

ASEMPTOMATİK KİŞİLERDE ENDOSKOPIK BULGULAR

Semih Aydınтуğ*

Olcaı Aydınтуğ**

Nural Onaran***

Uğur Bengisun****

Fleksibl fiberoptik endoskoplara kullanım alanına girmesi ile öze-fagus, mide, duodenum hastalıklarının tanısında büyük bir adım atılmıştır. Endoskopi nisbeten az invaziv bir yöntem olması ve hemen her yerde uygulanabilmesi nedeni ile Japonya gibi bazı ülkelerde tarama testi olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Dispeptik şikayetlerle hekime başvuran ve endoskopi yapılan bazı hastalarda şikayete sebep olabilecek herhangi bir lezyon bulunmaz. Aynı şekilde başta gastrit olmak üzere çeşitli lezyonlar herhangi bir şikayeti olmayan kişilerde de saptanabilir. Bu gibi problemleri tartışabilmek için değerlendirmenin standart bir baza oturtulması gerekmektedir. Bu amaçla üst gastrointestinal sisteme ait spesifik şikayetleri olmayan kişilerde gastroduodenoskopik olarak yaptığımız çalışmada rastlanan lezyonları araştırdık. Amacımız asemptomatik kişilerde rastlanan lezyonları ortaya koymak, bunların önemini tartışmaktır. Bu çalışmanın dispeptik şikayetler nedeniyle endoskopi yapılan hastaların bulgularının değerlendirilmesine katkıda bulunacağına inanıyoruz.

MATERYAL VE METOD

Çalışma, Kasım 1987 - Nisan 1988 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde yatan yada polikliniğe başvuran ve üst gastrointestinal sistem şikayeti olmayan 70 hastada yapılmıştır. Bu hastalar fitik, lenfödem, guatr, hemoroid, perife-

* A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanı.

** A.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

*** A.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Doçenti.

**** A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

rik tıkaçıcı damar hastalığı gibi nedenlerle kliniğe başvurmuşlardı. Hasta seçiminde şu hususlara dikkat ettik :

1 — Anamnezlerinde geçirilmiş mide-duodenum ameliyatı, kolelistektomi yada safra kesesi taşı hikayesi olmaması,

2 — Anamnezlerinde tipik epigastrik ağrı hikayesi olmaması ve hayatlarının hiçbir döneminde ülser tedavisi görmemiş olmaları,

3 — Halen steroid, nonsteroid antienflamatuar-analjezik, antibiyotik gibi gastrit yada mukoza erezyonu yapabilecek ilaçlar alıyor olmamak.

Bu kriterleri taşıyan 70 kişide AÜTF Genel Cerrahi Kliniği endoskopi laboratuvarında Olympus GIF Q ve GIF P₃ gastroduodenoskopları ile endoskopi yaptık.

Hiçbir premedikasyon kullanmadan 6-8 saatlik açlık döneminden sonra boğazı lokal anestezi ile uyuşturarak endoskopi işlemine başladık. Ortalama 15 dakikalık bir sürede postbulber bölgeye kadar ilerledik. Her vakada antrumdan iki, corpus-fundustan iki adet biyopsi aldık. Tüm biyopsi sonuçları aynı patolog tarafından incelendi. Mide içinde safra reflusu olup olmadığı, endoskopik gastrit ve diğer lezyonlar not edildi. Endoskopi yapılan kişilerden 5'inde inceleme tam yapılamadı yada yeterli biyopsi materyali elde edilemedi. Bu nedenle tartışma 65 hasta üzerinde yapılacaktır.

SONUÇLAR

Tablo - 1 de görüldüğü gibi serideki kişilerin çoğu (% 70) erkektir. Yaş ortalaması 44'dür.

Tablo 1 - 65 asemptomatik kişide cins ve yaş dağılımı

Erkek :	45	(% 69,23)
Kadın :	20	(% 30,76)
Yaş ortalaması :		44,1
Yaş dağılımı :		19-81

Mide içinde safranin mevcudiyeti olarak bilinen ve «Duodenogastrik Reflux» (DGR) olarak adlandırılan olaya 3 kişide rastlanmıştır (Resim 1). Büyük çoğunluğu oluşturan 62 kişide (% 95,38) DGR görülmemiştir (Tablo - 2). DGR olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlıdır ($p < 0,01$).

Tablo 2 - Endoskopik olarak DGR tespit edilenlerin oranı

Duodenogastrik reflux tespit edilenler	:	3 (% 4,6)
DGR'ü olmayanlar	:	62 (% 95,38)

DGR tespit edilenlerden 3 kişiden yalnız birinde antral gastrit saptandı (% 1,53). Diğer 2 hastada DGR'un endoskopi işlemine bağlı olduğu düşünülebilir.

Tablo 3'de çalışmamızda saptadığımız lezyonlar görülmektedir.

Tablo 3 - Serimizde saptanan endoskopik lezyonlar
(Bazı vakalarda birden çok lezyon vardır)

N : 65		%
*Aktif duodenum ülseri	:	2 3,07
*Pilorda erozyon	:	1 1,53
*Bulbitis	:	1 1,53
*Prepilorik erozyon	:	1 1,53
İnceleme süresince pilorun sürekli açık olması	:	4 6,15
Midede kaskad hali	:	1 1,53
Özefagus varisi	:	1 1,53
Kardia mukozasının özefagus içine prolapsusu ve özefajit	:	1 1,53
DGR	:	3 4,6
Antrum ve/veya korpus-fundus gastriti	:	34 52,30
Normal bulgular	:	19 29,32

* Tüm hastalarda yaygın histopatolojik değişiklikler vardı.

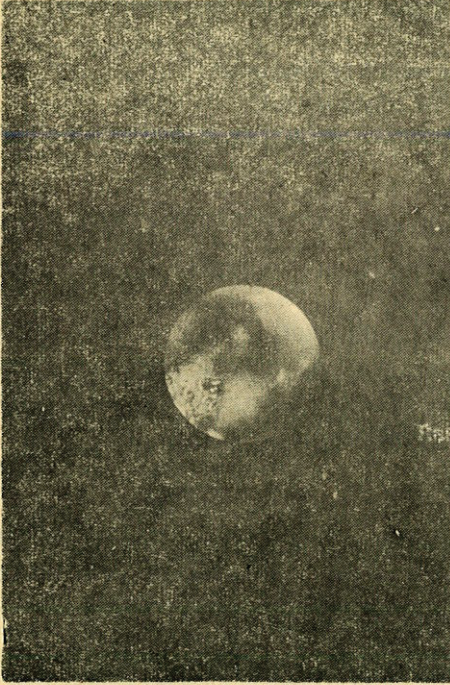
Görüldüğü gibi incelenen kişilerin sadece 19'unda (% 29,32) herhangi bir patoloji saptanmamıştır. Endoskopik olarak görülen gastrit (% 52,30) en çok saptanan patolojidir.

Antrumdan ve midenin korpus-fundus bölgesinden gönderilen 2'şer toplam 4 biyopsi örneğinin incelenmesinde daha farklı gastrit oranları elde edilmiştir (Tablo 4).

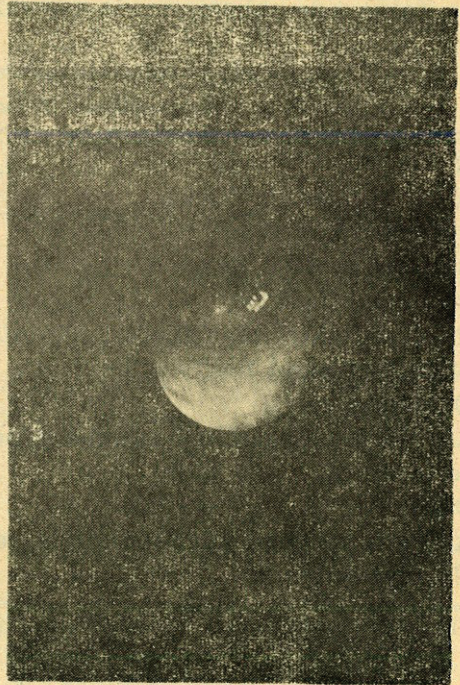
Tablo 4 - Endoskopik ve histopatolojik olarak saptanan gastritin oranları

N : 65		
Histopatolojik olarak gastrit	:	53 % 81,53
Endoskopik olarak gastrit	:	34 % 52,30

Görüldüğü gibi asemptomatik kişilerde histopatolojik olarak yüksek oranda gastrit saptanmıştır. Peptik ülser, bulbitis, prepiloric erozyon tesbit edilen hastaların hepsinde endoskopik ve histopatolojik olarak gastrit bulunmuştur. Endoskopik olarak gastrit tanısı alan fakat histopatolojik incelemede normal görülen tek bir vaka vardır (% 1,53). Midedeki lokalizasyona göre gastritin dağılımı incelendiğinde bazı vakalarda gastritin sadece antruma lokalize kaldığı (Resim 2), bazı-



Resim 1



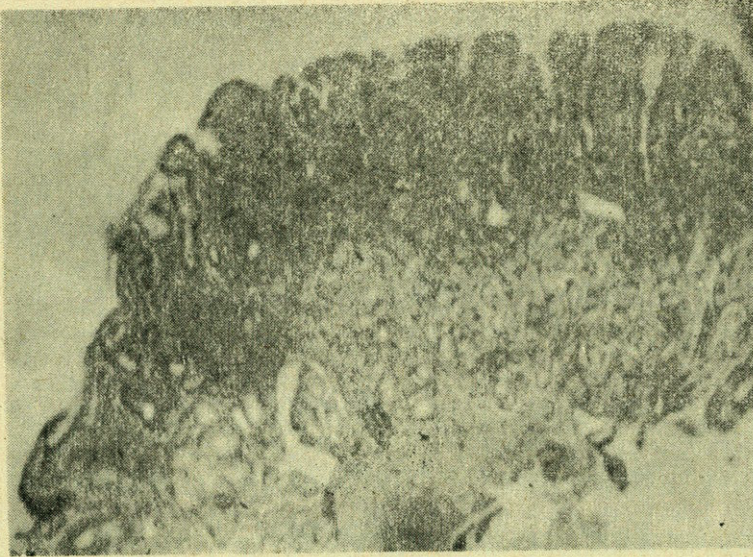
Resim 2

larında tüm mideyi tuttuğu nadiren antrum normal iken yalnızca korpus-fundus bölgesinde gastrit olduğu görülmüştür (Tablo 5).

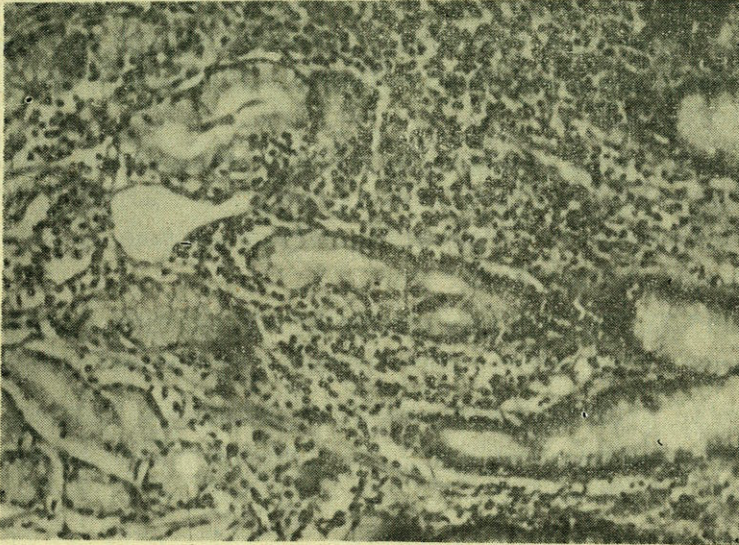
Histopatoloji :

Kronik nonspesifik gastrit dinamik bir hastalıktır. Süperfisyel gastrit olarak başlayıp atrofik gastrite geçiş gösterip, gastrik atrofi ile sonlanabilir. Kronik gastrit çalışmamızda şu şekilde sınıflandırılmıştır : (12,13,15).

1 — Süperfişyel gastrit : Sadece yüzeyel lamina propriyada ilti-
habi hücre infiltrasyonu vardır. Süperfişyel gastrit (SG) sessiz yada
lökosit infiltrasyonunun gastrik pitlerde veya bezler içinde görüldüğü
aktif tipte olabilir (Resim 3,4).



Resim 3



Resim 4

2 — Kronik atrofik gastrit (KAG) : Hafif, orta, ağır olarak derecelendirilen bu gastrit tipinde hafif olanlarda gastrik glandlarda minimal kayıp varken ağır olanlarda geriye sadece 1-2 gland kalmıştır (Resim 5).



Resim 5

3 — İntestinal metaplazi : Daha çok ağır kronik atrofik gastrit ile beraber olmaktadır. Fokal, orta, ağır gibi subgruplara ayrılmaktadır. Fokal tipte metaplazi biyopsi örneğinin 1/3'ünden azdır. Ağır tipte 2/3'ünden çoktur.

Metaplazi ayrıca psödopilorik (korpus glandlarının antrum mukozasını taklit eden görünümü) ya da kolonik (sulfomycin (+)) tipte olabilir. Sulfomycin (+) olanlarda karsinom gelişme ihtimalinin daha çok olduğu söylenmektedir (13).

Yukarıdaki bilgilerin ışığı altında kronik gastritin vakalarımızda lokalizasyon ve derecelerine göre dağılımı şu şekildedir : (Tablo 5).

Tablodan görüldüğü gibi vakaların 48'inde (% 73,87) antrumda kronik gastrit saptanmasına rağmen, midenin korpus-fundus bölgesinde gastrit daha nadirdir (% 51). Vakaların bir kısmında her iki bölgede de gastrit varken 12 vakada (% 18,46) mide histopatolojik olarak tamamen normal bulunmuştur. Yaş ilerledikçe gastrit görül-

me sıklığı artmaktadır (4). Serimizde 55 yaşın üzerindeki 18 kişiden 16'sında (% 88), 35 yaşın altındaki 20 hastanın ise 15'inde (% 75) kronik gastrit saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 5 - Serimizde tesbit edilen kronik gastrit tipleri ve bunların antrum ve korpus-fundus bölgelerine göre dağılımı

	Antrum	Korpus-Fundus
Süperfisyal Gastrit	13 % 20	11 % 17
Kronik Atrofik Gastrit Hafif	15 % 23	13 % 20
Orta	12 % 18,46	2 % 3,07
*Ağır	5 % 7,7	1 % 1,53
Atrofik Gastrit İntestinal		
Metaplazi	3 % 4,6	6 % 9,2
Normal Mide Mukozası	17 % 26,15	32 % 49
TOPLAM	65	65

* 1 hastada displazik değişiklikler, 1 hastada da kronik gastrik atrofi saptanmıştır.

Cinse göre kronik gastrit dağılımına bakıldığında erkeklerin % 84,5'inde gastrit görülürken bu oran kadınlarda % 80'dir ($p > 0,05$). Bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Daha önce belirtildiği gibi endoskopik olarak gastrit 34 kişide (% 52,30) gözlenirken, histopatolojik olarak 53 kişide (% 81,53) gastrit saptanmıştır. Gastritin endoskopik olarak görülemediği 19 vakanın 14'ünde histopatolojik gastrit antrumda ve süperfisyal gastrit şeklindedir.

Üç vakada korpusda hafif ve orta derecede kronik gastrit bulunmuştur. Bir vakada antrumda metaplazi, bir diğerinde de displazi saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6 - Endoskopik olarak gastrit gözlenmediği halde, histopatolojik olarak gastrit saptanan vakaların dökümü

Antrumda süperfisyal gastrit	: 14
Korpusda hafif ve orta derecede kronik atrofik gastrit	: 3
Antrumda metaplazi-orta derecede kronik atrofik gastrit	: 1
Antrumda displazi-ağır kronik atrofik gastrit	: 1
Toplam	: 19

TARTIŞMA

Duodenogastrik reflux (DGR) ve alkalen reflux gastrit (ARG) son yıllarda giderek daha çok araştırılan bir konu haline gelmiştir (1,7, 11,12). Özellikle herhangi bir mide-duodenum ameliyatı geçirmeden de görülebilen "spontan ARG" konunun odak noktasını oluşturmaktadır (6). ARG'in etkili tanı yöntemlerinden biri endoskopik muayenedir (1,6,11). Literatürde az da olsa bizzat endoskopinin DGR'a sebep olduğuna dair görüşler vardır (5,16). Biz asemptomatik 65 kişi üzerinde yaptığımız bu çalışmadan sadece 3 hastada mideye safra reflüsü saptadık (Resim 1). Grubun % 95,38'inde mideye safra reflüsü görmemiş olmamız endoskopinin bizzat kendisinin reflüye sebep olmadığını kanıtlar niteliktedir. Mideye safra reflüsü olan 3 kişiden yalnız birinde gastrit edilmiştir. Böylece asemptomatik kişilerde ARG rastlama olasılığı %1,53 olarak tesbit edilmiştir.

Çalışmamızda iki kişide aktif duodenum ülseri, üç hastada da peptik ülserasyona eğilim bulbitis, erozyon gördük. Toplam olarak grubun % 7,66'sını oluşturan bu kişilerin asemptomatik olması ilginçtir. Operasyon travması gibi bir stress altında kalacak kişilerde bu tip lezyonlar semptomatik hale gelebilir; hatta komplikasyonlara sebep olabilir.

Endoskopik olarak en çok gördüğümüz patoloji gastrittir (%52,30). Gastrit için kabul ettiğimiz kriterler : Mukozada eritem, submukozada damarların görünür hale gelmesi, mukoza kıvrımlarının kaybolması, fokal mukoza kalınlaşması, granüler mukoza yapısı, gastrik alanların görünür hale gelmesidir (14). Histopatolojik olarak grubun %81,53'ünde (53 kişi) kronik gastrit tiplerinden biri ya da bir kaçı saptanmıştır. Buradan 2 sonuç çıkmaktadır. Birincisi asemptomatik olgularımızın %81 gibi büyük bir kısmında gastrit mevcuttur (Yaş ve cinse ait bir fark görmedik). İkincisi endoskopik olarak görülenden daha fazla histopatolojik gastrit saptanmış olmasıdır. Sauerbruch endoskopik olarak 152 hastayı incelediği araştırmasında literatürde uzun zamandır endoskopik ve histopatolojik sonuçların karşılaştırmalarının tartışıldığını belirttikten sonra kronik atrofik gastrit tanısı için en güvenilir bulgunun submukozal damarların görünmesi olduğuna karar vermiştir (14). Sauerbruch'a göre diğer endoskopik bulgular nadiren %50

doğruluk derecesini aşmaktadır. Bu nedenle süperfisyel gastrit çok kere gözden kaçmaktadır. Biz de çalışmamızda gözden kaçan vakaların çoğunun süperfisyel gastrit olduğunu saptadık (Tablo 6). Mac Donald'a göre de endoskopistin gastriti ile histopatolojik gastrit arasındaki ilişki zayıftır (10). Farkedilmeyen displazili ve metaplazili vakalarla birlikte toplam 15 biyopsi örneğinde ağır atrofik değişiklikler ve metaplazi saptanmıştır. Bu hastaların ileride neoplazi gelişme ihtimaline karşı periodik kontrolü gerekir. Bu sonuçlar endoskopi işlemi sırasında rutin olarak antrum ve korpus-fundus bölgesinden ikişer biyopsi örneğinin alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Böylece hem güvenilir gastrit tanısı konmuş olur hem de metaplazi, displazi gibi yakın takip gerektiren lezyonlar tanınmış olur.

Literatürde asemptomatik kişilerde gastrit oranını araştıran kaynak fazla değildir. Ancak son yıllarda *Campylobacter pyloridis* adı verilen mikroorganizmanın kronik gastrit yaptığına dair pek çok inceleme ve yayın vardır (2,3,4,8,9).

Bizim çalışmamızda bulduğumuz % 81,5 oranındaki gastritin *C. pylori* ile ilgili olup olmadığını bilmiyoruz. Spesifik üst gastrointestinal sisteme ait şikayeti olmayan kişilerde yaptığımız bu çalışmada yüksek oranda bulunan kr. gastritin etyolojisi açıklanmaya muhtaçtır. Bu oran toplumumuza ait bir özellik olabileceği gibi yaygın bir *C. pylori* enfeksiyonuna da işaret edebilir.

ÖZET

Üst gastrointestinal sisteme ait spesifik şikayetleri olmayan 65 asemptomatik kişide endoskopik muayene yapıldı ve her vakada antrum ve korpus-fundus bölgesinden ikişer biyopsi alınarak histopatolojik olarak incelendi.

Vakaların üçünde (% 4,61) mideye safra reflüsü görüldü. Bu oran mideye safra reflüsünün nadiren asemptomatik olduğunu göstermektedir. Her üç vakanın da endoskopiye bağlı olduğu düşünülse bile bu oran oldukça düşüktür. Alkalen reflü gastritis (ARG) bir vakada % 1,53 saptandı. Bu oran ARG'in hemen daima semptomlarla birlikte olduğunu ortaya koymaktadır.

Peptik ülser ya da peptik ülserasyona eğilimin bazen semptom vermeyebileceğini gördük (% 9,32). Ameliyatlardan sonra dispeptik şikayetleri başlayan hastalar bu gruptan olabilir. Bu tür hastalarda komplikasyon gelişmesine fırsat bırakmadan deneme tedavisi başlatılmalıdır. Endoskopik olarak en çok gördüğümüz lezyon kronik gastritir (% 52,30). Histopatolojik olarak saptanan gastrit (% 81,5) bazen endoskopik olarak görülememektedir. Özellikle yüzeysel gastritlerin fark edilememesi ihtimali yüksektir. Gastrit tanısı için histopatolojik tanı gereklidir Endoskopi yapılan her vakada görülen lezyonlardan biyopsi alındığı gibi antrum ve korpus-fundus alanlarından da sistematik olarak biyopsi alınmalıdır. Böylece ağır kronik atrofik gastritli vakaların izlenmesi mümkün olur.

SUMMARY

Endoscopic Findings in Asymptomatic Patients

Between November 1987 - April 1988 we performed endoscopies in 65 selected patients who had no upper gastrointestinal symptoms. Biopsies were taken systematically from antrum and corpus-fundus regions from each patient.

The aim of this study is to discuss the lesions we observed endoscopically in asymptomatic patients and compare these endoscopic findings with histopathologically defined lesions. Duodenogastric reflux (DGR) and Alkaline reflux gastritis (ARG), were seen in 4.61 % and 1.53 % of patients respectively. This shows that ARG is rarely asymptomatic.

Asymptomatic bulbitis and active duodenal ulcer were seen in 1.53 % and 3.07 % of patients respectively.

The most frequently observed endoscopic lesion was chronic gastritis (52.3 %). This frequency was further elevated to 81.5 % when systematically taken biopsy specimens were examined histopathologically. These results showed that especially superficial gastritis was frequently overlooked during endoscopy. Histological diagnosis is essential in gastritis. By taking biopsies from antrum and corpus-fundus regions in every case, severe atrophic gastritis can be diagnosed and followed.

LİTERATÜR

1. Cheli R, Giacosa A : Reflux gastritis and dysplasia. *Scand J Gastroenterol* 1984, 19 suppl. 92 : 200-202.
2. Coelho LGV, Das SS, Karim QN : *Campylobacter pyloridis* in the upper gastrointestinal tract; A Brazilian study. *Arq Gastroenterol Sao Paulo*. 1987, 24 1 : 5-9.
3. Coghlan JG, Humphries H, Dooley C et al : *C. pylori* and recurrence in D.U. *Lancet*, 1987, 14 : 1109.
4. Dooley C, Cohen H : The clinical significance of *Campylobacter pylori* *Ann Intern Med*, 1988, 108 : 70-79.
5. Eyre - Brook IA, Holroyd AM, Johnson AG : Is bile reflux at endoscopy a significant finding? *Scand J Gastroenterol*, 1984, 19 suppl. 92 : 203-205.
6. Gowen FG : Spontaneous enterogastric reflux gastritis and esophagitis *Ann Surg* 1985, 201 2 : 170.
7. Hoghton PWJ, Mortensen MJ McC, Williamson RCN : Effect of duodenogastric mucosal proliferation after gastric surgery. *Br. J. Surg.* 1987, 74 : 288-291.
8. Hui WM, Lam SK, Chav PY, Ho J : Persistence of *Campylobacter pyloridis* despite healing of duodenal ulcer and improvement of accompanying duodenitis and gastritis. *Diseases and Sciences* 1987, 22 : 1255-1260.
9. Karttunen T, Niemela S, Lehtola J : *Campylobacter*-like organisms and gastritis : Histopathology, bile reflux and gastric fluid composition. *Scand J Gastroenterol*, 1987, 22 : 478-486.
10. Mac Donald WC, Rubin CE : Gastric biopsy-A critical evaluation. *Gastroenterology* 1967, 1 : 143.
11. Niemela Seppo : Duodenogastric reflux. *Scand J Gastroenterol* 1985 suppl. 115 : 1-56.
12. Ritchie WP : Progress reports. Alkaline reflux gastritis : a critical reappraisal. *Gut*, 1984, 25 : 975-987.
13. Rothery GA, Day DW : Intestinal metaplasia in endoscopic biopsy specimens of gastric mucosa. *J Clin Pathol* 1985, 38 : 613-621.

14. Sauerbruch T, Schreiber MA, Schüssler P : Endoscopy in the diagnosis of gastritis diagnostic value of endoscopic criteria in relation to histological diagnosis. *Endoscopy*, 1984, 16 : 101-104.
15. Whitehead R, Trueloue SC, Gear MWL : The histological diagnosis of chronic gastritis in fiberoptic gastroscope biopsy specimens *J Clin Path*, 1972, 25 : 1-11.
16. Woverson RL, Sorgi M, Mosimann F : Does Gastric entubation cause entero-gastric reflux. *Scand J Gastroenterol*, 1984, 19 suppl. 92 : 41-43.