

# ÜST GİS ENDOSKOPİSİNDE BİYOPSİ SONUCUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMI

Yiğit SOYTAŞ<sup>1</sup>

## 7. BÖLÜM

### ÖZET

Patoloji raporlarında genellikle klinik ön tanı, makroskopik bulgular ve mikroskopik bulgular, tanı ve immünohistokimyasal inceleme bilgileri olmak üzere bölümler bulunmaktadır.

Klinik ön tanı bölümü endoskopistin yapmış olduğu Üst Gastrointestinal Sistem (GİS) endoskopisi sonucunda hazırladığı resimli rapordaki bilgileri içerir. Makroskopik bulgular kısmında ise kaç yerden biyopsi alındığı, bu biyopsilerin sayıları, boyutları, renkleri gibi dış özellikleri yer alır. Tanı benign ise mikroskopik bulgular kısmında varsa inflamasyon, aktivasyon, Helicobacter pylori vb enfeksiyonlar, intestinal metaplazi, atrofi varlığı/yokluğu belirtilirken; tanı malign ise adekarsinom, lenfoma ya da nöroendokrin tümör gibi tanımlarla birlikte bunların alt tipleri ve mikroskopik özellikleri belirtilir.

Tanı kısmında ise Gastrit, Helicobacter Pylori ya da diğer enfeksiyonlar, Peptik Ülser, Hipertrofik gastropati (Menetrier Hastalığı), Mide Adenokarsinomu, Lenfoma, Mide Nöroendokrin Tümörü gibi kitabın diğer bölümlerinde detaylıca anlatılan sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle kitabın bu bölümünde intestinal metaplazi ve displazi hakkında bilgi verilecektir.

### ÜST GİS ENDOSKOPİSİNDE BİYOPSİ SONUCUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMI

Üst GİS endoskopisinde biyopsi sonucunun doğru değerlendirilmesi öncelikle iyi hazırlanmış bir endoskopi raporu ve patolog-endoskopist arasındaki iletişimle mümkündür. Endoskopinin hangi endikasyonla yapıldığı, endoskopideki bulgular, işlem sırasında çekilen resimler birlikte değerlendirilmelidir. Nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ), proton pompa inhibitörleri, antiasitler gibi ilaçlar anamnezde sorgulanmalı, kullanım öyküsü varsa bunlar da

raporda yer almalıdır. Patolog raporu hazırlarken bunlardan haberdar olmazsa bulgular yanlış yorumlanabilir.

İyi bir değerlendirme için ikinci önemli olan şey biyopsinin alınış şeklidir. Mide kanserlerinin erken evrede yakalanmasının ve prekanseröz lezyonların saptanarak tedavi edilmesinin sağ kalıma olan olumlu katkısı endoskopik taramaları arttırmıştır. Çoğu zaman makroskopik belirti vermeyen bu prekanseröz lezyonları tespit edebilmek için gastrik haritalama ile rastgele biyopsi alınması önerilmektedir. Korpus küçük kurvatur tarafı ve büyük kurvatur tarafı, antrum

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Yiğit SOYTAŞ, Malkara Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, yigitsoytas@hotmail.com

değildir. Bu nedenle displaziler adenomatöz, hiperplastik ve tubuler boyun displazisi olmak üzere üçe ayrılır. Adenomatöz displaziler iyi diferansiye intestinal tip karsinomlar için prekanseröz zemin oluşturur. Hiperplastik displaziler ise eksik intestinal metaplazi zemininden çıkar ve az diferansiye intestinal tip adenokarsinom için prekanseröz zemin oluşturur. Tubuler boyun displazileri ise diffüz infiltratif karsinomlar için prekanseröz zemin olarak kabul edilir. (31)

## EPİDEMIYOLOJİ

Mide kanseri için risk faktörü olan ailede mide kanseri varlığı, sigara, H. Pylori enfeksiyonu ve etnik köken gibi etkenler aynı zamanda displazi için de risk faktörü olarak kabul edilir.(32) Japonya, Çin gibi mide adenokarsinomu insidansının yüksek olduğu bölgelerde prevalans %10-20 arasında değişmektedir. Batılı ülkelerde displazi prevalansı ise %0,5 ile %4 arasındadır. (31)

## KANSER RİSKİ

Hem düşük dereceli displazi hem de yüksek dereceli displazi karsinoma ilerleme potansiyeli taşır. Displazinin derecesi ilerledikçe bu risk artmaktadır. Düşük dereceli displazinin büyük oranda gerilediği ancak devam eden olgularda %10'a varan malign transformasyon riski taşıdığı gösterilmiştir. Yüksek dereceli displazide ise bu risk %70 olarak saptanmıştır. (32,33)

## TANI VE TEDAVİ

Displaziler genellikle endoskopik tarama sonrası tesadüfen saptanır. Düşük dereceli displazi saptandığında büyük oranda gerileme olması nedeniyle takip önerilmektedir. Ancak düşük dereceli displazi saptanan hastalarda forseps biyopsi ile yeniden biyopsi alındığında tanının yüksek dereceli displazi gelebilmesi düşük dereceli displazisinin takibi için bir endişe yaratmaktadır. Bir meta-analizde forseps biyopsi ile düşük dereceli displazi tanısı almış hastalara endoskopik rezeksiyon yapıldığında yüzde

25'inde yüksek dereceli displazi ya da mide karsinomu saptanması forseps biyopsinin de yeterli olmayabileceğini düşündürmüştür. (32,34) Bu nedenle 6 aylık aralarla iki kez endoskopi yapılması ve alınan çok sayıda biyopsi sonucunda ilerleme saptanmazsa ilerleme olmadığı kabul edilir ve takip önerilir. (35) Başka bir çalışmada depresif morfoloji, yüzey eritemi ve 1 santimetreden büyük olgulara endoskopik rezeksiyon önerilirken; bu bulgular yoksa endoskopik takip önerilmektedir. (36) Literatürde farklı takip önerileri olsa da düşük riskli displazide, düşük malign dönüşüm riski nedeniyle endoskopik olarak tanımlanmış bir lezyon yoksa çoklu biyopsi sonrası yıllık endoskopik takip en uygun seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğer endoskopik olarak bir lezyon tanımlanmışsa endoskopik rezeksiyon ya da cerrahi lokal eksizyon önerilmektedir. (37)

Yüksek dereceli displazi içinse Batı'daki ve Doğu'daki uygulamalar farklılık gösterebilse de klavuzlar tarafından endoskopik rezeksiyon ya da cerrahi lokal eksizyon önerilmiştir. (38)

Mide displazisi saptanan hastalarda senkron adenokarsinom rastlanma sıklığı %30 gibi bir oran ile azımsanamayacak düzeydedir. (32) Bu nedenle displazi saptanan hastalarda endoskopi tekrarı ve çoklu biyopsinin ne kadar önemli olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

H. Pylori eradikasyonunun intestinal metaplazi ya da displaziyi geri döndürmediği bilinmektedir. Buna rağmen eradikasyon tedavisi, displazinin endoskopik / cerrahi rezeksiyonu sonrası metakron lezyonların oluşmasını önleyebileceği düşünüldüğünden klavuzlar tarafından eradikasyon tedavisi önerilmektedir. (21)

## KAYNAKLAR

1. J. Guarner *et al.*, "Diagnostic yield of gastric biopsy specimens when screening for preneoplastic lesions," *Hum. Pathol.*, vol. 34, no. 1, pp. 28-31, Jan. 2003, doi: 10.1053/hupa.2003.3.
2. N. K. Eriksson, M. A. Färkkilä, M. E. Voutilainen, and P. E. T. Arkkila, "The clinical value of taking routine biopsies from the incisura angularis during gastroscopy,"

- Endoscopy*, vol. 37, no. 6, pp. 532–536, Jun. 2005, doi: 10.1055/s-2005-861311.
3. M. F. Dixon *et al.*, "Classification and grading of Gastritis: The updated Sydney system," *Am. J. Surg. Pathol.*, vol. 20, no. 10, pp. 1161–1181, Oct. 1996, doi: 10.1097/00000478-199610000-00001.
  4. D. Y. Graham, J. T. Schwartz, G. D. Cain, and F. Gyorkey, "Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma," *Gastroenterology*, 1982, doi: 10.1016/0016-5085(82)90009-9.
  5. D. A. Owen, "Gastritis and carditis," *Modern Pathology*, vol. 16, no. 4, Mod Pathol, pp. 325–341, Apr. 01, 2003, doi: 10.1097/01.MP.0000062995.72390.14.
  6. P. Correa, "Human Gastric Carcinogenesis: A Multistep and Multifactorial Process- First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention," *Cancer Res.*, 1992.
  7. P. Correa and M. B. Piazuelo, "The gastric precancerous cascade," *J. Dig. Dis.*, 2012, doi: 10.1111/j.1751-2980.2011.00550.x.
  8. D. A. Antonioli, "Gastric carcinoma and its precursors," *Monographs in pathology*. 1990.
  9. M. Carabotti, E. Lahner, G. Esposito, M. C. Sacchi, C. Severi, and B. Annibale, "Upper gastrointestinal symptoms in autoimmune gastritis A cross-sectional study," *Med. (United States)*, 2017, doi: 10.1097/MD.00000000000005784.
  10. M. I. Filipe *et al.*, "Intestinal metaplasia types and the risk of gastric cancer: A cohort study in Slovenia," *Int. J. Cancer*, vol. 57, no. 3, pp. 324–329, 1994, doi: 10.1002/ijc.2910570306.
  11. H. Yue, L. Shan, and L. Bin, "The significance of OLGA and OLGIM staging systems in the risk assessment of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis," *Gastric Cancer*, vol. 21, no. 4, Springer Tokyo, pp. 579–587, Jul. 01, 2018, doi: 10.1007/s10120-018-0812-3.
  12. O. Altayar *et al.*, "AGA Technical Review on Gastric Intestinal Metaplasia—Epidemiology and Risk Factors," *Gastroenterology*, 2020, doi: 10.1053/j.gastro.2019.12.002.
  13. R. J. Huang *et al.*, "Prevalence, risk factors, and surveillance patterns for gastric intestinal metaplasia among patients undergoing upper endoscopy with biopsy," *Gastrointest. Endosc.*, vol. 91, no. 1, pp. 70–77, e1, Jan. 2020, doi: 10.1016/j.gie.2019.07.038.
  14. M. C. Tan, N. Mallepally, Y. Liu, H. B. El-Serag, and A. P. Thrift, "Demographic and Lifestyle Risk Factors for Gastric Intestinal Metaplasia among US Veterans," *Am. J. Gastroenterol.*, vol. 115, no. 3, pp. 381–387, Mar. 2020, doi: 10.14309/ajg.0000000000000498.
  15. A. C. de Vries *et al.*, "Gastric Cancer Risk in Patients With Premalignant Gastric Lesions: A Nationwide Cohort Study in the Netherlands," *Gastroenterology*, vol. 134, no. 4, pp. 945–952, 2008, doi: 10.1053/j.gastro.2008.01.071.
  16. L. Shao *et al.*, "Risk of gastric cancer among patients with gastric intestinal metaplasia," *Int. J. Cancer*, vol. 143, no. 7, pp. 1671–1677, Oct. 2018, doi: 10.1002/ijc.31571.
  17. C. A. González *et al.*, "Gastric cancer occurrence in preneoplastic lesions: A long-term follow-up in a high-risk area in Spain," *Int. J. Cancer*, vol. 127, no. 11, pp. 2654–2660, Dec. 2010, doi: 10.1002/ijc.25273.
  18. A. J. Gawron *et al.*, "AGA Technical Review on Gastric Intestinal Metaplasia—Natural History and Clinical Outcomes," *Gastroenterology*, vol. 158, no. 3, pp. 705–731.e5, Feb. 2020, doi: 10.1053/j.gastro.2019.12.001.
  19. H. A. Carpenter and N. J. Talley, "Gastroscopy is incomplete without biopsy: Clinical relevance of distinguishing gastropathy from gastritis," *Gastroenterology*, vol. 108, no. 3, pp. 917–924, 1995, doi: 10.1016/0016-5085(95)90468-9.
  20. G. Stathopoulos, R. D. Goldberg, and M. O. Blackstone, "Endoscopic diagnosis of intestinal metaplasia," *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 36, no. 5, Gastrointest Endosc, pp. 544–545, 1990, doi: 10.1016/S0016-5107(90)71151-0.
  21. M. Dinis-Ribeiro *et al.*, "Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): Guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSg), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa," *Endoscopy*, vol. 44, no. 1, pp. 74–94, 2012, doi: 10.1055/s-0031-1291491.
  22. M. Banks *et al.*, "British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma," *Gut*, vol. 68, no. 9, pp. 1545–1575, Sep. 2019, doi: 10.1136/gutjnl-2018-318126.
  23. P. Pimentel-Nunes *et al.*, "Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Port," *Endoscopy*, vol. 51, no. 4, pp. 365–388, 2019, doi: 10.1055/a-0859-1883.
  24. S. C. Shah, A. J. Gawron, R. A. Mustafa, and M. B. Piazuelo, "Histologic Subtyping of Gastric Intestinal Metaplasia: Overview and Considerations for Clinical Practice," *Gastroenterology*, vol. 158, no. 3, pp. 745–750, Feb. 2020, doi: 10.1053/j.gastro.2019.12.004.
  25. J. Watari *et al.*, "Effect of Eradication of Helicobacter pylori on the Histology and Cellular Phenotype of Gastric Intestinal Metaplasia," *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 6, no. 4, pp. 409–417, Apr. 2008, doi: 10.1016/j.cgh.2007.12.044.
  26. S. Gupta *et al.*, "AGA Clinical Practice Guidelines on Management of Gastric Intestinal Metaplasia," *Gastroenterology*, vol. 158, no. 3, pp. 693–702, Feb. 2020, doi: 10.1053/j.gastro.2019.12.003.
  27. Y.-C. Zhang, "Typing and Grading of Gastric Dysplasia," in *Precancerous Conditions and Lesions of the Stomach*, 1993.
  28. E. Yakirevich and M. B. Resnick, "Pathology of Gastric Cancer and Its Precursor Lesions," *Gastroenterology Clinics of North America*, vol. 42, no. 2, Gastroenterol Clin North Am, pp. 261–284, Jun. 2013, doi: 10.1016/j.gtc.2013.01.004.
  29. M. Ruge *et al.*, "Gastric dysplasia: The Padova International classification," *Am. J. Surg. Pathol.*, vol. 24, no.

- 2, pp. 167–176, Feb. 2000, doi: 10.1097/00000478-200002000-00001.
30. R. J. Schlemper, Y. Kato, and M. Stolte, "Diagnostic criteria for gastrointestinal carcinomas in Japan and Western countries: Proposal for a new classification system of gastrointestinal epithelial neoplasia," in *Journal of Gastroenterology and Hepatology (Australia)*, 2000, vol. 15, no. SUPPL. OCTOBER., doi: 10.1046/j.1440-1746.2000.02266.x.
  31. G. Y. Lauwers and R. H. Riddell, "Gastric epithelial dysplasia," *Gut*. 1999, doi: 10.1136/gut.45.5.784.
  32. W. C. You *et al.*, "Gastric dysplasia and gastric cancer: Helicobacter pylori, serum vitamin C, and other risk factors," *J. Natl. Cancer Inst.*, vol. 92, no. 19, pp. 1607–1612, Oct. 2000, doi: 10.1093/jnci/92.19.1607.
  33. G. Testino, "Modificazioni preneoplastiche gastriche," *Recenti Progressi in Medicina*. 2004.
  34. M. Rugge *et al.*, "The long term outcome of gastric non-invasive neoplasia for the Interdisciplinary Group on Gastric Epithelial Dysplasia (IGGED)," *Gut*, 2003.
  35. I. Bearzi, D. Brancorsini, A. Santinelli, B. Rezaii, B. Mannelloi, and R. Ranaldii, "Gastric dysplasia: A ten-year follow-up study," *Pathol. Res. Pract.*, 1994, doi: 10.1016/S0344-0338(11)80497-8.
  36. S. J. Cho *et al.*, "Risk of high-grade dysplasia or carcinoma in gastric biopsy-proven low-grade dysplasia: An analysis using the Vienna classification," *Endoscopy*, vol. 43, no. 6, pp. 465–471, 2011, doi: 10.1055/s-0030-1256236.
  37. M. Rugge, D. Nitti, F. Farinati, F. Di Mario, and R. M. Genta, "Non-invasive neoplasia of the stomach," *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, vol. 17, no. 11. Eur J Gastroenterol Hepatol, pp. 1191–1196, Nov. 2005, doi: 10.1097/00042737-200511000-00007.
  38. R. J. Schlemper *et al.*, "The vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia," *Gut*, vol. 47, no. 2, pp. 251–255, 2000, doi: 10.1136/gut.47.2.251.