
Tekrarlayan Aspirasyon Pnömonisi ve “Barrett” Özefagusu: Olgu Sunumu

İsmail YÜKSEKOL*, Yücel TAŞAN*, Metin ÖZKAN*, Arzu BALKAN*, Mesut BIÇAK*, Necmettin DEMİRCİ*

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Gastroözefageal reflü (GÖR); çocuk ve erişkin popülasyonda sık görülen, gastrik içeriğin aspirasyonuna bağlı olarak akciğer komplikasyonlarına neden olabilen bir durumdur. En sık görülen akciğer komplikasyonları; astım, kronik bronşit ya da kronik öksürük, tekrarlayan pnömoni, pulmoner fibrozis ve çocuklarda gastrik içeriğin ani ve büyük miktarlarda regürjitasyonuna bağlı apnelerdir. Tekrarlayan aspirasyon pnömonileri, gastrik içeriğin ya da üst gastrointestinal sistemdeki bakterilerin aspirasyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Özefagus skuamöz epitelinin kolumnar epitele dönüşmesi ile karakterize bir tablo olan “Barrett” özefagusu, GÖR'nin histolojik bir sonucudur. Olgumuz; solunumsal yakınmalar ve yutma güçlüğü tanımlayan, ancak GÖR semptomları olmayan, tekrarlayan aspirasyon pnömonisi ve “Barrett” özefagusu olgusudur. Burada olduğu gibi, GÖR'nin tipik semptomları olmayan ve bu nedenle reflü tedavisi uygulanmayan olgularda, solunumsal hastalık başarıyla tedavi edilememektedir.

Anahtar Kelimeler: Gastroözefageal reflü, aspirasyon pnömonisi.

SUMMARY

Recurrent Aspiration Pneumonia and Barrett's Esophagus: A Case Report

Gastroesophageal reflux is a condition that causes lung complications by gastric content aspiration in both adults and children. The most common complications are asthma, chronic bronchitis or chronic cough, recurrent pneumonia, pulmonary fibrosis and in children apnea as a result of regurgitation of large amount of gastric content suddenly. The reason of recurrent aspiration pneumonia is the aspiration of gastric content or microorganisms in upper gastrointestinal system. Barrett's esophagus characterized by the conversion of the epithelium of esophagus from squamous to columnar is a histological consequence of gastroesophageal reflux. We are presenting a case of Barrett's esophagus and recurrent pneumonia who had respiratory symptoms and difficulty in swallowing but no symptoms of gastroesophageal reflux. As it has been shown in our case it is difficult to cure the respiratory disease caused by nontreated asymptomatic gastroesophageal reflux.

Key Words: Gastroesophageal reflux, aspiration pneumonia.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

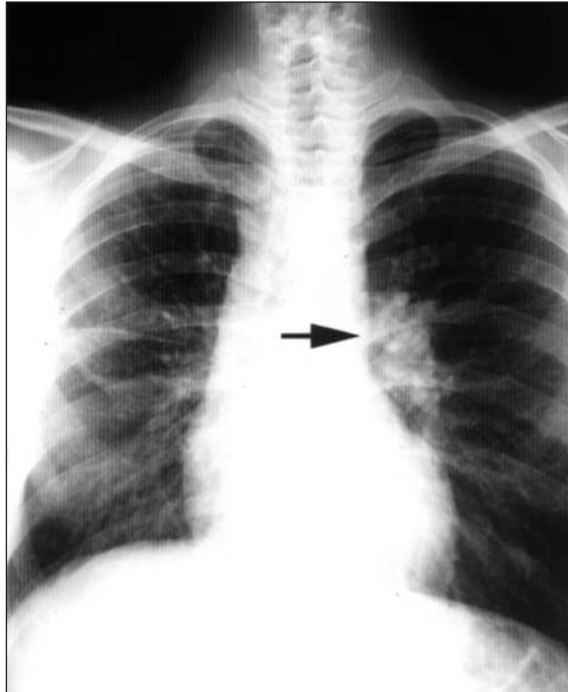
Dr. İsmail YÜKSEKOL, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
06018, Etlik, ANKARA - TÜRKİYE
e-mail: iyuksekol@gata.edu.tr

OLGU SUNUMU

Yirmibir yaşında erkek hasta, nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma yakınmalarıyla yatırıldı. Bu yakınmalarının çocukluğundan bu yana zaman zaman yinelediğini, son iki yıldır sıklığının çok arttığını belirtiyordu.

Akciğer fizik muayenesinde sağ hemitoraks tabanında solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar incelemesinde; lökositoz (13700/mL), eritrosit sedimentasyon hızı artışı (23 mm/saat) saptandı. Rutin biyokimyasal incelemeler normaldi. ANA, anti-dsDNA, p-ANCA, c-ANCA negatif, komplemanlar, protein elektroforezi, immünglobulin elektroforezi, periferik yayma ise normaldi. Gaitada parazit yumurtası görülmedi. Solunum fonksiyon testi ve CO difüzyonu normaldi.

Akciğer grafilerinde; sol hilusun dolgun, sağ akciğer alt zonda retiküler bir infiltrasyon ve fissürde belirginleşme olduğu görülüyordu (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde; mediastende, paratrakeal lokalizasyonda, karinal ve subkarinal düzeylerde patolojik boyutlarda lenf nodları izlendi. Sağ akciğerde, orta lob lateral segment düzeyinde belirginleşen retikülönödule infiltrasyon vardı (Resim 2). Fiberoptik bronkoskopi; ana karinanın künt ve ödemli, sol sistem



Resim 1. Olgunun PA akciğer grafisi.



Resim 2. Olgunun bilgisayarlı tomografik incelemesi.

mukozasının ödemli olduğu, sağda orta lob ağzının dıştan bası ile ileri derecede daraldığı görüldü. Tanımlanan alanlardan alınan biyopsilerin patolojik incelemesi kronik bronşit olarak raporlandı. Bronş lavajı ARB yayma ve kültürleri negatifti. Bu dönemde uygulanan empirik tedavi (sefuroksim + klaritromisin) ile klinik düzelmeye sağlandı. Kontrol grafi ve BT'lerinde, parankim infiltrasyonlarının kaybolduğu görüldü.

Yatışı sırasında hastanın yutma güçlüğü tanımlanması ve toraks BT'sinde görülen minimal özefagus genişlemesi nedeniyle çekilen özefagus pasaj radyogramında; özefagus orta bölümünde konsantrik daralma izlendi. İlaç proksimalde göllenmekte ve pasaj darlığı nedeniyle yavaşlamaktaydı (Resim 3). Özefagoskopide; dış hizasından itibaren 32. cm'de özefagus lümen çapının 3-4 mm genişliğe kadar daraldığı izlendi. Darlık geçilemedi. Darlık proksimalinden alınan biyopsilerin patolojik incelemesi, normal görünümlü özefagus çok katlı yassı epitel olarak raporlandı. Bu bulgularla, özefagus darlığının mediastinal lenfadenopatilerin basısına bağlı olduğu düşünüldü.

Hastaya, göğüs cerrahisi kliniğince mediastinoskopi ve median sternotomi uygulandı. Mediastende tanımlanan lenf nodları rezeke edildi. Patolojik inceleme; hafif derecede mononükleer hücre infiltrasyonu izlenen kalsifiye fibrotik dokular olarak raporlandı.

Postoperatif dönemde pnömoni gelişen hasta, yeniden kliniğimizde takibe alındı. Bu dönemde yapılan toraks BT'sinde; her iki akciğer parankim

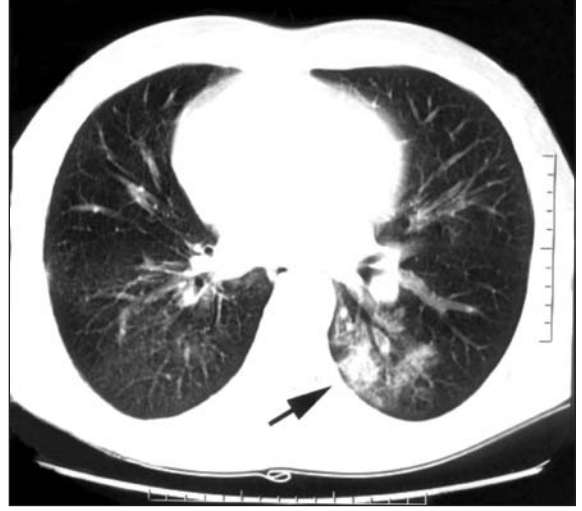


Resim 3. Özefagus pasaj radyogramı.

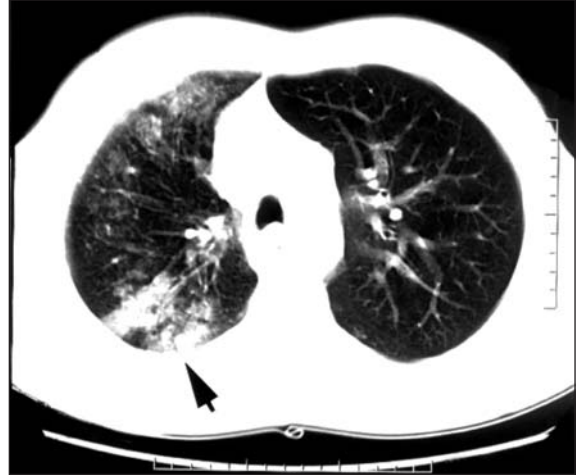
alanlarında dağınık, yama tarzında, buzlu cam şeklinde infiltrasyon alanları dikkati çekmekteydi. Özefagus 1/3 orta kesiminde özefagus lümeninin dilate olduğu ve içerisinde hava-sıvı seviyenin olduğu izlendi (Resim 4a,4b). Yinelenen özefagus pasaj radyogramında, özefagustaki darlamanın belirgin olarak arttığı görüldü. Bu dönemde uygulanan özefagoskopide, darlık alanından alınan biyopsilerin incelemesinde; mikroskopik odaklar halinde korporeal mukoza gözlendiği ve olgunun "Barrett" özefagusu yönünden değerlendirilmesi gerektiği belirtildi.

Planlanan bu tetkikler nedeniyle yatışı süren hastada bir kez daha solunumsal yakınmaları oluşması üzerine çekilen akciğer grafisi ve tomografilerde yaygın, değişik lokalizasyonlarda infiltrasyonlar geliştiği görüldü. Her iki atakta da uygulanan tedavilerle klinik ve radyolojik düzelmeye sağlandı.

Tüm bu bulgular ışığında, olgunun; gastroözofageal reflü (GÖR) nedeniyle oluşan tekrarlayan



Resim 4a. Olgunun kontrol tomografik incelemesi.



Resim 4b. Olgunun kontrol tomografik incelemesi.

aspirasyon pnömonisi ve "Barrett" özefagusu olduğu kanısına varıldı.

TARTIŞMA

Olgumuzda, reflünün tipik yakınmaları bulunmamasına karşın, GÖR'nin bir komplikasyonu olduğu bilinen "Barrett" özefagusu varlığının saptanmasıyla, tekrarlayan aspirasyon pnömonileri tanısına gidilmiştir.

GÖR ile akciğer hastalıkları arasındaki ilişki ilk kez 1887 yılında tanımlanmıştır. Akciğer hastalığı semptomları olan hastaların %50'den fazlasında GÖR vardır. Ancak bu durum, aralarında doğrudan nedensel bir ilişki olduğunu göstermez. GÖR'nin en yaygın pulmoner komplikas-

yonları; astım, kronik bronşit ya da kronik öksürük, tekrarlayan pnömoni ve çocuklarda gastrik içeriğin ani ve büyük miktarda regürjitasyonuna bağlı apnelerdir. Tekrarlayan aspirasyon pnömonileri GÖR'nin sık komplikasyonları arasındadır. Etki mekanizması, gastrik içeriğin ya da üst gastrointestinal sistemdeki bakterilerin aspirasyonuna dayanır. Yoğun bakım ünitelerinde, ventilatöre bağlı hastalarda nozokomiyal pnömonilerin önemli bir nedenidir. GÖR'li hastalarda tipik olarak farklı lobları tutabilen, tekrarlayan pnömoni atakları görülür (1-3).

Olgumuzda, literatürde bildirilen az sayıda olguda olduğu gibi, GÖR semptomları yoktu (4). Son dönemde, özefagus darlığına bağlı yutma güçlüğü ortaya çıkmıştı. Reflü semptomlarının olmayışı, ilk özefagoskopide alınan biyopsilerin normal özefagus epiteli olarak raporlanması, mediastinal konglomerat oluşturan LAP'ların ve akciğerde difüz retikülonodüler bir infiltrasyonun varlığı, mediastinal LAP ve interstisyel tutulumla seyreden hastalık tablolarının (kronik eozinofilik pnömoni, sarkoidozis, lenfoproliferatif hastalıklar, tüberküloz, pnömokonyozlar, mantar ve parazit hastalıkları vb.) olabileceğini düşündürüyordu. Ancak olguda izlem süresi boyunca üç kez pnömoni gelişmesi, oluşan infiltrasyonların farklı radyolojik lokalizasyon ve görünümünde olması, olgunun tekrarlayan aspirasyon pnömonileri olabileceğini, ilk özefagus pasaj grafileri ve özefagoskopide gözlenen darlıkların GÖR'ye sekonder olabileceği varsayımıyla, ikinci kez özefagoskopi uygulandı. Özefagustaki darlık alanından biyopsilerde kolumnar epitel varlığının gösterilmesiyle, "Barrett" özefagusu tanısı konuldu.

Olgumuzda solunumsal yakınmaların çocukluk dönemlerinden itibaren sürüyor olması, GÖR'nin, popülasyonda sıklıkla görüldüğü gibi, erken çocukluk dönemlerinde başladığını düşündürüyordu. Çocukluktan itibaren süren reflü, hastada kronik öksürüğe, sık tekrarlayan aspirasyon pnömonilerine ve muhtemelen pulmoner fibrotik değişikliklere neden olmaktadır.

"Barrett" özefagusunda, kronik GÖR'ye bağlı olarak özefagus, 1/3 alt kısmının yassı epiteli kolumnar epitel ile yer değiştirmiştir. Kolumnar metaplazi semptom oluşturmaz. Semptomlar GÖR'ye bağlıdır. Olgumuzda olduğu gibi, ileri derecede darlık oluşan olgularda yutma güçlüğü gelişebilir. "Barrett" özefagusunun klinik önemi; şiddetli reflü olması ve kolumnar metaplazide

özefagus adenokanser riskinin artmasından kaynaklanır. "Barrett" özefagusunda adenokanser insidansının 50-100 kat arttığı bildirilmektedir (5,6). "Barrett" özefaguslu hastaların %25'inde, olgumuzda olduğu gibi, reflü semptomları yoktur. Kesin tanı özefagusun endoskopik incelemeleriyle konulur. Hastaların yaklaşık %20'sinde tanı ikinci endoskopi ile konulabilmektedir (7). "Barrett" özefagusu, özefagustaki intestinal metaplazinin özefagogastrik bileşkeye uzaklığına göre kısa ya da uzun segment olarak sınıflandırılır. Uzun segment "Barrett" özefagusunda displazi ve adenokanser riski belirgin olarak daha fazladır (8). Olgumuzda radyolojik ve özefagoskopik bulgular uzun segment "Barrett" özefagusunu desteklemektedir. Tedavisi, GÖR'nin, yüksek doz proton pompa inhibitörleriyle kontrol altına alınmasına dayanır. İlaç tedavisiyle yeterli yanıt alınamayan olgularda cerrahi yöntemler uygulanabilir (4,5).

Olgumuzda, özefagus darlığına yönelik olarak buji dilatasyonu uygulandı. Yüksek doz uzun süreli (altı ay) proton pompa inhibitörü tedavisiyle, altı aylık kontrollere gelmek üzere taburcu edildi. Kontrollerde özefagoskopi yapılması, şüpheli alanlardan biyopsiler alınması öngörüldü. Ayaktan yapılan kısa aralıklı kontrollerde, solunumsal yakınma ya da bulgu gözlenmedi.

KAYNAKLAR

1. Young MA, Reynolds JC. Respiratory complications of gastrointestinal diseases. *Gastroenterology Clinics* 1998; 27: 721-46.
2. Chen PH, Chang MH, Hsu SC. Gastroesophageal reflux in children with chronic recurrent bronchopulmonary infection. *J Pediatr* 1991; 13: 16-22.
3. Deschner WK, Benjamin SB. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastr* 1989; 84: 1-5.
4. Cameron AJ. Management of Barrett's esophagus. *Mayo Clin Proc* 1998; 73: 457-61.
5. Peters FTM, Ganesh S, Kuipers EJ, et al. Endoscopic regression of Barrett's esophagus during omeprazole treatment; a randomized double-blind study. *Gut* 1999; 45: 489-94.
6. MacDonald CE, Wicks AC, Playford RJ. Final results from 10 years cohort of patients undergoing surveillance for Barrett's esophagus: Observational study. *BMJ* 2000; 321: 1252-5.
7. Spechler SJ. Clinical manifestations and diagnosis of Barrett's esophagus. *UpToDate* 2000; 8(2).
8. Morales TG, Sampliner RE. Barrett's esophagus update on screening, surveillance and treatment. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1411-6.