayetleri arasındaydı. HGM'dan adenokarsinom oluşumu oldukça ender olmakla birlikte, bugüne kadar literatürde tanımlanmış 24 vaka vardır (13).

HGM tedavisi için kabul edilmiş standart bir tedavi yoktur. HGM, klinikopatolojik olarak beş ayrı kategoride toplanmakta ve tedavi ona göre planlanmaktadır. HGM I grubunda asemptomatik veya insidental olarak bulunan hastalar yer almakta ve herhangi bir tedavi gerekmemektedir. HGM II ve HGM III grubunda stenoz, striktür gibi komplikasyonlar olabilmekte, bunlar endoskopik olarak dilatasyon ile tedavi olabilmektedir. Bazı çalışmalarda sınırlı sayıda olgularda denenmiş olsa da, argon lazer plazma koagülasyonu ile, cerrahi öncesi striktür oluşumunun önlenmesinde başarılı sonuçlar bildirilmiştir (14,15). Ancak, bu olgularda biyopsi alınarak malignite olasılığı ekarte edilmelidir. Striktür olan bazı olgularda cerrahi tedavi gerekebilmektedir. HGM IV ve HGM V grubunda, tanı konulduğunda tedavi cerrahi olmalıdır. Olgumuz, sınıflama olarak HGM II kabul edilmiş ve beraberinde *Helicobacter pylori* olmasından dolayı klaritromisin+lansaprazol+amoksisilin tedavisi başlanmıştır. Bir aylık tedavi sonrasında şikayetlerinde belirgin azalma olmuştur. Uygulanan tedavilere rağmen ağrı ve dispeptik yakınma şikayetlerinde belirgin düzelme olmayan olguların üst gastrointestinal sistem endoskopilerinde, HGM varlığı araştırılmalıdır. HGM varlığı olan olgular, nadir de olsa adenokarsinom gelişme riskinden dolayı, endoskopik olarak yakın takip edilmelidir.

### Kaynaklar

1. Tang P, McKinley MJ, Sporrer M, Kahn E. Inlet patch: prevalence, histologic type, and

- association with esophagitis, Barrett esophagus, and antritis. *Arch Path Lab Med* 2004; 128: 444-447.
2. Jacobs E, Dehou MF. Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus: a prospective study of 33 cases and review of literature. *Endoscopy* 1997; 29: 710-715.
  3. Borhan-Manesh F, Farnum JB. Incidence of heterotopic gastric mucosa in the upper oesophagus. *Gut* 1991; 32: 968-972.
  4. von Rahden B, Stein HJ, Becker K, Libermann-Meffert D, Siewert JR. Heterotopic gastric mucosa of the esophagus: literature-review and proposal of a clinicopathologic classification. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 543-551.
  5. Lauwers GY, Scott GV, Vauthey JN. Adenocarcinoma of the upper esophagus arising in cervical ectopic gastric mucosa: rare evidence of malignant potential of so-called "inlet patch". *Dig Dis Sci* 1998; 43: 901-907.
  6. Gutierrez O, Akamatsu T, Cardona H, Graham DY, El-Zimaity HM. Helicobacter pylori and heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus (the inlet patch). *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1266-1270.
  7. Mann NS, Mann SK, Rachut E. Heterotopic gastric tissue in the duodenal bulb. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30: 303-306.
  8. Xeropotamos N, Skopelitou AS, Batsis C, Kappas AM. Heterotopic gastric mucosa together with intestinal metaplasia and moderate dysplasia in the gall bladder: report of two clinically unusual cases with literature review. *Gut* 2001; 48: 719-723.
  9. Berkelhammer C, Bhagavan M, Templeton A, Raines R, Walloch J. Gastric inlet patch containing submucosally infiltrating adenocarcinoma. *J Clin Gastroenterol* 1997; 25: 678-681.
  10. Leung WK, Siu K, Kwok CK, Chan SY, Sung R, Sung JJ. Isolation of Helicobacter pylori from vomitus in children and its implication in gastro-oral transmission. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2881-2884.
  11. Borhan-Manesh F, Farnum JB. Study of Helicobacter pylori colonization of patches of heterotopic gastric mucosa (HGM) at the upper esophagus. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 142-146.
  12. Avidan B, Sonnenberg A, Chejfec G, Schnell TG, Sontag SJ. Is there a link between cervical inlet patch and Barrett's esophagus? *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 717-721.
  13. Galan AR, Katzka DA, Castell DO. Acid secretion from an esophageal inlet patch demonstrated by ambulatory pH monitoring. *Gastroenterology* 1998; 115: 1574-1576.
  14. Jabbari M, Goresky CA, Lough J, Yaffe C, Daly D, Cote C. The inlet patch: heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus. *Gastroenterology* 1985; 89: 352-356.
  15. Sperling RM, Grendell JH. Adenocarcinoma arising in an inlet patch of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 150-152.