

Proksimal özofagusta inlet patch

Inlet patch in proximal esophagus

Velat Aytekin¹, Osman Yüksekayla², Ahmet Uyanıkoğlu²

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

²Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Gönderim Tarihi: 10 Ekim 2024, Kabul Tarihi: 25 Aralık 2024

İletişim: Velat Aytekin

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

e-mail: velataytekin@gmail.com

ORCID ID: VA : [0009-0003-8497-977X](https://orcid.org/0009-0003-8497-977X)

OY : [0000-0003-0672-8839](https://orcid.org/0000-0003-0672-8839)

AU : [0000-0003-4881-5244](https://orcid.org/0000-0003-4881-5244)

ÖZET

İnlet Patch (IP), heterotropik gastrik mukozanın konjenital olarak servikal özofagusta görülmesidir. IP, özofagogastroduodenoskopi sırasında tesadüfen tespit edilmekle birlikte sıklıkla disfaji, odinofaji, kalıcı globus hissi, midede yanma, şişkinlik, gaz ve bazen ağza acı, ekşi su gelmesi semptomları ile prezente olabilir. Bu yazıda nadir görülen servikal inlet patch olgusu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İnlet patch, özofagus, gastroskopi

SUMMARY

Inlet patch (IP) is the congenital occurrence of heterotrophic gastric mucosa in the cervical esophagus. IP is detected incidentally during esophagogastroduodenoscopy, but is more common in patients with symptoms of dysphagia, odynophagia, persistent globus sensation, heartburn, bloating, gas, and sometimes bitter, sour water coming to the mouth. In this article, a rare cervical inlet patch case is presented with literature.

Keywords: Inlet patch, esophagus, gastroscopy

GİRİŞ

Heterotopik gastrik mukoza (HGM), Schmit tarafından 1805 yılında üst özofagusta gastrik mukozanın yer alması olarak tanımlanmıştır (1). İnlet patch (IP) olarak bilinen lezyon özofagusun postkrikoid kısmında proksimal özofagusta tanımlanmasına rağmen nadiren orta ve distal özofagusta da görülebilen konjenital HGM adasıdır (1,2). IP, özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) sırasında tesadüfen tespit edilmekle birlikte semptomları olan hastalarda daha sık görülmektedir (3, 4). IP farkındalık olması durumunda bildirildiğinin aksine %1 ile %13 gibi yüksek bir insidansa sahiptir (3,4). Makroskopik olarak genellikle somon rengi kadifemsi görünümde olup boyutları 2-3 mm'den 5 cm'ye kadar değişebilmektedir (1,2). Sıklıkla asemptomatik olan IP; özofajit, ülser, web,striktür ve yutma zorluğu gibi semptomlara neden olabilen konjenital bir lezyon olarak kabul edilir (2,5). IP nadiren de olsa malignite ile ilişkili bulunmuştur (6). Tanısı ÖGD ve patolojik inceleme ile konulabilmektedir (7). Bu yazıda uzun süredir epigastrik ağrı ve yanma şikâyeti olan hastada tespit edilen servikal inlet patch olgusu literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU

Otuz dört yaşında erkek hasta 6-7 yıldır midede ağrı, yanma, şişkinlik, gaz ve bazen ağza acı, ekşi su gelmesi şikâyetleri ile gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. 3 yıl önce yapılan ÖGD sonrası gastrit ve helicobacter pylori (h.pylori) saptanarak h. pylori eradikasyon tedavisi verilmiş. Tedaviyi düzenli kullanmayan ve takipsiz kalan hastanın son zamanlarda şikâyetlerinin artması nedeniyle ÖGD yapıldı, proksimal özofagusta yaklaşık 1 cm'lik somon renginde, normal mukozadan belirgin ayrılabilen iki parça halinde IP (Şekil 1). Orta ve distal özofagus mukoza ve lümeni doğaldı. Mide fundus doğal, korpus ve antrum mukozası hiperemik, ödemli ve yüzeyel erozyonlar görüldü. Duodenum 1. ve 2. kıta normaldi. Antrumdan biyopsi alınarak ÖGD sonlandırıldı. Mide antrumundan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde kronik inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve düşük derecede pozitif helicobacter pylori saptandı. Hastaya ikinci basamak eradikasyon tedavisi (proton pompa inhibitörü + bizmopen + tetrasiklin + metronidazol) 2 hafta ve diyet verildi. Tedavi sonrası hastanın şikâyetlerinde belirgin azalma oldu. Hastaya poliklinik kontrolü önerilerek hasta takibe alındı.

TARTIŞMA

Sıklıkla asemptomatik olan IP, özofajit, ülser, web, striktür ve yutma zorluğu gibi semptomlara neden olabilen konjenital bir lezyon olarak kabul edilir disfaji, odinofaji, ağrı, kalıcı globus hissi gibi şikâyetleri olan hastalarda nadir görülen, unutulmaması gereken bir patolojidir (2,5). Bizim hastamızda da müracaatında midede ağrı, yanma, şişkinlik, gaz ve bazen ağza acı, ekşi su gelmesi şikâyetleri mevcuttu. Bu şikâyetlerin eroziv gastrite bağlı olabileceği gibi IP'e bağlı da olabileceği düşünüldü.



Şekil 1: proksimal özofagusta inlet patch

Inlet Patch gastrointestinal sistemin her bölgesinde tespit edilebilmekle birlikte, üst özofagusun distal kısmında bulunduğu servikal Inlet Patch olarak adlandırılır (8). Inlet Patch'in bazı çalışmalarda öne sürüldüğü kadar nadir olmayabileceği belirtilmektedir; bu durum, hem uzman deneyimi ve dikkati hem de optik kromoendoskopi kullanımına bağlı olarak tanı konulan vaka sayısındaki belirgin artış ile ilişkilendirilmektedir(9,10). 2007'de Lübnan'da iki grupta yapılan bir çalışmada ilk grup tek uzman ve ilk uzman endoskop geri çekildiğinde proksimal özofagusu iyice inceleyerek IP'i tespit etmeye özel dikkat gösterdi; ikinci grupta ise 3 farklı uzman'ın yaptığı ÖGD'ler retrospektif olarak incelendiği çalışmada birinci grupta 455 hastanın 12'sinde IP saptanırken ikinci grupta ise 472 hastanın sadece 2'sinde IP saptanmış (11). Yine ÖGD ile yapılan başka bir çalışmada prospektif ilk grup 791 hasta ve ikinci grup 687 hastadan oluşmuş. İlk grup Inlet Patch varlığının farkında olan ve Inlet Patch prevalansını değerlendirmeyi amaçlayan endoskopist, ikinci grup IP varlığının farkında olan ve IP olan tüm hastaları sevk etmesi istenen ancak IP prevalansını değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmanın varlığından haberi olmayan başka bir endoskopist tarafından muayene edilmiş. Prospektif olarak değerlendirilen hastaların %0,29'unda (endoskopist farkında değil) ve %2,27'sinde (endoskopist farkında) giriş yaması varlığı bulunmuştur (12). Bizim hastamızda da IP servikal özofagus yerleşimli idi. Dikkatli bir değerlendirme, özellikle geriye doğru çıkışta yeterli yavaşlıkta çıkılmazsa kolayca gözden kaçabileceği akılda tutulmalıdır.

Sonuç olarak IP sık görülmediğinden gözden kaçabilir, endoskopik inceleme esnasında özellikle proksimal özofagus dikkatli incelenmelidir. Hastamızda olduğu gibi semptomlar IP ilişkili olabilir, tanının konulmasında farkındalık esastır.

Yazar Katkıları: Çalışma Konsepti/Tasarımı: VA, Veri Toplama: VA, Veri Analizi /Yorumlama: VA, OY, AU, Yazı Taslağı: VA, OY, İçeriğin Eleştirel İncelemesi: OY, AU, Son Onay ve Sorumluluk: AU, Malzeme ve Teknik Destek: VA, Süpervizyon: VA, OY, AU

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar:

- 1.Uyanikoglu A. Olgü sunumu: Servikal özofagusta dev inlet patch. Endoscopy Journal. 2011; 2011:75-76.
- 2.Patel A, Ajumobi AB. Esophageal Stricture: An Uncommon Complication of Cervical Inlet Patch. J Investig Med High Impact Case Rep. 2023;11: 23247096231201024.
- 3.Chong VH. Cervical inlet patch: an important cause of Globus pharyngeus. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018;275(12):3101-3102.
- 4.Chong VH. Clinical significance of heterotopic gastric mucosal patch of the proximal esophagus. World J Gastroenterol. 2013;19(3):331-338.
- 5.Fernandez-Garcia A, Saez Alvarez S, Gonzalez-Lamuno Sanchis C, Iglesias Blazquez C, Rodriguez Ruiz M, Arredondo Montero J. Esophageal inlet patch in a 7-year-old girl with subacute dysphagia. Pediatr Neonatol. 2024. Epub 20240802.
- 6.Okamoto K, Yamaguchi T, Asakawa T, Kaida D, Miyata T, Hayashi T, et al. Multidisciplinary treatment of advanced cervical esophageal adenocarcinoma derived from a gastric inlet patch: A case report. Oncol Lett. 2024;27(3):120.
- 7.Mungan Z, Attila T. Dysphagia Caused by Helicobacter pylori-Associated Inlet Patch Ulcer. ACG Case Rep J. 2020;7(6):e00405. Epub 20200615.
- 8.Phrathep DD, Anthony S, Healey KD, Ward I, Herman M. Symptoms of Chronic Dysphagia Secondary to Multiple Cervical Inlet Patches and Esophageal Stricture. Cureus. 2023;15(1):e33459. Epub 20230106.
- 9.Ciocalteu A, Popa P, Ionescu M, Gheonea DI. Issues and controversies in esophageal inlet patch. World J Gastroenterol. 2019;25(30):4061-4073.
- 10.Akbayir N, Alkim C, Erdem L, Sokmen HM, Sungun A, Basak T, et al. Heterotopic gastric mucosa in the cervical esophagus (inlet patch): endoscopic prevalence, histological and clinical characteristics. J Gastroenterol Hepatol. 2004;19(8):891-896.
- 11.Azar C, Jamali F, Tamim H, Abdul-Baki H, Soweid A. Prevalence of endoscopically identified heterotopic gastric mucosa in the proximal esophagus: endoscopist dependent? J Clin Gastroenterol. 2007;41(5):468-471.
- 12.Maconi G, Pace F, Vago L, Carsana L, Bargiggia S, Bianchi Porro G. Prevalence and clinical features of heterotopic gastric mucosa in the upper oesophagus (inlet patch). Eur J Gastroenterol Hepatol. 2000;12(7):745-749.