



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



5. Gastroenteroloji Günleri

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

24-25 Eylül 2021

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi

www.gastroenteroloji.sbugunleri.org





BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	5
KURULLAR	6
BİLİMSEL PROGRAM	7
5. GASTROENTEROLOJİ GÜNLERİ KONUŞMACI ÖZETLERİ	16
HEMŞİRELİK PROGRAMI KONUŞMACI ÖZETLERİ	41
SÖZLÜ SUNUMLAR	50
POSTERLER	85
YAZAR DİZİNİ	149

ÖNSÖZ

Sevgili Meslektaşlarım,

Güzel bir sonbahar ayında başkent Ankara’da, bağ bozumu mevsiminde, geleneksel Sağlık Bilimler Üniversitesi 5. Gastroenteroloji Günleri’ni, Ankara Şehir Hastanesi bünyesinde yapmaktan mutluluk duyduğumu belirtmek istiyorum. Günümüzde tıp biliminde gelişmelerin çok hızlandığı, online sistemdeki ulaşılabilirliklerin artmasına rağmen bu gelişmelere yetişmekte zaman zaman güçlük çektiğimizi hepimiz biliyoruz. Sağlık Bilimler Üniversitesi olarak hem geleceğin hekimlerinin eğitimi, hem de halka hizmet anlamında yeniliklerin takibini aktif bilimsel faaliyetler düzenleyerek yakından takip etmeye çalışıyoruz.

Bu yılki kongremizi başkentimiz Ankara’da düzenlemek benim ve ekibim adına ayrı bir önem arz ediyor. Ankara’nın tarihine bakacak olursak, Ankara Frigya dili ve Yunancada Αἰκυπᾶ gemi çapası demek olup, bazı efsanelere göre, Frig Kralı Midas’ın bir gemi çapası bulduğu yerdir. Ankara’daki Anadolu Medeniyetleri Müzesi’nde sergilenen bazı paralarda gemi çapası figürü bulunmaktadır. Ankara ve çevresinde Anadolu medeniyetlerine ait pek çok eser başta Anadolu Medeniyetleri Müzesinde olmak üzere görülmeye değerdir.

Gastroenteroloji bilim dalı hem girişimsel işlemler, hem de diğer alanlarda ki gelişmelerle her geçen gün geniş ilgi alanlarının oluşturduğu yelpazede ilerlemeye devam etmektedir. Biz gastroenterologlar çok iyi biliyoruz ki, tüm bu gelişmelerde multidisipliner yaklaşımların önemli olduğu, bilimsel verilerin yanında, konunun deneyimli uzmanlarıyla olan tartışmaların hastaya yaklaşımları daha doğru yönettiğinin farkındayız.

Bu yılki bilimsel şölende, gastroenterolojinin tüm alanlarında, konusunda uzman arkadaşların ve siz katılımcıların desteğiyle, multidisipliner yaklaşımlarla tartışmayı planladık. Toplantımızın ilk gününü girişimsel işlemlerle ilgili canlı bağlantılar ve pratikte sıkça karşılaştığımız sorunların teorik anlatımlarına ayırdık. İkinci günümüzde ise güncel veriler ışığında, gastroenterolojinin tüm alanlarına olabildiğince göz atmayı planladık. Toplantıların en önemli kısmı siz katılımcıların desteği olduğunun farkındayız. Toplantımıza, pandemi koşulları elverirse başkent Ankara’nın geçmişten bugüne kadar ki değerlerini görmeye sizleri davet ediyor, sevgi ve saygılarımı iletiyorum.

Meral Akdoğan Kayhan

Kongre Başkanı
SBÜ, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Ankara Şehir Hastanesi

KURULLAR

Kongre Başkanı

Meral Akdoğan Kayhan

Kongre Sekreterleri

Emin Altıparmak

Hale Gökcan

Girişimsel İşlem Koordinatörleri

Bülent Ödemiş

Ümit Akyüz

Kongre Düzenleme Kurulu

Hüseyin Alkım

Birol Bostancı

Fatih Güzelbulut

Sabite Kacar

Mesut Yalın Kılıç

Yaşar Nazlıgül

Ersan Özaslan

Kamil Özdil

Yasemin Özin

Ömer Öztürk

Ahmet Uygun

Mahmut Yüksel

Bilimsel Danışma Kurulu

Murat Akyıldız

Mehmet Aslan

Yasemin Balaban

Halil İbrahim Bahçecioğlu

Ahmet Bektaş

Mehmet Cindoruk

Ayhan Hilmi Çetin

Kadir Demir

Osman Ersoy

Mustafa Gülşen

İbrahim Hatemi

Murat Harputlu

Ramazan İdilman

Çağdaş Kalkan

Zeki Karasu

Burçak Kayhan

Murat Kekilli

Murat Kıyıcı

Erkan Parlak

Şule Poturoğlu

Orhan Sezgin

Abdullah Sonsuz

Hakan Şentürk

Yusuf Yılmaz

BİLİMSEL PROGRAM

Bilimsel Program

24 EYLÜL 2021 – CUMA

CANLI VAKALAR

Moderatörler: *Burhan Şahin, Bülent Ödemiş, Kamil Özdil, Ümit Akyüz, Erkin Öztaş*

	Endoskopi 1 ERCP&Kolanjioskop	Endoskopi 2 ENDO-SONO&ESD	Endoskopi 3 ESD&ERCP&POEM
08:30-10:30	ERCP Zor Kanülasyon Tekniği: Videolarla Sunum Bülent Ödemiş VAKA-1 Erkan Parlak	VAKA-1 EUS Eşliğinde Endoskopik Girişim Hakan Şentürk	VAKA-1 EMR&ESD Endikasyonları Erdem Akbal
10:30-10:50	Ara		
10:50-12:30 Boston- Scientific	Biliyer Darlık? Sitoloji negatif? Cerrahi Riski yüksek? Ne Yapmalıyım? VAKA-2 Kolanjioskopi Saadettin Hülagu	VAKA-2 ESD&EMR Fatih Aslan	Akalazyza Tedavisi Yaklaşım VAKA-2 POEM Tahsin Dalgıç
12:30-13:30	Öğle Yemeği		
13:30-15:30	VAKA-3 Erkan Parlak	VAKA-3 Pankreas Kistik Lezyonlara Yaklaşım Hakan Şentürk Mehmet Cindoruk	VAKA-3 Erdem Akbal Fatih Aslan

	Salon A
16:00-16:30	Açılış Konuşmaları
	Prof. Dr. Meral Akdoğan Kayhan , Ankara Şehir Hastanesi Kongre Başkanı Op. Dr. Aziz Ahmet Sürel , Ankara Şehir Hastanesi, Başhekim Prof. Dr. Mehmet Ali Gülçelik , Sağlık Bilimler Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Dekanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl , Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektör
16:30-18:00	Gastroenterolojide Zor Konular
	Oturum Başkanları: Emin Altıparmak, Musa Akoğlu, Meral Akdoğan Kayhan
16:30-16:45	İleo-kolonik Crohn. İnternal Fistül? Perianal Hastalık?, Ne yapmalıyım? Yeşim Özen Alahdab
16:45-17:00	Morbid Obez, Karaciğer Sirozu & HCC&MELD >18, Ne Yapmalıyım? Murat Akyıldız
17:00-17:15	Tekrarlayan Pankreatit Atağı & Safra Kesesi Normal, Ne Yapmalıyım? Orhan Sezgin
17:15-17:30	GÖRH& Cerrahi Tedavi Yapılmış. Yutma Güçlüğü, Şişkinlik Devam Ediyor, Ne Yapmalıyım? Sedef Kuran
17:30-18:00	Tartışma
18:00-18:45	Uydu Sempozyumu Göründüğünden Fazlası Konusmacı: Burçak Kayhan

25 EYLÜL 2021 - CUMARTESİ	
SALON A	
09:00-10:15	İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Tanı Karmaşası
	Oturum Başkanları: Ertuğrul Kayaçetin, Zeki Mesut Yalın Kılıç, Hüseyin Alkım
09:00-09:15	Kolonoskopide Her Terminal İleumda Ülser Crohn Hastalığı mıdır? İsmail Hakkı Kalkan
09:15-09:30	Endoskopide Kolit Bulguları Var. Ülseratif Kolit mi? Öykü Tayfur Yürekli
09:30-09:45	Ayırıcı Tanıda Patologun Rolü? Nesrin Turhan
09:45-10:00	Ayırıcı Tanıda Radyologun Rolü? Sarper Ökten
10:00-10:15	Tartışma
10:15-10:40	Kahve Arası
	İYİ SORULAR UZMANINDAN İYİ YANITLAR Gupse ADALI Yusuf YILMAZ
	
SALON A	
10:40-12:00	Benign Gastrointestinal Hastalıklara Yaklaşım; Uzmanından Onaylamalar, İtirazlar-İnteraktif Toplantı
	Oturum Başkanları: İrfan Soykan, Serhat Bor
10:40-10:55	Yutmada Zorlanıyorum; Ne Yapmalıyım? Burçak Kayhan
10:55-11:10	Yemek Yiyorum. Midem Taş Gibi? Hazmedemiyorum Altay Çelebi
11:10-11:25	İshalim? İBS-diare? Nasıl Tanı Koyarım? Güray Can
11:25-11:40	Dışkılamada Zorlanıyorum; İBS-Kabızlık? Fonksiyonel Çıkış Obstrüksiyonu ya da Başka Bir Şey mi? Özdal Ersoy
11:40-12:00	Tartışma
12:00-12:30	Konferans
	Oturum Başkanları: Canan Alkım, Gürkan Çelebi
	İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Yeni Tedaviler Ahmet Tezel
12:30-13:30	Öğle Yemeği

Bilimsel Program

SALON A	
13:30-14:15	Uydu Sempozyumu Farklı Bakın Fazlasını Görün Gastroenterolog Gözüyle Obezite ve Tedavisi  Moderatör: Zahide Şimşek Konuşmacı: Tarkan Karakan
14:15-15:35	Dekompanze Karaciğer Siroz Hastasına Yaklaşım Oturum Başkanları: Zeki Karasu, Mehmet Koruk, Gökhan Kabaçam
14:15-14:30	Kreatinin Yükseliyor, Na Düşüyor- KBH mıyım? HRS ? Osman Cavit Özdoğan
14:30-14:45	Nefes Darlığım Var, Yürüyemiyorum HPS? PPH? Çiğdem Arıkan
14:45-15:00	Sık Kaza Yapıyorum, Sinirliyim Subklinik HE? Mehmet Demir
15:00-15:15	Dekompanze Karaciğer Hastalarında TIPS'in Yeri Fatih Boyvat
15:15-15:35	Tartışma
15:35-16:00	Kahve Arası
SALON A	
16:00-16:45	Uydu Sempozyumu Kronik Hepatit B Tedavisinde Bütüncül Yaklaşımlar: Birlikte Konuşalım Konuşmacılar: Fatih Güzelbulut, Ayhan Hilmi Çekin 
16:45-18:00	Gastrointestinal Hastalıklar; Oradan, Buradan Oturum Başkanları: Sedat Boyacıoğlu, Hilmi Ataseven, Sabite Kacar
16:45-17:00	Karaciğer sirozu & Sarkopeni & Malnütrisyon; Yeni Tedavi Seçenekleri Var mı? Alper Yurci
17:00-17:15	Mide Subepitelyal Lezyonlarına Yaklaşım Deniz Duman
17:15-17:30	Ano-rektal Hastalıklara Gastroenterolog Gözüyle Yaklaşım Yasemin Özın
17:30-17:45	Hiler Kolanjiokarsinomda Cerrahi Öncesi Drenaj Yapalım mı? Hepsine mi? Seçici mi? Yapacaksak Hangi Loba Yapalım? Erdal Birol Bostancı
17:45-18:00	Tartışma

Bilimsel Program

SALON-B	
09:00-10:15	Karaciğer Hastalıkları
	Oturum Başkanları: Ramazan İdilman, Ersan Özasan, Fatma Ebru Akın
09:00-09:15	Kronik Hepatit B Tedavisinde Son Durum Ulus Akarca
09:15-09:30	Kronik Hepatit C'ye Elvada mı? Yılmaz Çakaloğlu
09:30-09:45	Kronik Hepatit D Tedavisinde Yeni Seçenekler Var mı? Cihan Yurdaydın
09:45-10:00	Akut Şiddetli Hepatit; Toksik? Otoimmün? Fulya Günşar
10:00-10:15	Tartışma
SALON-B	
10:40-12:00	NAFLD
	Oturum Başkanları: Abdullah Sonsuz, Halil İbrahim Bahçeçioğlu, Murat Aladağ
10:40-10:55	Şişmanım, Kesin NAFLD'mıyım? Normal Kiloluyum, NAFLD Bende Olmaz! Murat Kıyıcı
10:55-11:10	Her NAFLD Progressif Karaciğer Hastalığına İlerler mi? Yasemin Balaban
11:10-11:25	NAFLD Hastasında Sistemik Hastalıkların Yönetimi Cemal Nuri Erçin
11:25-11:40	NAFLD'de Tedavi Alternatiflerim Nelerdir? Yusuf Yılmaz
11:40-12:00	Tartışma
12:00-12:30	Konferans
	Oturum Başkanları: Ahmet Bektaş, Mehmet Aslan
	Buğday Glutenden Büyük Kadir Demir
12:30-13:30	Öğle Yemeği

Bilimsel Program

SALON-B	
14:15-15:35	Sözlü Sunumlar
	Oturum Başkanları: Ülkü Sarıtaş, Zahide Şimşek, Roni Atalay
14:15-14:25	SS-01 - Covid-19 hastalarında akciğer tutulumu ile epikardial yağ doku kalınlığı ve hepatosteatoz arasındaki ilişki / Fatma Esra Bahadır Ülger
14:25-14:35	SS-02 - Diffüz Özofagial Spazmı Olan Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri / Ömer Öztürk
14:35-14:45	SS-03 - Nadir hastalıklarda sosyal medyanın etkisi: Rehberler ne öneriyor, Doktorlar ne söylüyor, Hastalar ne istiyor? / Abdullah Özgür Yeniova
14:45-14:55	SS-04 - Helikobakter Piloni Virulans Genleri ile Primer Antibiyotik Direnç Profilleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi / Mustafa Akar
14:55-15:05	SS-05 - Karaciğer Naklinde Kan Transfüzyonu Yönetimi: Cell Saver Kullanımının Sonuçları / Selim Keçeoğlu
15:05-15:15	SS-06 - Alkol Dışı Steatohepatiti Olan Hastalarda Artmış Uyku Bozukluk Riski / Derya Arı
15:15-15:25	SS-07 - Non-alkolik steatohepatit olgularında real-time strain elastografinin etkinliği / Emrah Karatay
15:25-15:35	SS-08 - Üst Gastrointestinal Sistem Subepitelyal Lezyonlarında EUS İİAB Uygulanan Hastaların Analizi / Çağatay Ak
15:35-15:45	SS-09 - Akut Variseal Kanamalarda Mortalite ve Rebleeding Değerlendirmede AIMS-65 Skorunun Etkililiği / Çağdaş Erdoğan
15:35-16:00	Kahve Arası
SALON-B	
16:45-18:00	Gastrointestinal Sistem Endoskopi; Lezyon Tanımlama Patolojilerine Yaklaşım
	Oturum Başkanları: Tankut Köseoğlu, Murat Kekilli, Aliye Soylu
16:45-17:00	Gastroenterolog Gözüyle Endoskopik İşlem Tanımlama Standardizasyonu Var mı? Serkan Öcal
17:00-17:15	Barrett Özofagus Tanı & Yaklaşım Çağdaş Kalkan
17:15-17:30	Mide Prekanseröz Lezyonlara Yaklaşım Elif Yorulmaz
17:30-17:45	Kolon Prekanseröz Lezyonlara Yaklaşım Şule Poturoğlu
17:45-18:00	Tartışma

Bilimsel Program

SAAT	SALON D
14:15-15:55	Sözlü Sunumlar
	Oturum Başkanları: Hale Gökcan, Naciye Şemnur Büyükaşık
14:15-14:25	SS-10 - Ülkemizde helicobakter pilori varlığı ile trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi arasında ilişki var mıdır? / Mehmet Emin Pişkinpaşa
14:25-14:35	SS-11 - Endoskopik biyopsilerin sürpriz konuğu: Amiloidoz / Yasemin Gökden
14:35-14:45	SS-12 - Çölyak Hastalığının Tanı ve Aktivitesinin Değerlendirilmesinde Albümin/Bilirubin Oranı ile De Ritis Oranın Yeri / Güray Can
14:45-14:55	SS-13 - Foley kateterin Standart Perkütan Endoskopik Gastrostomi yerine kullanımı / Kader Irak
14:55-15:05	SS-14 - Ultrastim Endoskopi Kullanımı: Tek Merkez Deneyimi / Mehmet Önder Ekmen
15:05-15:15	SS-15 - Özofagus varis kanamalarının endoskopik tedavi zamanlamasının 6 aylık yeni- den kanamaya etkisi / Muhammed Bahaddin Durak
15:15-15:25	SS-16 - Kronik Hepatit C Hastalarında Direkt Antiviral Ajan Tedavisinin APRI ve FIB-4 Skorlarına Etkisi / Özgür Bahadır
15:25-15:35	SS-17 - Pankreas Duktal Adenokarsinomu'nda Tanıda Tutulan Bölge, Kitle Boyutları ve Serum CA 19-9 Düzeylerinin ilişkisi / İbrahim Hakkı Koker
15:35-15:45	SS-18 - Post-ERCP kolanjit riski ile ilişkili laboratuvar parametreleri / Burcu Koçyiğit
15:35-16:00	Kahve Arası

HEMŞİRELİK PROGRAMI

SALON-C	
08:30-09:00	Açılış Konuşmaları Hemş. Hediye TAŞPINAR Ankara Şehir Hastanesi Hemşirelik Oturumu Düzenleme Komitesi Başkanı Prof. Dr. Meral Akdoğan KAYHAN Ankara Şehir Hastanesi Düzenleme Komitesi Başkanı Dr. Öğrt. Üyesi Aziz Ahmet SÜREL Ankara Şehir Hastanesi Koordinatör Başhekim
09:00-10:00	Oturum 1: RADYASYON VE ENDOSKOPI
	Oturum Başkanları: Tacettin Güngör, Rahşan Kaplan Aydın, Okan Katrancı
09:00-09:20	EUS'ta Girişimsel İşlemler / Deniz Akıncı
09:20-09:40	Endoskopi Ünitesinde Radyasyon , Radyobiyoji ve Radyasyondan Korunma Yöntemleri / Okan Katrancı
09:40-10:00	ERCP İşlemi, Malzemeleri ve İşlem Komplikasyonlarına Yaklaşım Mahmut Yüksel
10:00-10:15	Tartışma
10:15-10:45	Kahve Arası
SALON-C	
10:45-12:30	Oturum 2: SKOPLAR-TIBBİ MALZEMELER – DEZENFEKTÖRLER
	Oturum Başkanları: Çiseli Altuntaş, Volkan Gökbulut, Mahmut Atas
10:50-11:10	Skopları Tanıyalım / Eyüp Kirman
11:10-11:30	Endoskopi Ünitesinde Kullanılmakta Olan Tıbbi Sarf Malzemeler ve Malzeme Temininde Nelere Dikkat Edilmelidir? Mustafa Gelir
11:30-11:50	Endoskopi Ünitelerinde Kullanılan Dezenfeksiyon Makineleri, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri Rahşan Kaplan Aydın
11:50-12:10	Endoskopi Ünitesinde İşlemden ya da İşlem Sonrasında Endoskopu Koruma Yöntemleri ? Aslı Yavuz
12:10-12:30	Endoskopi Ünitesinde Kullanılan Elektronik Cihazları Tanıyalım / Serap Ulusoy
12:30-13:30	Öğle Yemeği
SALON-C	
13:30-16:00	Oturum 3: ENDOSKOPİK CERRAHİ – İLERİ ENDOSKOPI
	Oturum Başkanları: Erkin Öztaş, Hediye Taşpınar, Ayşegül Erciyas
13:30-13:50	Enteroskopi (Double Balon, Single Balon ve Alternatifler) / Ömer Öztürk

Bilimsel Program

13:50-14:10	GİS Kanamalarda Müdahale Yöntemleri Ve Endoskopik İşlem Komplikasyonlarına yaklaşım / Tülay Karaaslan
14:10-14:30	ESD- POEM -EMR- STER / Tahsin Dalgıç
14:30-16:00	Oturum 4: PANDEMİ -DEZENFEKSİYON -KALİTE
	Oturum Başkanları: İlyas Tenlik, Canan Türkan, Nuray Özkan
14:40-15:00	Endoskopi Ünitesinde Sağlık Çalışanlarının Pandemi ile Mücadele Yöntemleri Ayfer Akgün
15:00-15:20	Endoskopi Ünitesinde Dezenfeksiyon Esin Çınar
15:20-15:40	Endoskopi Ünitesinde Kalite Standartları ve Verimlilik / Filiz Ateş
SALON-C	
15:40-16:00	Kahve Arası
16:00-17:30	Oturum 5: BİLMEMİZ GEREKENLER
	Oturum Başkanları: Mahmut Yüksel, Derya Arı, Cennet Güder
16:00-16:20	Kolonoskopide Bası Teknikleri Güldehan İlan
16:20-16:40	Motilite Tetkikleri ve Biofeedback Hatice Eylül Ağacan
16:40-17:00	Kolonoskopi Hazırlığı / Gülfigar Gülkaya
17:00-17:30	Tartışma / Kapanış

**5. GASTROENTEROLOJİ
KONGRESİ
KONUŞMACI
ÖZETLERİ**

Kronik Hepatit B Tedavisinde Son Durum

Ulus Salih Akarca

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Kronik B hepatiti, aşılama sayesinde tüm dünyada hızla azalmakla beraber mevcut 300 milyon hasta ve yıllık 1 milyona yakın ölümle hala büyük bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Ülkemizde de erişkin nüfusun %4'e yakını aktif olarak hepatit B virusu (HBV) ile enfektidir.

Hastalığın tedavisinde 90'lı yıllardan başlayarak büyük gelişmeler elde edilmiştir. Bugün için tedavide kullanılan ilaçlar interferonlar ve nükleosid, nükleotid analoglarıdır. Bu ilaçların hepsi de kür sağlamaktan çok uzaktır. HBV genomunun hepatositlerin çekirdeği içine küçük bir kromozom gibi yerleşmesi ve cccDNA denen bu yapıdan kodlanan mRNA'lar vasıtasıyla replikasyonun gerçekleşmesinden dolayı kullanılan replikasyon blokleri ilaçlar virusun genomuna etki etmemektedirler. İnterferonlar dolaylı olarak HBV cccDNA düzeyini azaltsalar da kompanse edici mekanizmalarla bu etkileri attenué edilmektedir. Virusun eradike edilememesinin diğer ve önemli bir sebebi de genomunun kısmen veya tam olarak hepatosit genomuna integre olabilesidir. İlaçlar virusu eradike edemedikleri ve sadece replikasyonu baskılayabildikleri için tedavinin amacı da replikasyonun baskılanması ve karaciğerin iyi duruma getirilmesi olarak belirlenmektedir. Bu durumda replikasyonun doğal olarak baskılandığı inaktif taşıyıcılıkta ve karaciğerin çok iyi durumda olduğu immün toleran fazda tedavi verilmemektedir. EASL'in tedavi endikasyonları olarak saydığı şartlar modifiye edilerek aşağıda özetlenmiştir.

1. HBV DNA >2000 IU/ml ve orta-ağır karaciğer bozukluğu olması (Histolojide nekroinflamatuvar aktivite >7-9 veya İshak skoruna göre fibrozis ≥ 3)
2. Siroz ve saptanabilir HBV DNA olması
3. Tekrarlayan ölçümlerde HBV DNA >20000 IU/ml ve ALT >2x(normalin üst sınırı)
4. Sürekli normal ALT olsa bile, 35 yaşından yukarıda HBV DNA yüksek (>20000 IU/ml) olması
5. Ailede hepatosellüler kanser öyküsü olanlarda endikasyon daha geniş tutulmalıdır. Bunun için EASL kesin bir tanımlama yapmamıştır, ama HBV DNA >2000 IU/ml olup histolojinin hafif olması durumunda bile tedavinin düşünülmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Bu şartları sağlayan hastaların peg-interferon veya nükleos(t)id (NA) analoglarıyla tedavi edilmesi gerekir. Nükleosid analogu entekavir veya nükleotid analogu olan tenofovir disoproksil fumarat ya da tenofovir afeenamid fumarat kullanılabilir. Peg-interferonlar 48-96 hafta kullanılır. NA tedavisinin ömür boyu sürdürülmesi hata sayılmaz. Ama uluslararası kılavuzlar siroz olmayan HBeAg pozitif hastalarda HBeAg serokonversiyonundan (HBeAg negatifleşip anti-HBe pozitifleşmesi ve HBV DNA negatifleşmesi) sonra en az 1 yıl (APASL'a göre tercihan 3 yıl) daha NA tedavisine devam edilip, tedavinin kesilebileceğini söylemektedir. Ancak bu hastaların yarısından fazlasında virolojik ve klinik relaps geliştiği ve %60'ında tekrar tedavi vermek gerektiği de bilinmektedir. Siroz olmayan HBeAg negatif hastalarda en az 3-4 sene HBV DNA negatifliği sağlandıktan sonra çok yakın takip etmek şartıyla NA tedavisi kesilip takip edilebilir. Eğer biyokimyasal ve virolojik alevlenme ortaya çıkarsa tekrar tedavi başlanır.

Elbette tedavi sırasında HBV hepatositlerde varlığına devam ettiği için, azalmakla beraber HCC riski devam etmektedir. Ancak nekroinflamatuvar aktivite yatıştığı için karaciğer histolojisi düzelmekte ve karaciğer yetmezliği gelişmesi engellenmektedir. Hatta dekompanse hastalar kompanse hale gelebilirler.

Hepatit B için de gerçek bir tedavi, yani kür sağlamak üzere yeni ilaç geliştirme çalışmaları tüm hızıyla devam etmektedir. Hala gerçek küre ulaşılmasını sağlayacak, yani HBV'nin bütün elemanlarının temizleneceği bir tedavi hayal edilememekle beraber, fonksiyonel kür, yani HBsAg negatifleşmesi sağlayacak tedavilerin markete çıkması çok uzak görünmemektedir. Aynı hepatit C'de olduğu gibi HBV'nin yaşam siklusunun farklı basamaklarına etki edecek ilaç kombinasyonlarıyla fonksiyonel kür elde edilebileceği anlaşılmaktadır. Bu kapsamda siRNA'lar ve kapsid inhibitörleri önde giden yeni ilaçlardır.

Mutlaka yakın gelecekte aşılama ile zaten hastalığın yeryüzünden eradike edilmesi mümkün olacaktır.

Kronik Hepatit C'ye Elveda mı?

Prof.Dr.Yılmaz Çakaloğlu

Amerikan Hastanesi Gastroenteroloji-Hepatoloji Bölümü

1970'li yıllarda tanımlanan parenteral yolla (sıklıkla posttransfüzyon hepatit) bulaşan Ne-A, Ne-B hepatiti tablosunun etkeni hepatit C virüsü (HCV) 1989'da keşfedildi. İlk tedavi 1986 yılında interferon-alfa (IFN) ile yapıldı. Daha sonra IFN-alfa + Ribavirin (RBV) ve ardından Pegile IFN-alfa + RBV tedavileri ile 2011 yılında gelindi. HCV moleküler yapısının tam olarak ortaya konması ve *in vitro* olarak hepatosit hücre kültürlerinde replikasyonunun sağlanması, Direk-etkili Antiviral İlaçların (DAA) geliştirilmesini sağladı. Bu arada Hepatit B'den farklı olarak, HCV'nin hepatosit genomuna entegre olmaması, sitoplazmada çoğalması sayesinde gerek IFN'lu tedaviler gerekse DAA'lar ile sağlanan **kalıcı viral cevabın (KVC)**, **HCV kürü** anlamına gelmesi konuyla ilgili hekimleri ve hastaları mutlu eden en önemli gelişme oldu. 2011 ve 2012'de ilk kuşak NS3/4 proteaz inhibitörü ilaçlar olarak **Telaprevir (TPV)**, **Boceprevir(BOC)** (Peg-IFN+RBV ile üçlü kombinasyon şeklinde kullanıldılar) ve ardından **Simeprevir (SMV)** ilk DAA ilaçlar oldular. İlk pangenotipik etkili ve halen de kronik hepatit C tedavisinin omurgası konumundaki ve NS5B bölgesinde yer alan RdRp (RNAdependent RNAPolimeraz) enzimini inhibe ederek etkili olan **Sofosbuvir (SOF)** 2013 yılında FDA onayı aldı ve PegIFN+RBV+SOF, ve SOF+SMV, SOF+**Daclatasvir (DAC)** kombinasyonları ile KVC oranları yükseldi.

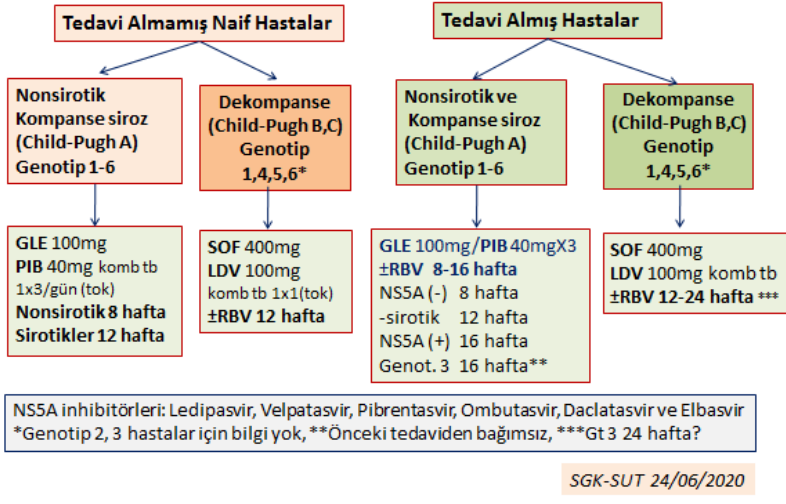
2014'te "**SOF+Ledipasvir (LDV)**" (NS5A inhibitörü) kombine tek tablet ve genotip (GT) 1,4,5 ve 6'da etkili ve aynı dönemde Gt 1b ve Gt 4 hastalarda etkili "**Paritepravir/ritonavir+ Ombitasvir ve Dasabuvir (PrOD)**" kombine tedavisi FDA onayı aldı. **Bu her iki kombine tedavi 2016 yılında SGK kapsamına alındı ve ülkemizde binlerce hastada HCV kürü sağlandı.** Bunları ülkemizde kullanılmayan Asunaprevir+Daclatasvir ve Grazoprevir (GZR)+Elbasvir (EBV) kombinasyonu izledi. Ardından Gt 1-6 için pangenotipik etkili SOF+**Velpatasvir (VEL)** ve ülkemizde de 2017'de FDA onayı alan ve 2018'den itibaren SGK geri ödemesi olan potent pangenotipik etkili **Glecaprevir (GLE)+ Pibrentasvir (PIB)** kombine tedavisi son aşamalardan birisi oldu. GLE+PIB 8-12 hafta tedavi ile HCV'ye bağlı kronik hepatit ve kompanse siroz hastalarında >%95 KVC sağlanmaktadır. Daha çok mevcut tedavilere dirençli, özellikle Gt 3 hastalarda etkili olan pangenotipik SOF+VEL+-**Voxilaprevir (VOX)** kombinasyonu DAA tedavisindeki son halka oldu. 2019 ve 2020'de yapılan SGK değişiklikleri (karaciğer biyopsisi ile fibrozis tayini ve F≥2 olması gereğinin ortadan kalkması) ülkemizde hepatit C hastası herkesin tedavisine olanak sağladı. Ülkemizde SGK tarafından ödenen kronik C hepatiti tedavisi ilaçları ve tedavi indikasyonları Şekil-1'de özetlenmiştir.

Peki bu gelişmeler C hepatiti sorununu kökünde halleder mi? Elveda HCV diyebilir miyiz? Hasta bazında evet. Küratif tedavi alan hastanın ve yakınlarının sorunu bitmiştir. Ancak toplu için aynı şeyi söyleyemeyiz. İlk önce DSÖ 2030 viral hepatilerin eliminasyonu hedeflerine ulaşabilir miyiz, buna bakalım. Ülkemizde en ciddi sorun yeterince HCV hastasına tanı koyup tedavi edemiyor olmamız. Yapılan analizlere göre en azından yılda 10.00 hasta tedavi alması gerekirken bu rakamın son 2 yılda her yıl 3000 civarındadır. Pandeminin olumsuz etkileri kısmen sorumlu olabilir. Yıllarca yeni DAA'ların ülkemizde SGK kapsamına alınmasını sağlamaya çalıştık, bu ilaçlara kavuştuktan sonra hasta sayısının azlığından, hasta bulamamaktan yakınırdık... HCV'nin etkili bir aşısı yok. Önümüzdeki 5 yıl içinde olması çok zor. O halde herşeyi yapıp tanı konulan ve tedavi edilen hasta

sayısını arttırmak gerkiyor.

Tedaviye dirençli hastalar, tedavisi güç hastalar, yeniden enfeksiyon veya nüks sorununun sık olduğu hasta grupları (damar içi uyuşturucu kullananlar, homoseksüel erkekler, HIV pozitif hastalar, cezaevindeki hastalar vb) HCV enfeksiyonunun eliminasyonu önündeki diğer engellerdir. Sonuç olarak kronik hepatit C'ye elveda demek için daha erken. Bütün çabamızı çok daha fazla sayıda hasta tedavi ederek bulaş zincirini kırmak ve eliminasyon hedeflerine ulaşmaya odaklamalıyız. Dünyada, her hepatit C hastasına en etkili ilaçları ücretsiz sağlayan nadir ülkelerden biriyiz. Bunun kıymetini bilmemiz gerekir. Gerçekten etkili bir aşının olması bizi nihai hedef olan HCV enfeksiyonunun eradikasyonuna ulaştıracaktır.

Türkiye'de DAA ile Hepatit C Tedavisi 2021



Şekil-1 Türkiye'de SGK geri ödeme kapsamında olan ilaçlarla hepatit C tedavisi

Akut Şiddetli Hepatit Toksik mi Otoimmün Hepatit mi ?

Fulya Günşar

Ege Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Akut hepatit çeşitli etyolojik faktörler sonrasında karaciğer parankiminde akut olarak gelişen inflamasyon ve hepatosit hasarı ile karaciğer testlerinde yükseklik ile karakterize tablodur. Akut karaciğer hasarı da HE gelişmeksizin koagülasyon testlerinin yükselmesi ile birlikte gelişen akut karaciğer yetmezliği öncesi gelişen durumdur. Bu tablolarda neden; Ülkemizde genellikle viral olup, viral etyolojiler dışlandıktan sonra diğer nedenler arasında ilaçlar, (toksinler mi) veya otoimmün hepatit (OIH)mi ayırım zor olabilmektedir. Özellikle ilaçlar, toksinler hastaların %9'unda B-hücre aracılıklı antikor yanıtını ve sitotoksik T hücre yanıtını uyarabilir ve ANA(+), (SMA)(+)lığı, ve yüksek (IgG) seviyeleri de karşımıza çıkabilir karaciğerdeki hasar OIH'e benzer. Buna sıklıkla neden olan ilaçlar(%90) nitrofurantoin ve minosiklidir. Hipersensitivite sıktır (raş,ateş, hipereosinofili), eklem ağrısı olabilir. Risk faktörleri olarak ileri yaş , kadın cinsiyet, genetik faktörler, alkol, oral alım, ilaç etkileşimleri, çapraz duyarlılık olabilir. Akut OIH mi yoksa ilacın tetiklediği karaciğer hasarı (DILI) mi anlamak için karaciğer biyopsisi yardımcı olabilir. DILI'de sentrober zone 3 nekroz, portal inflamasyon olabilir. Portal nötrofil/plasma hücreleri , kolestaz bulguları olabilir. DILI olan olgularda karaciğerde fibrosis ileri değildir ve siroza rastlanmamaktadır. İlaçlar alındıktan sonra bu tablonun ortaya çıkması için gerekli süre genellikle 6 ay üzerindedir.

İlaçların Oluşturduğu Karaciğer Hasarı ve Otoimmün Hepatit için Önerilen Sınıflama

1. Toksik hepatitle birlikte OIH

Gerçek OIH'li bir olguda ilaç kullanımı sonucu gelişen tablo

2. İlacın Ortaya Çıkardığı OIH

OIH'in silik olup klinik olarak bulgu vermezken ilaçlarla OIH tablosunun aşikar hale geldiği grup

3. İmmün aracılıklı ilaca bağlı karaciğer hasarı

Klinik biyokimya ve histoloji OIH e benzer. Raş ve eozinofili olabilir. Steroid kesiminden sonra nüks olmaz.İlacın tetiklediği otoimmün hepatit benzeri bir tablodur.

Bu hastaların yönetiminde şüphelenilen ilaç, toksin veya bitkisel ürün kesilmelidir. Bu durumda karaciğer testlerinin düzelmesi beklenmektedir. Ama bazen testlerin düzelmesi gecikir, bilirubin artar ve karaciğer yetmezlik durumları belirginleşebilir. Bu durumda alınan karaciğer biyopsi bulguları OIH'i düşündürüyorsa veya ilaçlar bırakılmasına rağmen 1-2 hafta içinde karaciğer testleri düzelmiyor bilirubin normalin 2 katına ve transaminazlar da normalin 3 katına çıkmış ise karaciğer yetmezliği bulguları(INR uzaması gib) ekleniyorsa 20-60mg/gün kortikosteroidler başlanır . Kortikosteroid dozu hafif olgularda 20-30mg/gün yeterli olur. Bu tedaviye de yanıt vermeyen durumu bozulan akut karaciğer yetmezliği geliştiren hastalarda herhangi bir aykırı durum yoksa karaciğer transplantasyonu yapılmalıdır. Testler düzeldikten sonra genelde 6 ay içinde kortikosteroid tedavi kesilir. Kesildikten sonra da izlenmelidir. Eğer izlemde transaminazlarda yükselme olursa aslında

Konuşmacı Özetleri

bu olgunun ilaçlarla tetiklenmiş gerçek bir otoimmün hepatit hastası olduğu anlaşılır ve otoimmün tedavisi başlatılır.

Sonuç olarak akut bir hepatit tablosunda ilaç öyküsü de varsa bu toksik hepatit mi, ilacın tetiklediği OİH mi kesin olarak anlamak zordur. Otoantikorlar ve karaciğer biyopsi bulguları ve kullanılan ilaç bu 2 tabloyu ayırmada yardımcı olabilir. Bazı testler bu ilaca karşı genetik duyarlılığı ortaya çıkarmada yardımcı olabilir. Ağır hepatit tablosu oluşturup ayırım yapılamadan kortikosterid tedavisi başlanmış hastalarda tablo düzelince kortikosterid kesilecek olursa eğer hastalık nüks ederse tanının gerçek otoimmün hepatit olduğu anlaşılır.

Kaynaklar

1. C Weiler-Normann et al J Hepatol 2011;55
2. Czaja A Dig Dis Sci 2011;56,
3. Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis in Adults and Children: 2019 Practice Guidance and Guidelines From the American Association for the Study of Liver Diseases, Hepatology 2020;72
4. Tsutsai A et al Hepatology Research 2020;50
5. EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injury J Hepatology 2019;70

İshalim, İBS-Diyare?, Tanıyı Nasıl Koyarım?

Güray Can

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Gastroenteroloji BD.

Çoğu hasta ishali, anormal olarak sık dışkılama (günde >2 bağırsak hareketi) ilave olarak sıklıkla eşlik etmesine rağmen gevşek dışkı geçişi olarak tanımlar. İshal, bağırsak tarafından net su emiliminin azalması nedeniyle dışkı su içeriğinin yüksek olduğu bağırsak fonksiyonundaki bir değişikliği temsil eder. Kronik ishal, akut diyareden > 4 hafta sürmesi ile ayırt edilir. Farklı bir ayırıcı tanıya sahip olması nedeniyle ikisinin ayırdedimesi büyük önem arz etmektedir. Çoğu akut ishaller, ya kendini sınırlayan enfeksiyonlardan kaynaklanır, ya da toksinlerin ağız yoluyla alınması sonucu oluşur. Fakat, kronik ishaller sıklıkla klinik, radyolojik ve laboratuvar değerlendirme gerektiren çok daha geniş etiyolojik portföye sahiptirler. Kronik ishal, toplumun %5'ini etkileyen genel bir klinik problemdir. Bu hastaların değerlendirme ve yönetimi, çok geniş bir ayırıcı tanıya sahip olmaları nedeniyle zor olabilmektedir. Kronik ishalleri hastaların çoğunda, kolaylıkla tanımlanabilen Çölyak hastalığı ve infamatuvar barsak hastalığı gibi yapısal problemler bulunmaktadır. Fakat, bazılarında patolojiyi saptamak kolay değildir, ve bu hastalar sıklıkla ishal ağırlıklı irritabl barsak sendromu tanısı almaktadırlar. Organik bir hastalığın göstergesi olacak alarm bulguların dışlanması sonrası Roma IV kriterlerine göre ishal ağırlıklı irritabl barsak sendromu tanısı konulabilmektedir. Yalnız, incebarsak bakteriyel aşırı çoğalma, gıda intoleransı ve motilite hastalıkları da alarm bulguları vermeden benzer semptomlara neden olmaktadır. Dikkatli ve ayrıntılı öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri tanısal yaklaşımda doğru sonuca ulaşmak için kritik öneme sahiptir. Başlangıçta hastadan alınacak ayrıntılı öyküde, kullandığı ilaçlar, tiroid hastalığı, kollagen doku hastalığı, diyabet gibi komorbid hastalık öyküsü, gıda intoleransı, geçirilmiş cerrahiler ve radyoterapi öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Eşlik eden karın ağrısı, şişkinlik gibi semptomların yanında kilo kaybı, kanama, nokturnal semptomlar, ailede malignite öyküsü gibi alarm bulgularının da sorgulanması gerekmektedir. Kilo kaybı, kanama, ileri yaş, dışkı alışkanlıklarında değişiklik, ailede kolon kanseri öyküsü gibi alarm bulguları eşlik eden hastalarda endoskopik ve radyolojik tetkikler dahil daha ileri değerlendirmeler yapılması gerekmektedir. Alarm bulgularının olmadığı durumlarda sınırlı tetkikler çoğu durumda yeterlidir. Gayta mikroskopisi, gaytada parazit yumurtası ve kisti, Clostridium difficile toksini, Entamoeba histolytica antijeni gibi mikrobiyolojik testlerin yanında gaytada gizli kan, kalitatif yağ, fekal laktoferrin ve laktomodilin değerlendirilir. CRP, ESR, tam kan sayımı, malabsorbsiyon açısından vitamin B12, folik asit, demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin ve albümin düzeyleri bakılır. Son olarak Çölyak hastalığı için anti-doku transglutaminaz IgA ile IgA düzeyi bakılır. İstenen tetkiklerde anormal bulgular saptandığı durumda anormal tetkike yönelik kesitsel görüntülemeler ve endoskopik değerlendirmeler yapılır. Kolonoskopide değerlendirme normal olsa bile mikroskopik kolit açısından biyopsiler alınmalıdır. Ağır, komplike veya refrakter durumlarda yapısal hastalıklar dışlandıktan sonra ishallerin mekanizmasına yönelik testler yapılır. Gayta pH, elektrolitleri, yağ miktarı, 24 saatlik gayta miktarı, fekal lökosit ve eritrosit tetkikleri ile osmotik, sulu, yağlı veya inflamatuvar ishal ayırımı yapılır. Sınırlı laboratuvar değerlendirmede anormal bulgu saptanmayan, ağır, komplike veya refrakter olmayan ishallerde safra ishali, SİBO ve gıda intoleransları dışlandıktan sonra (genellikle ampirik safra asiti bağlayıcılar, ampirik antibiyotik ve FODMAP diyeti ile), fonksiyonel ishal tanısı konulur. Eşlik eden karın ağrısı ve/veya şişkinlik durumlarında ROMA IV kriterlerine göre değerlendirme yapılarak ishal ağırlıklı irritabl barsak sendromu tanısına rahatlıkla ulaşılır.

Dışkılamada Zorlanıyorum; IBS-Kabızlık? Fonksiyonel Çıkış Obstrüksiyonu ya da Başka Bir Şey mi?

Dr.Özdal Ersoy

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı/Gastroenteroloji Bölümü

Vaka 1: Makatımda ele gelen şişlik var, hemoroid sanırım. Kaniyor ve tuvaletimi yaparken acıyor

Vaka 2: Sabah tuvalete girdiysem kesin işe geç kalıyorum, tuvaletim bitmiyor, 3 kez 4 kez tuvalete gitmem gerekiyor. Yaşam kalitem çok bozuldu.

Vaka 3: Tuvaletimin geldiğini hissedip tuvalete gidiyorum ama yapamıyorum.

Vaka 4: Kabız değilim, hergün tuvalete çıkıyorum, hatta her yemekten sonra tuvalete çıkıyorum ama asıl yakınmam gazımın çok olması.

Vaka 5: Tatile gittiğimde tüm tatil boyunca tuvalete çıkamıyorum, karnım ağrıyor, tatillerden korkar oldum.

Vaka 6: Tüm tuvalet sorunlarım doğumdan sonra başladı, zorlanıyorum tuvalette, sanki barsağım dışarı çıkıyor gibi hissediyorum, parmağımın yardımıyla tuvaletimi yapılabiliyorum

Vaka 7: İdrarımı yapmakta zorlanıyorum, nedeni net bulunamadı, kabızlığım olabilirmiş, beni o yüzden yönlendirdiler.

Vaka 8: Bel fıtığı ameliyatı/hemoroid ameliyatı/ anal fissür ameliyatı oldum, tuvalette zorlanmaya başladım.

Vaka 9: Bel fıtığı ameliyatı/hemoroid ameliyatı/ anal fissür ameliyatı oldum, bel ağrım/hemoroidim/ anal fissürüm tam iyileşmedi

Vaka 10: Hiç tuvalet sorunum yoktu, son 3 aydır tuvalette zorlanıyorum, dışkımda kan da görüyorum.

Ve yukarıdaki yakınmalara benzer daha birçok farklı şekilde defekasyon sorunu tarif eden hasta gastroenteroloji polikliniklerine sıklıkla başvururlar. Bu vakaların neredeyse hepsinde ana yakınma aslında kabızlık ve/veya kabızlığın yarattığı komplikasyonlarıdır. Ancak kabızlığın tanısı net konulamazsa, önerilen tedavi de ana nedenden çok sonucun tedavisine yönelik olmaktadır.

Kabızlık gastrointestinal sistemin en sık görülen yakınmasıdır . Kabızlık özellikle de kronik bir sorun haline geldiğinde (6 aydan daha uzun süredir var olan) hem hasta için hem de sağlık politikaları açısından önemli bir ekonomik yüke sebep olabilmektedir. Kabızlık, hastalar için yeni ortaya çıkmış ya da 6 aydan fazla bir süredir var olan bir yakınma olabilmektedir.

Kabızlık; genelde kalın barsaktaki dışkının anorektuma ulaşmasında ve/veya buradan ıkınarak dışarı atılmasındaki sıkıntılar sonucunda ya da dışkının kıvamının sertleşmesine sebep olan çeşitli durumlarda oluşur. Sağlıklı defekasyon için; yeterli kalori alımı, belli uzunlukta ve yeterli motiliteye (dışkıyı çalkalayan ve rektuma ilerleten kontraksiyonların olması) ve açık bir lümene sahip kalın barsak, yeterli lif ve su alımı ile yumuşak kıvamlı ve düzgün hacimli olan dışkı, sağlıklı gastro-ko-

Konuşmacı Özetleri

lik refleksler ve dışkının rektumda rahatlıkla hissedilmesi ve atılmasını sağlayan sağlıklı anorektal duyum ve refleksler ile defekasyon anında rektum ile doğru koordinasyon sağlayacak intakt anal sfinkter kaslarına gerek vardır. Yeterli yumuşaklıktaki dışkı yeterli bir zamanda, lümende takılmadan rektuma ulaşabilmeli ve anorektal bölgeden de doğru ıkınma ve gevşeme manevraları ile dışarı atılabilmelidir. Barsağı yol, dışkıyı yolcu, anorektumu da çıkış kapısı olarak düşünürsek, bunların herhangi birinde ya da birlikte birkaçında sorunlar yaşandığında (yoldaki yavaşlama ya da tıkanıklık, yolcu olan dışkının sertleşmesi, kapı olan anorektumda yaşanan çıkış zorlukları) kabızlık ortaya çıkar. Kabızlık bütün bu mekanizmalardaki oluşan sorunların sonucunda ortaya çıkar. Birkaç istisna dışında, kabızlık yakınması olan hastalarda üst gastrointestinal traktusta transit normal hızdadır, ancak kabızlık yakınması olan hastalarda eş zamanlı üst gastrointestinal traktusa ait yakınmalar da (gaz, şişkinlik, reflü vb) olmayacak anlamına gelmemektedir.

Kronik kabızlık nedenleri genelde primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Sekonder kabızlık sebeplerini genelde eşlik eden diğer medikal sorunlar ve alınan ilaçlar teşkil ederken, primer kabızlık ise kendi içinde normal-transitli kabızlık, yavaş-transitli kabızlık ve çıkış obstrüksiyonları olmak üzere 3 alt tipe ayrılır. Bu üç alt grup kabızlığın etiolojisinde ayrı ayrı sebepler olabileceği gibi, birbirleriyle örtüşmeler de (overlap) gösterebilirler

Kronik konstipasyonu olan hastanın ilk değerlendirilmesi detaylı hikaye alma ve fizik muayene ile başlamalıdır. Laboratuvar tetkikleri (anemi tarama amaçlı tam kan sayımı, hipo/hiperkalsemi açısından serum kalsiyum seviyesi, hipotiroidizm açısından tiroid fonksiyon testleri), endoskopik incelemeler (kolonoskopi, fleksible sigmoidoskopi) ve radyolojik (kolon transit zamanı, defekografi) ya da fizyolojik tanı testleri (anorektal manometre, rektum ve anal kanalın duyarlılık testleri, balon atım testi) ancak seçilmiş hastalarda ve deneyimli merkezlerde yapılmalı, uygulanmalıdır. İlk değerlendirmede alarm yakınmaları (hematokezya, sebebi açıklanmamış karın ağrısı, istemsiz veya progresif kilo kaybı, ailede kolon kanseri ya da inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü varlığı, anemi varlığı, dışkıda gizli kan pozitifliği, akut başlangıçlı kabızlığın olması) varsa kolonoskopik inceleme gecikmeden uygulanmalı, kabızlığı açıklayacak herhangi bir olası organik sebep (kolon-rektum kanserleri, büyük polipler gibi) dışlanmalı ya da varlığı hızla gösterilmelidir.

NAFLD Hastasında Sistemik Hastalıkların Yönetimi

Cemal Nuri Erçin

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD

Alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) primer olarak bir karaciğer hastalığı gibi görünse de aslında bir multisistem hastalığıdır. Bu başlık altında ekstrahepatik olarak sıklıkla birlikte görülen kardiyovasküler hastalıklar (KVH), diabetes mellitus (DM), dislipidemi, obezite, daha az sıklıkla kronik böbrek hastalığı (KBH), polikistik over sendromu, obstruktif uyku apnesi, ekstrahepatik maliniteler sayılabilir. Bunlar içinde özellikle kardiyovasküler hastalıkların karaciğer hastalıklarından daha çok mortalite nedeni olduğu, DM varlığının karaciğer hastalığının ilerlemesine yol açtığı bilinmektedir. NAFLD konusunda yapılan bir çok çalışmaya rağmen halen onaylanmış bir ilaç tedavisinin ortaya konmadığı ve özellikle metabolik sendrom komponentlerinin tedavisinin metabolik düzelme ile beraber NAFLD gidişatında önemli bir yer tuttuğu bilindiğine göre, bu hastalara yaklaşımda ekstrahepatik tedaviler önem arz etmektedir.

DM tanısı olan hastalarda hem iyi glisemik kontrol, hem de bu grup hastada KVH riski yüksek olduğundan bu riski azaltmak amaç olmalıdır. Metformin tedavisinin yeterli olmadığı durumlarda glukagon benzeri peptid-1A (GLP-1A) ve sodyum glukoz taşıyıcı 2 inhibitörü (SGLT2i) grubu ilaçlar tercih edilmelidir. Pioglitazonun özellikle fibrozis üzerine olumlu etkileri yanında, kemik kaybı, sıvı retansiyonu ve ödem gibi yan etkileri unutulmamalıdır. İleri evre karaciğer hastalıklarında insülin tedavisi ön planda düşünülmelidir.

Hipertansiyon tanısı olan NAFLD hastalarında fibroziste ilerleme ve karaciğere bağlı mortalite riski artmaktadır. Genel popülasyonda olduğu gibi burada da yaşam tarzı değişiklikleri tedavide önemli yer tutmaktadır. İlaç tedavisinde ise Renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin (RAAS) fibrozis üzerine etkisi olabileceği bilindiği için renin-anjiyotensin sistem (RAS) blokajı yapan anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ) ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) tercih edilmelidir.

NAFLD olgularında KVH riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca klasik kardiyovasküler risk faktörlerinden bağımsız olarak NAFLD'ın bağımsız bir risk faktörü olabileceği de öne sürülmektedir. NAFLD olgularında ateroskleroz, aritmiler, myokard hastalıkları, kapak hastalıkları da görülebilmektedir. NAFLD tanısı sonrası tüm hastalar kardiyak semptomlar açısından sorgulanmalı ve Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE) ya da Pooled Cohort denkleminden elde edilen Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık (ASCVD) gibi skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir. Hiperlipidemi konusunda da KVH risk yönetiminde belirlenen hedefler ışığında başta statinler olmak üzere lipid düşürücü tedaviler önerilmektedir.

Obezite NAFLD olgularında metabolik faktörlerle birlikte sıklıkla görülmektedir. Bu konuda diyet uygulamaları, egzersiz, davranış tedavileri ve medikal uygulamalar seçenekler arasındadır. Özellikle uzun vadede bulunmakla birlikte günümüzde uzun dönem sürdürülebilir kilo kaybını sağlayan etkili tedavi yöntemi bariyatrik cerrahi olarak kabul görmüştür.

NAFLD tanısı olan olgularda KBH sıklığının arttığı bildirilmektedir. Bu artışın DM, hipertansiyon ve obezite gibi ortak risk faktörlerinden bağımsız olduğu ve özellikle nonalkolik steatohepatit (NASH) grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. Bu hastalarda böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesinde; tahmini glomerüler filtrasyon hızının (eGFR) ölçümü ve mikroalbuminüri tayini için spot idrar incelemesinde "albümin/kreatinin oranının değerlendirilmesi kullanılabilecek yöntemlerdir.

Sirozda Kreatinin Yüksekliği ve Hiponatremi

Osman Cavit Özdoğan

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Marmara Üniversitesi Gastroenteroloji Enstitüsü

Bu konuşmada kreatinin yüksekliği ile beraber hiponatremisi olan dekompanse siroz hastasının değerlendirilmesi ele alınacaktır. Öncelikle siroz hastasında normal kreatinin değeri nedir? Siroz hastalığının erken evrelerinde ciddi bir kas kütlesi kaybı görülmezken, dekompanse dönemde Child-Pugh skoru ileri hastalarda sarkopeni dediğimiz durumda kas kütlesi kaybı ile kreatinin normal değerlerinin düşmesi, buna bağlı olarak da kreatinin değerlerinde yükselme olmasına rağmen değerlerin halen normal sınırlarda kaldığı görülmektedir. Bu nedenle artık bazal kreatinin değerlerindeki artmanın esas alındığı akut böbrek hasarı (ABH) tanımlaması kullanılmaktadır.

Bu tanımlamaya göre siroz hastasında kreatinin yüksekliği :

1-Hastanın bazal kreatinin değerinin 48 saat içinde 0.3 mg artması veya bazal değerin %50 artması akut böbrek hasarı olarak değerlendirilmektedir. AKH'de bazal kreatinin değerinde artma miktarına göre 3 klinik evreye ayrılmaktadır :**Evre 1: Bazal kreatinin değerinin %150'si, Evre 2: %200 ve Evre 3: %300 olarak belirlenmiştir.**

2-Kronik böbrek hasarı ise 3 aydan uzun sürede GFR'nin %60 altında olduğu durumlarda kullanılmaktadır.

3-Kronik zeminde akut böbrek hasarı: 3 aydan uzun sürede GFR < %60 olan hastada bazal kreatinin 48 saat içinde 0.3 mg üzerine çıkması veya bazal değerin %50 artması olarak tanımlanır.

Dekompanse siroz hastasında gelişen akut böbrek hasarının ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır. Siroz hastasında kreatinin yüksekliği ile beraber sıklıkla (%40) hiponatremi de görülmektedir. Sirozda hiponatremi 130 mEq/L altı olarak değerlendirilmektedir. Dekompanse sirozda hiponatremi sıklıkla dilüsyonel olarak değerlendirilmekle birlikte, diğer ayırıcının tanının yapılması gerekmektedir. Her iki tablonun birlikte olduğu durumda her iki durumun da tedavisi tablonun geri dönmesi açısından önemlidir. Bu sunumda siroz hastasında akut böbrek hasarı ve hiponatremi varlığında ayırıcı tanı ve tedavi prensipleri tartışılacaktır.

Sık Kaza Yapıyorum, Sinirliyim Subklinik HE?

Mehmet Demir

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD, Hatay

Hepatik ensefalopati (HE), dekompanse karaciğer hastalığının birçok komplikasyonundan biridir. Mental durumdaki subklinik değişikliklerden komaya kadar değişebilen, potansiyel olarak geri dönüşümlü, nörolojik ve psikiyatrik belirtiler yelpazesinden oluşur. Başlangıçta, HE klinik spektrumunu tanımlamak için kullanılan West Haven Kriterleri, hastaları 1 ile 5 kategori arasında tanımlamıştır (1). West Haven Kriterleri uzun yıllar klinik pratiğimizde kullanılmıştır, ancak 2011’de, Uluslararası Hepatik Ensefalopati ve Azot Metabolizması Derneği daha yeni bir sınıflama önermiştir. Buna göre hepatik ensefalopati gizli (covert) veya açık (overt) olarak iki ana kategoriye ayrılmıştır. Bu sınıflama sistemi West Haven sınıflamasına göre daha az subjektiftir. Uluslararası Hepatik Ensefalopati ve Azot Metabolizması Derneği sınıflamasına göre gizli HE veya klinik olarak saptanamayan HE, West Haven Kriterlerinin hem minimal hem de derece I hastalık kategorilerini kapsamaktadır. Bu kategorilere giren hastalar covert (gizli) HE (CHE) olan hastalardır (tablo 1).

Bu yazıda “Sık Kaza Yapıyorum, Sinirliyim Subklinik HE? (mi)” başlığı göz önüne alındığı için CHE tanısı üzerinde durulacaktır.

Önceden subklinik HE olarak adlandırılan MHE, HE’nin en erken ve en hafif formunu temsil etmektedir (2). MHE’li hastalar herhangi bir aşık klinik bilişsel değişiklik bulgusu sergilemezler, bunun yerine psikomotor veya nöropsikiyatrik işlevlerinde beli belirsiz yavaş değişiklikler olur. Bu nedenle en az tanınan ve en az tanı konulan HE formudur. Kronik karaciğer hastalığı olan hastaların %20-80 kadarında MHE’nin olduğu tahmin edilmektedir (3,4).

MHE için en önemli problem tanı için altın standart bir testin olmamasıdır, bununla birlikte, bu nörobilişsel komplikasyonu saptamak için bir dizi tanı testleri geliştirilmiştir(5). Bunların bazıları ayrıca açık HE’ye ilerleme riski altında olanları ve prognoz tahmini içinde bilgi vermektedir (3-5).

MHE’nin tanınması oldukça zor olsa da, MHE tanısı konan hastalarda daha kötü klinik sonuçlarla ilişkinin ortaya çıkarılması, son dönemlerde erken teşhis koyma çabalarını arttırmıştır. Çünkü MHE için basit uzuz kolay güvenilir yeni tanı araçları ile erken tanısının koyulması, HE’nin uzun süreli hastaneye yatışları önleyeceği ve sağlık sistemi üzerindeki maliyeti azaltacağına inanılmaktadır. MHE’li hastalar hastaneye yatış ve motorlu araç kazaları açısından daha yüksek risk altındadır (4), HE’ye ilerleme riski daha yüksektir, yaşam kalitesi bozulmuştur ve genel mortalite oranlarında artış vardır (3,4). Gerçekten de MHE tanısını hedeflemek, kronik karaciğer hastalığı olan hastalar için hatırı sayılır maliyet tasarrufu ve uzun dönemde iyileştirilmiş klinik sonuçlara neden olabilecek, potansiyel taşıyan önleyici bir yöntemdir. CHE’nin erken tanınması, bu hastalıkla ilişkili sosyoekonomik yükü potansiyel olarak azaltabilir ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirebilir.

CHE tanısı için kullanılan testler

MHE varlığını değerlendirmek için tek bir optimal ölçü yoktur. Aslında, önerilen yöntemlerin hiçbirisi HE’nin tüm yönlerini kapsamamaktadır. Overt HE (OHE) riski altındaki hastaların belirlenmesinde iyi bir duyarlılık ve özgüllük için uygun normlara ihtiyaç vardır. OHE’si olmayan hasta gruplarında patolojik sonuçların oranı belirgin şekilde farklılık gösterir. Çeşitli yöntemlerin so-

nuçları tutarlı değildir. Bununla birlikte, hastaların ve hasta yakınlarının günlük yaşamları üzerindeki önemli olumsuz etkileri mevcuttur. Buna rağmen poliklinik şartlarında klinisyen tarafından CHE'nin tanısının atlanması çok olağandır. Çünkü CHE klinik bulgular ya yoktur ya da çok siliktir. Ayrıca klinisyenin poliklinik şartlarında uygulayabileceği basit ulaşılabilir ve güvenilir testlerin yokluğu bu duruma neden olan en önemli faktörlerdendir. CHE için altın standart olarak kabul edilen psikometrik hepatik ensefalopati skoru (PHES) güvenilir olsa da poliklinik şartlarında zaman alıcı olması nedeniyle uygulanması zor testlerdir. Ancak son dönemlerde geliştirilen hayvan isim testi ve akıllı telefonlardan uygulanan EncephalApp testlerin sonuçlarının 1-2 dk da yapılabilen, sonuçları güvenilir, tekrarlanabilir testler olarak bildirilmiştir. Bu gelişmeler yakın gelecekte klinik pratiğimizi değiştirmeye aday gelişmelerdir.

Portosistemik ensefalopati sendromu testi olarak da adlandırılan **psikometrik hepatik ensefalopati skoru (PHES)**, bilişsel ve psikomotor işlem hızını ve görsel motor koordinasyonu değerlendiren bir dizi testten oluşur. Skor ilk olarak Almanyada geliştirilmiş ve standartlaştırılmıştır. Daha sonra, 1998'de Dünya Gastroenteroloji Kongresi'ndeki Hepatik Ensefalopati Konsensüs Grubu, PHES'i MHE tanısı için altın standart olarak kabul etmiştir. Test, profesyonel olarak eğitilmiş personel veya gelişmiş ekipman olmadan 10 ila 20 dakika içinde kolayca uygulandığı için popülerlik kazanmıştır (6). PHES, 5 kağıt ve kalem psikometrik testten oluşur: rakam sembolü testi, çizgi izleme testi, sayı bağlantıları testleri A ve B ve seri noktalama testi. Her test, sağlıklı kontrollerin ortalama puanlarından standart sapmalara (Z-skorumları) dayalı olarak puanlanır. Bir hastanın nihai puanı 18 ila 16 puan arasında değişebilir. MHE için pozitif bir sonucu ayırt eden tanı eşiği eksi 4'ten azdır. PHES'in duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %96 ve %100'dür. PHES ayrıca prognostik bir gösterge olarak da kullanılmıştır. Eğer skor < -6 ise kötü prognoz ile ilişkilidir. Ayrıca MHE ile uyumlu bir puan alan hastaların, MHE tanısı almayanlara kıyasla aşikar HE geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir⁸. Son zamanlarda, bir çalışma, PHES ile uyanıklığı ve sürüş kabiliyetini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir araç olan Psikomotor uyanıklık görevi "Psychomotor Vigilance Task" arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma, patolojik PHES'i olanların, normal PHES'li olanlara kıyasla daha kötü psikomotor uyanıklık görevi indekslerine sahip olduğunu göstermiştir (7). Bu ilişki, hastalar için belirli günlük yaşam aktivitelerine özgü bir prognostik araç olarak PHES'in kullanılabilirliğini de göstermiştir. Bununla birlikte, PHES sınırlamaları da mevcuttur. Testin yapılması için önceden eğitim veya ekipman gerektirmemesine rağmen, testi tamamlamak için gereken 10 ila 20 dakika zaman poliklinik şartlar düşünüldüğünde oldukça fazla bir zamandır. PHES, yaş ve sınava giren kişinin eğitim düzeyi gibi birçok faktörden de etkilenebilir (6) 2011 yılında, Riggio ve arkadaşları (8) PHES'in zaman sınırlamasına yönelik olası bir çalışma yaparak yalnızca rakam sembolü testi, seri noktalama testi ve çizgi izleme testini içeren basitleştirilmiş PHES'in doğrulukta azalma olmadan sürede yarı yakın kısaltmalar sağladığını bildirmişlerdir.

Nöropsikolojik Durumun Değerlendirilmesi için Tekrarlanabilir Batarya (RBANS) testi de bir kağıt kalem testidir, ancak bu test yöntemiyle ilgili yayınlanmış daha az veri vardır ve daha az sıklıkla kullanılır.

İnhibitör Kontrol Testi (ICT), MHE'yi teşhis etmek için daha yaygın olarak kullanılan test yöntemlerinden biridir. Dikkat, tepki inhibisyonu ve çalışma belleğini değerlendirmek için tasarlanmış bilgisayarlı bir testtir. Test sırasında hastalara bilgisayar ekranında 500 milisaniyelik aralıklarla hedef ve yem olarak isimlendirilen bir dizi harf gösterilir. "X" ve ardından "Y" veya "Y" ve ardından "X" gibi "hedefler" olarak adlandırılan değişken harfler gösterildiğinde, boşluk çubuğuna basmaları talimatı verilir. Bu arada, "XX" veya "YY" çiftleri olan "yem" olarak adlandırılanları da görmezden

gelmeleri talimatı verilir. İdeal olarak, hastalar 212 hedefin tümüne yanıt verecek, eksiksiz dikkat gösterecek, 40 yemin tümünü görmezden gelecek, sağlam yanıt inhibisyonu gösterecek ve bunu kısa reaksiyon süreleriyle yapacaktır (9). Hangi ICT parametresinin en yararlı olduğu konusunda bazı tartışmalar olmasına rağmen, MHE teşhisi söz konusu olduğunda genel olarak ICT'nin mükemmel bir duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olduğu gösterilmiştir. Örneğin, 2008'de Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bir araştırma, MHE'yi teşhis etmek ICT'in yemlere yanlış yanıt verilmesinin en yüksek hassasiyet ve özgüllüğe sahip olduğu öne sürülmüştür. Çalışmada, 5'ten fazla yeme verilen yanlış yanıtın, MHE'yi teşhis etmede %88'lik bir duyarlılıkla ilişkili olduğunu göstermiştir (10). AASLD/EASL klavuzu (ortak yayınlanmış), ICT'nin geçerliliğini desteklemektedir. Test tekrarlanabilir. Ek olarak, ICT'nin MHE tedavisini takiben klinik iyileşmenin izlenmesinde yararlı olduğu gösterilmiştir (10).

Başka bir test yöntemi, **Kritik Titreme Frekansı (CFF) testidir**. CFF sırasında hasta, başlangıçta sabit bir ışık akışı gibi görünecek kadar yüksek bir frekansta görüntülenen bir dizi ışık darbesi izler. Test devam ettikçe, ışık darbelerinin frekansı azalır. Hasta, sabit bir ışık akışı olarak görünmek yerine ışığın titremeye başladığını fark eder etmez, bir düğmeye basması gerekir. MHE'li hastalarda görsel algı ve tepki süresi bozulacak ve bu nedenle titremenin başlangıcını MHE'si olmayan hastalar kadar hızlı tespit edemeyeceklerdir (11) Bir meta-analiz ki 9 çalışmayı içeren çalışma, CFF'nin MHE teşhisinde %61 duyarlılık ve %79 özgüllüğe sahip olduğunu bildirmiştir (12) Bu test oldukça yüksek özgüllüğe sahip olmasına rağmen, nispeten düşük bir duyarlılığa sahiptir, bu da birinci basamak test olarak kullanımını sınırlar

Tarama Paketi (scan package), SCAN testi, görsel uyaranlara tepki süresini değerlendiren başka bir bilgisayarlı testtir, 3 parçadan oluşmaktadır. İlk bölüm, bilgisayar ekranında bir görsel uyarının yanıp söndüğü ve hastanın uyarımı gördüğünde klavyedeki boşluk çubuğuna basarak yanıt vermesinin beklendiği Basit Tepki Süresi testidir. İkinci kısım biraz daha karmaşıktır ve Seçim Reaksiyon Süresi testi olarak adlandırılır. Bu bölümde bilgisayar ekranında ya 1 ya da 3 rakamı görüntülenir ve hasta bilgisayar klavyesinde uygun karşılık gelen rakama basmalıdır. Son olarak, 36 çift sayının gösterildiği ve öznenin ortak çiftler varsa 1'e veya ortak çiftler yoksa 3'e basarak yanıt vermesi gereken Tarama Tepki Süresi testi "Choice Reaction Time test" vardır. Hastanın yanıt verdiği toplam uyaran sayısı, doğruluklarını belirlemek için yüzde olarak hesaplanır. Ek olarak, doğruluk ayarlı reaksiyon süreleri de hesaplanır. Bir hastanın nihai sonucu, yaş ve eğitim düzeyine göre düzeltilmiş bir Z-skoru olarak hesaplanır. Testin de prognostik değere sahip olduğu gösterilmiştir (13)

Süreklili reaksiyon süresi "Continuous Reaction Time" (CRT) testi işitsel uyaranlara tepki sürelerini değerlendirir (CFF ve Tarama Paketi hastaların görsel uyaranlara tepki sürelerini değerlendirir). Bu bilgisayarlı testte, 10 dakikalık bir süre boyunca toplam 150 işitsel uyaran çalınır. Sesler, uzunluğu 2 ila 6 saniye arasında değişen rastgele aralıklarla meydana gelir. Hasta her ses duyduğunda bir düğmeye basmalıdır. Test, hastaların reaksiyon hızını, dikkatini ve engelleyici kontrolünü analiz eder (14). Hastaların sonuçları, 50 yüzdelik/(90-10 yüzdelik dilim) olarak hesaplanan bir CRT indeksi cinsinden rapor edilir. İndeks, hastanın tepki sürelerinin tutarlılığını ölçer. CRT indeksi ne kadar yüksekse, hasta uygun zamanlarda düğmeye basmakta o kadar tutarlı bulunmuştur. CRT indeksi değerleri 1,9'a eşit veya daha büyük ise normal kabul edilmiştir, 1,9'dan küçük CRT indeks değerleri ise MHE için tanısal olarak kabul edilmiştir. Bu test yöntemi Danimarka'da yaygın olarak kullanılmaktadır. CFF'ye benzer şekilde, CRT test sonuçları hastanın yaşından veya eğitim seviyesinden etkilenmez

Elektroensefalogram (EEG), HE'yi teşhis etmek için uzun süredir kullanılmaktadır. 1950'lerde,

gizli HE'li hastalarda EEG'nin frontal bölgelerinde ilk kez monomorfik yavaş dalgalar gözlenmiştir (15). Sonraki gözlemlerde, HE evresi arttıkça EEG aktivitesinde alfa aralığından (8-13 Hz) tetaya (4-7 Hz) ve deltaya (1-4 Hz) doğru, kademeli bir yavaşlama olduğu görülmüştür (16) EEG'nin bir dezavantajı, yorumunun operatöre bağlı olması ve yeterli tekrarlanabilirlik sağlamayıdır. EEG'nin spektral analizi önerilmiştir. Daha objektif analiz sağlar, ancak minimal ensefalopati tanısında etkinliği tartışmalıdır(6). EEG analizinin güvenilirliği nicel analizle (ortalama baskın frekans veya spektral bant analizi ile arka plan frekansı dahil) artabilir (17). EEG, hasta kooperasyonu veya öğrenme etkisi riski olmaksızın geniş HE spektrumunda kortikal serebral aktivitedeki değişiklikleri tespit etmesi avantajdır. Bununla birlikte, spesifik değildir ve hiponatremi gibi metabolik bozuklukların yanı sıra ilaçlardan da etkilenebilir. Çoğu durumda, EEG değerlendirmede kurumsal bir kurulum ve nörolojik uzmanlık gerektirir.

Bilişsel işlev bozukluğunu test eden testlerin yapılması genellikle zordur ve tıp camiasında kolayca rutin olarak uygulanamaz. MHE'yi tespit etmede yukarıda belirtilen tüm tanı yöntemleri için belirli evrensel sınırlamalar vardır. Bu testleri uygulamak için gereken süre en zayıf taraflarıdır ve poliklinik şartlarında uygulanamamaktadır. Son yıllarda sadece 1 dakikada yapılabilen herhangi bir ekipmana ihtiyaç duymayan, poliklinik şartlarda yapılabilen basit hayvan isimlendirme testi olarak adlandırılan bir test geliştirilmiştir.

Hayvan adlandırma testi

Son yıllarda geliştirilen hastanın 1 dakikada saydığı maksimum hayvan sayısını değerlendiren basit bir testtir. Campagna ve arkadaşları 2017 yılında basitleştirilmiş Hayvan Adlandırma Testinin (S-ANT1) klinik uygulamada sirozlu hastalarda CHE'yi saptamak için hızlı bir araç olabileceğini bildirilmiştir (18) . ANT1'in kendisi, özellikle psikolojide kullanılan bir anlamsal akıcılık testidir [19,20). Hastalardan bir dakika içinde mümkün olduğu kadar çok hayvanı isimlendirmeleri istenir ve bir yaş ve eğitim ayarlama prosedürü kullanılarak S-ANT1 elde edilir (Tablo 2). Hayvan adlandırma testi, okuma yazma bilmeyen hastalar için de etkili bir araçtır; CHE/MHE'nin değerlendirilmesi için kolayca elde edilebilen yararlı bir ölçüm sağlamaktadır. Campagna ve ark. <15 hayvan ismini söylemesi hafif veya < 10 hayvan ismini söylemesi şiddetli bilişsel bozukluğun tespiti için önermiştir. Hastanın 1 dakikada 15 veya daha fazla hayvan ismini söylemesi normal olarak kabul edilmiştir. 10 altında hayvan ismi CHE tanısını koydurur, skorun 15 değeri CHE ile normaller arasında en iyi ayrımı yapmaktadır. Testin external validasyonu da yapılmıştır (21). Bu çalışmada cut-of değerini < 15 olarak alındığında duyarlılık %31, özgüllük %98, PPV %90 ve NPV %68 olmuştur, cut-of değerini <10 olarak uygulandığında, duyarlılık sırasıyla %7, özgüllük %100, pozitif öngörücü değer (PPV) %100 ve negatif öngörücü değer (NPV) %61 saptanmıştır.

Mevcut bu sorunlar teknolojiyi kullanan yeni araçların geliştirilmesinin yolunu açmıştır. Teknoloji, kolay erişilebilir, güvenilir ve uygulanabilir daha kısa tanı yöntemlerine olanak tanımıştır. Akıllı telefonlar ve tablet cihazlar çağında, bu cihazlar ile kullanılan programlar ve uygulamalar, diğer alanlarda olduğu gibi tıp camiasında da yüksek kaliteli hasta takip ve bakım olanakları sunmaya başlamıştır. Uygulamalar, geliştirme maliyetleri açısından çeşitlilik gösterebilir, ancak erişilebilirlikleri ve basitleştirilmiş yapıları maliyet-fayda sürekliliğini genellikle olumlu yönde etkilemektedir.

Stroop Testi, MHE'yi teşhis etmek için zihinsel hız ve esnekliği test eden 2013'te yayınlanan yeni bir değerlendirme aracıdır (22). Değerlendirmesi 2 ayrı değişkene dayanmaktadır. İlk olarak, hasta bir ekranda yazılan kelimelerin metninin rengini belirlemelidir. İkincisi, hasta kelimelerin metninin rengini tekrar tanımlamalıdır, ancak bu sefer kelimelerin kendisi metin renginden farklı gerçek

renklerdir. Bu testler, birkaç basit hasta demografisine dayalı olarak karşılaştırılır ve standartlaştırılır. 5 dakikadan daha kısa sürede uygulanır ve kullanımı son derece kolaydır, ustalaşmak için herhangi bir eğitim veya tekrarlı kullanım gerektirmez. Sonuçlar otomatik olarak hesaplanır ve yorumlanması kolay bir raporda sunulur. Bu uygulamayı destekleyen ilk veriler, sirozlu 124 hastayı ve 134 kontrol hastası ile karşılaştıran bir çalışmadan gelmiştir. Stroop Testi ile karşılaştırmak için PHES ve ICT kullanılmıştır. Stroop Testi, MHE'li hastaları MHE'si olmayanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak oldukça güçlü bir şekilde ayırt ettiği saptanmıştır ($P<.0001$) (22) Stroop Testinin duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %78 ve %90 bulunmuştur. Stroop Testinin iyi bir görünüş geçerliliğine (face d face validity, test-tekrar test güvenilirliğine ve dış geçerliliğe (external validity) sahip olduğu gösterilmiştir. Stroop Testinin validasyon çalışmasında test-tekrar test güvenilirliğinin olduğu da saptanmıştır (23). Yapılan çok merkezli bir çalışmada vaka sayıları genişletilmiş, 308 kontrole karşı 437 siroz hastası değerlendirmiş ve Stroop Testin MHE teşhisi için iyi bir duyarlılık ve aşık HE gelişimini öngörme kabiliyetini göstermiştir (24). Stroop Testinin başarısı, MHE'nin teşhis doğruluğunu ve verimliliğini artırma amacı ile ilk mobil uygulamanın geliştirilmesi sağlamıştır. Stroop Testi, tüm Android ve Apple iOS cihazlarının uygulama mağazasında bulunan ücretsiz bir uygulama olan EncephalApp'e entegre edilmiştir. Teknolojinin erişilebilirliği bu üründe ilk elden kanıtlanmıştır, çünkü dünya çapında hızla popülerlik kazanmıştır ve şu anda İngilizce, İspanyolca, Almanca, Endonezyaca, Rumence, Slovakça, Tayca ve Mandarin dillerinde mevcuttur. Bugüne kadar bu, MHE'nin tespiti için tasarlanmış en başarılı ve iyi çalışılmış uygulamadır. MHE'yi teşhis etmek için araştırılan çok sayıda tanı testi göz önüne alındığında, yakın tarihli bir çalışma, tekli ve kombinasyon testlerinin kullanılmasının rolünü değerlendirmiştir. Bu çok merkezli çalışmaya 3 merkezde 437 hasta dahil edilmiştir (24). Stroop Testi, MHE'yi öngörmeye daha fazla hassasiyet göstermektedir. Genel olarak, tek başına PHES veya Stroop veya Stroop Testi ile birlikte PHES, MHE'yi teşhis etmek ve açık HE'yi tahmin etmek için eşdeğer olarak bulunmuştur (26). Maalesef Stroop testinin Türkçe versiyonu henüz yoktur.

Sonuç olarak

CHE, klinik olarak saptanabilir nörolojik-psikiyatrik anormallikler bulunmaz, ancak nöropsikolojik veya psikometrik testler ile rutin klinik muayene sırasında saptanamayan nörobilişsel değişikliklerin ortaya konması ile tanı alır. Günümüzde daha önceden göz ardı edilen bu klinik tablonun hasta ve hasta yakınlarının hayatını ciddi derecede etkileyen klinik bir durum olduğu ortaya konduca erken tanı ve tedavi düşüncesi ön plana çıkmaktadır. MHE günlük aktiviteleri etkiler, iş performansını düşürür, yaşam kalitesini azaltır, kaza riskini artırabilir ve aşık ensefalopatiye dönüşerek karaciğer sirozu olan hastaların prognozunu kötüleştirebilir. Erken tanı ve tedavi bu olumsuz klinik sonuçları düzeltebilir. Bu nedenle son zamanlarda tanı ve tedavi için CHE odak noktası olmuştur. Yine son dönemlerde CHE tanısı için geliştirilen basit kolay uygulanabilir ve poliklinik şartlarında yapılan hayvan isimlendirme testi ve akıllı telefon/android cihazlar ile yapılan stool testi gibi testlerin geliştirilmesi klinik pratikte tanı açısından yaşanan problemleri kısmen de olsa çözecek gibi görünmektedir. CHE tedavisi için de günümüzde fikir birliği yoktur ancak hayatı belirgin derece etkilemesi, kötü klinik sonuçlar ile sonuçlanması nedeni ile CHE'li hastaların tedavi edilmesi görüşü giderek ağırlık kazanmaya başlamıştır.

Kaynaklar

1. Dharel N, Bajaj JS. Definition and nomenclature of hepatic encephalopathy. J Clin Exp Hepatol 2015;5(Suppl 1):S37-41.
2. Amodio P, et al. Characteristics of minimal hepatic encephalopathy. Metab Brain Dis 2004;19(3-4):253-67.

3. Vilstrup H, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology* 2014;60(2):715–35.
4. Ridola L, Cardinale V, Riggio O. The burden of minimal hepatic encephalopathy: from diagnosis to therapeutic strategies. *Ann Gastroenterol* 2018;31(2):151–64.
5. Weissenborn K. Diagnosis of minimal hepatic encephalopathy. *J Clin Exp Hepatol* 2015;5(Suppl 1):S54–9.
6. Nabi E, Bajaj JS. Useful tests for hepatic encephalopathy in clinical practice. *Curr Gastroenterol Rep* 2014;16(1):362.
7. Formentin C, et al. The psychomotor vigilance task: role in the diagnosis of hepatic encephalopathy and relationship with driving ability. *J Hepatol* 2019;70(4): 648–57. 11.
8. Riggio O, et al. A simplified psychometric evaluation for the diagnosis of minimal hepatic encephalopathy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9(7):613–6.e1.
9. Tapper EB, et al. Diagnosis of minimal hepatic encephalopathy: a systematic review of point-of-care diagnostic tests. *Am J Gastroenterol* 2018;113(4):529–38.
10. Bajaj JS, et al. Inhibitory control test for the diagnosis of minimal hepatic encephalopathy. *Gastroenterology* 2008;135(5):1591–600
11. Dhiman RK, et al. Diagnosis and prognostic significance of minimal hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis of liver. *Dig Dis Sci* 2010;55(8):2381–90.
12. Torlot FJ, McPhail MJ, Taylor-Robinson SD. Meta-analysis: the diagnostic accuracy of critical flicker frequency in minimal hepatic encephalopathy. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;37(5):527–36.
13. Amodio P, Del Piccolo F, Marchetti P, et al. Clinical features and survival of cirrhotic patients with subclinical cognitive alterations detected by the number connection test and computerized psychometric tests. *Hepatology* 1999;29:1662–1667
14. Lauridsen MM, et al. The continuous reaction times method for diagnosing, grading, and monitoring minimal/covert hepatic encephalopathy. *Metab Brain Dis* 2013;28(2):231–4.
15. Foley JM, Watson CW, Adams RD. Significance of the electroencephalographic changes in hepatic coma. *Trans Am Neurol Assoc* 1950;51:161–5.
16. Amodio P, et al. Prevalence and prognostic value of quantified electroencephalogram (EEG) alterations in cirrhotic patients. *J Hepatol* 2001;35(1):37–45.
17. Guerit JM, Amantini A, Fischer C, et al; members of the ISHEN commission on Neurophysiological Investigations. Neurophysiological investigations of hepatic encephalopathy: ISHEN practice guidelines. *Liver Int* 2009;29:789–796
18. Campagna F, Montagnese S, Ridola L, Senzolo M, Schiff S, De Rui M, et al. The animal naming test: an easy tool for the assessment of hepatic encephalopathy. *Hepatology* 2017.
19. Tallberg IM, Ivachova E, Jones Tinghag K, Ostberg P. Swedish norms for word fluency tests: FAS, animals and verbs. *Scand J Psychol* 2008;49:479–85.
20. Lucas JA, Ivnik RJ, Smith GE, Ferman TJ, Willis FB, Petersen RC, et al. Mayo's older African Americans normative studies: norms for Boston Naming Test, controlled oral word association, category fluency, animal naming, token test, WRAT-3 reading, trail making test, stroop test, and judgment of line orientation. *Clin Neuropsychol* 2005;19:243–69.
21. Beul L, Toenges G, Ridola L, et al. Validation of the simplified Animal Naming Test as primary screening tool for the diagnosis of covert hepatic encephalopathy. *Eur J Intern Med* 2019;60:96–100. 29.
22. Bajaj JS, et al. The Stroop smartphone application is a short and valid method to screen for minimal hepatic encephalopathy. *Hepatology* 2013;58(3):1122–32.

Konuşmacı Özetleri

23. Bajaj JS, et al. Validation of EncephalApp, smartphone-based Stroop test, for the diagnosis of covert hepatic encephalopathy. Clin Gastroenterol Hepatol 2015; 13(10):1828–35.e1.
24. Allampati S, et al. Diagnosis of minimal hepatic encephalopathy using Stroop EncephalApp: a multicenter US-based, norm-based study. Am J Gastroenterol 2016;111(1):78–86
25. Duarte-Rojo A, Allampati S, Thacker LR, et al. Diagnosis of covert hepatic encephalopathy: a multi-center study testing the utility of single versus combined testing. Metab Brain Dis 2018;34(1):289–95.
26. Duarte-Rojo A, Allampati S, Thacker LR, et al. Diagnosis of covert hepatic encephalopathy: a multi-center study testing the utility of single versus combined testing. Metab Brain Dis 2018;34(1):289–95.

Tablo 1. Hepatik ensefalopatinin evrelendirilmesi (West Haven kriterleri ve Uluslararası Hepatik Ensefalopati ve Azot Metabolizması Derneğinin 2011 sınıflaması)

Grade		Tanımı
Evre 0 (Minimal HE)	Covert HE	Klinik belirtiler olmaksızın psikometrik veya nörofizyolojik testler ile tanı
Evre I		Bilinç düzeyinde minimum değişiklik ile davranış değişiklikleri, uyku bozukluğu, konfüzyon (hafif), heceleri karıştırarak konuşma, yavaş konuşma
	(Gizli HE)	Öfori, anksiyete, farkındalık eksikliği, katılma ve/veya odaklanma performansında bozulma (AASLD/EASL kılavuzu).
Evre II	Overt HE	Dikkat azlığı, konfüzyon (belirgin) entelektüel fonksiyonlarda azalma, dizatri, belirgin kişilik değişikliği, uygunsuz davranış, tutarsız konuşmalar, letarji, ataksi, fleping teremor olabilir
Evre III		İlerlemiş konfüzyon; tutarsız konuşma, dezoryantasyon, paranoya, amnezi, rijidite, çoğu zaman uyuma fakat sesli uyarılara karşı uyanma (semistupor-stupor), inkontinans, patolojik reflexler (artmış derin tendon reflexleri, babinski pozitifliği, klonus gibi) Fleping tremor vardır
Evre IV		Koma (derin uyku), ağırlı uyarılara flexion veya extansiyon cevap alınabilir, sözlü uyarılara cevap alınamaz, Fleping tremor ve diğer tüm patolojik reflexler kaybolur,
	(Aşkar HE)	Okulosefalik veya okulovestibuler cevap, komanın derinliğine bağlı olarak ağırlı uyarılara cevap alınamaz,dekortike veya deserebre postür, dilate pupil görülebilir

HE; Hepatik Ensefolopati

Tablo 2. Hayvan isimlendirme testinin yapılışı

- Başlangıç ; “Size bilişsel performansınızı kontrol etmek için bir soru sormak istiyorum.
- Talimat: “Mümkün olduğunca çabuk, aklınıza gelebilecek kadar çok hayvanın adını söyleyin.Hazır mısın? Hadi başlayalım.
- Prosedür: 60 saniye süre ve tüm yanıtları kaydedin.Kişi 60 saniyeden önce durursa, “Başka hayvan var mı?” deyin. Kişi 15 saniye boyunca hiçbir şey söylemezse, “Köpek bir hayvandır. Bana söyler misin başka hayvan var mı?”
- Puanlama: Toplam hayvan sayısını sayın (tekrarlar veya hayvansal olmayan kelimeler çıkarılır)

Eğitim düzeyi < 8 olan hastalarda 3 hayvan, eğitimi düşük (< 8 yıl) ve yaşı yüksek (> 80 yıl) hastalarda 6 hayvan eklenmeli. Tüm işlemler ilgili hasta ile aynı gün gerçekleştirilmeli.

Midenin Premalign Lezyonları

Elif Yorulmaz

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

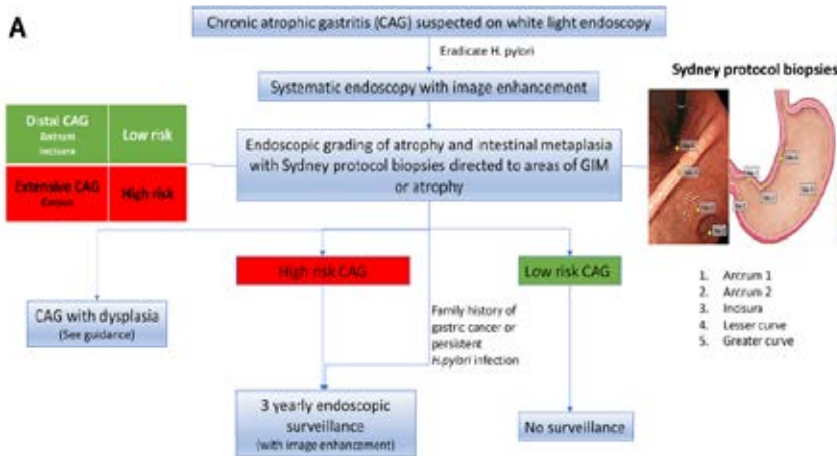
Metaplastik (kronik) atrofik gastrit (MAG)

İnflamasyona ek olarak mukozal incelme, mide bezlerindeki spesifik hücrelerin kaybı ve epitelyal hücre türlerindeki değişikliklerle ilişkili bir kronik gastrit formudur.

1) Çevresel (environmental) metaplastik atrofik gastrit (ÇMAG) Diyet alışkanlıkları, H.Pylori enfeksiyonu gibi çevresel faktörlerin gastrik mukozaya etkisi sonucu oluşur. HP en çok antrumda kolonize olur. Histopatolojik çalışmalarda HP enfeksiyonunun yıllar içinde superfisiyel gastritten gastrik atrofi, intestinal metaplazi (İM), displazi ve kansere ilerlediği gösterilmiştir. İM prevalansı HP enfeksiyonu dışında yaş, sigara içimi ve birinci derece akrabada gastrik kanser öyküsü ile de artar. Fazla tuz, N-nitrozo bileşikler, sigara, alkol, kronik safra reflüsü ÇMAG ile ilişkili bulunmuştur.

2) Otoimmün metaplastik atrofik gastrit (OMAG) Mide korpusundaki oksintik mukozanın atrofik ve metaplastik mukozayla yer değiştirmesi sonucu oluşur. Hipoklorhidri/aklorhidri, antral/pilorik G hücrelerinde hiperplaziye yol açıp hipergastrinemi sonucunda da enterokromafin hücrelerinde hiperplazi olup nöroendokrin tümörler oluşabilir. Midede <1cm'den küçük çok sayıda polip şeklinde görülür. Hücre değişimi İM ve displaziye doğru ilerlerse adenokarsinoma gelişir.

Antrumdan 2 (prepilorik bölge ve incisura angularis), korpustan 2 (küçük ve büyük kurvatur), üreaz testi için de 1 antrum ve 1 korpustan biyopsi alınmalıdır. Gastrit kanser riski histopatolojik derecelendirme için Operative Link on Gastritis Assessment (OLGA) ve Operative Link on Gastritis Intestinal Metaplasia Assessment (OLGIM) sistemlerinin kullanılması tavsiye edilir.



Sporadik gastrik polipler

Konuşmacı Özetleri

Gastrik epitelial poliplerin çoğunluğu (%70-90) fundik gland polipleri (FGP) ve hiperplastik poliplerdir. Sporadik FGP uzun süre proton pompa kullanımı ile ilişkilidir ve familial adenomatoz polipozis sendromu yokluğunda kanser riski yoktur. Hiperplastik poliplerde 1 cm'den büyük ve pedünlü morfoloji displazi için risk faktörüdür. Adenomatöz polipler malign potansiyel taşırlar ve polip rezeksiyonundan 1 yıl sonra endoskopi kontrolü ve polip yoksa her 3-5 yılda 1 endoskopi kontrolü yapılmalıdır. Hiperplastik ve adenomatöz polipler H.Pylori enfeksiyonu ve çevresel metaplastik atrofik gastrit ile ilişkili bulunmuştur.

Gastrik cerrahi

Benign mide ya da duodenum ülseri nedeni ile parsiyel gastrektomi yapılanlarda gastrik remnant karsinoma riski %0.8-8.9 arasında değişmektedir. Endoskopik izlem çalışmalarında displaziden kanser gelişme sıklığı %4-6 arasında değişmektedir. Bununla birlikte bazı popülasyon bazlı çalışmalarda bu risk artışı gösterilememiştir. Çalışmalar ilk cerrahiden 15-20 yıl sonra gastrik kanser riskinin arttığını göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHM-SG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019.
2. Yue H, Shan L, Bin L. The significance of OLGA and OLGIM staging systems in the risk assessment of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. Gastric Cancer 2018; 21: 579 – 587, Epub 2018 Feb 19.
3. The role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach. Gastrointest Endosc 2015;82:1-8.

Kolon Prekanseröz Lezyonlara Yaklaşım

Şule Poturoğlu

Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Kolorektal kanser (KRK), tüm kanserler arasında erkeklerde üçüncü, kadınlarda ikinci sırada görülen önemli bir kanser türüdür. Kansere bağlı olan ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alan KRK, dünya genelinde bu ölümlerin %9.2'sinden (880.792 kişi) sorumludur (1,2). 2011 ve 2015 yılları arasında 100.000 nüfus başına ortalama yıllık insidans oranları erkekler ve kadınlar için sırasıyla 45.9 ve 34.6 idi (3). KRK insidansı ve mortalite oranları, yılda sırasıyla yaklaşık %1.7 ve %3.2'lik sabit bir düşüş göstermiştir. Düşüş 1980'lerin ortalarında başlamış ve 2000'lerin başından itibaren hızlanmıştır. Cerrahi ve tedavi yaklaşımlarındaki gelişmelere ek olarak, risk faktörlerindeki değişikliklerin, KRK taraması yoluyla kanserin erken teşhisi ve kolonoskopi ile kanser öncesi poliplerin çıkarılmasının yol açtığına inanılmaktadır. Çoğu KRK, adenoma-karsinom dizisi yoluyla gelişir ve KRK'yi en erken, tedavi edilebilir aşamalarında tanımlamanın yanı sıra öncü lezyonlarını çıkararak kanseri önleme fırsatları sunar (4).

Kolonun prekanseröz lezyonları, adenomatöz polipler, serrated (testere dişli) polipler, polipozis sendromlarıdır. İnflamatuvar bağırsak hastalığında prekanseröz lezyonlar gelişebilir. Bunlardan başka flat nonpolip, eleve nonpolip ve deprese lezyonlar vardır.

Adenomatöz polipler

Tubuler adenom (%0-25 villöz doku, kolonik poliplerin %70'ni oluşturur), tubulovillöz adenom (%25-75 villöz doku), villöz adenomdan (%100 villöz doku) oluşur. Malign potansiyel taşırlar. KRK'lerin %70'inde prekürsör lezyonlardır. Patolojik olarak; düşük dereceli displazi terimi hafif displazi ve orta displazi için, yüksek dereceli displazi terimi ise şiddetli displazi ve karsinoma insitu için kullanılır.

Serrated polipler

Heterojen polip grubu olup hiperplastik polipler, geleneksel serrated adenomlar ve sesil serrated polipler olarak 3'e ayrılır. Bunların %70-90'ı hiperplastik poliptir. Sesil serrated polipler %10 kadarını oluşturur, çeşitli sıklıkta displazi içerebilirler, çekum ve proksimal kolonda daha sıktır (5). Sesil serrated polipleri endoskopik olarak tanımlamak güçtür, çünkü renkleri çevre mukoza ile hemen hemen aynıdır, genellikle yassıdırlar ve polip sınırları net seçilemeyebilir. Geleneksel serrated adenomlar %1-2 oranında görülür, saplıdırlar. Sigmoid kolon proksimalinde, 2 veya daha fazlası 10 mm'den büyük olan en az 5 serrated polip olması durumuna serrated polipozis sendromu denir.

Sigara, alkol, diyetle fazla kırmızı et tüketimi, obezite, hareketsizlik, fazla yağ tüketimi polip oluşumuyla ilgili bulunmuştur (6)

Çapı >1.5cm, sesil veya düz, şiddetli displazi içeren, villöz yapısı olan, polipozis sendromu şeklinde olanlarda maligniteye dönüşüm riski yüksektir.

Tüm adenomatöz polipler ve serrated adenomlar boyuttan bağımsız olarak tamamen çıkarılmalıdır. Yöntem olarak snare polipektomi, endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) veya endoskopik submukozal disseksiyon (ESD) teknikleri kullanılabilir. İnvaziv kanser veya lenfovasküler invazyon varsa

radikal cerrahi rezeksiyon gerekir.

ACG (American Collage of Gastroenterology) KRK tarama önerileri (7):

1. Elli ila 75 yaş arasındaki ortalama riskli bireyler
2. Zayıf öneri olarak ortalama riskli 45-49 yaş arasındakiler
3. Yetmişbeş sonra taramaya devam etme kararının bireyselleştirilmesi
4. Birincil tarama olarak kolonoskopi ve FIT (fokal immunkimyasal test) kullanılması
5. Kolonoskopi veya FIT için uygun olmayan veya istemeyen kişiler: sigmoidoskopi, çok hedefli dışkı DNA testi, Bilgisayarlı tomografi (BT), kolonografi veya kapsül kolonoskopi.
6. Her 1 yılda bir FIT; 10 yılda bir kolonoskopi
7. Her 3 yılda bir çok hedefli dışkı DNA testi; her 5-10 yılda bir sigmoidoskopi; Her 5 yılda bir BT kolonografi; her 5 yılda bir kapsül kolonoskopi.

Hastalarda öncelikle risk analizi yapmak gerekir. Adenom histolojisi, sayısı ve boyutu, riski belirleyen en önemli faktörlerdir. Villöz histoloji, yüksek dereceli displazi veya invaziv kanser olması metakron kolorektal kanser için risk faktörleridir. Ayrıca 3'ten fazla polip olması ve polip boyutunun 10 mm'den büyük olması yüksek riskli olarak tanımlanır (8).

Bu grup için ilk izlem kolonoskopisinin 3 yıl sonra olması önerilir. Eğer bu izlem kolonoskopisinde yine yüksek riskli adenom saptanırsa 3 yıl içinde, adenom yok veya düşük riskli adenom saptanırsa 5 yıl içinde takip kolonoskopisi planlanmalıdır.(9).

İntestinal polipozis sendromları

Gastrointestinal kanalda çok sayıda polip ile karakterize, genetik geçişli ve artmış kolon kanseri riski ile karakterize sendromlardır.

-Familiyal adenomatöz polipozis (FAP), 1/10000 oranıyla en sık görülen otozomal dominant (OD) geçişli polipozis sendromudur. Tüm yaşam boyunca kolon kanseri riski hemen hemen %100'dür. FAP'ta 5. kromozomun kısa kolunda (5q21-22) bulunan APC (adenomatöz polipozis koli) genindeki mutasyon sonucu olur. Yüzden az polip varlığında Attenüe FAP (AFAP) tanımı kullanılır. AFAP hastalarında kolorektal kanser riski %80'dir.

Gardner ve Turcot sendromları FAP varyantlarıdır ve ekstrakolonik belirtiler vardır. Gardner sendromunda osteomlar, dezmoid tümörler ve dental anomaliler; Turcot sendromunda ise beyin tümörleri (özellikle medulloblastoma) görülür. FAP hastalarına 10-12 yaşından itibaren kolonoskopi taramasına başlanmalı ve yılda bir yapılmalıdır. Adolesan dönemden sonra profilaktik kolektomi çoğunlukla gereklidir. Ayrıca üst GİS endoskopisi 1-3 yılda bir planlanmalıdır (10).

-Peutz-Jeghers sendromu, mukokutanöz pigmentasyonlar ve gastrointestinal kanalda multiple hamartomatöz poliplerle karakterizedir. OD geçişlidir. Bu hastalarda kolorektal kanser riski artmıştır, tüm yaşam boyunca yaklaşık %39'dür. Ayrıca diğer gastrointestinal sistem ve gastrointestinal dışı kanser riski de artmıştır. Tedavide poliplerin eksizyonu tek seçenektir. Gastrointestinal kanal dışı kanserler açısından taramak gereklidir (8).

-Juvenil polipozis sendromu ve PTEN hamartomatöz polipozis sendromu diğer sendromlardır.

İnflamatuvar bağırsak hastalığı

Pankolitli ve hastalık yaşı 7-8 yılı geçen hastaların mutlaka displazi yönünden taranması gereklidir. Özellikler DALM adı verilen displazi ile ilişkili lezyonları yakalamak önemlidir. Deneyimli patologlar tarafından desteklenmişse düşük dereceli tek alanda displazi yıllık izlenebilir ancak multifokal ise hemen proktokolektomi veya 3-6 ay sonraki kolonoskopide tekrar saptanırsa proktokolektomi önerilir. Yüksek dereceli displazi, DALM ve kolorektal kanserde proktokolektomi indikasyonu vardır.

Sonuçta; kolonun prekanseröz lezyonları iyi bir tarama programı ile tespit edilebilirse ve tedavi sonrasında da iyi bir takip yapılırsa kolorektal kanser gelişimi engellenir ve morbidite, mortalite azaltılabilir. Kılavuzlar oldukça yararlı olmakla beraber kişisel farkındalık da önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. GLoBoCAN 2018. Colorectal cancer. Fact sheet. IARC. World Health organization <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/8-Colon-fact-sheet.pdf> (accessed 12.01.2020).
2. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer screening and Diagnosis. Luxembourg: European union; 2010.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin 2016;66:7-30.
4. Cotton S, Sharp L, Little J. The adenoma-carcinoma sequence and prospects for the prevention of colorectal neoplasia. Crit Rev Oncogenesis 1996;7:293-342.
5. Rex DK, Ahnen DJ, Baron JA, Batts KP, Burke CA, Burt RW, et al. Serrated lesions of the colorectum: review and recommendations from an expert panel. Am J Gastroenterol.2012; 107(9):1315-29
6. Burnett-Hartman AN, Passarelli MN, Adams SV, Upton MP, Zhu LC, Potter JD, et al. Differences in epidemiologic risk factors for colorectal adenomas and serrated polyps by lesion severity and anatomical site. Am J Epidemiol. 2013;177(7):625-37.
7. Shaikat A, Kahi CJ, Burke CA. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. Am J Gastroenterol 2021;116:458-479.
8. Itzkowitz SH, Potack J. Colonic Polyps and Polyposis Syndromes. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 10th ed. Philadelphia: WB Saunders;2016. p.2213-47.
9. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach T, et al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol. 2017;112(7):1016-30.
10. Naini BV, Odze RD. Advanced precancerous lesions (APL) in the colonic mucosa. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2013;27(2):235-56.

**HEMŞİRELİK
PROGRAMI
KONUŞMACI
ÖZETLERİ**

Endoskopi Ünitesinde Kullanılan Elektronik Cihazları Tanıyalım

Serap Ulusoy

Endoskopi Hemşiresi/ Eskişehir Şehir Hastanesi

Elektrokoterler, yüksek frekans ve yüksek enerjide elektrik akımının hastanın vücudundan doktorun kontrolünde geçirilmesiyle kesme, koagülasyon(pıhtılaşma) gibi cerrahi işlemlerin gerçekleştirilmesinde kullanılan bir cihazdır. Yapılan tedavi işlemine elektrokaterilasyon veya elektrocerrahi işlem denir. Isının cerrahide kullanılması 5000 yıl öncesine dayanılmakta birlikte ilk olarak 1926 yılında Albert Wyneth neoplastik hastaların cerrahisinde radyo makası verdiği cihazda elektrik akımını kullanmıştır Endoskopik tedavi işlemlerinin yapılmasıyla birlikte elektrokoter gastroenterolojide yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kullanımın artması beraberinde komplikasyon riskinin artmasına neden olmaktadır. Genel olarak dönüş ve aktif elektrot diye adlandırılan elektrotları hastaya yerleştirilir. Kullanıcı için çalışma tipini seçme, çıkış dozunu ayarlama imkânı vardır. Elektrokoterde ilk bilinmeli gereken hastanın ve kullanıcıların işlemlere kolaylık sağlarken birçok tehlike taşıyan cihazdan nasıl korunacağı, işlemlere kolaylık sağlarken birçok tehlike taşıyan cihazdan ansız korunacağının öğrenilmesidir. Doktor ya da sağlık personelinin bilgisi ve kontrolü dışında alan elektrik akımı yarardan daha çok zarar verebilir. Bu sebeple elektrokoter cihazlarının kullanımı ve kontrolleri tügm fonksiyonları ile öğrenilmelidir. Akım çıkışı ve güçlerine göre birçok elektrokoter cihazı üretilmektedir. Genelde endoskopi ünitesinde kullandığımız 100 watta kadar olan alçak güçte koterlerdir. Hasat çıkış devresinin bağlantısına göre olan elektrokoter cihazları, bipolar elektrokoter cihazı ve monopolar elektrokoter cihazıdır.

Monopolar Elektrokoter Cihazı: Elektrokoterlerden çıkan yüksek frekanslı akım aktif elektrot yardımıyla (snear,sfinkteratom vb.) dokuya geçer.Dokuda istenilen etkiyi yaptıktan sonra nötral elektrot ile cihaza geri döner.Dönüş elektrodu dediğimiz geniş yüzeyi ile hastaya çok iyi temas ettilmesi gereken iletken bir plağa bağlanır. Gastroentolojide kullanılan akım devresidir. Kesme ve koagülasyon işlemleri yapılır. Kullanılan her türlü el aleti monopolar akım devresi kullanımı için yapılmıştır. Elektrokoter cihazını oluşturan elemanlar; mikroişlemci,LCD ekran, dijital doz göstergeleri,dokunmatik tuşlar, dijital gösterge, hoporlör, hasta plağı, aktif elektrot,ayak ve el pedalından oluşmaktadır. Elektrokoter cihazı endoskopide; polipektomi, biliyre sfinktreortemi, endoskopik mukozal rezeksiyon ve submukozal diseksiyon,argon plazma koagülasyonda kullanılır.

Argon Plazma Koagülasyon (APC) : Temas etmeden monopolar akım devresiyle argonu iyonize ve yüksek frekanslı akım oluşturacak şekilde dokuya püskürterek koagülasyon oluşturma işlemidir. APC probunun ucundan akım çok az dirençle çıkar ve en az güçle uygulanır. Dokular en az elektrik akımına maruz kalır. Yüksek frekanslı, düşük voltajlı akım direkt temas olmadan argon gazı yardımıyla propdan dokuya geçer. Gastroentastinal endoskopide 1990'lı yılların başlarında kullanılmaya başlanmıştır. Vasküler lezyonlarda, ülser kanalamalarında, polipektomi sonrasında polip çevresinde, radrasyon rektitinde, barett özafagusunda, kanser nedeniyle kanayan vakalarda kullanılır. Monopolar elektrokoter jenartörü, APC ünitesi,argon gazı içeren tüp, topraklama plağı ve uygun kateterlerden oluşur.

Heater Probe: Kanayan noktaya direkt temas eden ve kanayan damarı ısı ile koagüle edfen damarlar-

dır. Temastan dolayı probe, kanayan damarı önce baskılar sonra koagüle eder. Cihaz güç düğmesi, su pompası konnektörü, su beslenme seviye göstergesi, probe elektrik konnektörü, enerji seviye göstergesi, enerji ayar düğmeleri, su besleme ayar düğmeleri, pedal ve teflonla kaplanmış bakır uçlardan oluşur. Bu uçlar iki bölmelidir ve ısı cihazlarını taşıır. Bu uçların biri irrigasyon(pıhtı vekarı) için diğeri ise koagülasyon için kullanılır.

Sonuç olarak, sindirim sistemi tedavi amaçlı endoskopide kullanılmak üzere cihazlar geliştirilmektedir. Elektrokoter cihazı tedavide büyük önem arz etmektedir. Etkili ve güvenli işlemler için cihazların tanınması gerekmektedir.

Enteroskopi (Double Balon, Single Balon ve Alternatifler)

Ömer Küçük

İnce bağırsak yaklaşık 5-6 metre uzunluğunda olan bir organımızdır. Üst endoskopi olarak da adlandırılan özofagogastroduodenoskopi ince bağırsağın ilk bölümü olan duodenuma kadar bölümünün incelenmesine olanak sağlarken, kolonoskopi ise ileumun distal çok az bir kısmının incelenmesine olanak sağlar. Bu nedenle jejunum ve ileum görüntülenmesi için başka yöntemlere ihtiyaç vardır. İnce bağırsağın enteroskoplara görüntülenmesi tanı ve tedavide büyük yarar sağlar. İnce bağırsağın görüntülenmesinin fiziksel zorluğu nedeniyle, ince bağırsağın incelenmesi uzun zamandır gastroenterologlar için bir zorluk teşkil etmiştir. Çeşitli enteroskopi biçimlerinin ortaya çıkmasıyla birlikte, teknik olarak hala zorluklar olmasına rağmen, bazı durumlarda ince barsaklardaki patolojik durumların saptanması ve tedavisine kolaylık sağlamıştır. Bu teknoloji ile, ince bağırsak patolojilerinde biyopsi almak, darlık dilatasyonu, polip çıkarma ve kanama durumlarında çeşitli hemostatik prosedürler dahil olmak üzere birçok ince bağırsağın hastalıklarının tanı ve tedavisi artık mümkündür. İnce barsağın görüntülenmesinde;

- Video kapsül enteroskopi
- Push enteroskopi
- Çift balon enteroskopi
- Tek balon enteroskopi
- Spiral enteroskopi
- Intraoperative enteroscopy

Kablosuz kapsül endoskopisinin, tüm ince bağırsağın görüntülenmesi için tercih edilen yöntemdir. Hap boyutunda bir video kamera hasta tarafından yutulur ve hastanın taktığı bir alıcıya, kablosuz olarak yaklaşık 8-12 saatlik video iletilir. İşlem ağrısızdır, hastalar tarafından kabul görür ve çok yüksek doğruluk sunar. Kapsül endoskopi ve çift / tek balonlu enteroskopinin veya spiral enteroskopinin kullanım alanları benzerlik göstermekle birlikte; ince bağırsak tıkanıklığında, darlıklarında kapsül endoskopinin takılma riski taşıyacağından ve kapsül endoskop ile biyopsi ve tedavi imkânı olmadığı için, diğer enteroskopi tekniklerinin tercih edilebilirliği ön plana çıkmaktadır.

Push enteroskopi pediatrik kolonoskoplar veya bazen standart gastroskoplardan çok daha uzun olan özel enteroskoplar ile proksimal jejunumun görüntülenmesidir. Push enteroskopi ile ince bağırsağın sadece proksimal 80-100 cm lik bölümü görüntülenebilirken, büyük bölümlerini yeterince görüntülenemediği için hala etkili değildir.

Bu sorunların bazılarının üstesinden gelmek için tek ve çift balon enteroskopiler ve spiral enteroskopi dâhil olmak üzere daha yeni teknikler geliştirilmiştir. Bu yeni teknikler hem oral yolla hem de anal yolla uygulanabilmektedir. Uygulama sırasında hem ilerlerken hem çıkarken bağırsağı inceleme imkânının olması bu işlemleri daha avantajlı kılmaktadır. Ancak işlemin uzunluğu, derin sedasyon veya genel anestezi ihtiyacı ise işlemi sınırlamaktadır.

İki tür enteroskopi sistemi vardır: iki balon kullanan Çift Balonlu Enteroskopi (DBE) sistemi ve sadece tek bir balon kullanan Tek Balonlu Enteroskopi (SBE) sistemi. Balon teknolojisi olmayan spiral overtube kullanan üçüncü tip bir cihaz da ince bağırsağın proksimalinin incelenmesi sağlar. Balon yardımcı enteroskopi tekniği, balonları dönüşümlü olarak şişirilip söndürerek ve bağırsağı bir overtüp üzerine katlayarak endoskopiste getirerek, endoskopi ince bağırsakta ilerletir. Spiral enteroskopi, ince bağırsağın proksimaline ilerletmek için döndürülen enteroskopa takılmış spirallere sahip bir overtube kullanan yeni bir tekniktir. Spiral overtube tekniği, ince bağırsağı tüpün üzerine katlayarak çalışır ve küçük kalibreli bir enteroskopi ince bağırsağın proksimaline geçişine izin verir.

PROSEDÜR

Balon destekli veya spiral enteroskopi ayaktan veya yatırılarak uygulanabilir ve birkaç saat sürebilir. Genellikle genel anestezi ile yapılır, ancak bazı hastalarda sadece derin sedasyon gerekebilir. İşlem sırasında floroskopi veya X-ışını kullanılır. Çoğu prosedür ağızdan yapılır (antegrad), ancak retrograd yaklaşım, rektum yoluyla da ince bağırsağın distal kısmı değerlendirilebilir.

HAZIRLIĞI NASIL YAPILMALIDIR

Oral yoldan yapılacak işlem için yaklaşık 8-10 saatlik açlık yeterlidir. Anal yoldan yapılan incelemede ise aynen kolonoskopide yapıldığı gibi bağırsak hazırlığı yapılmalıdır. Hasta anestezi alacağı için preop hazırlığı yapılmalıdır.

ENTEROSKOPİ ENDİKASYONLARI

- Nedeni ortaya konulamamış gastrointestinal kanamaların araştırılması
- İnce barsaktaki polip ve endoskopik olarak çıkartılabilecek evrede olan tümörlerin çıkartılması
- Polipozis sendromları
- Olası ince barsak tutulumu gösteren Crohn hastaları
- Kapsül endoskopide ince barsaklarda saptanan lezyonların tanımlanması veya tedavisi
- Radyolojik görüntülemelerde ince barsaklarda saptanan lezyonların değerlendirilmesi
- Crohn hastalığı, cerrahi veya ilaçlara bağlı (NSAİİ) darlık veya stenozların dilatasyonu, stent yerleştirme
- İnce barsaktaki yabancı cisimlerin çıkartılması (örneğin kapsül gibi)
- Meckel divertikülü tanısında
- İnce barsaktaki bir lezyona cerrahi işlem öncesi işaretleme yapma
- Açıklanamayan kronik karın ağrıları
- Açıklanamayan demir eksiklikleri
- Kronik ishaller
- Glutensiz diyetle rağmen yakınmaları devam eden gluten hastaları
- Billroth II ya da Roux en Y operasyonlu, karaciğer-safra yolları veya pankreas hastalarında tanı ve tedavilerin uygulanmasında (özellikle ERCP ye)
- Bariyatrik cerrahi nedeniyle GİS yollarında anatomik değişiklikler nedeniyle endoskopik tanı ve tedavisinde

KONTRAENDİKASYONLARI

- Gebelik
- Ciddi kardiyak ve solunum sistemi hastalığı olanlar
- Antikoagülan ilaçlar alıyor ve bırakılamıyorsa
- Fazla sayıda ince barsak yapışıklığı (adezyon) olanlar
- Morbid obezler

ENTEROSKOPİNİN KOMPLİKASYONLARI

- Boğazda ağrı
- Karın şişkinliği
- Bulantı
- Kanama
- Pankreatit
- Perforasyon
- ve anesteziye sekonder komplikasyonlar

Kolonoskopi İşlemine Hazırlık

Gülfigar Gülkaya

Ankara Şehir Hastanesi

Kolonoskopi işlemi, kalın bağırsağın tüm bölümleri; çekum, çıkan kolon, hepatikfleksura, transvers kolon, splenik fleksura, inen kolon, sigmoid kolon, rektum ve anal kanalın değerlendirilmesini ve bu alanlardaki patolojilerin tarama, tanı, tedavi ve izlemi amacıyla görüntülenmesini sağlayan bir alt gastrointestinal sistem endoskopisi yöntemidir. Kolonoskopide amaç, kolonun çekuma kadar görüntülenebilmesidir. (Ahmed, Makkawy, Sayed, & Azer, 2016; Rees et al., 2016; Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, & Pietilä, 2011). İşlemin başarıya ulaşabilmesi ve sonuç alınabilmesi için hasta hazırlığı oldukça önemlidir. İşlem öncesinde hasta hazırlığı tam ve doğru bir şekilde yapılmaz ise işlem tekrarlanmak zorunda kalınacağı ve tanıya ulaşma süresi de nin uzamış olacaktır (Alper et al., 2017). Etkili yapılmış bir bağırsak hazırlığı, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ve maliyet etkinliği sağlayacaktır (Nguyen & Wieland, 2010). Bu bağlamda, etkili yapılmış bağırsak temizliği altın standarttır.

Kolonoskopi hazırlık sürecinde hastanın uyumunu arttırma da hem endoskopi hemşiresinin hem de yatan hasta servislerinde bakım hizmeti sunan hemşirelerin önemi büyüktür. Hastaya işlem yapılmadan önce uygulayacağı diyet, sürekli kullandığı ilaçları nasıl kullanacağı ve bağırsak temizliğinin nasıl yapılacağı hakkında hastanın bilgilendirilmesi gereklidir. Kolonoskopi işlemi hastaların korktukları, aynı zamanda utandıkları bir işlemdir. Yapılan bir çalışmada, hastalar kolonoskopi işlemi sırasında anksiyete yaşadıklarını, utandıklarını, kabullenmesi zor bir işlem olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Yakut et al., 2009). Bu nedenle işlem öncesi hastanın psikolojik hazırlığı bir diğer önemli noktadır.

Kolonoskopi işleminden önce belirli bir diyet uygulanmalıdır. Literatürde beş günlük düşük lifli normal kalorili diyet ya da işlem öncesi son 24 saatte katı olmayan berrak sıvı bir diyet yapılması gerektiği belirtilmiştir. Avrupa ve Amerika Gastrointestinal Endoskopi Dernekleri de berrak sıvı diyetin işlem başarısında daha etkili olabileceğini vurgulamışlardır. Ayrıca, düşük lifli diyet ve berrak sıvı diyetin karşılaştırılması için daha kapsamlı çalışmaların yapılmasını gerektiği belirtilmiştir (Alvarez-Gonzalez et al., 2019; Hassan et al., 2019; Lichtenstein, Cohen, & Uribarri, 2007; Saltzman et al., 2015; Zhang et al., 2020). Ülkemizde yatan hastalarda yapılan bir çalışmada ise açık sıvı diyetle yatan hastaların uyumsuz olduğu, uyumun artırılması için yeni yöntemler geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Görücü, Uslan, & Acartürk, 2011). Bu araştırma sonuçlarına paralel olarak ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalarda kolonoskopi diyetinin zor olduğu, bireylerin beslenme alışkanlıkları dışına çıktıklarından dolayı istemediği gözlenmektedir.

Kolonoskopi işlemi öncesi bir diğer önemli nokta da hastaların hali hazırda kullanmış oldukları ilaçları düzenlenmesidir. İşlem öncesi oral alım azalacağı için diyabet için kullanılan ilaçların ayarlanması gereklidir. Ayrıca alınan demir ilaçları işlemin yedi gün öncesinden kesilmelidir. Hastanın kullandığı antikoagülan, kardiyak ve psikiyatrik ilaçların ise hastanın doktoru tarafından doz ayarlanması yapılmalıdır (Görücü et al., 2011). İşlem öncesi endoskopi ekibinin, hastanın hangi ilaçları nasıl içtiğini tekrar sorgulaması özellikle tanı ve tedavi amaçlı yapılacak işlemlerde hayati önem taşımaktadır.

Hastaların, bağırsaklarının tamamen temizlenebilmesi için, kendisine doktor tarafından reçete edilen ilacı işlemden bir gün önce içmesi istenmektedir. İdeal kolon temizliğini Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Derneği (ASGE); hastanın sıvı-elektrolit dengesini bozmadan kolon içerisindeki tüm makroskopik ve mikroskopik fekal yükün, hızlı bir şekilde temizlenmesi olarak tanımlamıştır (Saltzman et al., 2015). Bu bağlamda, kullanılacak olan bağırsak temizleme ilacı hastanın rahatsızlanmasına ve sıvı-elektrolit dengesinin bozulmasına neden olmayan, güvenli, kullanımı kolay, ucuz ve tolere edilebilir olmalıdır (Saltzman et al., 2015). Ancak mevcut hazırlık ilaçlarının hiçbirisi bu özelliklerin tümüne sahip değildir. Özellikle ülkemizde bağırsak hazırlığında literatür tarafından daha etkili görülen PEG solüsyonları SGK tarafından ödenmemektedir ve pahalıdır. Bağırsak temizliğinde genel olarak oral Sodyum Fosfat (NaP), Polietilen Glikol (PEG)/ Macrogol Solüsyonları, Sennoid solüsyonları, enemalar kullanılmaktadır (Hassan et al., 2019; Saltzman et al., 2015). Yapılan retrospektif bir çalışmada bu üç ilaç karşılaştırılmış ve NaP grubunda %50 yeterli temizlik oranı, Sennosid grubunda %52 ve polietilen glikol grubunda %66 yeterli temizlik oranı bulunmuştur (Kaplan, 2018). Bir başka çalışmada ise NaP kullanan grupta Sennosid grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek temizlik oranı çıkmıştır (Yıldar, Yaman, Başbuğ, Çavdar, & Deric, 2016). Yatan hastalarda PEG kullanılarak yapılan bir çalışmada hastaların ilacın tadı kötü olduğundan dolayı içemediği ve 4 litrelik solüsyonun $\frac{3}{4}$ içen bireylerde %50 başarı ile işlem yapılırken, $\frac{1}{2}$ veya daha azını içenlerde ise bağırsak temizliği yetersiz bulunarak işlem tekrarı gerekmiştir (Reilly & Walker, 2004). Aynı çalışmada diyabet, böbrek hastaları, KOAH, kronik kabızlık, narkotik ve müshil kullanan hastalarda daha agresif ve daha dikkatli hazırlık gerektiği belirtilmiştir.

Hastaların kolonoskopi işlemi hazırlığında diyet ve bağırsak temizliği ilaçlarının etkisinin yanında ülkemizde hastaların kolonoskopi hazırlığını nasıl ve ne zaman yapacaklarına dair hatırlatma mesajları gönderilmesinin (Özkan, Ünver, Findik, Albayrak, & Fidan, 2020), yaygın olarak kullanılan bir mobil sosyal medya uygulaması aracılığıyla bir eğitim videosunun hastaların uyumunu ve bağırsak hazırlığının kalitesini ve hasta memnuniyetini belirgin şekilde arttırdığı bulunmuştur (Wang et al., 2019).

Sonuç olarak; hastanın kolonoskopi diyetine uyumu, hazırlık ilaçlarını doğru ve tam kullanımı işlem başarısını arttıracaktır. Bu sayede tekrarlı işlem uygulanmasının önüne geçilerek sağlık bakım sistemine maliyet açısından fayda sağlayıcı bir uygulama olacaktır. Bu bağlamda, sağlık bakım hizmeti sunan kurumlarda kolonoskopi gibi işlem tekrarı riski bulunan işlemlerde hastanın işlem için motivasyonunu arttırmada hastanın rahatlıkla tolere edebileceği diyeti ve ilacı seçmede kanıta dayalı uygulamalarda yararlanılmalı ve daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir. Aynı zamanda hastaların anksiyetesini gidermede hemşirelerin farklı yöntemler denemeleri beklenmektedir.

1. Ahmed, W. R., Makkawy, M. M., Sayed, Z. A.-A. A., & Azer, S. Z. (2016). Effect of different nursing educational methods on the quality of bowel cleanliness for patients undergoing colonoscopy. *Journal of nursing education and practice*, 6(7), 54.
2. Alper, M., Aydın, İ., Yetiş, S., Akar, Y., Özyurt, E., Uğurlu, D., ... Erduran, S. (2017). *Endoskopi/Kolonoskopi İşlemleri Hasta Bilgilendirme Süreçlerinde SMS Uygulaması-Dışkapı Modeli Prof.Dr.Murat Alper1, Yeşim Akar2, Elif Özyurt3, Deniz Uğurlu4, Metin Aykutluğ5, Seyhan Erduran6, Semih Dinçer Yetiş7, İlhan Aydın8*.
3. Alvarez-Gonzalez, M. A., Pantaleon, M. A., Flores-Le Roux, J. A., Zaffalon, D., Amorós, J., Bessa, X., . . . group, O. b. o. t. P. (2019). Randomized Clinical Trial: A Normocaloric Low-Fiber Diet the Day Before Colonoscopy Is the Most Effective Approach to Bowel Preparation in Colorectal Cancer Screening Colonoscopy. *Diseases of the Colon & Rectum*, 62(4), 491-497. doi:10.1097/dcr.0000000000001305

4. Görücü, K. Y., Uslan, İ., & Acartürk, G. (2011). Yatan Hastalarda Kolonoskopi Öncesi Barsak Hazırlığı Talimatlarına Hastaların Uyumu ve Tolerans Düzeyi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 1(4), 135-139.
5. Hassan, C., East, J., Radaelli, F., Spada, C., Benamouzig, R., Bisschops, R., . . . Ferlitsch, M. (2019). Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline–update 2019. *Endoscopy*, 51(08), 775-794.
6. Kaplan, M. (2018). Kolonoskopi hazırlığı için polietilen glikol, sodyum fosfat ve sennosid kullanımının karşılaştırılması. *Endoskopi Gastrointestinal*, 26(3), 74-77.
7. Lichtenstein, G. R., Cohen, L. B., & Uribarri, J. (2007). Review article: bowel preparation for colonoscopy – the importance of adequate hydration. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(5), 633-641. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03406.x>
8. Nguyen, D. L., & Wieland, M. (2010). Risk factors predictive of poor quality preparation during average risk colonoscopy screening: the importance of health literacy. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 19(4).
9. Özkan, Z. K., Ünver, S., Findik, Ü. Y., Albayrak, D., & Fidan, S. (2020). Effect of Short Message Service Use on Bowel Preparation Quality in Patients Undergoing Colonoscopy. *Gastroenterology Nursing*, 43(1), 89-95.
10. Rees, C. J., Gibson, S. T., Rutter, M. D., Baragwanath, P., Pullan, R., Feeney, M., & Haslam, N. (2016). UK key performance indicators and quality assurance standards for colonoscopy. *Gut*, 65(12), 1923-1929.
11. Reilly, T., & Walker, G. (2004). Reasons for poor colonic preparation with inpatients. *Gastroenterology Nursing*, 27(3), 115-117.
12. Saltzman, J. R., Cash, B. D., Pasha, S. F., Early, D. S., Muthusamy, V. R., Khashab, M. A., . . . Lightdale, J. R. (2015). Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*, 81(4), 781-794.
13. Wang, S.-L., Wang, Q., Yao, J., Zhao, S.-B., Wang, L.-S., Li, Z.-S., & Bai, Y. (2019). Effect of WeChat and short message service on bowel preparation: an endoscopist-blinded, randomized controlled trial. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 31(2), 170-177.
14. Yakut, M., Uysal, E., Beşik, G., Özkan, Y., Kırbaş, G., & Özden, A. (2009). Türk insanı kolonoskopi işlemine nasıl bakıyor? Kolonoskopi hazırlık rejimine uyumu etkileyen faktörlerin irdelenmesi: Klinik prospektif çalışma. *Endoskopi Gastrointestinal*, 17(2).
15. Yıldar, M., Yaman, İ., Başbuğ, M., Çavdar, F., & Derici, H. (2016). A Comprasion OMPARISON Of OF The THE Effectiveness Of The Sodium Phosphate And Sennosides Used İn Preparation For Colonoscopy; The Experience Of Balıkesir Unversirty.. *Cerrahi Sanatlar Dergisi*, 9(1), 20-24.
16. Ylinen, E.-R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A.-M. (2011). The Colorado Behavioral Numerical Pain Scale in Assessing Medication-Free Colonoscopy Patients' Pain. *Gastroenterology Nursing*, 34(2), 136-143. doi:10.1097/SGA.0b013e318211dda3
17. Zhang, X., Wu, Q., Wei, M., Ding, Y., Gu, C., Liu, S., & Wang, Z. (2020). Low-residual diet versus clear-liquid diet for bowel preparation before colonoscopy: meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal endoscopy*, 92(3), 508-518. e503.

SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-01

COVID-19 Hastalarında Akciğer Tutulumu ile Epikardial Yağ Doku Kalınlığı ve Hepatosteatoz Arasındaki İlişki

Aykut Ülger¹, Fatma Esra Bahadır Ülger²

¹Üsküdar Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

²Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Covid-19 hastalarında akciğer tutulumu ile obezite ilişkili parametrelerden epikardial yağ dokusu kalınlığı ve hepatosteatoz arasındaki ilişkiyi araştırmak.

YÖNTEM: Covid-19 tanılı Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekilen 90 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastaların 46'sı kadın (%51), 44'ü erkekti (%49). Hastaların akciğer tutulumları BT şiddet skorlama sistemi ile değerlendirildi. Buna göre beş akciğer lobunun her birine 1'den 5'e kadar skor verildi (Lober tutulum; <%5 ise 1, %5-25 ise 2, %26-50 ise 3, %51-75 ise 4, >%75 ise 5 olarak skorlandı.) Hastaların lobar skorları toplandıktan sonra skorları 1-7 arası olanlar hafif, 8-17 arası olanlar orta, 18-25 arası olanlar ağır akciğer tutulumu olarak gruplandırıldı. Epikardial yağ doku kalınlığı aksiyel kesitlerde ventrikül tabanı seviyesinde sağ ventrikül ön serbest duvarının %25, %50 ve %75 düzeyinde ölçüldü, bu değerlerin ortalaması alındı. İnceleme alanına giren kesitlerde dalak dansitesinden 10 HU daha az olan karaciğer dansitesi varlığı hepatosteatoz olarak tanımlandı. Gruplar arasındaki fark ANOVA testi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşları 54.63 ± 15.05 yıl (21-94 yıl), ortalama epikardial yağ doku kalınlıkları 7.2 ± 2.65 mm (1.90-12.80 mm) idi. Otuz üç (36.6%) hastada hepatosteatoz varken 57 (63.4%) hastada hepatosteatoz yoktu. Akciğer tutulumunun skorlara göre gruplandırılmasında 20 hastada (%22.2) ağır tutulum, 42 hastada (%46.7) orta tutulum, 28 hastada (%31.1) hafif tutulum vardı. Hafif akciğer tutulumu olan grupta yaş ortalaması 49.54 ± 17.75 yıl (21-88 yıl), epikardial yağ doku kalınlığı ortalaması 4.24 ± 1.44 mm (1.90-7.80 mm) idi. Orta akciğer tutulumu olan grupta yaş ortalaması 56.55 ± 13.36 yıl (31-81 yıl), epikardial yağ doku kalınlığı ortalaması 7.95 ± 1.75 mm (3.80-12.40 mm) idi. Ağır akciğer tutulumu olan grupta yaş ortalaması 57.75 ± 13.10 yıl (26-94 yıl), epikardial yağ doku kalınlığı ortalaması 9.78 ± 1.58 mm (7.30-12.80 mm) idi. Gruplar arasında yaş ve hepatosteatoz varlığı açısından anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$); epikardial yağ doku kalınlığı açısından anlamlı fark saptandı ($p<0.001$).

SONUÇ: Genel vücut yağ dokusu ile direkt anlamlı ilişkisi bulunan epikardial yağ doku kalınlığı; Covid-19 hastalarındaki akciğer tutulumu ile anlamlı derecede ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayarlı tomografi, Covid-19, epikardial yağ doku kalınlığı, hepatosteatoz, obezite

SS-02

Diffüz Özofagial Spazmı Olan Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Ömer Öztürk

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Diffüz özofagial spazm (DÖS) nadir görülen özofagus motor hastalıklarından biridir. Disfaji ve non-kardiyak göğüs ağrısı (NKA) şikâyeti ile başvuran hastalarda prevalansı %3-9 arasındadır. Orta yaşlarda daha sık görülür ve kadınlarda biraz daha sıktır. Uzun zamandır bilinmesine rağmen DÖS ile bilgiler günümüzde hala kısıtlıdır. Etiyolojisi, patogenezi, tedavisi, hala tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı DÖS nedeniyle takip ettiğimiz hastaların demografik ve klinik özelliklerini paylaşmaktır.

METOD: Bu çalışma hastanemiz gastroenteroloji kliniği motilite laboratuvarında DSÖ tanısı almış hastaların motilite kayıtları incelenerek retrospektif olarak yapılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, başvuru şikâyetleri, 24 saatlik pH metre ve özofagus motilite sonuçları değerlendirildi.

SONUÇ: Hastanemiz motilite laboratuvarında çeşitli nedenlerle 1822 hastaya özofagus motilitesi yapılmıştı. 39 hastada DÖS tesbit edildi, hastaların 22'si kadın (%56.4), 17'si erkekti (%43.6). Hastaların ortalama yaşı 52.4 ± 17.3 ' idi, (23-88). Hastaların başvuru esnasındaki primer semptomları incelendiğinde 20 hastada disfaji, 14 hastada GÖR semptomları, 5 hastada ise nonkardiyak göğüs ağrısı (NKA) semptomları ön plandaydı. Erkeklerde daha çok disfaji primer semptom iken, kadınlar ise reflü semptomları daha sıktı. Hastaların manometri sonuçları incelendiğinde 10 hastada %20, 16 hastada %30, 9 hastada %40, 2 hastada %50, 2 hastada ise %60 distal özofagusda aperistaltik kontraksiyonlar saptandı. Hastaların median AÖSP 35 mmHg (mim/max: 15-58) saptandı. Otuz beş hastanın AÖSP normal iken dört hastada hipertansif AÖSP saptandı. Hastanın 20'sinde distal özofagusunda multipikal kontraksiyonlar gözlemlendi ve bunların 18 inde kontraksiyon süresi uzamıştı (median 10 sn (mim/max: 9-15 sn). Hastaların 10'unda distal özofagusda ortalama amplitüd kontraksiyonu artmıştı (>180 mmHg), median 210 mmHg (mim/max: 190-260 mmHg). Hastaların AÖS relaksasyonları incelendiğinde; 31 hastada AÖS relaksasyonu normal iken, 8 hastada inkomplet relaksasyon izlendi. İnkomplet relaksasyonu olan 8 hasta incelendiğinde, 3 hastada yutmaların %10'unda, 3 hastada %20'sinde, 1 hastada %30'unda, 1 hastada ise %50 sinde inkomplet relaksasyon saptandı. %50'sinde inkomplet relaksasyonu olan hasta 20 ay sonra yapılan ikinci kez manometri sonucunda akalazya tanısı konularak takip ve tedavi edildi.

Hastaların 24 saatlik Ph metri sonuçları incelendiğinde 31 (%79.5) hastada reflü yoktu, 8 (%20.5) hastada saptandı. Patolojik reflüsüsü olan bu sekiz hastanın beşinde sadece distal özofagusda reflü varken, üçünde ise tüm özofagus boyunca reflü saptandı. Başlangıçta GÖRH semptomları ile başvuran hastaların 4 hastada (4/14, %28.5), disfaji şikâyeti olanlarda 3 hastada (%15 (3/20)) reflü saptandı. Yüksek DÖA olan 10 hastanın ise 9'unda (%90)'unda reflü yoktu, sadece 1 hastada tüm özofagus boyunca reflü saptandı.

Özetle DÖS klinikte disfaji, göğüs ağrısı, reflü semptomları veya non spesifik semptomlarla karşımıza

Sözlü Sunumlar

cıkabilir. Endoskopik ve radyolojik olarak organik bozukluğu olmayan özofagus semptomları olan hastalara manometri ile DÖS ve diğer primer özofagus motor hastalıkları ekarte edilmelidir. DÖS tanısı konulan ve takiplerinde şikayetleri progrese olan hastalarda kontrol endoskopi ve manometri tetkikleri gerekirse tekrarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diffüz özofagial spazm, özofagus motor hastalıkları, disfaji

SS-03

Nadir Hastalıklarda Sosyal Medyanın Etkisi: Rehberler Ne Öneriyor, Doktorlar Ne Söylüyor, Hastalar Ne İstiyor?

Abdullah Özgür Yeniova¹, Süleyman Günay²

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları

Ana bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Tokat

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İzmir

Sosyal medya (SM) kullanımı dünyada giderek artmaktadır. Dünya nüfusunun yarısından fazlasının SM kullanmaktadır. Bu durum hastalar ve hekimler arasındaki iletişim şeklini değiştirmektedir. Bu gelişimin olumlu yanları olduğu gibi olumsuz yanları da mevcuttur. Hastalar SM kullanarak hastalıkları hakkında etken bir role geçmeye başlamıştır.

Akalazya nadir görülen bir özofagus hastalığıdır. Günümüzde SM'nin yaygın kullanımı bu hastalığın yönetiminde bir takım değişiklikler ortaya çıkarabilir.

Bu çalışmada amacımız akalazya hastalarında SM'nin tedavi tercihlerine etkisini araştırmaktır.

2017- 2020 tarihleri arasında anketimize katılmayı kabul eden 246 hasta çalışmaya alındı. Hastalara rehberlere göre balon tedavisi (BD) veya Per-oral endoskopik myotomi (POEM) tedavisi önerildi.

Hastalara tedavi öncesi anket uygulandı (Şekil 1). Hastalar üç gruba ayrıldı. Birinci grup, bir hekim tarafından yönlendirilmiş SM'da araştırma yapmamış hastalardan; ikinci grup, bir hekim tarafından yönlendirilmiş SM'da araştırma yapmış hastalardan üçüncü grup ise şikayetlerini SM'dan araştırıp doğrudan başvuran hastalardan oluşturuldu. Üç grup arasında SM'nin tedavi tercihleri üzerindeki etkisi araştırıldı.

Çalışmaya alınan hastaların demografik verileri Tablo 1 de görülmektedir. Akalazya dışı özefagus hastalarına, tip 3 akalazya ve tedavi deneyimli hastalara ilk tedavi olarak POEM önerilirken tedavi deneyimsiz tip 1 ve tip 2 akalazyalı hastalara BD önerildi. 40 hasta tedaviyi kabul ederken 155 hastaya POEM uygulandı (Şekil 2).

Tablo 2 de görüleceği üzere gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$). Önceden araştırma yapan gruptaki hastaların araştırma yapmayan gruba oranla kendisine önerilen tedaviyi kabul etmeyip POEM yöntemini seçtiği görüldü.

SM kişilerin çeşitli konularda içerik yaratarak birbiri ile bilgi paylaştıkları sanal etkileşim alanlarıdır. Türkiye SM'yi dünyada en çok kullanan ilk on ülke arasındadır. Bu durum sağlık hizmetinde yeni kavramlar gündeme getirmektedir. Hem hekimler hem de hastalar tarafından daha aktif olarak SM kullanılmaktadır. Hekimler birbirlerine kolay ulaşabilmekte, eğitim materyalleri paylaşmakta kendi aralarında ağ oluşturabilmeleridir. SM bilginin kolayca paylaşılmasını ve bilimsel bilgini daha hızlı büyümesini sağlamaktadır.

Kişiler günümüzde hastalıklar ve semptomlar hakkında SM' dan bilgi aramakta ve kolay ulaşmaktadır. Ayrıca hekimlere SM ile ulaşabilmekte ve sorular yöneltebilmektedirler.

Olumsuz yönlerinden biri konusunda yetkin kişilerce tarafından hazırlanmayan içerikler toplumları yanlış yöne yönlendirebilmektedir. Diğer olumsuz yönü ise tedavi ettikleri hastalar tarafından kendileri hakkında nesnel olmayan suçlamalar paylaşılmasıdır. Hızla yayılan bu içerikler hekimlerin kariyerlerini haksız yere olumsuz etkileyebilmektedir. SM' dan yapılan paylaşımların hasta mahremiyetini ne kadar koruduğu ise ayrı bir tartışmadır.

POEM, 2010' da geliştirilmiş bir yöntem olup endoskopik yöntemle myotomi yapılması ilkesine dayanmaktadır. Güncel rehberlerde tip 1 ve tip 2 akalazyaya tedavisinde cerrahi myotomi, POEM ve BD önerilirken tip 3 akalazyaya da ise öncelikle POEM önerilmektedir.

Son yıllarda Gastroenteroloji dünyasında oldukça popülerlik kazanması nedeni ile hekimler tarafından SM' dan sıklıkla paylaşılmaktadır.

Bu popülerlik hastaların SM aracılığı ile POEM'i tercih etme yönelimini ortaya çıkarabilir. Çalışmamızda bir kısım hasta kendisine önerilen BD tedavisi yerine POEM'i tercih etmişlerdir.

Bu örnekteki etkilenme rehberlere aykırı olmasa bile bu durum her zaman aynı yönde olmayabilir. Bu durum bize hekim olarak önerilerimizin SM gücü karşısında etkisiz kalabileceğini göstermektedir.

Hekimlerin eğitimlerinde SM' nın nasıl kullanılması gerektiği mevcut değildir. Bilinçli bir şekilde kullanıldığı zaman SM' nın sağlık hizmetinde olumlu etkisi olacaktır ancak bu konuda eğitilmiş kişiler ve hekimlerin daha fazla işbirliği yapmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal medya, peroral endoskopik myotomi, hekim, hasta, tercih, yönlendirme

Şekil 1

Adı Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet: Erkek Kadın

Akalaziya Tipi:

Tip 1 Tip 2 Tip 3 Diffüz özofagial spazm Jackhammer

Tedavi deneyimi:

Heller myotomi Balon Dilatasyonu Botox

Sosyal medya kullanıyor mu?

Evet (kendisi veya yakını) Hayır

Yönlendirme :

Grup 1: Başka merkezdeki hekim yönlendirme ve sosyal medyadan araştırma yapmamış.

Grup 2: Başka merkezdeki hekim yönlendirme ve sosyal medyadan araştırma yapmış.

Grup 3: Yönlendirme olmadan sosyal medyadan araştırma yaparak direkt başvuru

Tedavi önerisi:

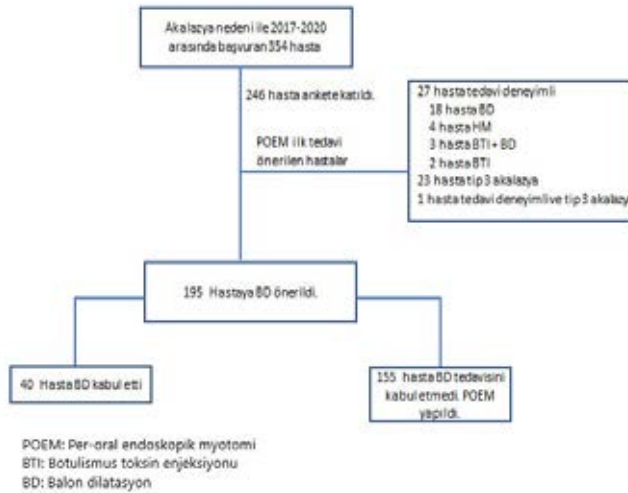
Balon POEM

Tedavi

Kabül Red

Hastalara uygulanan anket formu

Şekil 2



Hastaların yönlendirme ve tercih akışı

Sözlü Sunumlar

Tablo 1

Yaş (yıl, ortalama $\pm$ SP)		48.09 $\pm$ 14.89
Cinsiyet		
	Kadın (sayı, %)	123 (% 50)
	Erkek (sayı, %)	123 (% 50)
Önceki tedavi		
	Tedavi naif (sayı, %)	218 (% 88.3)
	Tedavi deneyimli (sayı, %)	29 (%11.7)
Özefagus Motor Hastalık	Tip 1 Akalazya (sayı, %)	35 (%14.2)
	Tip 2 Akalazya (sayı, %)	184 (%74.8)
	Tip 3 Akalazya (sayı, %)	24 (%9.8)
	Diffüz özefagial spazm (sayı, %)	1 (% 0.4)
	Jackhammer (sayı, %)	2 (%0.8)

Hastaların demografik verileri

Tablo 2

	Önerilen tedavi red	Önerilen tedavi kabul	Toplam
Grup 1 (n, %)	41 (%62.12)	25(%37.87)	66 (%100)
Grup 2 (n, %)	105 (%92.1)	9 (%7.9)	114(%100)
Grup 3 (n, %)	9 (%60)	6 (%40)	15 (%100)
Toplam	155 (%79.5)	40 (%20.5)	195 (%100)

Sosyal medyanın hasta tedavi tercihine etkisi Grup 1: Hekim tarafından yönlendirilmiş sosyal medyada araştırma yapmamış hastalar Grup 2: Hekim tarafından yönlendirilmiş sosyal medyada araştırma yapmış hastalar Grup 3: Şikayetlerini sosyal medyadan araştırıp doğrudan başvuran hastalar

SS-04

Helikobakter Piloni Virülans Genleri ile Primer Antibiyotik Direnç Profilleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Mustafa Akar¹, Fuat Aydın²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Bursa

²Erciyes Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

AMAÇ: Dünya nüfusunun yaklaşık yarısını etkileyen *Helicobacter pylori* gastrit, peptik ülser ve mide malignitesine neden olabilmektedir. Bu nedenle bu bakterinin eradikasyonu toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir (1). Ancak *H.pylori* eradikasyonunda kullanılan antibiyotiklere karşı artan direnç oranları tedavide önemli bir sorun teşkil etmektedir. Ayrıca bu enfeksiyonun patogeneğinde bakteriye ait virülens genlerinin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Bu çalışmada, *H.pylori* virülens genleri ile (*cagA*, *cagE*, *vacA* (*s1*, *s2*, *s1a*, *s1b*, *s1c*, *m1*, *m2*), *iceA1*, *iceA2* ve *babA2*) tedavide kullanılan antibiyotiklerin direnç profilleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM: Çalışmaya erişkin dispeptik hastalardan kültürel yöntem ile elde edilen ve E-test ile amoksisilin, tetrasiklin, metronidazol, levofloksasin, klaritromisin ve rifampisin için antibiyogram testi yapılan toplam 133 *H.pylori* izolatı dahil edildi. Bu izolatların elde edildiği hastaların demografik ve klinik verileri de kayıt edildi. İzolatlara ait virülens genleri uygun primerler kullanılarak polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ile araştırıldı. Elde edilen izolatların hiçbirinde amoksisilin ve tetrasikline karşı direnç saptanmadığından bu antibiyotikler değerlendirme dışı bırakıldı.

SONUÇLAR: *H.pylori* izolatlarının elde edildiği hastaların yaş ortalaması 47 ± 15 yıl olup, % 57'si kadın idi. Üst endoskopik incelemede; 96 (%72) hastada kronik gastrit, 37 (%28) hastada ise peptik ülser mevcuttu. Hiçbir izolatta amoksisilin ve tetrasikline karşı direnç saptanmadı. Klaritromisin, metronidazol, levofloksasin ve rifampisin direnç oranları sırası ile; %19, %62, %36 ve %12 olarak saptandı. *H.pylori* virülens genlerinden *cagA*, *cagE*, *iceA1*, *iceA2* ve *babA2* prevalansı sırası ile; %86, %74, %59, %26 ve %94 idi. *VacA* virülens geni içerisinde en yüksek ve en düşük prevalansa sahip genotipler sırası ile; *s1a* (%95) ve *s2* (%19) idi (Tablo-1). Antibiyotik direnç profilleri ile virülens genlerinin pozitifliği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; *cagE* pozitiflik oranı metronidazol dirençli izolatlarda duyarlı izolatlara göre anlamlı olarak daha düşük idi (%66 & %90, $p=0.001$). Bunun dışında değerlendirilen tüm antibiyotikler ile çalışılan virülens genleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo-2).

TARTIŞMA: Basılı literatür incelendiğinde, hem ülkemizden hem de dünya genelinden *H.pylori* virülens genleri ile gastroduodenal hastalıklar arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çok sayıda çalışma mevcuttur. Ancak *H.pylori* virülens genleri ile primer antibiyotik direnç profilleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren oldukça az sayıda çalışma vardır. Dahası mevcut bilgilerimize göre, ülkemizden bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. İrlanda'dan yapılan bir çalışma-

Sözlü Sunumlar

da cagA ve vacA s1 pozitif izolatlarda primer klaritromisin direnci daha düşük bulunmuştur (2). Başka bir çalışmada ise, cagA ve vacA virülens genleri ile amoksisilin, tetrasiklin, klaritromisin, metronidazol, siprofloksasin ve rifampisin direnç profili arasında metronidazol hariç (cagA pozitif izolatlarda metronidazol direnci daha yüksek bulunmuş) herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Ancak çalışılan virülens genleri ile florokinolon direnci arasında herhangi bir ilişki saptamamışlardır (3). Bizim çalışmamızda ise, metronidazol dirençli izolatlarda cagE pozitiflik oranı daha düşük bulundu. Bunun dışında çalışılan virülens genleri ile antibiyotik direnç profilleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

SONUÇ: H.pilori izolatlarında virülens genleri ile primer antibiyotik direnç profili arasında klinik pratiğimizde kullanılabilecek anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Malfertheiner P, et al. Gut 2017; 66: 6-30.
2. Brennan DE, et al. World J Gastroenterol. 2018; 24(9): 971-981.
3. Bachir M, et al. Braz J Microbiol. 2018; 49(3):544-551.

Anahtar Kelimeler: Helikobakter pilori, antibiyotik direnci, virülens genleri, klaritromisin, metronidazol, levofloksasin

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen Helikobakter pilori izolatlarının elde edildiği hastaların demografik ve klinik verileri (n= 133)

Değişken	Veriler
Ortalama yaş, yıl ($\pm$ standart sapma)	47 $\pm$ 15
Cinsiyet, kadın/erkek, n (%)	76/57 (57/43)
Endoskopik bulgu, n (%)	
Kronik gastrit	96 (72)
Peptik ülser	37 (28)
Gastrik ülser	4 (3)
Duodenal ülser	31 (23)
Antibiyotik dirençli izolat, n (%)	
Amoksisilin	0
Tetrasiklin	0
Klaritromisin	25 (19)
Metronidazol	82 (62)
Levofloksasin	48 (36)
Rifampisin	16 (12)
Virülens gen pozitifliği, n (%)	
<i>cagA</i>	115 (86)
<i>cagE</i>	99 (74)
<i>vacA</i>	
s1	107 (80)
s1a	127 (95)
s1b	35 (26)
s1c	54 (41)
s2	25 (19)
m1	46 (35)
m2	85 (64)
<i>iceA1</i>	78 (59)
<i>iceA2</i>	35 (26)
<i>babA2</i>	125 (94)

Tablo 2. İzolatların antibiyotik direnç profilleri ile virülens genleri arasındaki ilişki

Virülens gen pozitifliği	CLR-R, n (%)	CLR-S, n (%)	p	MTZ-R, n (%)	MTZ-S, n (%)	p	LEV-R, n (%)	LEV-S, n (%)	p	RD-R, n (%)	RD-S, n (%)	p
<i>cagA</i> ⁺	21 (84)	94 (89)	0.5	70 (88)	45 (88)	0.9	42 (88)	73 (88)	0.9	15 (94)	100 (87)	0.4
<i>cagE</i> ⁺	17 (68)	82 (77)	0.3	53 (66)	46 (90)	0.001	36 (75)	63 (76)	0.9	12 (75)	87 (76)	0.9
<i>vacA</i> ⁺												
sl	19 (76)	88 (83)	0.4	63 (79)	44 (86)	0.3	40 (83)	67 (81)	0.7	14 (88)	93 (81)	0.5
sla	24 (96)	103 (97)	0.8	78 (98)	49 (96)	0.6	46 (96)	81 (98)	0.6	15 (94)	112 (97)	0.4
slb	5 (20)	30 (28)	0.4	20 (25)	15 (29)	0.6	13 (27)	22 (27)	0.9	2 (13)	33 (29)	0.2
slc	9 (36)	45 (43)	0.6	32 (40)	22 (43)	0.7	20 (42)	34 (41)	0.9	5 (31)	49 (43)	0.4
s2	6 (24)	19 (18)	0.5	18 (23)	7 (14)	0.2	8 (17)	17 (21)	0.6	2 (13)	23 (20)	0.5
m1	6 (24)	40 (38)	0.2	25 (31)	21 (41)	0.2	16 (33)	30 (36)	0.7	5 (31)	41 (36)	0.7
m2	18 (72)	67 (63)	0.4	55 (69)	30 (59)	0.2	32 (67)	53 (64)	0.7	11 (69)	74 (64)	0.7
<i>iceA1</i> ⁺	11 (44)	67 (63)	0.07	48 (60)	30 (59)	0.9	29 (60)	49 (59)	0.9	12 (75)	66 (57)	0.2
<i>iceA2</i> ⁺	8 (32)	27 (26)	0.5	20 (25)	15 (29)	0.6	15 (31)	20 (24)	0.4	2 (13)	33 (29)	0.2
<i>babA2</i> ⁺	25 (100)	100 (94)	0.3	77 (96)	48 (94)	0.6	46 (96)	79 (95)	0.9	15 (94)	110 (96)	0.7
CLR: Klaritromisin, LEV: Levofloksasin, MTZ: Metronidazol, RD: Rifampisin, R: Dirençli, S: Duyarlı												

SS-05

Karaciğer Naklinde Kan Transfüzyonu Yönetimi: Cell Saver Kullanımının Sonuçları

Hikmet Aktaş, Selim Keçeoğlu

Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi

GİRİŞ: Karaciğer naklinde kanama yönetiminin önemli parameterelerinden biri de perioperatif kan transfüzyonu miktarıdır. Kan transfüzyonunun kendine özgü riskleri dışında, massif homolog transfüzyon uygulanan hastalarda greft (immünojen etki) ve hasta sağkalımının da etkilendiği gösterilmiştir. Bu sorunu aşmada cell-saver otolog kan transfüzyonu yöntemi (cell saver) kullanılan yöntemlerden biridir. Bu çalışmada yüksek volümlü karaciğer merkezimizdeki cell-saver deneyimimizin sonuçları değerlendirildi.

MATERYAL-METOD: Organ nakli kliniğimizde 2015 Ağustos ile 2021 Ocak tarihleri arasında yapılan 568 karaciğer naklinin verileri retrospektif olarak incelendi. Transfüzyon ve kanama verilerine eksiksiz ulaşılan 415 hasta çalışmaya dahil edildi.

Kliniğimizde tüm hastalarda rutin olarak cell-saver sistemi kullanılmaktadır (Cell saver™ 5). Bu yöntemle toplanan kanın %70'i hastaya verilebilmektedir. Verilen her 200mL otolog eritrosit konsantrasyonu 1 ünite eritrosit süspansiyonuna (ES) eşdeğerdir. Otolog/homolog transfüzyon sırasında lökosit filtrasyonu yapılmaktadır. Hastaların peroperatif hemoglobin değeri $\leq 7\text{g/dL}$ olunca homolog ES transfüzyon uygulanmaktadır. Hastada cerrahi kanama yaşanmıyor ise trombosit değeri $\leq 25.000/\mu\text{L}$ ve INR ≥ 2.5 olmadığı sürece trombosit süspansiyonu (TS) ve taze donmuş plazma (TDP) uygulanmamaktadır.

Hastaların demografik verileri, peroperatif kanama miktarları, cell saver yöntemi ile transfüze edilen otolog kan miktarı ve ihtiyaç durumunda transfüze edilen homolog kan ürünü miktarları kaydedildi. Ayrıca preoperatif enfeksiyon tedavisi alan hastaların cell saver örneklerinden alınan kültür sonuçları incelendi. Cell saver kullanılmayan hastamız olmaması nedeniyle bu veriler literatür verileri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahilen edilen 415 hastanın %87,7'si canlı donör nakil (364 hasta) idi. Kadın hasta oranı %64,8 idi. Yaş 53 ± 7 iken MELD skoru 21 ± 5 idi. HBV en sık (%46,3) etiyolojik neden idi. Ek olarak 75 hastada hepatoselüler karsinom (%18) mevcuttu. 42 hastada (%10,1) cell saver'dan herhangi bir kan transfüze edilmedi. Bu 42 hastanın 16'sında ortalama 0,7 ünite ES replasmanı yapılırken 26 hastada (%6,2) hiçbir ek ES replasmanı yapılmadı. Cell saver'dan verilen otolog transfüzyon miktarı ortalama 712ml (0-4000) iken ek verilen homolog ES miktarı ortalama 1,9 ünite (0-7) idi. Ayrıca, verilen ortalama TDP miktarı 1,2 (0-4) ünite ve TS miktarı ise 0,4 ünite (0-3) idi. Preoperatif enfeksiyon tedavisi alan hastaların cell saver kan örneklerinden alınan kültürlerin hiçbirinde üreme olmadı. Literatürde karaciğer nakli ile ilgili çalışmalarda cell saver kullanılan ve kullanılmayan vakalarda bildirilen ES replasmanı sırasıyla ortalama 1,8-4,2 ünite ve 2,6-8,2 ünite aralığında bildirilmektedir. Sonuçlarımız literatürle karşılaştırıldığında olumlu yönde benzerlik göstermektedir.

SONUÇ: Karaciğer nakli sırasında verilen homolog transfüzyon miktarı ile transfüzyon kendine ait risklerden bağımsız olarak greft ve hasta sağkalımı arasındaki negatif ilişki göz önünde bulundurulduğunda cell saver kullanımı ek homolog kan ve kan ürünü kullanımını belirgin azaltmakta ve bu komplikasyonlardan kaçınmayı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cell saver, Karaciğer nakli, Otolog transfüzyon

SS-06

Alkol Dışı Steatohepatiti Olan Hastalarda Artmış Uyku Bozukluk Riski

Derya Arı¹, Dilara Turan¹, Ayça Özdemir², Meral Akdoğan¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji BD

²Ankara Şehir Hastanesi, Radyoloji ABD

GİRİŞ: Alkol dışı yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH), kronik karaciğer hastalığının en yaygın nedenlerinden biridir. NAYKH ile takipli olanların yaklaşık yüzde 20'sinde alkol dışı steatohepatit (NASH) vardır ve bu hastaların fibroz ve siroz riski daha yüksektir. Önceki literatürler, uyku bozukluklarının NAFLD ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, NASH popülasyonundaki uyku bozukluklarını değerlendiren çalışmalar yetersizdir. Biz çalışmamızda, NASH hastalarının uyku özelliklerini, gündüz uyku halini kontrol grupları ile karşılaştırmayı hedefledik.

YÖNTEM: Çalışmaya biyopsi ile tanımlanmış NASH tanısı olan ve 49 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Kontrol grubuna abdomen ultrason ile steatozu olmayan hastalar dahil edildi ve bu kişilere karaciğer sertliği değerlendirmek için GE S8 2D-Shear Wave elastografi uygulandı. Her iki gruba da Epworth Uykululuk Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) anketleri yapıldı, vücut kitle indeksi ve biyokimyasal parametreleri değerlendirildi.

SONUÇLAR: Veriler biyopsi ile kanıtlanmış 87 NASH hastası ile 49 sağlıklı kontrol grubundan toplandı (ortalama yaş=48,8 vs. 37,8; $p < 0,001$). Kontrol grubuna Shear Wave elastografisi uygulandı ve yağlanmanın dışlandığı sağlıklı bireyler çalışmaya dahil edildi (V median: $1,29 \pm 0,11$ m / sn, E median: $5,15 \pm 0,91$ kPa). İki grup karşılaştırıldığında, NASH grubunda VKİ, yaş, alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), açlık kan şekeri seviyeleri ve global PUKİ skorları anlamlı olarak daha yüksek (tümü için $p < 0,001$) tespit edildi (Tablo-1). Gruplar arasında Epworth Uykululuk Ölçeği skorlarında anlamlı bir fark bulunamadı ($5,4 \pm 3,8$ vs. $5,1 \pm 4,5$, $p=0$). Sonuçlarımız, NASH hastaları ile kontrol grubu arasında alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu skoru ve gündüz işlev bozukluğu yönünden anlamlı fark olduğunu gösterdi (Tablo-1). Yapılan çoklu lojistik regresyon analizinde kötü Global PUKİ skorlarında yükseklik ile NASH varlığı arasında bağımsız artmış risk bulundu (OO: 14.3, % 95 GA: 2,7-73 $p = 0,001$).

SONUÇ: Alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu skoru, gündüz işlev bozukluğu NASH ile ilişkili bulunmuştur. Kötü uyku kalitesi, artan NASH riski ile önemli ölçüde ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Alkol Dışı Steatohepatit, Epworth Uykululuk Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Sözlü Sunumlar

Grupların karakteristik özellikleri ve uyku skorlarının karşılaştırılması

	NASH (n:87)	Kontrol (n:49)	P değeri
Kadın (n,%)	38 (43,7)	37 (75,5)	<0.001
Erkek (n,%)	49 (56,3)	12 (24,5)	
Yaş (yıl)	48,81±14,44	37,8±8,16	<0.001
VKİ (kg/m ²)	29±4,31	24,4±3,9	<0.001
Kan Şekeri (mg/dl)	121±58	91±14	<0.001
ALT (U/L)	70,69±51,49	25,88±18,441	<0.001
AST (U/L)	44,04±28,54	20,71±10,27	<0.001
GGT (U/L)	65,91± 65,5	21,44± 22,12	<0.001
Epworth Uykululuk Ölçeği	5,4±3,8	5,1±4,5	0.1
Global PUK	9,33±3,6	6,92±3,5	<0.001
Öznel uyku kalitesi	1,38±0,79	1,10±0,73	0.270
Uyku latansı (gecikmesi)	1,34±0,79	1,08±0,83	0.262
Uyku süresi	1,24±0,95	1,18±0,88	0.058
Alışılmış uyku etkinliği	2,45±1,16	1,33±1,47	<0.001
Uyku bozukluğu	1,53±0,66	1,16±0,68	0.003
Uyku ilacı kullanımı	0,34±0,84	0,16±0,55	0.134
Gündüz işlev bozukluğu	1,05±0,79	0,71±0,91	0.036
Kötü uyku kalitesi (Global Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi >5)(n,%)	74(85,1)	29(59,2)	<0.001

SS-07

Non-Alkolik Steatohepatit Olgularında Real-Time Strain Elastografinin Etkinliği

Emrah Karatay*Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ-AMAÇ: NASH (nonalkolik steatohepatit), alkol kullanmayan kişilerin karaciğerinde alkole bağlı yağlanmaya benzer histopatolojik bulguların varlığı ile tanımlanan ve çoğu zamana asemptomatik seyreden bir durumdur. Klinik semptomları ise yavaş ilerleyen inflamasyon-fibrozisten submassif karaciğer nekrozuna kadar değişkenlik gösterebilmektedir. Kadınlarda daha sık görülmekte olup, obezite, hiperlipidemi ve diabetes mellitus çoğu olguda eşlik etmektedir.

Aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz seviyesinde veya her ikisinde yükselme NASH olgularında en yaygın laboratuvar bulgusudur. Tanısal görüntülemeye ise genellikle karaciğere yönelik ultrasonda hepatosteatoza rastlanmakta olup, gold standart bir görüntüleme yönelik bulunmamaktadır. Her ne kadar fibroscan ile karaciğer fibrozisi değerlendirilmeye çalışılsa da, tarama alanının küçük olması tanıda kısıtlılığa neden olmaktadır.

Real-Time Strain Elastografi ise klinik pratikte giderek daha sık kullanılan ve ultrason eşliğinde uygulanan, non-invaziv ve radyasyon içermeyen bir methodur. Kullanılan proba bağlı olarak tarama alanı mümkün olduğunca geniş tutularak çok sayıda ölçüm yapılarak tanısal doğruluk optimize edilebilmektedir.

Bu çalışmada NASH tanılı ve hepatit dışı tanılarla başvuran olgulara karaciğer ultrasonu ile eş zamanlı real-time strain elastografi uygulanarak bu metodun etkinliği değerlendirilmiştir.

YÖNTEM-GEREÇLER: Haziran 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında NASH tanısı ve hepatit dışı nedenlerle ultrason uygulanan olgular retrospektif olarak tarandı. Karaciğer nakli, travma, kitle öyküsü, genetik sendromlu, kolesistektomili ve 18 yaş altı olgular çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak real-time strain elastografi de uygulanmış 86 NASH olgusu ve 57 hepatit dışı olgu tespit edilerek çalışmaya dahil edildi. Her olgu için ultrasonda elde edilen hepatosteatoz evresi (0-1-2-3) ve strain elastografi ile strain ratio değerleri sırası ile kaydedildi.

İstatistiksel analizler için IBM SPSS ver. 21 programı kullanılmış olup, verilerin dağılımını değerlendirmede Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. Her iki grubun strain ratio değerlerin karşılaştırılmasında independent-sample-T test kullanılmıştır. Hepatosteatoz evresine göre strain ratio değerlerinin değerlendirilmesinde ise Kruskal-Wallis analizi kullanılmıştır. 95% güven aralığında anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlendi.

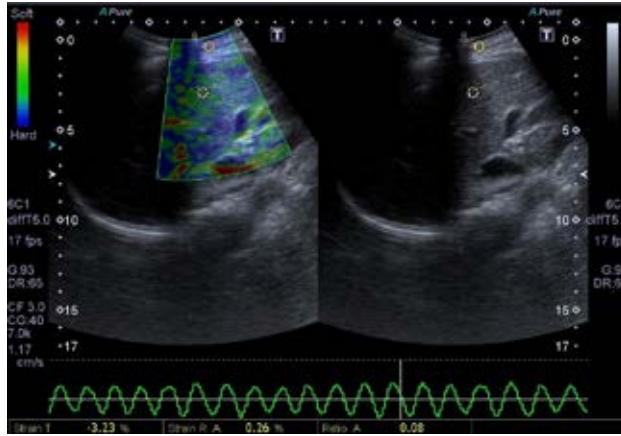
SONUÇLAR: NASH olgularının 32'si erkek ve 54'ü kadın, hepatit dışı olguların 25'i erkek ve 32'si kadındı. NASH olgularının 35'inde evre 1, 28'inde evre 2 ve 8'inde evre 3 hepatosteatoz mevcuttu. Hepatit dışı olguların ise 18'inde tip 1 ve 10'unda tip 2 hepatosteatoz mevcuttu. NASH grubunda ortalama strain ratio 0.26 ± 0.08 ve hepatit dışı grupta ise 0.14 ± 0.11 olup istatistiki anlamlılık mevcuttu ($p<0.001$). NASH olguları için evre 1 hepatosteatoz ortalama strain ratio 0.15 ± 0.10 , evre 2

hepatosteatoz 0.26 ± 0.08 ve evre 3 hepatosteatoz 0.30 ± 0.07 olarak hesaplandı. Evre 1 hepatosteatoz ile diğer 2 evre arasında istatistiki anlamlılık mevcut olup ($p < 0.001$), evre 2-3 hepatosteatoz arasında fark saptanmadı ($p > 0.05$). Benzer hepatit dışı olgularda evre 1 hepatosteatoz ortalama strain ratio 0.10 ± 0.04 ve evre 2 hepatosteatoz ise 0.17 ± 0.12 olup istatistiki anlamlılık mevcuttu ($p < 0.001$).

TARTIŞMA: NASH olgularına ultrasonografi ile eş zamanlı strain elastografi uygulanabilmekte olup, elde edilen strain ratio değerleri ve ultrasonda elde edilen hepatosteatoz evreleri tanısal doğruluğun arttırılmasında fayda sağlayabilmektedir. Bizim suçlarımıza göre kolay erişilebilir ve radyasyon içermeyen bu metodla NASH ayrımı ve yönetiminde başarıyı arttırabileceği düşünülmektedir.

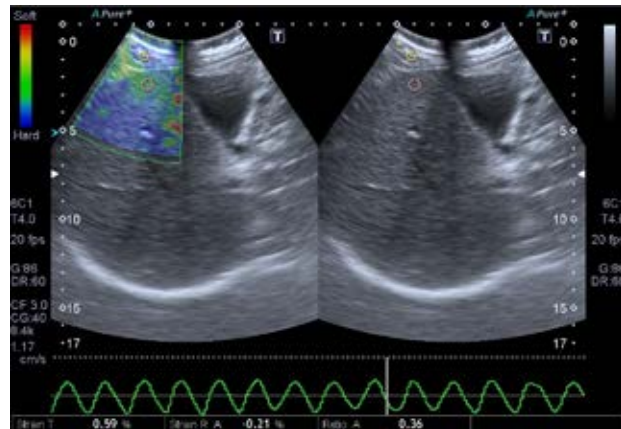
Anahtar Kelimeler: NASH, hepatosteatoz, ultrason, strain elastografi, evreleme

Resim 1



Hepatosteatoz izlenmeyen hepatit dışı gruptaki olguda strain ratio sağ alt köşede gösterilmekte olup 0.08 olarak hesaplanmıştır.

Resim 2



Evre 2 hepatosteatoz bulunan NASH olgusunda sağ alt köşede strain ratio 0.36 olup belirgin olarak artmıştır.

SS-08

Üst Gastrointestinal Sistem Subepitelyal Lezyonlarında EUS İİAB Uygulanan Hastaların Analizi

Çağatay Ak, Süleyman Sayar, Kamil Özdi

SBÜ. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul.

GİRİŞ: Endoskopik incelemelerde karşılaşılan gastrointestinal (Gİ) lümen içine doğru büyüyen üzeri normal mukoza ile kaplı çıkıntı veya kitleler, subepitelyal lezyonlar (SEL'ler) olarak adlandırılır. Adından da anlaşılacağı gibi, epitelin altında bulunurlar ve gastrointestinal duvarın herhangi bir tabakasından kaynaklanabilirler. Genellikle asemptomatiktirler ancak nadiren kanama, obstrüksiyon, disfaji gibi semptomlara neden olurlar. Rutin endoskopilerde SEL prevalansının %0.36 olduğu tahmin edilmektedir. SEL lerde mukozal yüzey normaldir ve endoskopik geleneksel forseps biyopsi sonuçları sıklıkla tanısal değildir. Transabdominal ultrason ve bilgisayarlı tomografi gibi diğer invaziv olmayan görüntüleme yöntemleri de submukozal lezyonları değerlendirmek için yetersizdir. Endoskopik ultrason (EUS), Gİ kanalın içini, çevresini değerlendirmek ve tanısal amaçlı kullanıldığında, ince aspirasyon iğneleri ile Gİ lümenin duvarında yerleşmiş subepitelyal lezyonlardan doku ve sıvı örnekleri alınmasına olanak sağlar. Biz bu sözlü sunumda üst Gİ sistemde EUS İİAB yapılan hastaları analiz edeceğiz.

MATERYAL METOD: Çalışmaya 01.06.2020 -01.01.2016 tarihleri arasında SBÜ. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniğinde üst Gİ subepitelyal lezyon nedeni ile EUS İİAB yapılan 29 hasta dahil edildi. Tüm hastalardan işlem ve anestezi için aydınlatılmış onam formu alındı ve işlemler anestezi uzmanı tarafından verilen uygun sedasyon altında yapıldı. İşlemler Fujinon (Fujifilm, Tokyo, Japan) VP-4450 HD, Fujinon EG 590WR ile yapıldı. İİAB lerde 22 G iğne kullanıldı. Alınan aspirasyon materyalleri patoloji uzmanı tarafından yerinde değerlendirildi (ROSE). Hastaların genel özellikleri, EUS ön tanıları, İİAB, klinik takip ve eğer cerrahi uygulandı ise patoloji sonuçları değerlendirildi. İİAB sonucu ile benign olarak değerlendirilen hastalar en az 1 yıllık takipte lezyon özelliklerinin değişmemesi durumunda benign olarak kabul edildi.

BULGULAR: Subepitelyal lezyon nedeni ile 29 hastaya İİAB yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 59,1 idi ve 15 (%51,7) i kadındı. Hastaların genel özellikleri, lezyon özellikleri, tanıları ve EUS İİAB tanı duyarlılığı tablo 1 ve 2 de gösterilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: EUS İİAB kullanımının pankreas kitleleri ve lenfadenopatinin değerlendirilmesinde başarılı olduğu kanıtlanmıştır. Literatürde SEL lerde EUS İİAB nin tanısal etkinliği ile ilgili daha az sayıda yayın mevcuttur. Çalışmamızda üst Gİ sistemde İİAB gerektiren SEL lerin %69 u midede %20,6 sı özofagusta %10,4 ü duodenumda olduğu saptandı. Literatürde SEL lerin 30 mm üzerinde olması malign potansiyelde artma ile ilişkilendirilmiştir. Bizim çalışmamızda malign lezyonlarda ortalama boyut 31,4 mm (min-max, 13-130) benign lezyonlarda ortalama boyut 19,8 mm (min-max, 7-40) idi. En sık lezyon 12 hasta (%41,4) ile GİST tanılı hastalardı, bu hastaların 6 tanesi opere oldu ve cerrahi patoloji sonuçları GİST ile uyumlu sonuçlandı. Literatürde EUS İİAB ile SEL lerde tanısal duyarlılığı oldukça geniş bir aralıkta bildirilmiştir (%50-90). Yakın zamanda yayınlanan bir çalışmada üst Gİ sistem SEL lerde malign lezyonlar için EUS İİAB ve ROSE nin tanı-

Sözlü Sunumlar

sal duyarlılığı %87,3 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda malign lezyonlarda tanısız duyarlılık %88,2 olarak bulundu. Bu duyarlılık yüzdesinin yüksekliğinin ROSE birlikteliği ile ilgili olduğunu düşünüyoruz. Niimi K. ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada iğne geçiş sayısı azlığının (1,7 geçişe karşı 2,1 geçiş) endoskopistin deneyimi ve komplikasyon riskinde düşüş ile ilişkili bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda hiçbir hastada işlem ilişkili komplikasyon gelişmedi bunun nedeninin ortalama geçiş sayımızın (1,79) azlığı ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz. EUS İİAB nin SEL lerde tanı ve takip açısından efektif bir işlem olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik Ultrasonografi, Subepitelyal Lezyonlar, İnce İğne Aspirasyon Biopsisi

Tablo 1. Hastaların ve lezyonların genel özellikleri.

Parametreler	N (%)
Yaş	59,1
Kadın	15 (%51,7)
Erkek	14 (%48,3)
Lezyon Bölgesi	
Mide	20 (%69)
Özofagus	6 (%20,6)
Duodenum	3 (%10,4)
Tüm Lezyonlarda Ortalama Boyut, mm	28,8 (7-130)*
Malign Lezyonlarda Ortalama Boyut, mm	31,4 (13-130)*
Benign Lezyonlarda Ortalama Boyut, mm	19,8 (7-40)*
Ortalama Geçiş Sayısı	1,79 (1-3)*
Malign Lezyonlarda Sensivite	%88,2

* Minimum-maksimum değerleri.

Tablo 2. Lezyonların genel özellikleri ve EUS İİAB nin sensitivitesi.

Tanı	N (%)	Boyut mm	EUS İİAB Sensivite %	Cerrahi N (%)
GİST**	12 (%41,4)	25,3 (13-36)*	%83,3	6 (%50)
Duplikasyon Kisti	4 (%13,9)	25 (24-30)*	%100	-
NET	2 (%6,9)	83 (36-130)*	%100	2 (%100)
Malign Dış Bası***	3 (%10,3)	27,3 (23-35)*	%100	2 (%66,7)
Leomiyom	2 (%6,9)	26,5 (20-33)*	%100	-
Lipom	2 (%6,9)	23,5 (7-40)*	%100	-
Pankreatik Rest	1 (%3,4)	10	%100	-
Tanı Koyulamayan****	2 (%6,9)	15 (12-18)*	-	-
İntramural Abse	1 (%3,4)	32	-	1 (%100)

GİST: Gastrointestinal Stromal Tümör NET: Nöroendokrin Tümör * Minimum-maksimum değerleri.

** İki hasta takiplerinde yapılan kontrol EUS İİAB sonucuyla GİST tanısı aldı. *** Duodenumda SEL şeklinde görünen 3 hastanın İİAB sonucu malign olması nedeni ile 2 si whipple operasyonu oldu bir tanesi inoperabl kabul edildi. **** İki hastanın EUS İİAB sonucu tanısız olmaması nedeni ile takip edildi 1 yıllık takipte lezyon stabil seyrettiği için benign kabul edildi.

SS-09

Akut Variseal Kanamalarda Mortalite ve Rebleeding Değerlendirmede AIMS-65 Skorunun Etkililiği

Çağdaş Erdoğan, Muhammed Bahaddin Durak

Ankara Şehir Hastanesi

AMAÇ: Akut varis kanamaları, karaciğer sirozunun en sık ve en ciddi komplikasyonlarından biridir. Endoskopik yöntemlerin gelişmesi ve vazopressör tedavilerin kullanımının yaygınlaşmasına rağmen, mortalite ve re-bleeding riski hala yüksektir. Çalışmamızda, acil servisimize akut varis kanamasıyla başvuran hastalarda AIMS-65 skorunun re-bleeding ve mortaliteyi predikte edip etmesini saptamayı amaçladık.

METOD: Haziran 2019 – Haziran 2020 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine akut varis kanama ile başvuran tüm hastalar prospektif olarak incelendi. 18 yaş üstü sirotik veya nonsirotik akut varis kanamasıyla başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara Saltzman ve arkadaşları tarafından geliştirilen AIMS-65 skoru uygulandı. Buna göre Albümin<3g/dl, INR>1.5, Bilinç Bulanıklığı, Sistolik kan basıncı ≤ 90 mmHg ve yaş>65 kriterlerinden her birine bir puan verildi. AIMS-65 skoru 3 ve üzerinde olanlar yüksek riskli, 3'ün altında olanlar ise düşük riskli olarak kabul edildi. Rebleeding, akut kanama epizodu baz alınarak ilk 1 ay içerisinde ve 6 ay içerisinde kanama olarak ayrı ayrı değerlendirildi. Mortalite ise hastane yatışı esnasında ve taburculuk sonrası 1 ay içerisinde olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 62.7 ± 15.0 , 31 (%60) hasta erkek idi. Tüm hastaların medyan AIMS-65 skoru 1.5 (1.0-2.7) idi. 17 hastada (%33) ilk 1 ay içerisinde, 14 (%27) hastada ise 6 ay içerisinde re-bleeding saptandı. 8 hasta (%15) hastane yatışı esnasında ve 10 hasta ise (%19) taburculuk sonrası 30 gün içinde mortalite gerçekleşti. AIMS-65 skoruna göre düşük ve yüksek riskli hastalar karşılaştırıldığında ilk 1 ay ve 6 ay içerisindeki re-bleeding oranı ile taburculuk sonrası 30 günlük mortalitede istatistiksel olarak fark saptanmaz iken (tüm parametreler için $p>0.05$), hastane yatışı esnasında mortalite yüksek riskli hastalarda anlamlı şekilde yüksek idi ($p<0.001$).

SONUÇ: Akut varis kanaması ile hastaneye başvuran hastalarda AIMS-65 skoru, hastane yatışı esnasındaki mortalitenin değerlendirilmesinde faydalı bir skorlama sistemi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut variseal kanama, AIMS-65, mortalite, rebleeding

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların demografik özellikleri, endoskopik sonuçları ve klinik sonuçları.

Yaş, yıl	62.7 ± 15.0
Cinsiyet (erkek), n (%)	31 (60)
Malignite, n (%)	4 (8)
GIS kanama öyküsü, n (%)	35 (67)
Hemodinamik anstabilite, n (%)	24 (46)
BUN, mg/dl	26.6 (20.0-36.7)
Albumin, g/dl	29.4 ± 7.7
Hb, gr/dl	9.1 ± 2.1
Platelet,	125.5 (83.7-167.0)
INR	1.4 (1.2-1.7)
AIMS 65 skoru	1.5 (1.0-2.7)
Child skoru	8.0 (6.0-9.0)
Meld-Na skoru	14.0 (11.0-16.7)
Endoskopik bulgular, n(%)	45 (87)
Özefagus varisi	7 (13)
Gastrik varisi	
Endoskopik tedavi, n(%)	21 (40)
Yok	28 (54)
Endoskopik bant ligasyonu	3 (6)
Skleroterapi	
Transfüzyon, n(%)	18 (34)
Yok	14 (27)
1 ünite	20 (39)
2 ve daha fazla ünite	
Hastane yatışı, n(%)	6 (12)
24 saat içinde taburcu	26 (50)
Servis yatışı	20 (38)
Yoğun bakım yatışı	
Hastane yatış süresi, gün	6.0 (4.0-11.0)
Re-bleeding (ilk 1 ay içerisinde), n (%)	17 (33)
Re-bleeding (ilk 6 ay içerisinde), n (%)	14 (27)
Hastane yatışı esnasında mortalite, n (%)	8 (15)
30 günlük mortalite, n (%)	10 (19)

Tablo 2. AIMS-65 skoruna göre tekrar kanama ve ölüm oranlarının karşılaştırılması.

	AIMS-65 ≥ 3 (Yüksek risk), n=13	AIMS-65 <3 (Düşük risk), n=39	P
Re-bleeding (ilk 1 ay içerisinde), n (%)	3 (23)	14 (36)	0.39
Re-bleeding (ilk 6 ay içerisinde), n (%)	1 (8)	13 (33)	0.07
Hastane yatışı esnasında mortalite, n (%)	6 (46)	2 (5)	<0.001
30 günlük mortalite, n (%)	3 (23)	7 (18)	0.40

SS-10

Ülkemizde Helikobakter Piloni Varlığı ile Trombosit Sayısı ve Ortalama Trombosit Hacmi Arasında İlişki Var mıdır?

Mehmet Emin Pişkinpaşa

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Primer immun trombositopeni (ITP), geçici ve direçli immun kökenli trombositopeni ile karakterize bir hastalıktır. Sekonder ITP ise hereditör ve edinsel hastalıkların tetiklediği bir durumdur. Hepatit C, HIV ve Helikobakter pilori (Hp) gibi çeşitli enfeksiyonlarda trombositopeni etyolojisinde yer almaktadır. Hp ile ITP arasındaki ilişki ilk kez 1998 yılında tanımlanmıştır. ITP gelişiminde HP rolünü açıklayan çok çeşitli teoriler vardır. ITP hastalarında Hp enfeksiyon sıklığı, ülkeler arasında farklılık göstermektedir. HP eradikasyonunun trombosit sayısındaki artma ile sonuçlandığını açıklayan çalışmalar çoğunlukla İtalya, Japonya ve Kore kökenlidir. Oysa ABD ve İspanyada yapılan çalışmalarda bu ilişki gösterilmemiştir. Bu farklılığın nedeninin ülkeler arasındaki Hp prevalansındaki farklılıktan kaynaklı olduğu düşünülmektedir. İtalya 'da bu prevalans 50%, Japonyada' 70% oysa Kuzey Amerikada 20% leredir. Ülkemizdeki Hp prevalansı TURHEP çalışmasında %82.5 saptanmıştır. Prevalansı yüksek olan ülkemizde histopatolojik tetkik ile saptanan HP varlığı ile trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi arasındaki ilişkiyi göstermeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda hastanemizde yapılan gastroskopilerin histopatoloji sonuçları retrospektif olarak incelendi. Hasta dosyalarında Hp pozitifliği kaydedildi. Sonuçlarımıza göre hastanemizde Hp prevalansı belirlendi. Hastalar aynı zamanda Hp pozitif olanlar ve Hp negatif olanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi karşılaştırıldı. Hp pozitifliği ile ilişkili olabilecek trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi arasında regresyon analizi yapıldı.

BULGULAR: Çalışmamıza Hp pozitif olan 1553 hasta (899 erkek/654 kadın) ve Hp negatif olan 731 (408 erkek,323 kadın) hasta olmak üzere toplam 2284 hasta alındı. Ortalama yaş 64.7 ± 16.5 saptandı. Gruplara arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Hp prevalansı % 67.9 olarak saptandı. Hp pozitif hasta grubunda trombosit sayısı 257.5 ± 103) $143.4/\mu\text{L}$), ortalama trombosit hacmi 3.5 ± 8.4 fL saptanırken Hp negatif hasta grubunda trombosit sayısı 135.6 ± 253.6 103)/ μL), ortalama trombosit hacmi 2.4 ± 8.5 fL saptandı. Gruplar arasında trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Regresyon analizinde Hp pozitifliği ile trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi arasında ilişki gösterilemedi.

SONUÇ: Çalışmamızda Hp varlığı ile trombosit sayısı ve ortalama trombosit hacmi arasında ilişki gösterilemedi. Bu durum Hp prevalansının Türkiye'deki ortalamaya göre daha düşük olması ile ilişkili olabilir. Bu konuda daha çok hastayı ve Hp suşlarını da içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Helikobakter pilori, trombosit sayısı, ortalama trombosit hacmi

SS-11

Endoskopik Biyopsilerin Sürpriz Konuğu: Amiloidoz

Selma Şengiz Erhan¹, Yasemin Gökden²¹*İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul*²*İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul*

GİRİŞ: Amiloidoz, farklı etyoloji ve klinik prezentasyonları olan protein birikim hastalığıdır. Hastalık sindirilmeye dirençli, suda çözünemeyen protein fragmanlarının ekstrasellüler depozisyonu sonucu oluşur. Amiloid fibril proteinlerinin biyokimyasal yapısına, birikimlerin lokalize veya sistemik oluşuna, hastalığın kazanılmış veya kalıtsal oluşuna ve kendine özgü klinik özelliklerine göre sınıflandırılır. Primer amiloidoz'un (AL amiloidoz) en önemli sebebi plazma hücresi diskrazisidir. Sekonder amiloidoz (AA amiloidoz) ise, şiddetli ve uzun süreli enfeksiyon veya inflamasyona bağlı olarak, serum amiloid A'nın (SAA) dokularda birikmesi ile oluşur. Birçok organ sistemini etkileyebileceği gibi, tek bir organa sınırlı da olabilir. En sık izlenen formu sistemik amiloidozistir. Bu grup hastalarda gastrointestinal sistem tutulumu oldukça yaygındır. Çalışmamızda alt gastrointestinal kanal endoskopik biyopsilerinde amiloidoz tanısı alan olguları klinikopatolojik özellikleriyle sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza alt gastrointestinal kanala ait endoskopik biyopsilerinde amiloidoz tanısı alan olgular dahil edildi. Olguların demografik özellikleri, klinik, endoskopik ve histopatolojik bulguları değerlendirildi

BULGULAR: Amiloidoz tanılı 24 olgunun 9'u kadın, 15'i erkek olup yaş ortalaması 58'7 (33-8) idi. Amiloidoz tanısı alan 18 hasta kliniği nedeniyle amiloidoz ön tanısı ile gönderilen 84 olgu içinde yer alıyordu. Bu olgular ailevi akdeniz ateşi, multipl myelom ve kronik böbrek yetmezliği nedeniyle takipli olguları. Kalan altı olgudan ikisi (%8) endoskopik bulguları nedeniyle endoskopistin şüphelenmesi sonucu amiloidoz araştırılmasını istemesiyle amiloidoz tanısı aldı. Farklı klinik bulgulara sahip dört olgu ise (malignite taraması, enfeksiyöz ve inflamatuvar barsak hastalığı şüphesi) (%17) histopatolojik inceleme sırasında patoloğun şüphelenmesi sonucu amiloidoz tanısı alan olgular. Takipli olguların endoskopik incelemelerinde rektum mukozası olağan izlenirken, altı olguda lokalize hiperemi, ödem ve yer yer erozyone fragil alanların olduğu dikkati çeken bulgular. Tüm olgularda histopatolojik incelemede mukoza ve daha çok submukozal bölgede izlenen sıklıkla damar duvarlarında lokalize olan eozinofilik hyalinize materyal dikkati çekti. Histokimyasal çalışmada bu materyal polarize ışıktaki elma yeşili refle veren kongo kırmızısı ile boyandı. Tüm olgulara mevcut bulgularla "amiloidoz" tanısı verildi.

SONUÇ: Kliniği nedeniyle takipli olgularda endoskopik biyopsiler amiloidoz ön tanısı ile gönderilmektedir. Ancak amiloidozlu olguların bazılarında ilk tanı, çalışmamızda olduğu gibi farklı nedenlerle yapılan endoskopik biyopsiler sonucu konmaktadır. Sonuç olarak alt gastrointestinal kanal biyopsilerinde saptanan amiloidoz, farklı klinik prezentasyon ve farklı endoskopik bulgularla karşımıza çıkabilir. Bu nedenlerle endoskopik biyopsilerde ön tanıda yer almasa da amiloidoz olasılığı her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, gastrointestinal sistem, endoskopik biyopsi

SS-12

Çölyak Hastalığının Tanı ve Aktivitesinin Değerlendirilmesinde Albümin/Bilirubin Oranı ile De Ritis Oranının Yeri

Güray Can

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilimdalı, Bolu

GİRİŞ: Çölyak hastalığı (ÇH), genetik olarak yatkın kişilerde diyetle alınan glutene maruz kalmanın neden olduğu, bağışıklık sisteminin aracılık ettiği kronik ince bağırsak enteropatisi. Asemptomatik formlardan şiddetli ishal, kilo kaybı ve beslenme yetersizliklerine kadar geniş bir yelpazede sunumlar vardır. Günümüzde tedavisi yaşam boyu glutensiz diyet olan bu hastalığın teşhisi ve hastaların tedaviye yanıtlarının izlenmesi, güvenilir, hızlı, duyarlı, seçici, basit ve uygun maliyetli analitik araçların uygulanmasını gerektirmektedir. Yapılan çalışmalar inflamatuvar bağırsak hastalığı, akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sistemik skleroz, sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, sedef hastalığı ve atopik dermatit dahil olmak üzere birçok hastalıkta Albi (albümin/bilirubin) ile De Ritis (AST/ALT) oranlarının ilişkileri ortaya konmuştur. ÇH'da Albi ve De Ritis oranlarının rolü ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada proinflamatuvar otoimmün bozuklardan biri olan ÇH'da Albi ve De Ritis oranlarının hastalık tanı ve aktivitesi ile olan ilişkisi araştırılacaktır.

MATERYAL-METOD: Toplamda 78 ÇH (49 glutensiz diyet altında (GD), 29 glutenli diyet altında (ND)) ile yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş 30 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Hasta ve sağlıklı kontrollerin AST, ALT, albümin, bilirubin parametreleri kaydedildi. De Ritis ile Albi oranları hesaplandı. Parametreler grupları arasında one-way ANOVA, postHoc Tukey testi ile karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Gruplar arasında cinsiyet dağılımı ve yaş ortalaması açısından anlamlı fark yoktu (Kadın/erkek GD için 22/7, ND için 36/13, Kontrol için 20/10, $p=0.708$; yaş ortalaması GD=34,2±10,9, ND=32,7±12,4, Kontrol=35,7±10,3, $p=0.527$). De Ritis oranı açısından gruplararası anlamlı fark izlendi (GD=1,34±0,42, ND=1,60±0,85, Kontrol=1,06±0,44, $p=0.02$). ND ile kontrol grubu arasında anlamlı fark izlenirken ($p=0.018$), GD ile ND, GD ile kontrol grubu arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.303$, $p=0.404$). AST, ALT, albümin, bilirubin, Albi oranı açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.

TARTIŞMA: De Ritis oranı, ÇH tanısının konulmasında kullanışlı bir belirteç olabilir. ÇH tanısı olanlarda diyetle uyumun değerlendirilmesinde kullanışlı değildir. Albümin/bilirubin oranı ÇH tanı ve diyet uyumu değerlendirilmesinde yeri yoktur.

Anahtar Kelimeler: Albi oranı, Çölyak hastalığı, De Ritis oranı, Glutensiz diyet

SS-13

Foley Kateterin Standart Perkütan Endoskopik Gastrostomi Yerine Kullanımı

Mehmet Bayram¹, Kader Irak², Hüseyin Alkim³, Özgür Yıldırım⁴

¹SBÜ Kanuni Sultan Süleyman EAH Gastroenteroloji İstanbul

²Baskasehir Çam ve Sakura hastanesi Gastroenteroloji İstanbul

³SBÜ Hamidiye Şişli Etfal EAH Gastroenteroloji İstanbul

⁴SBÜ Kanuni Sultan Süleyman EAH İç hastalıkları İstanbul

GİRİŞ- AMAÇ: PEG (perkütan endoskopik gastrostomi) uygulaması uzun yıllardır enteral nutrisyon için kullanılan bir yöntemdir. PEG kateteri kendiliğinden çıktığı veya hasta tarafından çıkarıldığı durumlarda aynı yol üzerinden uygulanan foley kateter ile de enteral nutrisyonun devamı sağlanabilmektedir. Biz de PEG kateteri yerine foley kateter kullanımını retrospektif olarak değerlendirmeyi hedefledik.

MATERYAL-METOD: 2016-2019 yılları arası İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji endoskopi ünitesinde PEG takılmış ve sonrasında PEG kateteri istenmeden çıktığında foley kateter takılan hastalar gelişen komplikasyonlar ve foley kateterin kullanım süresi açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya verilerine ulaşılabilen 17 hasta dahil edildi. 8 hastada Foley kateterde tıkanma, balonun sönmesi, migrasyona bağlı ileus, ve ülser kanaması komplikasyonları gelişti. Komplikasyon Gelişmeyen 9/17 hasta grubunda foley kateter ile takip süresi medyan 6 hafta (1-74 hafta) olarak saptandı.

SONUÇ: PEG kateter yerine foley kateter kullanımı özellikle yaşam beklentisi çok kısa endoskopik işlem riski yüksek olan hastalarda uygulanabilecek daha az invaziv, pratik ve ekonomik bir yöntemdir. Ancak hastalar komplikasyonlar açısından yakından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Foley Kateter, Peg, kullanım

Foley kateter uygulaması*Foley kateter uygulaması***Foley kateter uygulamasına bağlı gelişen ülser***Foley kateter uygulamasına bağlı gelişen ülser***Hastaların klinik ve demografik özellikleri ve peg endikasyonları**

Değişken	Sayı
Hasta Sayısı	17
Yaş	78(60-92)
Cinsiyet (E/K)	8/9
Demans	10
SVH	6
Malignite	1

Hastaların klinik ve demografik özellikleri ve peg endikasyonları

SS-14

Ultrason Endoskopi Kullanımı: Tek Merkez Deneyimi

Mehmet Önder Ekmen, Muhammet Yener Akpınar, Evrim Kahramanoğlu Aksoy, Metin Uzman, Yaşar Nazlıgöl

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Normal endoskop ile endoskopisi yapılamayan ultrason endoskop kullanılan hastaların yaşı, cinsiyeti, semptomları, endikasyonları ve kullanım deneyimlerine göre incelemek

GEREÇ-YÖNTEM: 2018-2021 yılları arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniğine başvurmuş, normal endoskop geçişinin sağlanamadığı ve ultrason endoskop kullanıma zorunluluğunda kalındığı 21 hastanın demografik özellikleri, kliniğe geliş semptomları, endikasyonları ve kullanım deneyimleri incelendi

BULGULAR: Gastroskop olarak dış çapı 5,8 mm olan EG-740N ultrason gastroskop (Ultrason Fujinon, Saitama, Japan) kullanıldı. 21 hastanın 14 ü erkek, 7 si kadındı. En genç hastamız 36 yaşında en yaşlı hastamız 78 yaşında idi. Kadınların yaş ortalaması 54,14 erkeklerin yaş ortalaması 58,07 idi. Hastaların 19 unun semptomu disfaji, 2 hastanın semptomu bulantı kusmaydı. Disfajisi olan 19 hastanın 7 sinin tanısı özofagus ca, 6 sinin tanısı özofagus striktürü, 3 ünün tanısı özofajit, 1 inin tanısı larenx ca, 1 inin tanısı trakeoözofagial fistül, 1 inin tanısı özofagial web ti. Bulantı kusması olan 2 hastanın pilor stenozu mevcuttu. 21 hastanın 19 unda ultrason gastroskop darlığın geçilmesinde ve morfolojisinin tespitinde kullanılırken 2 hastada nazogastrik yolla beslenme tüpü yerleştirilmesi için kullanıldı.

SONUÇ: Ultrason endoskoplar normal endoskoplar ile geçilemeyen ileri derecede darlıklarda güvenle kullanılabildiği gibi beslenme bozukluğu olan hastalarda guide tekniği ile beslenme tüpü takılmasında da güvenle kullanılabilir

Anahtar Kelimeler: Ultrason endoskop, Disfaji, Özofagus ca

SS-15

Özofagus Varis Kanamalarının Endoskopik Tedavi Zamanlamasının 6 Aylık Yeniden Kanamaya Etkisi

Muhammed Bahaddin Durak, Fatih Kıvrakoğlu, Kenan Koşar, Dilara Turan, Çağdaş Erdoğan, Vedat Kılıç

Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü

AMAÇ: Varis kanamaları, gastroenteroloji pratiğinin en önemli acillerinden biri olup yönetimi oldukça zordur. Doğru zamanda doğru işlemin yapılması, hastanın yakın takibi mortalite ve kanama riskinde oldukça belirleyicidir. Çalışmamızda, siroz tanısı ile takipli ve varis kanama nedeni ile işlem yapılan hastaların işlem zamanlamasının tekrar kanama ile ilişkili olup olmadığı değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Şubat 2019-Ekim 2020 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi'ne varis kanama nedeni ile başvurmuş ve işlem yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Retrospektif olarak hastaların verileri dosya ve bilgisayar sistemi üzerinden taranmış, primer sonlanım noktası 6 ay içinde tekrar kanama olarak belirlenmiştir.

BULGULAR: Yaşları 28 ile 89 arasında değişen 55 hasta çalışmaya dahil edilmiştir (Tablo-1). Çalışmaya dahil edilen hastaların MELD-Na değerleri ortalama $16,2 \pm 7,2$ olarak tespit edilmiştir. Hastaların hastanede yatış süreleri $8,2 \pm 7,3$ gün idi. Hastaların %70,9'una mesai içinde işlem yapılmışken, %29,1 hastaya mesai dışı işlem yapılmıştır. Hastalar 6 ay içinde tekrar kanama ile değerlendirildiğinde mesai içinde işlem yapılanların %26,3'ünde, mesai dışı işlem yapılanların %14,3'ünde kanama olduğu görüldü. Tekrar kanama gelişmesi ile işlem zamanı arasında anlamlı bir fark rastlanmadı ($p=0,37$). Yapılan analizlerde mesai içi ve dışı arasında yapılan işlemler ile mortalite arasında da ilişki saptamamıştır ($p=0,790$).

SONUÇ: Varis kanaması ile başvuran hastalarda yeterli donanım ve yeterli tecrübeye ekip olduğu takdirde, mesai dışı işlem yapmak tekrar kanama ve mortalite riskinde artışa neden olmadığı düşünülmek ile birlikte daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: varis kanaması, tekrar kanama, mortalite, endoskopi zamanlaması

Çalışmaya dahil edilen hastaların nitel ve nicel özellikleri

Özellikler	Hasta sayısı (n:55)
Yaş, yıl (ortanca, min-maks)	62(28-89)
Cinsiyet, n (kadın/erkek)	22/33
İşlem zamanı, n (mesai iç/mesai dışı)	39/16
Yapılan işlem, n (EBL/siyonoakrilat)	36/19
Transfüzyon ihtiyacı, n (%)	
Yok	17 (30,9)
1 ünite	13 (23,6)
≥2 ünite	18 (32,7)
Veri yok	7 (12,7)
Hastane Yatışı, n (%)	
Yatış yok	7 (12,7)
Servis	28 (51)
Yoğun bakım	20 (36,3)
Tekrar kanama, n(evett/hayır)	13/42
Mortalite, n (evett/hayır)	14/41

SS-16

Kronik Hepatit C Hastalarında Direkt Antiviral Ajan Tedavisinin APRI ve FIB-4 Skorlarına Etkisi

Özgür Bahadır

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: APRI ve FIB-4, kronik HCV enfeksiyonu olan hastalarda karaciğer fibrozunun evresini tahmin etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, direkt antiviral ajan $\pm$ ribavirin tedavisi alan kronik HCV enfeksiyonlu hastalarda APRI ve FIB-4 skorlarındaki değişiklikleri araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: 2016 ve 2021 yılları arasında direkt antiviral ajanlar $\pm$ ribavirin alan 171 tane kronik HCV enfeksiyonlu hastaya ait verilerimizi retrospektif olarak gözden geçirdik. Hastaların tedavi başlangıcı, tedavi sonu ve tedavi bitimden 12 hafta sonraki laboratuvar değerleri karşılaştırıldı. Hastalar tedavi deneyimi, kronik karaciğer hastalığının ağırlığı ve HCV-Genotip bağlı olarak 8, 12 veya 24 hafta tedavi aldı.

BULGULAR: Yaş ortalaması 60.83 ± 12.40 olan hastaları 86(%50.3) sı erkekti. Tedavi öncesi hastaların 115(%67.3) non-sirotik, 45(%26.3) kompanse sirotik, 11(%6.4) dekompanse sirotik idi. En sık genotip 143(%83.6) hasta ile Genotip 1 idi. APRI skorlarının tedavi öncesi, tedavi sonu ve tedavi bitimden 12 hafta sonraki ortalama değerleri sırasıyla 1.31 ± 1.61 , 0.46 ± 0.48 ve 0.48 ± 0.48 bulundu ve anlamlı azalma olduğu görüldü ($p < 0.0001$). FIB-4 skorlarının tedavi öncesi, tedavi sonu ve tedavi bitimden 12 hafta sonraki ortalama değerleri sırasıyla 3.12 ± 3.09 , 2.07 ± 1.76 ve 2.19 ± 1.80 bulundu ve anlamlı azalma olduğu görüldü ($p < 0.0001$). AST, ALT ve bilirubin değeri azalırken, trombosit sayısı arttı. Ancak, albumin ve INR değerinde anlamlı değişiklik görülmedi. Çalışma sonuçları tablo 1 ve 2 de verilmiştir.

SONUÇ: APRI ve FIB-4 skoru, sadece fibrozun evresinin göstergesi değildir. Hepatik nekroinflamasyon, AST- ALT ve trombosit seviyelerini etkileyerek APRI ve FIB-4 skorunu da etkiler.

Anahtar Kelimeler: HCV, APRI, FIB-4, fibroz, nekroinflamasyon

Tablo 1 Tedavi öncesi ve sonrası hastaların özellikleri

Yaş (yıl)	60.83±12.40
Cinsiyet	
Kadın	85 (%49.7)
Erkek	86 (%50.3)
Kronik Karaciğer Hastalığı	
Non-sirotik	115(%67.3)
Kompanse sirotik	45(26.3)
Dekompanse sirotik	11(6.4)
SVR	
Var	167 (%97.3)
Yok	4(%2.3)
HCV Genotip	
1	143(%83.6)
2	4(%2.3)
3	20(%11.7)
4	4(%2.3)

Tablo 2. Tedavi öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılması

	Tedavi öncesi	Tedavi sonu	Tedavi sonrası 12. hafta	p
APRI	1.31±1.61	0.46±0.48	0.48±0.48	<0.0001
FIB-4	3.12±3.09	2.07±1.76	2.19±1.80	<0.0001
AST	54.28±41.04	21.38±10.96	22.07±12.23	<0.0001
ALT	61.93±50.91	18.28±11.01	18.67±15.18	<0.0001
PLT	184.25±70,38	199.11±77.87	192.77±77.80	<0.0001
Bilirubin	0.99±0.86	1.01±0.76	0.83±0.57	0.014
Albumin	4.05±0.48	4.09±0.44	4.16±0.52	0.516
INR	1.17±0.57	1.14±0.25	1.15±0.37	0.532

SS-17

Pankreas Duktal Adenokarsinomu'nda Tanıda Tutulan Bölge, Kitle Boyutları ve Serum CA 19-9 Düzeylerinin ilişkisi

İbrahim Hakkı Koker*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Gastroenteroloji BD, İstanbul*

GİRİŞ: Pankreas kanserleri sinsi tutulumları nedeniyle geç fark edilmektedir. Pankreas kanserinde tutulan bölge ve evre cerrahi tedaviyi belirgin olarak etkilemektedir. CA 19-9 pankreas malignitelelerinde yükselebilen bir markerdir. Amacımız pankreas duktal adenokarsinom tanısı alan hastalarda tanı anında tutulan bölge, kitle boyutları ve serum CA 19-9 düzeylerinin ilişkisini araştırmaktır.

HASTALAR: Çalışmamıza endosonografik ve kesitsel radyolojik yöntemlerle tanı koyduğumuz 250 hastayı aldık. Bu hastalarda demografik verileri ve pankreasın tutulan alanını elektronik veri tabanından kaydettik. Pankreasta tutulan alanları baş/unsinat/boyun (BUB), gövde ve kuyruk olarak 3 bölgeye ayırdık. Daha sonra pankreasın 3 ayrı bölüme ayırdığımız bölgeleri arasındaki kitle boyutlarını ve serum CA 19-9 düzeylerini karşılaştırdık.

BULGULAR: Çalışmaya aldığımız 250 hastanın (144 (%57.6) erkek, yaş ortalaması 64.6 ± 10.1 yıl (range 32-89)) idi. Bu hastaların %77.5'unda solid kitle, %22.5'inde kistik kitle mevcuttu. Pankreasta malign kitlenin dağılım oranları ise BUB'da % 60.8, gövdede %29.6 ve kuyrukta %8 olarak saptadık. Kitle boyutları median mm (range); BUB'da 35 mm (16-100), gövdede 40 mm (16-95), ve kuyrukta 50.5 mm (24-73) olarak saptadık. Kitle boyutları BUB ile gövde ve kuyruk arasında anlamlı derecede farklı (sırasıyla $p=0.009$, $p<0.001$), fakat gövde ve kuyruk arasında boyut farklılığı saptamadık ($p=0.082$). CA 19-9 düzeyleri median (range) BUB'da 700 U/mL (0.8-548734), gövdede 1108.7 U/mL (2-379950) ve kuyrukta 4247.2 U/mL (23-141530) saptadık. Bununla birlikte BUB ile gövde arasında ve gövde ile kuyruk arasında anlamlı farklılık saptamadık (sırasıyla $p=0.183$ ve 0.064) fakat BUB ile kuyruk arasında anlamlı farklılık saptadık ($p=0.003$).

SONUÇLAR: Pankreas duktal adenokarsinomunu çoğunlukla orta yaş erkeklerde ve soliter kitle şeklinde saptadık. Tanı anında kitle boyutları gövde ve kuyrukta BUB'a göre anlamlı olarak daha büyüktü. Ayrıca tanı anında serum CA 19-9 düzeylerini kuyruk tutulumlu hastalarda anlamlı olarak yüksek saptadık.

Anahtar Kelimeler: pankreas duktal adenokarsinom, bölge, boyut, CA 19-9

SS-18

Post-ERCP Kolanjit Riski ile İlişkili Laboratuvar Parametreleri

Hasan Yılmaz¹, Burcu Koçyiğit²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Kocaeli

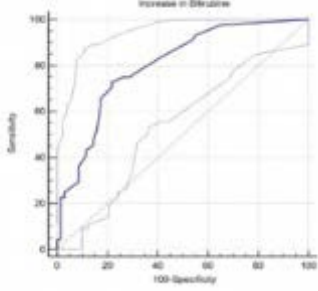
GİRİŞ-AMAÇ: Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) pankreatikobiliyer çeşitli patolojilerinin tanı ve özellikle tedavisinde önde gelen girişimsel yöntemdir. Post-ERCP kolanjit ERCP'nin en morbid komplikasyonlarından biridir ve sonrasında gelişebilecek sepsis ERCP'ye bağlı ölüm riskini artırmaktadır. Bu çalışmamızda Post-ERCP kolanjit riski ile ilişkili olabilecek laboratuvar parametrelerini tanımlamayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Kocaeli üniversitesi gastroenteroloji kliniğinde Ocak 2019-Ocak 2021 tarihleri arasında ERCP yapılan hastaların laboratuvar parametreleri ve fizik muayene kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Post-ERCP kolanjit riski ile ilişkili olabilecek; beyaz küre (WBC), nötrofil (NEU), lenfosit (LYM), hemoglobin (HGB), trombosit (PLT), ortalama trombosit hacmi (MPV), neu/lym oranı, plt/lym oranı, gama glutamiltanspeptidaz (GGT), alkalenfosfataz (ALP), albümin, globülin, osmolarite, total bilirubin (BİL-T), direkt bilirubin (BİL-D), işlem sonrası bilirubin artışı ve C-reaktif protein (CRP) artışı gibi parametreler analize dahil edildi.

BULGULAR: 128 (43%) kadın olmak üzere toplam 296 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastalardan 58'ine (%19,5) Post-ERCP kolanjit teşhisi kondu. ERCP sonrası kolanjit gelişen hastalar ile kolanjit gelişmeyen hastalar arasında WBC, LYM, HGB, neu/lym oranı, plt/lym oranı, albümin, ALP, BİL-T, BİL-D, işlem sonrası bilirubin artışı ve CRP artışının parametreleri açısından anlamlı farklılık tespit edildi. (Tablo1) Çok değişkenli analizde bu parametrelerden düşük neu/lym oranı (OR 0.9, 95 % CI 0.8-0.9, P=0.035), plt/lym oranı (OR 1.0, 95 % CI 1.0-1.006, P=0.040), işlem sonrası bilirubin artışı (OR 2.6, 95 % CI 1.5-4.5, P<0.001) post-ERCP kolanjit riskinin bağımsız göstergeleri olarak tespit edildi. İşlem sonrası bilirubin artışı cut-off değeri 0,6 mg/dl alındığında ROC analizinde AUC 0,802 (95% CI 66,7 - 87,3 p<0,0001) olarak hesaplandı. Youden indeksine göre bilirubin artışı cut-off değeri 0.6mg/dL olarak alındığında post-ERCP kolanjit gelişme riski %72,7 sensitivite %78,2 spesifite tespit edildi. NEU, PLT, MPV, GGT, globülin, osmolarite parametreleri ile post-ERCP kolanjit riski arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi.

SONUÇ: ERCP öncesi daha düşük neu/lym oranına sahip olan ve işlem sonrası takibinde bilirubin ve CRP artışı gelişen hastalarda post-ERCP kolanjit görülme olasılığı artmaktadır. Bu hasta grubu post-ERCP kolanjite yatkın olduğundan daha yakından takip edilmelidir. Yüksek riskli hastalara profilaktik antibiyotik tedavisinin fayda zarar oranının belirlenmesi için geniş çaplı yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Post-ERCP Kolanjit, Bilirubin ve CRP artışı, neu/lym oranı

ERCP sonrası kolanjit gelişmesini öngörebilecek işlem sonrası bilirubin artışı eğri altında kalan alan**Post-ERCP kolanjit riski ile ilişkili laboratuvar parametreleri**

	Kolanjit olmayan hastalar n(%)	Kolanjit olan hastalar n(%)	p değeri
Cinsiyet			0,981
Erkek	135 (56,7)	33 (56,9)	
Kadın	103 (43,3)	25 (43,1)	
Yaş	60.4±16 (18-94)	61.3±15.9 (24-92)	0,639
HbA1c	6,4±2 (4,4-13,4)	6,5±1,8 (4,6-12)	0,626
Sedimantasyon	36±24 (3-124)	54±30 (3-140)	<0,001
Neu/Lym oranı	7,2±31 (0,04-413)	9,8±12 (0,0-60)	0,002
Plt/Lym oranı	240±582 (20-8188)	336±275 (72-1427)	<0,001
Lökosit beyaz küre	7727±3026 (2200-22000)	9205±4430 (100-20000)	0,014
Nötrofil	5448±2986 (32-19000)	6675±4406 (0-18000)	0,127
Lenfosit	1575±848 (13-5035)	1218±968 (57-5360)	<0,001
Hemoglobin	12,1±1,8 (7-18)	11,3±1,9 (7-16)	0,008
Trombosit	251±102 (32-732)	287±170 (28-943)	0,363
Ortalama trombosit hacmi	9,1±1,2 (6,2-15)	9±1,4 (6,1-13)	0,578
Üre	31,4±20,4 (5-147)	32±22,7 (11-164)	0,649
Kreatinin	0,8±0,8 (0,3-11)	0,7±0,35 (0,3-2,3)	0,751
Aspartattransaminaz (AST)	86±107 (10-840)	106±92 (14-503)	0,004
Alanintransaminaz (ALT)	104±146 (5-1030)	113±99 (9-391)	0,019
Gama glutamiltranspeptidaz (GGT)	328±331 (8-2691)	473±535 (11-2480)	0,125
Alkalenfosfataz (ALP)	288±248 (41-1600)	429±318 (51-1662)	<0,001
Amilaz	114±180 (7-2243)	95±119 (11-600)	0,068
Albumin g/L	33,7±6,1 (18-48)	31,3±6,2 (16-45)	0,008
Globulin	29,8±7,5 (15-90)	30±6,3 (18-50)	0,604
Total Bilirubin	4,8±6,2 (0,2-34)	7,3±7,6 (0,3-38)	0,003
Direkt Bilirubin	2,7±4 (0,1-30)	4,1±4,8 (0,1-22)	0,002
İşlem sonrası bilirubin artışı	0.5±0.8 (0,0-6)	1.8±2.7 (0,0-15)	<0,001
Osmolarite	287±7,0 (263-314)	286±11,1 (267-330)	0,437
İşlem sonrası CRP artışı	9,7±20,1 (0-210)	97,5±53,7 (0-238)	<0,001

POSTERLER

PS-01

İnatçı Bulantı Kusmanın Nadir Nedeni Süperior Mezenterik Arter Sendromu

Yunus Halil Polat, Muhammed Yalçın, Özlem Akdoğan, Başak Çakal, Levent Filik

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim dalı, Ankara

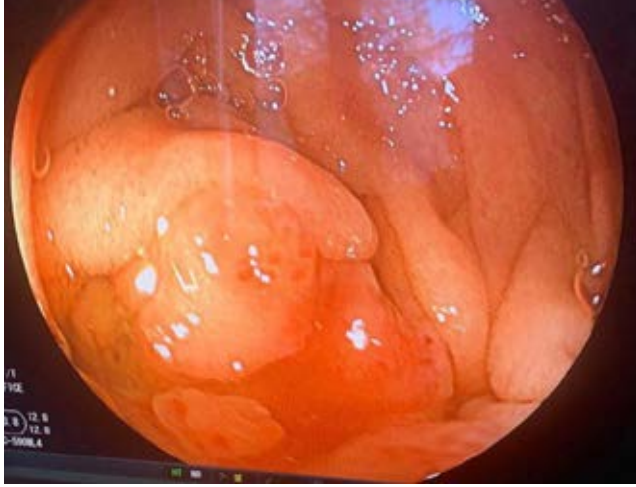
Süperior mezenterik arter (SMA) sendromu, diğer adıyla Wilkie sendromu; duodenum 3. kıtanın süperior mezenterik arter proksimali ve aorta arasında sıkışmasına bağlı oluşan nadir bir mekanik intestinal obstrüksiyon sebebidir. Bu sendrom, abdominal aorta ile SMA arasındaki açı 6°-25° (normal değer 38°-56°) olduğunda görülür. Belirgin kilo kaybı ile birlikte bulantı, kusma, anoreksiya, epigastrik ağrı ve şişkinlik gibi semptomlara sebep olur. Nadir görülen ve tanısı genellikle güç konan inatçı bulantı, kusma ve kilo kaybı ile giden SMA sendromu vakamızı sunacağız.

OLGU SUNUMU: 45 yaşında kadın hasta, yaklaşık 3 haftadır devam eden bulantı ve safralı kusma şikayeti ile dış merkezde gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş. Dış merkezde yapılan endoskopide prepylorik antrumda yüzeysel ülser ve pangastrit olarak raporlanıp antrumdan biopsi alınmış. Aynı zamanda hastaya Helicobacter Pylori tedavisi verilmiş. Hastanın şikayetleri gerilememesi ve semptomlarının progrese olması üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğimize yatırıldı. Serviste takip edilen hasta oral alım sonrası gıdaları çıkarması üzerine yeniden endoskopi yapıldı. Endoskopide; duodenum 3.kıta lümeni açıklığını tamamen daraltacak şekilde mukoza ileri derecede hiperemik ve ödemli izlendi ve bu bölgeden biopsi alındı. Alınan biopsinin patoloji sonucu; villusların düzleşmiş olduğu, lamina propriada yaygın ödem ve lenfoplazmositer infiltrasyon varlığı olarak raporlanması üzerine ince bağırsak MR enterografi çekildi. MR enterografi incelemesinde; "ince bağırsaklarda dilatasyon, striktür yada patolojik kontrastlanma tespit edilmedi. Ancak SMA sendromu ile uyumlu (mide ve duodenum dilatasyonu) bulgular izlendi. SMA - aorta açısı yaklaşık 18 derece idi" olarak raporlandı. Hasta genel cerrahi kliniğine duodeno-jejunostomi operasyonu yapılması üzerine devir edildi.

SONUÇ: İnatçı safralı kusma ve ani gelişen kilo kaybı ile gelen vakalarda SMA sendromu da ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Bu hastalarda yapılan üst GIS endoskopide duodenum 3. kıta da mümkün olduğunca değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnatçı kusma, MR enterografi, Süperior mezenterik arter,

duodenum 3. kıta lümeni



MR enterografi kesiti



PS-02

Otoimmün Hepatit Nedeni ile Azatiyopurin Tedavisi Alan Hastada Atipik Yerleşimli Kaposi Sarkomu

Derya Arı, Dilara Turan, Ömer Öztürk, Volkan Gökbulut, Meral Akdoğan

Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü

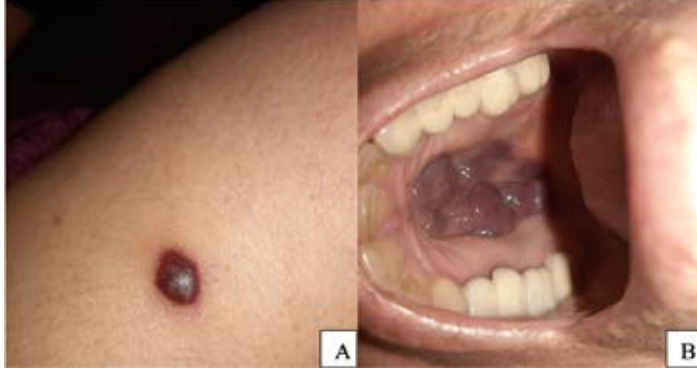
GİRİŞ: Kaposi sarkomu (KS), immün sistemi baskılanmış hastalarda sıklıkla görülen insan herpes virüsü-8'in (HHV-8) neden olduğu anjiyoproliferatif düşük dereceli bir neoplazmdır. KS, bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar veya bağışıklık sistemi düzensizliği nedeniyle otoimmün hastalıkları olan kişilerde daha yaygındır. Otoimmün hepatit (OIH) her yaşta görülebilen kronik inflamatuvar bir karaciğer hastalığıdır. Burada otoimmün hepatitli yaşlı bir hastada azatiyopürin tedavisinden oldukça kısa bir süre sonra gelişen tipik yerleşimli Kaposi sarkomunu sunuyoruz.

OLGU: Yetmiş yaşında kadın hasta, karaciğer fonksiyon testlerinin normalin üstünde seyretmesi, yorgunluk ve kilo kaybı nedeni ile yapılan incelemede: albümin (4,7 g/dL), toplam bilirubin (17 mg/dL), γ glutamiltransferaz (158 UI/L) ve alkalın fosfataz (214 U/L) ile artan transaminazları (AST 1708 UI/L ve ALT 1624 UI/L) tespit edildi. Hemogram testi normal olan hastanın, aktive parsiyel tromboplastin zamanı 33.8 s (normal aralık (NR) 26-37 s) ve protrombin zamanı 13 s (NR 10-13 s) gösterdi. Hipergamaglobulinemisi olan hastanın serum IgG değeri yüksekti (17 Ünite g/L; NR <16 Ünite g/L). Viral hepatit için serolojik testler yapıldı. Çölyak antikorları negatifti. Seruloplazmin, bakır ve α -1-antitripsin seviyeleri normaldi. Antinükleer (ANA), antimitokondriyal ve anti-karaciğer/böbrek mikrozomal tip 1 (anti-LKM1) antikorları için testler negatifti. Anti-düz kas (ASMA) pozitif. Abdominal ultrasonda, karaciğer homojen ve ekojenitesi normal, konturları düzgündü, dalak boyutları normaldi. Yapılan karaciğer biyopsisi portal alanlarda inflamatuvar lenfositik ve plazmasitik infiltrat ve orta derecede interface hepatiti ortaya çıkardı; safra yolları normaldi. Kolanjiyografik çalışma yapılmadı. Tanısı otoimmün hepatit olarak kabul edilen hastaya metilprednizolon ve ardından azatioprin tedavisi planlandı. Tiopurin S-metiltransferaz (TPMT) aktivitesi, azatioprin tedavisinden önce normal olarak değerlendirildi. AZA ve steroid tedavisinden dört ay sonra hasta cilt ve ağızda küçük, ağrısız, kırmızı ve mor lezyonlar fark etti (Resim-1). Daha sonra kulakta, bacaklarda ve anal bölgede ortaya çıktı. Kaposi sarkomu, eksizyonel cilt biyopsisi yapılarak teşhis edildi. İleri tetkiklerde akciğerde ve abdominal organlarında patoloji saptanmadı. Laboratuvar değerlendirmesi, insan herpes virüsü 8 (HHV-8) ve İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) için negatifti. Hasta immunsupresif tedavi dozu azaltılarak tedavi için medikal onkoloji kliniğine yönlendirildi.

TARTIŞMA: Kaposi sarkomu genellikle bağışıklığı baskılanmış kişilerde görülen bir malignitedir. Literatürde Crohn hastalarında AZA kullanımı ile birlikte görülen Kaposi sarkomu vakaları mevcuttur. Hastamıza kısa bir süreliğine immunsupresif tedavi almasına rağmen Kaposi sarkomu tanısı konuldu. Bu özellikleri nedeniyle nadir bir vaka olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kaposi sarkomu, azatiyopürin, otoimmün hepatit

Resim-1



Otoimmün hepatit nedeni ile tedavi kısa süredir azatiopürin kullanan hastanın ön kolda (A) ve sert damakta (B) ortaya çıkan pembe-mor ağrısız nodüler lezyonları

PS-03

Nadir Gastrointestinal Kanama Nedeni: Papilla Vateriye Metastaz Yapan Testis Tümörü

Orhan Coşkun¹, Mustafa Çapraz², Deniz Yılmaz³

¹Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Amasya

²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Amasya

³Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Bilim Dalı, Amasya

Malign testis tümörleri 20-35 yaş arasındaki erkekler arasında en sık görülen malignitedir. Sıklıkla retroperitoneal lenf düğümlerine metastaz yapan bu tümörlerin gastrointestinal sisteme metastazı oldukça nadirdir. GİS metastazı olan hastalarda bağırsak tıkanıklığı, intussussepsiyon, volvulus, kanama, asemptomatik karın kitlesi ve tıkanma sarılığı gibi çeşitli klinik bulgularla başvurabilirler. Bu olgumuzda üst GİS kanama yakınmasıyla acil polikliniğimize başvuran ve endoskopik incelemesinde duodenum papilla vateride invazyon saptanan testis tümörü olgusunu sunduk.

OLGU: 32 yaşında erkek hasta bir hafta önce başlayan öksürükle ağızdan pembe-kırmızı renkli kan gelmesi ve dışkı renginin koyulaşması nedeniyle acil servise başvurdu. Hasta acil servise başvurduğunda genel durumu kötü, takipneik (dakikada solunum sayısı: 32), oksijen saturasyonu:90, kan basıncı:90/60 mm/Hg, Nabız:118 v/dakika ve yapılan rektal muayenesinde: melen a saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre sayısı:22800 x103/uL, hemoglobini:4 gr/dl (12-17,4), hematokrit:%13,4 (37-51), trombosit:281 x103/uL, laktat dehidrogenaz: 2015 U/L (135-225), alanin aminotransferaz:18 U/L (0-40), aspartat aminotransferaz:58,9 U/L (0-40), CRP:161 mg/L (0-5), sodyum:126 mmol/L (135-145), potasyum: 5 mmol/L (3,5-5,1), INR:1,1 (0,88-1,30) saptandı. Öz geçmişinde, 2012 yılında testis tümörü tanısıyla orşektomi olmuş. 2015 yılında nüks tümör nedeniyle kemoterapi aldığı ve sol lob hepatektomi, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu ve splenektomi yapılmış. Hastanın kan tetkiklerinde human koriyonik gonadotropin (HCG) seviyesi:263144 mIU/ml ve Alfa fetoprotein (AFP): 88,9 İU/ml (0-5) saptandı. Acil serviste hastaya 2lt/dk nazal oksijen, proton pompa inhibitörü (Pantoprazol 40 mg, İV) ve hiponatremisi için %3'lük NaCl hipertonic solüsyonu başlandı. Ayrıca anemi semptomları (hipotansiyon, taşikardi) olması nedeniyle 4 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Hemoptizi yakınması nedeniyle traneksamik asit 250 mg (%10'luk) İ.V. günde 3 defa başlandı. Bu tedaviler uygulanırken, hastaya gastrointestinal kanama tanısıyla üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Endoskopide, ön kesici dişlerden itibaren 35.cm'de özofagus lümeni dıştan basılanmış olarak izlendi. Duodenumda papilla vateri tümöral görünümde izlendi (Resim 1).Tümöral kitle lezyonunda aktif kanama izlenmedi ve papilden biyopsiler alındı. Biyopsinin patolojik incelemesi koryokarsinom metastazı (mikst germ hücreli tümörün bir komponenti) ile uyumlu saptandı (Resim 2).

Hastanın bilgisayarlı tomografisinde (BT); mediasten ve abdomende en büyüğü 6 cm çapında çok sayıda konglomere tarzda lenfadenopatiler (LAP), bilateral akciğerde en büyüğü sağ AC alt lob medial segment düzeyinde mediasten ile sınırları net olarak ayırt edilemeyen 7x6 cm boyutlarında çok sayıda metastaz ile uyumlu solid kitlesel lezyonlar saptandı (Resim 3).

3 gün gastroenteroloji servisinde yatırılarak tetkik ve tedavi edilen hastanın takibinde gastrointestinal kanaması ve hemoptizi izlenmedi.

TARTIŞMA: İnce bağırsak (İB) tümörleri tüm malign gastrointestinal neoplazmaların yaklaşık % 3'ünü oluşturur. Tüm maligniteler İB'ye metastaz yapabilir ve yayılabilir. Testisin lenfatik drenajının meydana geldiği retroperitoneal düğümlere anatomik yakınlığı nedeniyle duodenum GİS'te en sık metastaz olan bölgedir. GİS tutulumu ve yüksek HCG titreleri, germ hücreli testis tümörlerinde kötü prognostik belirteçlerdir. Bizim hastamızda da kötü prognostik gösterge olarak duodenum yayılımı ve bakılan kan tetkiklerinde HCG seviyesi çok yüksekti (263144 mIU/ml).

Testis tümörü metastazları primer germ hücre tipinin başka hücre tipine mutasyonu nedeniyle bazen primer tümörün histopatolojisinden farklı olabilir. Bizim hastamızın daha önceki patoloji raporunda histolojik tip teratom olarak bildirilmesine rağmen papilla vateriden alınan biyopsinin patolojik incelemesinde tanı koryokarsinom metastazı ile uyumlu saptandı.

Sonuç olarak, malignite öyküsü olan ve GİS kanama nedeniyle acil servise başvuran hastalarda gastrointestinal sistem metatazına bağlı kanamalarda ayırıcı tanı listesinde bulundurulmalıdır.

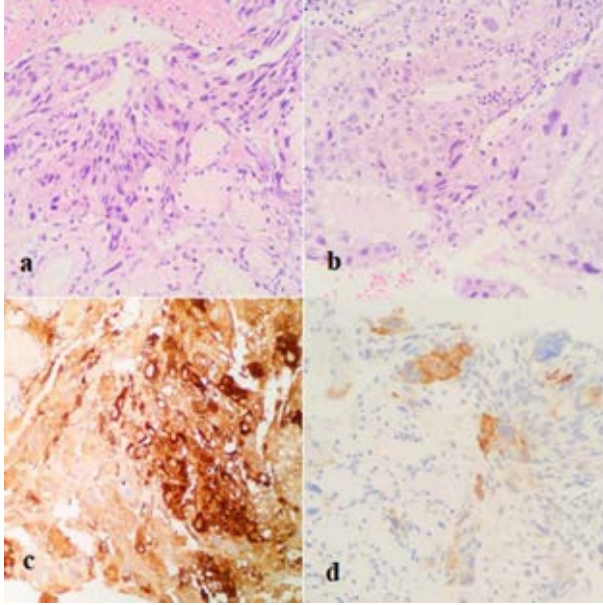
Anahtar Kelimeler: testis tümörü, gastrointestinal kanama, papilla vateri

Resim 1



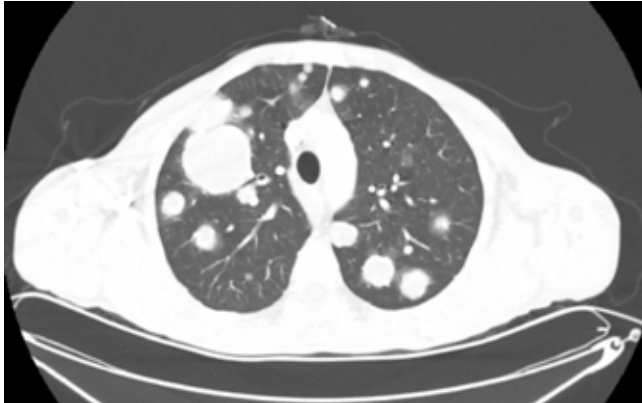
Üst gastrointestinal inceleme duodenum 2. bölümünde papilla vaterinin tümöral görünümü

Resim 2



Koryokarsinomun histopatolojik görünümü (a: H&E boyası, x40, b: H&E boyası, x40, c: beta hCG (İHK boyası, x40), d: İnhibin (İHK boyası, x40).

Resim 3



Toraks BT'de akciğerde metastatik lezonlar

PS-04

Herbal Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Hepatik Toksisite: Olgu Sunumu**Orhan Coşkun¹, Mustafa Çapraz², Derya Arı³**¹Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin EAH, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Amasya²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Amasya³Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Bitkiler ve bunlardan elde edilen bir takım toz ve karışımlar, uzun yıllardır insanlar tarafından tüm dünyada şifa için tıbbi amaçlarla kullanılmaktadır. Bu bitkisel ürünlerin kullanımı sonucu, hafif-orta biyokimyasal değişiklikler ile hayatı tehdit eden, hatta ölüme sebep olabilen toksik etkiler ortaya çıkabilmektedir. Anadolu'da 'Çakşır' ('Dev Rezene') olarak bilinen ferula bitkisi ve özü afrodisyak, antioksidan, antiinflamatuvar ve anti-diyabetik etkilere sahiptir. Ayrıca infertilite, erektil disfonksiyon ve impotans gibi durumlarda halk tarafından sıklıkla tüketilmektedir. Bu yazıda amacımız bir bitki özünün (çakşır otu) neden olduğu akut toksik hepatitli olguyu sunmayı amaçladık.

VAKA: 39 yaşında erkek hasta 2 gün önce başlayan ateş, bulantı, karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde, daha önce herhangi bir hastalığı, sürekli kullandığı ilaç, alkol alım öyküsü yoktu. Hastanın anamnezinde bitkisel ot ekstrelerinden (çakşır otu) 1 çay kaşığı miktarını sıcak su ile demleyerek 6 gündür kullandığı öğrenildi. Başvuru anında; genel durumu iyi, şuur açık ve koopere idi. Ateş:38,2°C ve diğer vital bulguları normaldi. Sağ üst kadranda hassasiyet dışında fizik muayene ve nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; alanin aminotransferaz:1246 U/L (0-40), aspartat aminotransferaz:1764 U/L (0-40), gama glutamil transferaz:206 U/L (0-71), alkalin fosfataz:189 U/L (40- 125),total bilirubin:4,27 mg/dl (0-1,2),direkt bilirubin:3,6 mg/dl (0-0,4), C-reaktif protein(CRP):12,1 mg/l (0-5), protrombin zamanı:17,4 sn(12-16,5), INR:1,31 (0,88-1,30), serum ferritin düzeyi: 1312 µg/dL(22-322) olarak saptandı. Diğer laboratuvar parametreleri normaldi ve hepatit serolojisi negatifti. Ateş yüksekliği olan hastanın alınan kan ve idrar kültüründe üreme olmadı.

Batın Ultrasonografisinde karaciğer büyüklüğü normaldi ve portal ven doppler ultrasonografik incelemesinde özellik saptanmadı.

Hastanın anamnez,fizik muayene, laboratuvar değerlerine göre çakşır otu kullanımına bağlı akut toksik hepatit düşünüldü. Çakşır otu toksisitesine yönelik spesifik bir antidot bilinmediği için; parenteral hidrasyon, N-asetil sistein infüzyonu ve urso-deoksikolik asit tedavisi başlandı. Takiplerinde klinik durumu düzelen, AST:201 IU/ml, ALT:690 IU/ml'ye, total bilirubin:2,6 mg/dl'ye ve INR değerleri normal düzeylere gerileyen hasta yatışının üçüncü gününde önerilerle taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde; karaciğer enzimlerinin, bilirubin değerlerinin ve başvuru anında yüksek saptanan serum ferritin düzeyinin normal seviyelere (252 µg/dL) gerilediği tespit edildi.

TARTIŞMA: Toksik hepatit, sıklıkla ilaç ve bitkisel maddelerin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan, hafif biyokimyasal anormallikten akut karaciğer yetmezliğine kadar değişen tabloya sebep olabilen bir hastalıktır. Genellikle bir ilaç veya bitkisel takviyelerin kullanımından sonra karaciğer

hasarının gelişmesi arasındaki süre bir hafta ile üç ay arasında değişmektedir. İlaç veya bitkisel takviyenin kesilmesinden sonra laboratuvar bulgularının gerilemesi patognomiktir. Bizim olgumuzda da şüpheli ajanla temastan yaklaşık 48 saat sonra yakınmaları başlamış ve ajana maruziyet kesildikten sonra genel durumu ve laboratuvar parametreleri düzelmiştir.

Ferula cinsi bitki (çakşır otu) Akdeniz, Anadolu, İran ve Afganistan'da yetişen, kokulu, 1-2.5 m yüksekliğinde çok yıllık bir bitkidir ve yaklaşık 170 türü vardır ve içeriğinde çok sayıda bileşik tespit edilmiştir.

Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ferula kökü ekstresinin güçlü antioksidan, antiproliferatif ve antiinflamatuvar etkilere sahip olduğu, diyabetle ilişkili erektil disfonksiyonu düzelttiği ve spermatogenezi önemli ölçüde arttırdığı bildirilmiştir. Pek çok hastalığın tedavisinde ve profilaksisinde, bitki özlerinin terapötik ajan olarak kullanımının yaygınlaşması nedeniyle bitki özleri ile ilgili prelinik çalışmalar gün geçtikçe daha fazla önem kazanmaktadır.

Sonuç olarak; çakşır otu isimli bitkinin ve ekstrelerinin teröpatik veya besin amaçlı kullanımında karaciğer toksisitesi mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çakşır otu, herbal, toksik hepatit, akut karaciğer yetmezliği

Resim 1



Öğütülmüş çakşır otu kökü

PS-05

Pankreas Kanseri Hastada Sister Mary Joseph's Nodülleri***Orhan Coşkun¹, Ahmet Kozan², Mustafa Çapraz³, Derya Arı⁴***¹Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Amasya²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bilim Dalı, Amasya³Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Amasya⁴Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Pankreas kanseri en kötü prognozlu tümörlerden biridir. Kadın/erkek oranı 1/1.3-2'dir ve görülme sıklığı 45 yaşından sonra artar. Pankreas kanserli hastaların %80'inden fazlası tanı anında hematojen veya peritoneal yolla metastaz yapmıştır veya çevre dokulara invazyon yapmış olması nedeniyle teknik olarak unrezektabldır. Opere edilebilen hastalarda üç yıllık sağkalım %30 civarında bildirilmiştir. Pankreas kanseri en sık karaciğere ve peritona, ardından akciğerler, kemikler ve beyine metastaz yaptığı bilinmektedir. Çoğunlukla umblikus çevresinde görülen ve Sister Mary Joseph's nodülü (SMJN) olarak adlandırılan kutanöz metastazlar nadirdir. Pankreas kanserinden cilt metastazı yaygın hastalığı ve kötü prognozu gösterir. Çalışmamızda pankreas kanseri olan ve cilt metastazı saptadığımız olgumuzu sunacağız.

Olgu: 47 yaşında kadın hastanın karın cildinde kızarıklık ve sert şişlikler gelişmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Hastaya 6 ay önce dış merkezde pankreas kanseri tanısıyla 3 kür neoadjuvan kemoterapi uygulanmış ve sonrasında Whipple operasyonu olmuş. Tümör patolojisi iyi diferansiye adenokarsinom olarak saptanmış. Ameliyat sonrasında CA19-9 düzeyleri belirgin gerilemiş. Hastanın post-op dönemde karında şişkinlik gelişmesi üzerine yapılan tetkiklerinde batında asit saptanmış. Yapılan parasentezin serum albümin asit gradienti > 1.1 olarak saptanmış ve sitolojik incelemesinde malignite saptanmamış. Karaciğer biyopsisi yapılmış ve steatozis saptanan hastaya siroz olabilir düşüncesi ve semptomlarının tedavisi için diüretik (furosemid + spironolaktone) ilaçlar başlanmış. Hasta polikliniğimize başvurduğunda fizik muayenesinde karın cildinde multipl büyüğü yaklaşık 1 cm çapında nodüler lezyonlar izlendi (Resim1). Yapılan laboratuvar tetkiklerinde: beyaz küre sayısı:7730x103/uL, hemogloblin:10,9 gr/dl (12-17,4), hematokrit:%33,2 (37-51), trombosit:574x103/uL, laktat dehidrogenaz:186 U/L (135-225), alanin aminotransferaz:13 U/L (0-32), aspartat aminotransferaz:35 U/L (0-32), gama glutamil transferaz:51 U/L (6-42), alkalen fosfat:143 U/L (35- 104), total bilirubin:0,42 mg/dl (0-1,2), direkt bilirubin:0,26 mg/dl (0-0,4), C reaktif protein:5,7 mg/l (0-5), INR:1,1 (0,88-1,30), sedimentasyon: 53 mm/saat, CA 19-9: 3511 U/mL (0-37) olarak bulundu. Yapılan yüzeysel ultrasonografisinde cilt düzeyinde büyüğü yaklaşık 12x7,6 mm boyutunda, multiple, hipoekoik, solid nodüler lezyonlar izlendi (metastaz?). Ciltteki lezyonlarından alınan biyopsinin sitolojik incelemesinde dermiste az diferansiye adenokarsinom saptandı.

Tartışma: Pankreas kanserinin metastazı genellikle bölgesel lenf düğümlerini, karaciğeri, peritonu, akciğerleri ve beyni içerir. Pankreas kanserinin nadir metastaz bölgeleri arasında kas, deri, kalp, plevra ve mide bulunur. Lookingbill ve arkadaşları kutanöz metastazlı 420 hastayı içeren bir çalışmalarında sadece iki vaka (% 0,48) primer odak olarak pankreas kanserini tespit etmişlerdir.

Pankreas kanserinde çeşitli kutanöz metastaz teorileri öne sürülmüştür, ancak spesifik bir mekanizma açıklanmamıştır. Bu teoriler arasında: seeding hipotezi, doğrudan invazyon, lenfatik veya hematogen yayılım ve kemotaksis hipotezleri yer alır. Küratif rezeksiyon sırasında tümör ekimi korkulan bir komplikasyondur ve periton boşluğunda nüks genellikle küratif amaçlı rezeksiyondan sonra meydana gelir. Bu nedenle, metastaza neden olan tümör hücrelerinin implantasyonundan kaçınmak için ameliyat sırasında dikkatli yönetim yapılmalıdır.

Yendluri ve arkadaşlarının çalışmasında SMJN olan hastaların ortalama sağkalım süresi, evre IV pankreas kanseri için beklenen zaman ölçeğinden daha düşük bulunmuştur. Takeuchi ve arkadaşlarının cilt metastazı olan pankreas kanserli hastalarda yaşam süresi üzerine yaptıkları çalışmada ortalama sağkalım süresi 5 ay olarak saptanmıştır. Genç hastalarda (<65 yaş) istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber yaşam süresinin daha iyi olduğu, cinsiyet ve cilt lezyonu sayısının ise yaşam süresini etkilemediğini bildirmişlerdir.

Pankreas kanseri nadiren kutanöz metastaz olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu olasılık, özellikle malign deri lezyonunun kaynağı bilinmeyen durumlarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: pankreas kanseri, cilt metastazı, Sister Mary Joseph's nodülü

Resim 1



Karın muayenesinde periumblikal multipl büyüğü yaklaşık 1 cm çapında nodüler lezyonlar (SMJN)

PS-06

Üst Gastrointestinal kanamanın Nadir Bir Nedeni: Duodenumda Volkan Benzeri Lezyon

Orhan Coşkun¹, Deniz Yılmaz², Ahmet Turan Kaya³, Mustafa Çapraz⁴

¹Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Amasya

²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Bilim Dalı, Amasya

³Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bilim Dalı, Amasya

⁴Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Amasya

Üst gastrointestinal kanamalar acil bir durumdur ve genellikle üst endoskopi veya cerrahi müdahale ile teşhis ve tedavi edilir. Maligniteye bağlı masif üst gastrointestinal kanama nispeten nadirdir ve duodenum en az tutulan bölgedir.

Duodenuma metastaz yapan tümörlerin büyük çoğunluğu, anatomik yakınlığı nedeniyle sağ böbrekten kaynaklanır. İnce bağırsakta intüpsiyon vakaları tarif edilmesine rağmen, bunlar genellikle gastrointestinal kanama olarak ortaya çıkar. Bu yazımızda gastrointestinal kanama nedeniyle başvuran ve endoskopisinde duodenumda volkan benzeri ülserojetan kitle saptanan hastamızı sunuyoruz.

OLGU: 74 yaşında erkek hastanın 3 gün önce başlayan melena ve halsizlik yakınması olması üzerine acil ünitemize başvurdu. Hasta acil servise başvurduğunda genel durumu kötü, yüzü soluk ve takipneik, taikardikti. Yapılan muayenesinde; kan basıncı:100/60 mmHg, nabız:130 vuruş/dakika, oksijen saturasyonu %97 idi ve rektal muayenesinde melena ile uyumlu koyu renkli dışkı vardı. Bulantı, kusma ve karın ağrısı yakınması yoktu. Yapılan kan tetkiklerinde; beyaz küre sayısı:10960 x103/uL, hemoglobin (Hgb):3,3 gr/dL (12-17,4), hematokrit (Hct):%12,2 (37-51), trombosit:300000 x103/uL, glikoz: 222 mg/dL, üre:139 mg/dL, kreatinin:1,56 mg/dL, laktat dehidrogenaz (LDH): 149 U/L (135-225), alanin aminotransferaz (ALT):14 U/L (0-40), aspartat aminotransferaz (AST):12 U/L (0-40), gama glutamil transferaz (GGT): 51 U/L, total bilirübin:0,26 mg/dL, C reaktif protein(CRP):108 mg/L (0-5), serum sodyum (Na):141 mmol/L (135-145), serum potasyum (K):4,9 mmol/L (3,5-5,1), international normalized ratio (INR):1,45 (0,88-1,30) saptandı. Öz geçmişinde hastaya 1 yıl önce böbrek tümörü tanısı konulmuş ve operasyon önerilmiş ancak kendisinin opere olmayarak tedaviyi reddettiği öğrenildi. Yapılan üst gastrointestinal endoskopi (ÖGD) incelemesinde duodenum 2. kısımda papilla vaterinin yaklaşık 1 cm proksimalinde, 3 cm çapında, ortası ülser (volkan tarzında), kenarından sızdırır tarzda kanaması olan kitlesel lezyon (tümör invazyonu ?) izlendi (Resim 1). Lezyon kenarından biyopsiler alındı ve ülser üzerine10000/1 adrenalin püskürtüldü. Oral beslenmesi stoplanan hastaya pantoprazol 40 mg, intravenöz 2x1 başlandı ve toplam 4 Ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Abdominal tomografisinde sağ böbrekten kaynaklanan ve duodenumu invaze eden kitlesel lezyon izlendi (Resim 2-3). Histopatolojik incelemesinde berrak hücreli renal cell karsinom (Grade 3; WHO/ISUP Derecelendirme Sistemi) infiltrasyonu saptandı.

TARTIMA: Renal hücreli karsinom (RCC), yetişkin malignitelerinin % 3'ünü oluşturur. Böbreğin proksimal tübüler epitelinden kaynaklanır ve erkeklerde 2 kat daha sık görülür. Başvuru anındaki

ortalama yaş 50-70'dir. RCC'de yayılma, lenfatik, hematojen veya doğrudan invazyondur. RCC'de en yaygın metastaz bölgeleri akciğer (% 75) ve lenf düğümleridir (% 36), ardından kemikler (% 20) ve karaciğere (% 18) metastaz görülür. Duodenal metastaz renal hücreli karsinomda nadiren görülür. Özellikle soliter kitle durumunda erken teşhis, ileri tedavinin planlanmasına yardımcı olur. Soliter duodenal RCC metastazı durumunda tedavi seçimi, lezyonun boyutu ve yerine bağlı olarak kişiye özel olarak ayarlanmalıdır. Bizim hastamız opere olmayı kabul etmediği için semptomatik olarak tedavi edildi.

Sonuç olarak, RCC öyküsü olan tüm hastalarda, gastrointestinal kanama olası bir metastaz nedeni olarak düşünülmelidir.

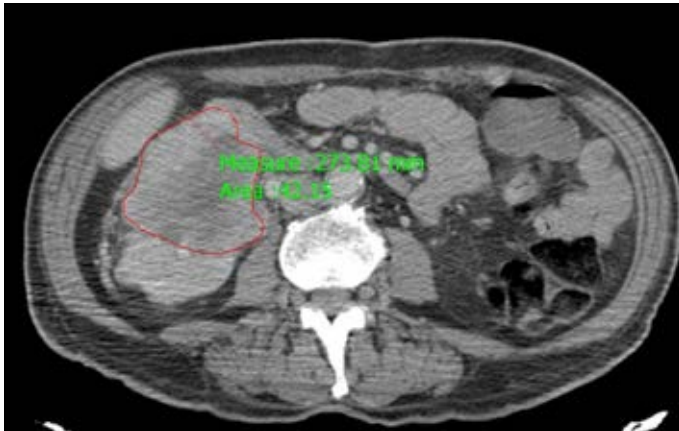
Anahtar Kelimeler: gastrointestinal kanama, duodenum, metastaz, renal hücreli karsinom

Resim 1



Duodenumda volkan benzeri ülserovejetan kitleye neden olan invaze böbrek tümörünün endoskopik görünümü

Resim 2



Sağ böbrekte dev tümöral kitle, BT görünümü

Resim 3



Bbörek tümörünün duodenuma invazyonu BT görüntüsü (yeşil ok)

PS-07

Çölyak Hastalığının Ekstraintestinal Manifestasyonlarından: Dilate Kardiyomiyopati

Ramazan Erdem Er, Emin Bodakçı, Arif İrfan Soykan

Ankara Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Çölyak hastalığı (ÇH) gluten ile tetiklenen immün yanıt sonucu ince bağırsakta gelişen mukozal hasar ve malabsorbsiyon ile sonuçlanan bir hastalıktır. ÇH aynı zamanda sistemik etkileri olan bir hastalık olup cilt lezyonları, anemi, osteoporoz, infertilite, nörolojik semptomlar, karaciğer enzim anormallikleri gibi ekstraintestinal manifestasyonlara neden olabilmektedir. Bu ekstraintestinal manifestasyonlar arasında miyokardit, kardiyomiyopati (KMP), aritmi gibi kardiyak bulgular da görülebilmektedir (1). En sık görülen kardiyak bulgu ise dilate KMP'dir. Bu vakamızda gastrointestinal sistem şikayetleri ve kalp yetmezliği ile prezente olan ve ÇH tanısı koyduğumuz hastamızı sunduk.

39 yaşında kadın hasta son üç aydır olan zayıflama, günde beşin üzerinde sulu, kansız ishal ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Daha önce bilinen bir hastalığı yoktu. Nefes darlığı son zamanlarda başlamış olup yatar pozisyondayken artıyordu. Fizik muayenesinde TA:90/50 mm/Hg, Ateş:36,8C, Nb:110/dk, SS:26/dk, oksijen saturasyonu 86, BMI:18 idi. Sklerada ikter, juguler venlerde dolgunluk, kalp apekte sistolik murmur, akciğer bilateral alt zonlarda solunum sesinde azalma, orta zonlara doğru ince ral, karında distansiyon, göbek altında sınırlı batında assit ile uyumlu matite ve pretibiyal ödem tespit edildi. AST:619U/L ALT:242U/L ALP:433U/L GGT:613U/L Bilirubin T/D:4/3mg/dl LDH:478 U/L Albumin:1,71g/dl idi. Mikrositer anemi olup Hb:8,5 g/dl idi. Proteinüri tespit edilmedi. Tomografide bilateral plevral efüzyon, batında assit mevcuttu. Doppler USG'de portal ve splenik ven çapları ile akımlar normal olup, hepatik ven dilateydi. Assit örneği portal vasıfta, plevral sıvı örneği transuda vasfında olup kültürlerde üreme yoktu. EKO'da kalpte global hipokinezi izlendi. EF:%25'ti. KMP düşünülen hastada etyoloji için yapılan tetkiklerde bir neden tespit edilemedi. Koroner iskemi açısından yapılan koroner anjiyografi normaldi. Dilate KMP tanısıyla medikal tedavi başlandı. Albumin replasmanı, eritrosit transfüzyonu yapılarak diüretik verildi. Diyare nedeniyle yapılan üst ve alt endoskopide terminal ileum ve kolon mukozası normal, duodenal görünüm ÇH ile uyumluydu. Doku transglutaminaz 300 U/ml idi. Duodenum biyopsisi ÇH Marsh tip 3b olarak geldi. Glutensiz diyet, enteral beslenme solüsyonları ve vitamin desteği sağlanan hastada takiplerde kardiyak yetmezlik bulguları ve karaciğer enzimleri, plevral efüzyon, assit ve pretibiyal ödemi geriledi. İkinci ayın sonunda yapılan kontrol EKO'da EF:%45 olup efor kapasitesinde belirgin düzelme görüldü. Diüretik tedavi ihtiyacı kalmadı.

ÇH'nda ekstraintestinal bulgular arasında kardiyak patolojiler de görülmektedir. En sık karşılaşılan dilate KMP'dir. Kardiyak bulgular intestinal semptomlar baskın olmadan da görülebilir. Altta yatan otoimmün nedene, şiddetli anemiye ya da malabsorbsiyona bağlı gelişen mikrobelerin azlığına bağlı geliştiği düşünülmektedir (2). Bizim vakamızda da olduğu gibi glutensiz diyet, yeterli beslenme ile birlikte KMP'de dramatik düzelme görülmektedir. Bu nedenle kardiyak patolojilerin de, ÇH'nın daha nadir görlebilen ekstraintestinal bir bulgusu olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çölyak hastalığı, kardiyomiyopati, ekstraintestinal bulgular

PS-09

Mesalazin İlişkili Miyoperikardit: Olgu Sunumu

Azer Abiyev¹, Büşra Yıldız², Gülden Bilican¹, Tarkan Karakan¹¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Sülfasalazin ve çeşitli oral mesalazin türevleri, kolonik tutulumlu Crohn hastalığında ve hafif ila orta şiddetli aktif ülseratif kolitte (ÜK) remisyon indüksiyonu ve idame tedavi için kullanılmaktadır. Bu ilaçlar hastalar tarafından genellikle iyi tolere edilir ve sülfasalazin yan etkilerinin çoğu molekülün sülfapiridin parçasından kaynaklanır. Yapılan çalışmalarda sülfasalazinin terapötik kısmının 5-aminosalisilik asidin (5-ASA veya mesalazin) olduğu gösterilmiştir ve bu yüzden sülfapiridin içermeyen 5-ASA molekülü geliştirilmiştir. Buna rağmen 5-ASA kullanımına bağlı nadiren ilaç ateşi, döküntü, paradoksal hastalık alevlenmesi, pankreatit, hepatit, pnömoni ve nefrit gibi yan etkiler bildirilmiştir.

Miyoperikardit, mesalazin tedavisinin nadir görülen ancak bilinen bir komplikasyonudur ve kardiyojenik şok gibi ciddi bir tablo ile sonuçlanabilir. Bu yazıda mesalazin kullanımı sonrası miyoperikardit gelişen ülseratif kolitli olgudan bahsedeceğiz.

OLGU: 18 yaşında erkek hasta, 1 ay önce kliniğimize halsizlik, yorgunluk ve günde 5 kez olan kanlı ishal şikayeti ile başvurdu. Başvurusunda ateş, karın ağrısı, bulantı ve kusma gibi şikayetleri yoktu. Bilinen kronik hastalığı yoktu ve ilaç kullanmıyordu. Başvuru anında hemoglobin düzeyi 12.2 g/dl, hematokrit %36, beyaz küre hücre sayısı 9.300/ul, eritrosit sedimentasyon hızı 25 mm/saat ve CRP 104 mg/dl idi. Gayta mikroskopisinde paraziter ajan saptanmadı ve kültürde patojen bakteri üremesi olmadı. Kolonoskopide rektum ve sigmoid kolonda mukoza granüler ve dokunmakla frajildi, submukozal damar ağları kaybolmuş, yer yer geniş yüzeyel ülserler ve eksüdasyonlar mevcuttu. Hastanın patoloji raporu tüm mukoza boyunca devam eden mikst tip inflamasyon, yaygın kript absesi olarak sonuçlandı. Hastaya bu bulgularla distal tip ülseratif kolit tanısı konuldu. Tanı anında hastalık aktivitesi Mayo skoruna göre orta şiddetli olarak değerlendirilip oral mesalazin 4.8 gr/gün ve topikal rektal mesalazin 1gr/gün olarak tedavi başlandı.

Tedavinin 1.haftasında hastanın şikayetleri gerilmişti. Tedavinin 2.haftasında acil servise 2 gündür devam eden batıcı tarzda sol pektoral bölgede lokalize göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın ateşi ve öksürüğü yoktu. Hastaya acil serviste çekilen EKG'de V-4V6'da yaygın ST elevasyonları saptandı. Hs-Troponin T: 1621 ng/L, Pro-BNP: 9108 pg/mL olan hasta kardiyoloji kliniğine yatırıldı. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül duvar kalınlığı normal, inferior duvar hipokinetik, EF:53% idi. Hastaya selektif koroner anjiyografi yapıldı ve LMCA, LAD, RCA, Cx koroner arterler normal saptandı. Hastada mesalazine bağlı miyoperikardit düşünüldü ve oral ve topikal tedavileri kesildi ve ramipril 2,5 mg/gün ve metoprolol 50 mg/gün başlandı. Takiplerinde 3.günde kardiyak yakınmaları tamamen gerileyen ve klinik olarak stabil olan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA: Mesalazin ilişkili kardiyotoksisite nadiren görülebilmektedir. Miyokardit, genellikle 5-ASA tedavisinin başlamasından 2-4 hafta içinde ortaya çıkar, kardiyojenik şok ve ölüme neden olabilir. Çalışmalar, 5-ASA'nın kardiyak komplikasyonlarının, bu ilacın kesilmesine iyi yanıt

verdiğini ve ayrıca bir aşırı duyarlılık reaksiyonunu desteklediğini göstermiştir. Bununla birlikte, 5-ASA'nın neden olduğu miyokardit tanısı koymak özellikle zordur çünkü laboratuvar veya kardiyak görüntülemelerden elde edilen ve bu duruma patognomonik olan spesifik bulgular yoktur. Tanımlanması gereken temel özellikler, ilaca başladıktan kısa bir süre sonra, genellikle 2-4 hafta içinde ortaya çıkan göğüs ağrısı, nefes darlığı veya ateşin olmasıdır. Ekokardiyografi ve kardiyak MR gibi noninvaziv görüntüleme teknikleri iyi bir tanısal verime sahiptir ve nadiren uygulanan miyokard biyopsisine bir alternatif sunabilir. İlacın kesilmesi takip edilmeli ve viral miyokardit, vaskülit veya IBH'nın ekstraintestinal tutulumları dahil olmak üzere diğer miyokardit nedenleri de dışlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ülseratif kolit, mesalazin, miyoperikardit

PS-10

Mide Metastazı ile Başvuran Malign Melanoma Olgusu

Berat Ebik¹, Nazım Ekin¹, Ferhat Bacaksız¹, Ziya Kalkan²¹SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Bilim Dalı /Diyarbakır

GİRİŞ-AMAÇ: Son yıllarda dünyada malign melanom (MM) görülme sıklığında artış olmaktadır. MM tüm deri kanserlerinin yalnızca %3'ünü oluşturmasına rağmen deri kanserleri ile ilişkili ölümlerin başlıca nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Malign melanom nadir bir cilt kanseri olmasına rağmen prognozu kötüdür ve metastaz yapmaya oldukça yatkındır (2). En sık metastaz yaptığı visseral organlar; akciğer (%35), karaciğer (%25), beyin (%30) ve kemiktir (%13) (4). Gastrointestinal sistemde de; ince bağırsakta (%50), kalın bağırsakta (%31) ve anorektal bölgede (%25) görülür. Mideye metastaz çok nadirdir (3). Mideye metastaz yapan malign melanomun semptomları diğer mide tümörlerinde olduğu gibi kilo kaybı, anemi, karın ağrısı ve üst gastrointestinal sistem kanamasıdır (5). Amacımız; malign melanomun nadir görülen mide metastazı olgusunu sunmak ve endoskopi ile tesbit edilen atipik kitlelerde malign melanom metastazının ön tanıda olması gerektiğini ifade etmek istiyoruz.

OLGU: 56 yaşında erkek hasta halsizlik, epigastrik bölgede ağrı, kusma şikayetleri ile gastroenteroloji polikliniğimize başvurdu. Hastaya yaptığımız endoskopi sonucu mide antrumunda çapı 10 mm, korpusta çapı 15 mm büyüklüğünde çok sayıda siyah renkte pigmente lezyon yine korpusta çapı 20 mm büyüklüğünde polipoid yapıda üzeri ülser lezyon tesbit edildi. (Fotoğraf 1-2) Fizik muayenesinde sırtta lomber bölgede 15x10 mm'lik ağrısız, kahverengi-siyah, etrafı düzensiz ciltle aynı seviyede bir adet lezyon görüldü. (Fotoğraf 3-4). Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küresi sayısı 10.7 k/ul, hematokrit 47,2, trombosit sayısı 267 k/uL, aspartat aminotransferaz (AST) 17 IU/L, alanin aminotransferaz (ALT) 15 IU/L, laktat dehidrogenaz (LDH) 645 IU/L idi. Üre, kreatinin, sodyum, potasyum, kalsiyum değerleri normaldi. Çektiğimiz PET/CT'de; akciğerde, karaciğerde, midede, pankreasta, beyinde ve kemikte yaygın metastazlar ile tüm vücutta yaygın lenf adenopatiler saptandı. Mide biyopsinde; HMB45, Melan A, S100 ile tümör hücrelerinde boyanma mevcuttu, Ki-67 proliferasyon indeksi yüksek olup BRAF mutasyonu negatifti. Patoloji bulguları malign melanom metastazı ile uyumluydu. Beyin metastazı olması nedeniyle kranial radyoterapiye başlandı. On gün içinde genel durumunda kötüleşme olan hasta multiorgan yetmezliği sonucu exitus oldu.

TARTIŞMA: Melanom diğer kanser türlerine göre daha az görülürken mortalitesinin yüksek olması nedeniyle önemlidir. (9) Bu hastalarda gözlenen yüksek mortalite hızı, akciğerler, karaciğer, pankreas, dalak, endokrin bezleri ve beyin gibi diğer organlara çoklu metastazlarla ilişkilidir (6) K. Wong ve arkadaşlarının araştırmasında belirtildiği gibi MM'un klinik belirtileri genellikle spesifik değildir ve birçok hasta asemptomatiktir. Bu nedenle tanı genellikle geç konmaktadır (7). MM'un tüm organlara metastaz yapma potansiyeli vardır. MM'un en sık metastaz yaptığı visseral organlar; akciğer (%35), karaciğer (%25), beyin (%30) ve kemiktir (%13) (4). MM'ın gastrointestinal metastazları genellikle kanama, perforasyon, obstrüksiyon gibi acil durumlarda yapılan endoskopi veya tomografi görüntülemesi ile açığa çıkar. Otopsi serilerinde MM'den ölen hastalarda daha fazla gastrointestinal sistem tutulumu tespit edilmiştir.(8)Bu da gastrointestinal metastazların

MM'nin daha çok ileri dönemlerinde olduğunu düşündürmektedir. Bu düşüncüyü destekleyen bir başka veride gastrointestinal sistem metastazı olan hastalarda ortalama sağ kalım süresinin bir yıldan az olmasıdır.(8-7) Bu nedenle metastatik MM olgularının endoskopik muayeneden geçmelerinde fayda vardır.

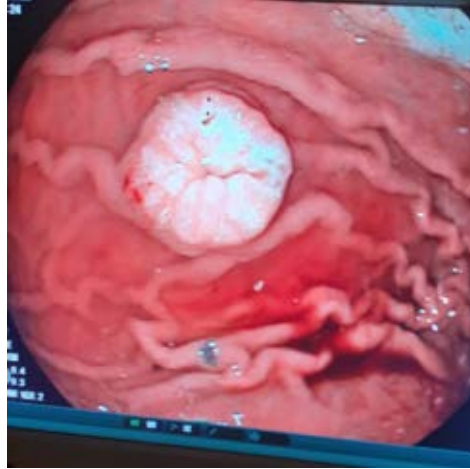
Anahtar Kelimeler: Malign melanom, metastaz, mide

Resim-1



Epigastrik ağrı şikayetiyle başvuran hastanın endoskopisinde malign melanoma metastazını düşündüren nodüler ve polipoid yapıda lezyonlar

Resim-2



Epigastrik ağrı şikayetiyle başvuran hastanın endoskopisinde malign melanoma metastazını düşündüren nodüler ve polipoid yapıda lezyonlar

Resim-3



Sırtta lomber bölgede displastik lezyon

PS-11

Duodenuma Fistüle Olan Gastrointestinal Stromal Tümör Vakası

Vedat Kılıç¹, Kenan Koşar¹, Fatih Kıvrakoğlu², Mustafa Özsoy³

¹Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Gastrointestinal sistemin en sık non-epitelyal neoplazmidir. GİST'ler midede (%40-60), jejunum/ileus (%25-30), duodenum (%5), kolorektal (%5-15) ve özofagusta (<%1) lokalize olurlar. Genellikle 40 yaş üzerinde ve erkeklerde biraz daha sık görülmektedir. Semptomları lokalizasyonuna göre ve büyüklüğüne göre değişiklik göstermekle birlikte %18 vakada asemptomatiktir. Sıklıkla erken doyma, mide bulantısı veya kusma gibi spesifik olmayan semptomlarla ilişkilidirler. Tümör dokusunun büyüklüğüne göre acil müdahale gerektirecek intestinal obstrüksiyon, invajinasyon, perforasyon ve kanama tablosu oluşturabilir. Bu vakada duodenuma fistüle olmuş genç hasta sunulmuştur.

23 yaşında erkek hasta 3 aydır karın ağrısı ve kilo kaybı olması üzerine başvurduğu dış merkezde duodenal ülser nedeniyle takip edilirken, yapılan endoskopide duodenum 2. kıtada görülen perforasyon, duodenal fistül, crohn ön tanıları ile ileri tetkik yapılmak üzere hastanemize sevk edildi. Çekilen kontrastlı abdomen tomografide subhepatik alanda, duodenum duvarı ile ara yağ planları seçilemeyen, iliçekal bölgeye uzanım gösteren, yaklaşık 81x 70x 45 mm boyutlarında santralinde hava ve kontrast madde bulunan heterojen kontrastlanan kitle lezyon izlenmiş olup paraduodenal tümöral patolojiler perforasyon ve fistül ayırıcı tanıları net yapılamadı. Hasta acil cerrahi işleme alındı. Operasyonda duodenum 2. kıta komşuluğunda çevre dokulara invaze olmayan, yumuşak vasküleritesi artmış, 10 cm kitlenin duodenum 2. kıtaya fistülize olduğu görüldü. Kitle ve duodenum 2. kıta ön duvarı eksize edilerek mikulich yöntemi ile süturizasyon yapılarak kapatıldı. Gönderilen 10 cm x 8 cm x 3,5 cm kitle lezyonun patolojik incelemesi GİST olarak değerlendirildi.

GİST'ler acil cerrahi müdahale gerektirecek tabloyla karşımıza çıkabilir. Literatürde az sayıda perforasyon ve fistülizasyonu ile prezente olan vakalar bildirilmiştir. Bu vaka ile endoskopide görülen non spesifik ülser ve fistüllerde extraluminal uzanım gösteren GİST'ler akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil cerrahi, duodenal, gastrointestinal stromal tümör (GIST)

PS-12

**Perkütan Endoskopik Gastrostomiye Bağlı
Nadir Bir Gastrik Mukozal Nekroz Vakası*****Batuhan Başpınar, Ömer Öztürk****Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara*

Optimal beslenmenin sağlanması, özellikle geriatrik ve serebrovasküler olaya bağlı yutma fonksiyon bozukluğu olan hastalarda kilit öneme sahiptir. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), yutma fonksiyonlarının yeterli olmadığı bu hasta grubunda normal fizyolojiye yakın beslenme sağladığı için iyi bir alternatiftir. Nadir komplikasyon oranları barındırsa da gastrointestinal kanama gibi hayatı tehdit edebilen sonuçlar da görülebilmektedir. Bu vaka sunumunda serebrovasküler olay endikasyonu ile PEG katateri takılan ve işlemden bir hafta sonra üst gastrointestinal kanama bulguları gelişen 73 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır. Hastanın gastrointestinal kanamasına yönelik yapılan üst gastrointestinal endoskopik incelemede PEG kataterinin iç tamponunun temas ettiği gastrik mukozada basıya bağlı mukozal nekroz alanı olduğu gözlemlendi (Figür 1). Hastanın almakta olduğu proton pompa inhibitörü tedavisine sukralfat tedavisi eklendi. Kontrol endoskopik değerlendirmeyle daha önce mukozal nekroz görülen mide bölgesinde iyileşme olduğu görüldü. Sonuç olarak, PEG kataterinin iç tampon basısına bağlı gastrik mukozal nekroz önlenabilir bir komplikasyondur. Dış tampon olarak esnek malzeme kullanılan PEG kataterleri tercih edilmeli ve tampon basıncı bakım veren sağlık personeli tarafından optimal seviyede tutulmalıdır. PEG katateri olan ve üst gastrointestinal kanama bulgularıyla endoskopik değerlendirmeye alınan hastalarda, olası mukozal basınç yaralanmasının gözden kaçırılmaması için PEG iç tamponunun altındaki mide mukozası mutlaka değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi, Gastrointestinal Kanama, Nekroz, Perkütan Endoskopik Gastrostomi

Figür 1

Perkütan endoskopik gastrostomi iç tamponunun basısına bağlı gastrik mukozal nekroz alanı

PS-13

COVID19 ve Koroziv Madde Alımı

Ferhat Bacaksız¹, Berat Ebik¹, Nazım Ekin¹, Mustafa Cansın Ece²¹SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği²SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

AMAÇ: Covid 19 pandemi sürecinde klinisyenler bir çok zorluklarla karşılaştı. Hastalıktan korunmanın yollarının ve tedavinin arandığı dönemde, yanlış bilgi ve kulaktan dolma hurafeler, hastaların tehlikeli uygulamalar yapmasına sebep olabilmektedir. Biz de bu vakamızda COVID 19 PCR testi pozitif olduğunu öğrendikten sonra tuz ruhu içen vakamızı paylaşmayı amaçladık.

VAKA: Altmışbir yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine COVID 19 ile ilişkili şikayetler ile başvurdu. COVID 19 pnömonisi tanısı ile yatırılan hasta, takiplerinde yemek yiyemediğini ve lokmalarını yutamadığını söyledi. Hastanın detaylı anamnezinde, çevresinden COVID 19'u tedavi etmek için tuz ruhu içmesinin iyi geleceğini duyduğunu ve yarım çay bardağı kadar tuz ruhu içtiği öğrenildi. Hastaya endoskopi planlandı. Yapılan endoskopide Özofagus proksimalinden distaline kadar uzanan yaygın sirküler ülserler ve eksudasyon izlendi (Zargar evre 2B). Fundus korpus ve ant- rumda yaygın hiperemi ve ödem, yaygın ülserler, yer yer derin lineer ülserler, eksudasyonlar ve yer yer yıkamakla kalkmadığı görülen siyah nekrotik olduğu düşünülen alanlar izlendi. Pilonun hemen çevresi sirküler derin ülserle izlendi (Zargar Evre 3). Bulbusta yaygın ülserler, hemorajik alanlar ve eksudasyon izlendi (Zargar Evre 2A). Duodenum ikinci kıtada mukoza ve lümen normal izlendi. Hastanın klinik takiplerinde COVID 19 Pnömonisi düzeldi, oral olarak sıvı gıda başlanan hasta önerilerle taburcu edildi. Yaklaşık 8 hafta kadar sonra obstrüksiyon semptomları olan hastanın yapılan kontrol endoskopisinde Grade A reflü Özofajit, midede katı gıda ve pilor kanal darlığı (korozeve sekonder) saptandı.

SONUÇ: Toplumda yanlış bilgi ve inançların sonuçları malesef farklı problemlere yol açabilmektedir. COVID 19 sürecinde toplumu yanlış, tehlikeli olabilecek davranışlara yönlerecek açıklamalar- dan ve hurafelerden bireylerin korunması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID 19, Endoskopi, Koroziv Hasar, Tuz Ruhu

PS-14

**Rekürren Kolanjit Atakları ile
Prezente Olan PFIC3 Vakası****Çağatay Ak, Emin Pala, Süleyman Sayar, Resul Kahraman, Oğuzhan Öztürk, Kamil Özdi**

SBÜ. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul.

GİRİŞ: Progresif familial intrahepatik kolestaz (PFIC) ilk kez Clayton ve ark. tarafından 1965 yılında “Byler hastalığı” olarak tanımlanmış, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. PFIC, hepatosellüler orjinli kolestaza yol açmaktadır. Süt çocukluğundan erişkin döneme kadar karaciğer yetmezliğine yol açarak ölüme neden olabilmektedir. Günümüzde 3 tipi tanımlanmıştır. PFIC tip 1; ATP8B1 geni (FİK 1 eksikliği), PFIC tip 2; ABCB11 geni [safra tuzu eksport pompası (STEP) eksikliği] ve PFIC tip 3; ABCB4 geni [sınıf 3 Multidrug Rezistans (MDR 3) eksikliği] mutasyonu sonucu oluşmaktadır. Üç genin de safra oluşumunu sağlayan hepatosellüler transport sistem genleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. ABCB4 genindeki varyantlar, değişken hastalık penetrasyonu ile kendini gösterir. Örneğin, fonksiyonel MDR3 aktivitesine sahip heterozigotlar, basitçe artmış serum gama-glutamyl transferaz (GGT) ile ortaya çıkabilir veya gebeliğin intrahepatik kolestazı, hafif kronik kolanjiyopati veya düşük fosfolipid ile ilişkili kolelitiazis gibi giderek artan penetran bozukluklarla ortaya çıkabilir. PFIC tip 1 ve 2’nin aksine tip 3’te kolestaz yenidoğan döneminde nadirdir ve yaşamın ilk yılında hastaların sadece 1/3’ünde gözlenmektedir. PFIC 3 süt çocukluğunun geç döneminde, çocukluk çağında ve hatta genç erişkin döneminde tanı alabilir. Biz bu vaka sunumunda rekürren koledokolitiazis ve kolanjit atakları ile başvuran genç erişkin dönemde genetik test sonucu ile PFIC 3 tanısı koyduğumuz bir hastayı bildireceğiz.

VAKA: 30 yaşında komorbid hastalığı olmayan erkek hasta 10 yıl önce akut taşlı kolesistit nedeni ile kolesistektomi öyküsü, koledokolitiazis ve kolanjit nedeni ile mükerrer ERCP öyküsü mevcut. Altı ay önce karın ağrısı ve ikterle kliniğimize başvurdu. Fizik muaynesinde; ikterik görünüm, 38,1 °C ateş yüksekliği ve sağ üst kadranda hassasiyeti mevcuttu. Hastanın tetkiklerinde AST:57 U/L, ALT:156U/L, ALP: 640 U/L, GGT:1136 U/L, total bilirubin 8,6 mg/dL, direk bilirubin 6,2 mg/dL, CRP:6 mg/dL (0-0,5) tespit edildi. Hastanın MR ında (resim 1) koledok 12 mm ve içerisinde en büyüğü 13 mm olan kalkül ve sludge ile uyumlu görünüm izlendi. Hasta kolanjit tanısı ile hospitalize edildi antibiyoterapi başlandı ve ERCP yapıldı kalkül ve sludge 1 ekstrekte edildi (resim 2 ve 3). Taburculuk sonrası 4 kez koledokolitiazis nedeni ile ERCP yapılan hastanın düzenli kullandığı ilaç yoktu. Body mass indeksi (BMI) 22,1 kg/m² olan, diyetine dikkat eden, rutin kontrollerinde aktif şikayeti olmayan, rutin tetkikleri referans aralıkta olan hastada GGT seviyesi sürekli 200 U/L üzerindeydi. PFIC ön tanısı ile genetik test yapılan hastada ABCB4 NM_000443 geninde c.2162A >G p.(Asn721Ser) missense varyantı homozigot olarak tespit edilmiş olup saptanan varyant patolojik olarak değerlendirildi. Hastaya PFIC 3 tanısı kondu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: PFIC, tahmini insidansı 1/50.000 ila 1/100.000 olan nadir bir hastalık olarak kabul edilmektedir, tüm vakaların 1/3 ünü PFIC3 oluşturur ve kadın erkek oranı eşittir. PFIC3 hastaları, diğer PFIC tiplerine (PFIC1 ve PFIC2) sahip hastalardan daha geç yaşlarda klinik semp-

tomlara neden olabilir ve bu semptomlar çocukluk ve genç erişkinlik döneminde oluşabilir. Klinik semptomlar kaşıntı ve ikter den ileri evre siroz semptomlarına kadar geniş bir yelpazededir. Bizim hastamızda semptomlar 2. dekatta başlamış olup rekürren kolanjit atakları mevcuttu. Komorbid hastalığı olmayan, düzenli kullandığı ilaç bulunmayan ve BMI 22,1 kg/m² olan hastada yapılan genetik test sonucu PFIC 3 tanısı koyuldu. Genç erişkin hastalarda nedeni bulunamayan rekürren koledokolitiazis ve kolanjit ataklarında PFIC 3 ayırıcı tanıda düşünülebilir.

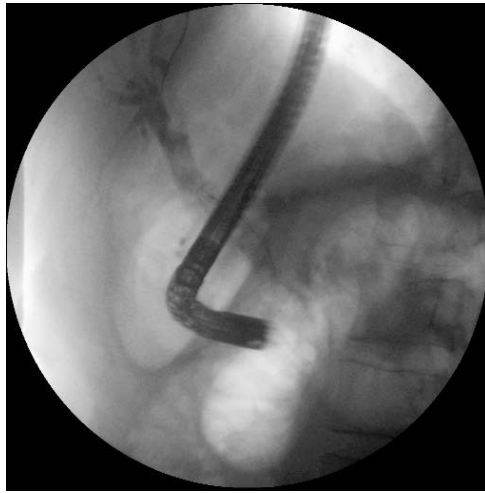
Anahtar Kelimeler: Kolanjit, Koledokolitiazis, Progresif Familyal İntrahepatik Kolestaz

Resim 1.



MR da koronal kesitte kalkülün görünümü.

Resim 2.



ERCP işleminde floroskopi görünümü.

Resim 3.



ERCP işleminde ekstrakte edilen kalkül.

PS-15

Kolonoskopide İskemik Kolit Tespit Edilen Hastalar ile Deneyimimiz

Volkan Gökbulut¹, Mustafa Kaplan², Selçuk Dişibeyaz³, Bülent Ödemiş¹, Hale Gökcan⁴, İlyas Tenlik¹, Orhan Coşkun¹, Ömer Öztürk¹, Adem Aksoy⁵

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

²Kayseri Memorial Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Kayseri

³Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği, Eskişehir

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

⁵Çankırı Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Çankırı

GİRİŞ-AMAÇ: İskemik kolit (İK) özellikle 60 yaş üstündeki hastalarda alt gastrointestinal kanamanın en sık görülen sebeplerinden biridir. Bu çalışmada kolonoskopide İK tespit edilen hastalarının klinik ve demografik özelliklerini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma Ocak 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında çeşitli sebeplerle kolonoskopi yapılan hastaların hasta kayıtları incelenerek retrospektif olarak yapılmıştır. Kolonoskopi raporlarında İK ön tanısı olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Toplan 130 hasta bulunmuş, 18 hasta veri eksikliği nedeniyle çalışmadan dışlanmış ve çalışma 112 hasta ile yapılmıştır.

BULGULAR: Kolonoskopide İK ön tanısı olan 112 hastanın 56'sında kesin İK tanısı konulmuştur (%50). Kesin İK tanısı alan hastaların yaş ortalaması 68 olup hastaların 30'u erkek, 26'sı ise kadın idi. İK hastalarının en sık karın ağrısı, hematokezya, ishal ve ateş şikayeti ile hastaneye başvurduğu görülmüştür. İskemik kolitin en sık sol kolonu tuttuğu görülmüştür. İK tanılı hastaların doppler bulgularında hastaların büyük çoğunluğunda tüm mezenter damarlar ve aort normaldi (%70). İK'e sebep olabilecek predispozan faktörler incelendiğinde hastaların %59'unda hipertansiyon, %59'unda koroner arter hastalığı, %21'inde diyabetes mellitus ve %18'inde kalp yetmezliği izlendi. Hastaların büyük çoğunluğu medikal tedavi ile düzelmiştir (%89). 6 hasta kolon rezeksiyonu için cerrahiye verilmiş (%11), bu hastalardan 4'ü iyileşmiş ancak iki hasta yaygın tromboembolik durum ve buna bağlı geniş iskemi nedeniyle exitus olmuştur (%4).

SONUÇ: İK özellikle predispozan risk faktörlerinin olduğu yaşlı erkek hastalarda kanlı ishal ve karın ağrısı ile semptom veren, sıklıkla sol kolonu tutan ve medikal tedaviye iyi yanıt veren bir hastalık olup akut ishal ve karın ağrısı olan her hastada akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: İskemik kolit, Kolonoskopi, Alt gastrointestinal kanama, Kanlı ishal

PS-16

İdiopatik Rekürren Akut ve Kronik Pankreatitli Hastalarda Genetik Mutasyon Analizleri: Vaka Serisi

Sabite Kacar¹, Mustafa Altan², Volkan Gökbulut³, Gülay Güleç Ceylan², Vehap Topçu², Ahmet Cevdet Ceylan², Ömer Öztürk³, Hale Gökcan⁴, Mahmut Yüksel³, Çağdaş Kalkan³, Emin Altıparmak¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği/ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genetik Kl

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü

⁴AÜTF Gastroenteroloji ABD

GİRİŞ: Akut rekürren pankreatit (ARP) birden fazla akut pankreatit (AP) epizotları ile karakterize klinik bir antitedir. Genellikle normal morfo-fonksiyonel glandda olmakla birlikte ilk atakta ya da takip periodunda kronik pankreatit (KP) varlığında da görülebilir. Etyolojide biliyer taş, kronik alkol kullanımı, Oddi sfinkter disfonksiyonu, anatomik duktal varyantlar, kanal obstrüksiyonu, hiperlipide-mi, gebelik, genetik mutasyonlar, otoimmünite, ilaçlar sorumludur.

Pankreatit ile ilişkili genetik varyantlar cationic trypsinogen (PRSS1), cystic fibrosis transmembrane conductance regulator gene (CFTR), serine peptidase inhibitör Kazal type 1 (SPINK1) ve chymotrypsinC (CTRC) gen mutasyonlarıdır. Tripsin aktivasyonunda bozulma, sindirim enzimlerinin sürekli aktivasyonu, ARP, KP, pankreas ca ile sonuçlanabilmektedir. CFTR en sık ilişkili gendir. Asemptomatik enzim yüksekliği, ARP, KP den sorumlu olabilir. Avrupa ve Kuzey Amerika popülasyonunda %5 fenotipik mutasyon bildirilmiştir. PRSS-1 gen mutasyonları çocuklukta ARP, KP, rekürren kronik pankreatite (RKP) yol açabilir. SPINK-1 gen mutasyonu pankreası koruyan serin proteaz inhibitör Kazal tip1 genindeki mutasyondur. AP li %16-23 hastada bildirilmiştir. Genel popülasyona göre 12 kat artmış pankreatit riski vardır. KP parankimin harabiyeti ile karakterize, maldijesyon, kronik ağrı, DM ile seyredabilen, persistan inflamatuvar bir hastalıktır. KP'den sorumlu genetik faktörler katyonik tripsinogen geni etkileyen, hastalığa yol açan nadir gen mutasyonları ya da ek risk faktörleri ile birlikte KP riskini artıran genetik varyantlar olarak ortaya çıkabilir. Herediter formlar (HP) otozomal dominant, ressesif ya da multigenik kalıtım gösterebilir.

VAKA: Gastroenteroloji/ Pankreas plk izleminde olan 9 kadın (21-46 yaş), 14 erkek (21-57 yaş) idio-patik rekürren pankreatitli 23 hastanın pankreatit açısından genetik analizleri yapıldı. 18 hasta ARP, 5 hasta RKP tanılı idi. 3 hastada (2 ARP, 1 RKP) CFTR gen mutasyonu, 3 hastada (2ARP, 1 RKP) PRSS1 gen mutasyonu, 1 hastada (RKP) SPINK1 gen mutasyonu olmak üzere toplam 7 hastada (%30.43) pankreatit gen mutasyonu saptandı.

SONUÇ: İdiopatik ARP ve RKP'te etyoloji tesbiti açısından pankreatit gen mutasyon tayinlerinin yapılması genetik danışmanlık vermek, atak rekürrenslerinin ve kronik pankreatit gelişim riskinin ön-lenebilmesi açısından yaşam tarzı değişikliklerini öngörmek, tedavi stratejileri, pankreatik malignite takibi açısından da önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut rekürren pankreatit, kronik rekürren pankreatit, idiyopatik pankreatit, ge-netik mutasyon

PS-17

Tekrarlayan Akut Pankreatit: Olgu Sunumu**Rümeysa Aydın¹, Elif Yorulmaz², Deniz Öğütmen Koç³, Hatice Sehle Yeşilkaya¹, Burak İsal¹, Elif Ulusoy¹**¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul³Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Akut pankreatit, karın ağrısı ve kandaki yüksek pankreas enzim seviyeleri ile karakterize pankreasın iltihabi bir durumudur. Bazı hastalarda birkaç neden etyolojide yer alabilir. Bu yazıda pankreas divisum, wirsung kanalında taş ve kistik fibrozisli tekrarlayan akut pankreatit atakları olan bir olgu sunulmuştur.

54 yaşında erkek hasta acil servise bele yayılan karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde infertilite ve koledokolithiasis nedeniyle kolesistektomi öyküsü ve 7 kez akut pankreatit atağı geçirme öyküsü mevcuttu. Alkol, ilaç kullanımı, travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede batın muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet vardı ve sağ testis palpe edilemedi. Laboratuvar tetkiklerinde: Serum amilaz:1653 U/L, lipaz: 2796 U/L, aspartat amino transferaz (AST): 17 U/L, alanin amino transferaz (ALT):14 U/L, alkalin fosfat (ALP):75 U/L, gama glutamil transferaz (GGT):18 U/L, Total bilirubin:0,4mg/dl, Direkt bilirubin:0,1 mg/dl, trigliserid:90 mg/dL, kalsiyum 9.9 mg/dl, CRP: 5 mg/l beyaz küre:8100 /mm³, trombosit:288000/mm³, Hb:13,7 gr/dl, Hct:%41saptandı. Geliş Ranson değeri 1 olan hasta akut pankreatit ön tanısıyla servise interne edildi. Günlük 2000 cc ringer laktat ve 2000 cc % 0,9 NaCl hidrasyon tedavisine başlandı. Viral serolojisi, otoimmün ve tümör markırları normal değerlerde saptandı. Kan ve idrar kültürlerinde üreme yoktu. 48. saat Ranson değeri 0 hesaplandı. Abdomen ultrasonografisinde pankreas net değerlendirilemedi. Scrotal ultrasonografisi sağ epididim gövde kısmında milimetrik çok sayıda kalsifikasyon alanları (sekel?) olarak rapor edildi. Kontrastlı Batın tomografisi 72. saatte pankreasta ekspansil görünüm ve pankreas baş çevresinde daha belirgin olmak üzere peripankreatik yağlı dokularda inflamatuvar dansite artışları olarak rapor edildi. MR kolanjiyografide özellik saptanmadı. Bir haftada kliniği ve laboratuvar değerleri normale geldi. Endoskopik ultrasonografi (EUS) ve Herediter pankreatit açısından genetik test önerilerek taburcu edildi. Genetik testinde CFTR gen mutasyonu kistik fibrozis ve bilateral vas deferens yokluğu ile ilişkili saptandı. Ter toplama (İyontoforez) + klor tayini: 70.00 mEq/L sınırdan pozitif olarak saptandı. EUS'de pankreas baş lokalizasyonunda parankimde heterojenite, pankreas divisum olarak rapor edildi. Endoskopik sfinkterotomi yapılan hastada ayrıca wirsung kanalında taşlar izlendi. Wirsungtaki taşlar çıkartılarak kanala plastik stent yerleştirildi. Hasta kontrole çağrılarak taburcu edildi.

SONUÇ: Akut pankreatitin geniş bir etyolojik ayırıcı tanısı olması nedeni ile altta yatan nedenin hızlı bir şekilde araştırılması ve hastanın tedavisine başlanması önemlidir. Bizim olguda olduğu gibi sık pankreatit atağı geçiren, rutin tetkiklerde etyolojisi saptanamayan hastalarda daha ayrıntılı görüntüleme yöntemleri yapılmalıdır. Ayrıca özellikle infertilite öyküsü olan hastalarda kistik fibrozisde etyolojik nedenler arasında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, kistik fibrozis, pankreas divisum

PS-18

Nadir Rastlanılan Bir Rotasyon Anormalisi: Çekumun Solda Olması

Mustafa Zanyar Akkuzu, Enver Ay, Muzafer Ayaz

Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

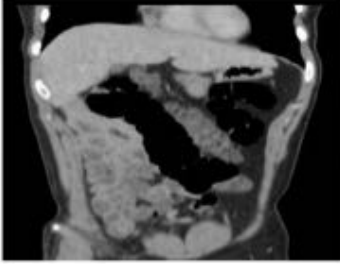
Midgut rotasyon anomalilerine, intestinal malrotasyon anormalliklerine erişkinlerde nadir rastlanır. Bunlar, genellikle, klinik bulgulara sebep olduklarında cerrahi girişimi gerektirirler. Bazı midgut rotasyon anomalilerinde (ters rotasyon, nonrotasyon, malrotasyon) barsakları normal şekle getirme olanağı bulunmadığı için, anomali ile birlikte görülen patolojik olayların (barsak tıkanması, duodenal ileus, mobil mezanter, Ladd Bandları) tedavisi gerekir. Bu olgu çok nadir rastlanılan çekumu ve sağ kolonu sol orta hatta olan çok nadir bir vaka idi.

Olgumuz 23 yaşında erkek hasta idi. Yaklaşık bir aydır devam eden ara ara olan karın ağrısı nedeniyle polikliniğe başvurdu. Ağrısı tipik olmayıp ağrısına ara ara ishal de eşlik ediyormuş. Daha önce herhangi bir semptomu olmayıp fizik muayenesi normaldi. Yapılan rutin tetkiklerinde sadece ılımlı bir crp yüksekliği mevcuttu. Abdominal ultrasonografisi normal saptandı. Hasta acil servise de başvurmuştu ve acilde çekilen abdominopelvik tomografisinde de herhangi bir şey saptanmadı. Hastanın ağrısının devam etmesi üzerine hastaya gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı. Gastroskopide duodenum 3. Kıtaya kadar normal izlendi. Kolonoskopide ilerlenirken hepatik fleksurada keskin bir dönüş izlendi ve devamında çekum ve ileuma girildi. Ancak çekumun ve ileumun solda olduğu saptandı. Solda transillüminasyon alınıyordu. Hastaya oral kontrastlı tomografi çekildiğinde duodenum 4. kıtanın sola geçmediği, SMA' nın sağında olduğu, ince barsak segmentlerinin çoğunun orta hattın sağında olduğu, kolonun hepatik fleksuraya kadar normal gittiği ancak sonrasında anormal bir şekilde dönüp sola doğru devam ettiği ve çekum, appendiks ve terminal ileumun sol orta hatta olduğu izlendi. Hastanın ağrıları ve ishali geçmişti. Hastaya destek tedavisi ve bazı beslenme önerileri yapıldı.

Sonuç olarak nonrotasyondaki bir kolon bölümünü, tüm sağ kolonu normal anatomik yerine dikmek ve bunu uzun süre sabit tutmak çok güç olmaktadır. Bu nedenle nonrotasyonda cerrahi tedavi barsakların normal anatomik yapısına getirilmesinden çok, bu anomali bulunanlarda sıkça karşılaşılan sorunlara (Volvulus, invajinasyon, ileus vb) yönelik olmalıdır ve hastalar dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kolon malrotasyonu, Çekumun solda olması, Karın ağrısı

1



2



PS-19

**Duodenum Ülseri ile Uzun Süre Tanı
Almayan Crohn Hastalığı*****Kader İrak¹, Şule Poturoğlu¹, Halil Şahin¹, Mesut Özdedeoğlu², Elif Yorulmaz³***¹Başakşehir Hastanesi Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul²Başakşehir Hastanesi Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Bölümü, İstanbul³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Crohn hastalığı (CH) ilk tanımlandığında terminal ileumun etkileyen bir hastalık kabul edilmiştir. Yıllar içinde CH'nin ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin (GİS) herhangi bir kısmını etkileyebildiği görülmüştür. Literatürde CH'nda üst GİS tutulumu için bildirilen oran %0,5-4 arasında değişir. CH'da üst GİS'in tutulması hastaların tedavi ve takipleri ileokolonik hastalıktan farklılık göstermektedir. Biz de CH'nın üst GİS'i etkilediği ve uzun başvurular sonrası tanı konabilen hastamızı sunduk.

VAKA: 28 yaş erkek. 58 kilo. Sigara 5 paket/yıl. 2 kardeşi 2018'de akciğer tüberküloz tedavisi almış. 3 yıl süre ile karın ağrısı, bulantı-kusma, kilo kaybı şikayetlerle çeşitli acil servis başvurularıyla semptomatik tedaviler almış. Bu süreçte yapılan tetkiklerde anemi, hipoalbuminemi, proteinüri yok. sedimentasyon ve CRP artışı saptanmış. BT: Barsak anslarında duvar kalınlık artışı. Batında mezenterik dokuda bazıları konglomere 33 x 21 mm olan lenfadenopatiler, batında yaygın sıvı. Gastroskopi: Duodenum ikinci kısımda ülserler. Kolonoskopi: Normal. Yüzeysel USG: multiple LAP. Lenfoma ön tanısı ile Genel cerrahi lenfadenomegali eksizyonu yapıyor. Tbc PCR, Mikobakteri kültürü, biyopsi; reaktif lenfadenit olarak sonuçlanmış. Haziran 2020'de 13 kilo kaybı, kansız ishal ile hastanemize başvuruyor. Fizik muayene: Kaşektik, pretibial ödem, batında hassasiyet. Laboratuvar: Hb:10 g/dl, Hct: %32, mcv:%87.7, plt:418000, WBC:8900, Albumin:2.5 gr/dl, CRP:1.49 mg/dl. Gastroskopi: Duodenumda dilatasyon ve ülserle darlık. Kolonoskopi: İleocekal valv deforme ağzında darlık ve ülser. İnce barsak, duodenum biyopsi: Fibrinli eksüda içeren şiddetli aktif duodenit ve ileit. Doku tbc PCR negatif, balgam ARB negatif, PPD 14 mm, Quantiferon pozitif. Toraks BT normal değerlendirildi. Profilaktik INH tedavisi ve 1 ay sonra İnfliximab 5 mg/kg başlandı. Yatış önerildi kabul etmediği için Azatiopurin ve metilprednisolone tedavisi eklendi. Ancak kustuğu için tolere edemedi. Ocak 2021 Batın MR: Mide ve duodenum 2. ve 3 kısmı treitz ligaman distaline kadar belirgin dilate, İnce barsak anslarında proksimalde dilatasyon oluşturan yer yer segmenter darlıklar ile bulgular inflamatuvar barsak hastalığını düşündürmektedir Mart 2021: Bulantı kusma kısmen devam ediyor ve İnfliximab 4. doz aldı. Nisan 2021'de Genel Cerrahi operasyona aldı; 60 cm jejunum rezeksiyon + duodenum 4.kıtaya anastomoz Patoloji: Yamalı mononükleer infiltrasyon, psödopolip, kriptit, kript apsesi, distorsiyon, yaygın pilorik metaplazi, aftöz ve fissür tarzında ülserler ve bazal lenfoplazmositoz alanları crohn hastalığı ile uyumlu olarak raporlandı. Genç yaş, sigara içme, üst GİS tutulumu ile postoperatif yüksek riskli değerlendirildi. 1 ay sonra INH profilaksisi ile İnfliximab ve Azotiopurin tekrar başlandı. Son tetkiklerde: Hb:11 gr/dl, CRP:2.2 mg/L, sedim:4 mm/h, Albumin:4.5 gr/dl. Yaklaşık 12 kilo almıştı.

SONUÇ: CH çoğunlukla terminal ileum ve çekumu tutar. Ancak yayılımı değişken olabilir. Hasta-

İnteraktif E-Posterler

lğın başlangıç şekli tutulum yerine, yaygınlığına, şiddetine ve hastalığın bağırsak ve bağırsak dışı komplikasyonlarına bağlıdır. İntestinal striktür ve ülserlerin kısmi ya da tam bağırsak tıkanmasına yol açması nedeniyle bulantı kusma olabilir. Üst Gis te ülser ve darlıklar ve batında lenfadenopati (reaktif?) olması ve uzun süre tedavisiz kalan hastamız sonunda crohn hastalığı tanısı alarak tedavi olmaya başlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Duodenumda ülser, Crohn hastalığı, operasyon, lenfadenopati

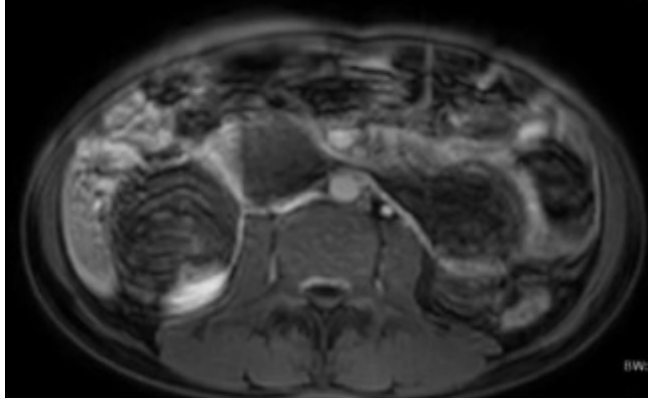
Duodenum 2. Kısım ülserle darlık



İleoçekal valv ağzı deforme



Üst abdomen MR: Beyaz ok ile Duodenum ikinci kısımda darlık



PS-20

Başarılı Olarak Endoskopik Jilet Çıkarılması***Nilay Danış¹, İlhan Asude Akça², Burçak Kayhan²****¹Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana**Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Karabük**²Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Karabük*

GİRİŞ: Yanlışlıkla ya da bilerek yabancı cisim yutulması erişkin ya da pediatrik çağda acil endoskopik girişim nedenlerinden biridir. Biz burada çıkarılırken özofagus kesisi yapılabilmesi nedeniyle dikkatle müdahale gerektiren erişkin çağda endoskopik olarak başarıyla tedavi edilen bir jilet yutma vakası sunmak istedik

OLGU: 22 yaşında erkek mahkûm hasta hastanemiz Acil servisine 2 adet jilet yutma nedeniyle başvurdu. Daha önce de jilet yutma nedeniyle operasyon geçirdiği ve antisosyal kişilik bozukluğu olduğu öğrenildi. Acil serviste yapılan görüntülemelerde mide lümeninde tıraş bıçağına ait hiperdens metalik yabancı cisim görüntülenmesi, intraabdominal loküle veya serbest sıvı koleksiyonu, serbest hava saptanmaması nedeniyle hastaya acil endoskopi planlandı. Hasta ameliyathane koşullarında işlem planlanarak entübe edilerek işleme alındı. Endoskopik incelemede midede gıda artıkları görüldü. Bu alanlar yıkanıp aspire edildiğinde 2 adet jilet / tıraş bıçağı görüntülenebildi. Başta cap takılarak jiletler çıkarılmak istense de cap varlığının görüntü kalitesini ciddi etkilemesi nedeniyle işleme capsiz devam edildi. Bu jiletler rat-tut ile jiletin deliklerinden tutarak endoskopa paralel şekilde tutularak özofagusu zarar vermeyecek tek tek şekilde çıkarıldı. Ardından takip amaçlı hasta servise alındı. Orali açılan geç perforasyon bulgusu olmayan hasta taburcu edildi

TARTIŞMA: Yutulan yabancı cisimler kendiliğinden gastrointestinal kanalı terk edebileceği gibi obstrüksiyon impaksiyon, perforasyon ve fistülizasyona da sebep olabilir. Daha çok pediatrik yaşta görülmesine rağmen erişkin yaşta da nadir de olsa görülebilmektedir. Tanı anamnez ve uygun görüntüleme yöntemleri ile konulduktan sonra endoskopik olarak bu yabancı cisimler çıkarılabilir, intestinal lümenine bırakılabilir ya da nadir olarak cerrahi çıkarmı gerekebilir. Radyo-opak olup kenarı keskin olmayan küçük yabancı cisimler seri direk grafiler ile girişimsiz olarak takip edilebilir. 2 cm den geniş 10 cm den uzun cisimler piloru geçemeyeceği için endoskopik çıkarmı gereklidir. Keskin ya da ucu sivri cisimler için perforasyonu önlemek için overtüp kullanımı önerilmektedir. Cisim çıkarılırken üst sfinkter düzeyinde forsepssten kurtulup trakeaya kaçabilir. Bu nedenle vakamız entübe edilerek işleme alınmıştır. Üst özofagus düzeyinde trakeaya yerleştirilmiş entübasyon tüpünün cuffi indirilerek forsepssten kurtulmanın önüne geçilebilmiştir. Sonuç olarak komplikasyona ve cerrahi girişime gerek kalmaması için yutulan cisimlerin endoskopik olarak çıkarılması için uğraşılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: midede yabancı cisim, endoskopik çıkarma, yabancı cisim yutma

Jilet özofagusta



Jilet rat-tut ile çıkarılırken özofagustaki görünümü

Midedeki jilet görünümü



Midede gıda artıkları arasındaki jiletin görünümü

PS-21

**Akut Pankreatit ve Kolanjitin Nadir
Nedeni: Lemmel Sendromu*****Nilay Danış¹, Ayşegül Ertınmaz Özkan², Salih Tokmak³, Serkan Torun³, Burçak Kayhan²****¹Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana
Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Karabük**²Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Karabük**³Düzce Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana
Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Düzce*

GİRİŞ: Lemmel sendromu saptanmış bir koledokolitiazis ya da bir tümör olmadığında intraduodenal divertiküle bağlı kolanjit ve/veya pankreatitin nadir bir sebebidir. Ciddi veya tekrarlayan semptomların varlığında cerrahi gündeme gelebilir. Biz burada pankreatite sebep olan bir Lemmel sendromu tanısı koyduğumuz hastayı sunmak istedik.

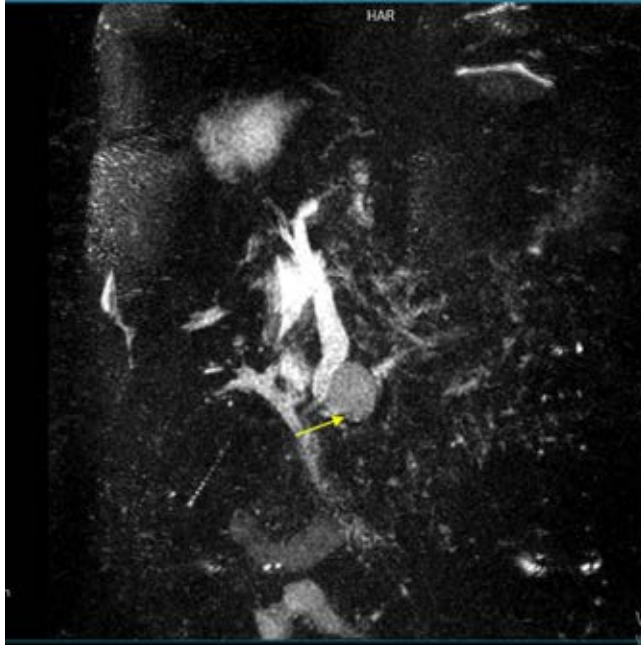
OLGU: 85 yaş kadın hasta 2-3 gündür olan halsizlik, iştahsızlık, bulantı, sırta vuran karın ağrısı şikâyetleri ile acil servise başvurmuş. Hastanın bilinen kalp yetmezliği, Tip 2 DM, hipertansiyon, gut tanıları mevcuttu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Hastanın yapılan tetkiklerinde AST: 251 U/L, ALT 173 U/L, ALP: 161 U/L, GGT: 337 U/L, Total bilirubin: 2,6 mg/dl, Direk bilirubin: 1,4 mg/dl; Amilaz: 269 U/L, lipaz: 251 U/L saptanmış. Çekilen abdomen BT'sinde peripankreatik yağlı planlarda hafif heterojenite, paraduodenal alanlarda mezenterik yağlı planlarda heterojenite, pankreas baş kesimi düzeyinde belirgin boyutları 30 x 19 mm olarak ölçülen hipodens lezyon, koledok çapı en geniş yerinde 14 mm ölçülüp duvarlarında kontrastlanma, safra kesesi hafif distandü görünümde olup transvers çapı 42 mm, duvarları hafif kalınlaşmış izlenmesi nedeniyle hasta akut pankreatit tanısıyla servise kabul edildi. İzlemde kliniği rahatlatan hastanın çekilen yapılan abdomen USG'unda safra kesesi lümeninde 5 mm taş, safra kesesi duvar kalınlığı normal, koledok çapı en geniş yerinde 22 mm, pankreas içinde de kronik pankreatiti destekler şekilde milimetrik ebatlı kalsifikasyonlar izlendi. Çekilen MRCP'sinde koledok distal uç komşuluğunda yaklaşık 3 cm çapında kistik lezyon izlendi. Hastanın öyküsünde daha önce de benzer karın ağrısı atakları olduğu öğrenildi. Lezyon natürünü aydınlatabilmek amacıyla yapılan EUS'unda hastada 3 cm lik duodenal divertikül, bu divertikülün hem koledoku yaylandırdığı hem de pankreatik kanala bası yaptığı, papillada da taş atmış görüntüsü olmadığı görüldü. ERCP'yi kabul etmeyen hastada Lemmel Sendromu tanısı konmuştur.

TARTIŞMA: Üst gastrointestinal endoskopilerin yaklaşık 27%'sinde duodenal divertiküller saptanır. Bu divertiküller çoğunlukla duodenumun ikinci veya üçüncü kısmında, çoğunlukla da ampulla Veteri'ye 3-2 cm mesafede olurlar. Periapuller divertiküller çoğunlukla asemptomatik olsa da olguların 5%'inde pankreatikobiliyer ya da non-pankreatikobiliyer semptomlara sebep olabilir. Sık görülen pankreatikobiliyer komplikasyonlar tekrarlayan taşlar, tıkaçıcı sarılıklar, akut kolanjit ve pankreatit olabilir. Koledokolitiazis veya bir tümör yokluğunda periapuller divertiküle bağlı tıkaçıcı sarılık varlığında Lemmel Sendromundan bahsedilir. Üç mekanizma sorumlu tutulmakta-

dır. Birincisi periampuller divertikülün direk mekanik irritasyonu ve ampullanın enflamasyonudur. İkinci mekanizma periampuller divertikülün Oddi sfinkter disfonksiyonuna sebep olabilmesidir. Üçüncüsü de ortak safra kanalının veya ampullanın mekanik olarak kompresyona uğramasıdır. Hastamızın bilirubin düzeyleri ılımlı olarak artmış, ılımlı bir pankreatit tablosu gelişmiştir. Daha önce de benzer karın ağrılarının olduğunu ifadesi ve görüntülemedeki bulgular hastada kronik pankreatit tablosunun periampuller divertiküle bağlı olarak gelişebilmiş olduğunu düşündürmüştür. Lemmel Sendromu nadir görülen ancak periampuller divertikülü olan hastalarda düşünülmesi gereken bir antitedir. MRCP tanıda oldukça yararlı olsa da ERCP'nin altın standart olduğu bildirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: periampuller divertikül, Lemmel sendromu, akut pankreatit, kolanjit

Periampuller divertikül MRCP görüntüsü



Periampuller divertikülün hem koledok hem de pankreatik kanalı yaylandırdığı MRCP görüntüsü

PS-22

Nadir Bir Melana Nedeni: Diffüz Büyük B Hücreli Mide Lenfomasına Sekonder Gastrokolik Fistül

Harun Erdal, Zahide Şimşek

Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

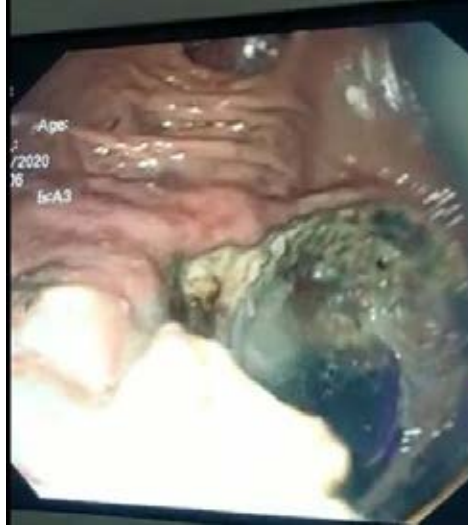
GİRİŞ: Gastrointestinal trakt, ektranodal lenfomanın ek sık görüldüğü yerdir. En sık primer non-Hodgkin's lenfoma (NHL) midede görülür. NHL olgularının çoğu B hücrelidir. Gastrokolik fistül (GCF) primer mide lenfomasının nadir bir komplikasyonu olup midedeki lezyonun invazyonuna bağlı oluşan mide ve transvers kolon arasındaki fistüldür. Gastrointestinal kanama, GCF ün komplikasyonlarından. Bu olguda melana ile başvuran diffüz büyük b hücreli mide lenfomasına sekonder gastrokolik fistül olgusu anlatılmaktadır.

OLGU SUNUMU: Otuz dokuz yaşında erkek hasta kilo kaybı, bulantı kusma, karın ağrısı şikayetleri nedeniyle yapılan endoskopide piloru tamamen infiltre eden ve duodenuma geçişe izin vermeyen ülserovejetan kitle saptanmış. Alınan biyopsi patolojisinde diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı konmuş. Hastanın gastrointestinal pasaj olmaması nedeniyle palyatif amaçlı gastroenterostomi operasyonu yapılmış. Daha sonra kemoterapi planlanmış. Hasta tanı aldıktan 6 ay sonra melana, halsizlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavisi devam eden hastanın hb:4.9 gr/dl idi. Eritrosit süspansiyonu replasmanı sonrası yapılan endoskopide mide lümeninde aktif kanama veya kan artışı gözlenmedi. Gastroenterostomi anastomoz ve distali normaldi. Korpus orta kesiminde arka duvarda yaygın eksudalı, nekrotik bir alan izlendi. Bu alandan transvers kolona fistülize olduğu gözlemlendi (resim-1). Çekilen CT de midenin kardiası, korpus, antrum ve pilorda patolojik duvar kalınlaşması kitle lehinedir. Kitlenin omental doku boyunca uzandığı ve transvers kolona invaze olduğu gözlemlendi. Hastanın takibinde melanası olmadı. Hemodinamik stabilizasyon ve yakın monitörizasyon amaçlı yoğun bakım takibine devam edildi. Yaklaşık 10 gün sonra eksitus oldu.

TARTIŞMA: GCF, benign ve malign nedenlere bağlı olan ve nadir görülür. Benign nedenler peptik mide ülseri, travma, geçirilmiş mide cerrahisi, crohn hastalığı, tüberküloz, pankreatit, pankreatik abse, human immunodeficiency virüs (HIV) sayılabilir. Mide ve kolon adenokanseri en sık görülen malign nedenlerdir. Ayrıca, pankreas kanseri, retroperitoneal sarkom, karsinoid tümör ve lenfoma da görülen diğer malign nedenlerdendir. Semptomlar ishal, bulantı, kusma ve karın ağrısıdır. Diğer semptomlar, kaşeksi ve fekal halotizistir. Fakat hastaların %30 undan azında semptomatik olması nedeniyle GCF klinik tanısı güçtür. Nadir görülmesi ve klinik semptomlarının non spesifik olması nedeniyle tanısı güçtür. İshal, kusma, fekal halitozis olgularında ve altta yatan mide veya kolon kanseri varsa GCF akla gelmelidir. Baryumlu grafiler veya oral kontrastlı CT ile tanısı konmalıdır. Gastrointestinal kanama, sepsis, malnütrisyon GCF nin komplikasyonlarıdır. Tedavisi cerrahi olup genellikle tercih edilen yöntem mide wedge rezeksiyon ile fistül traktı rezeksiyonu ve pasiyel kolon rezeksiyondur.

Anahtar Kelimeler: gastrokolik fistül, mide lenfoması, melana

Resim-1



Gastrokolik fistül - endoskopik görüntü

PS-23

Nazogastrik Tüp Takılması Güvenilir midir ve Endoskopik İncelemelerde Ne Zaman Çıkarılmalıdır?***Orhan Coşkun¹, Mehmet Mustafa Erdoğan², Mustafa Arslan³***¹Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin EAH, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Amasya²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma

Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Bilim Dalı, Amasya

³Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Bilim Dalı, Amasya

Enteral beslenme, sindirim sistemi fonksiyonel olduğu halde besinleri ağız yoluyla alamayan hastalarda alternatif bir beslenme yöntemidir. Ancak bu yol gerek beslenme gerekse beslenme tüplerinin yerleştirilmesi sırasında gelişebilecek komplikasyonlara açıktır. Olası komplikasyonlar; epistaksis, nazal mukozal ülserasyon, orta kulak iltihabı, tüpün pulmoner ağaca yerleştirilmesi, aritmi, miyokard infarktüsü, ampiyem, pnömotoraks, piriform sinüs perforasyonu, trakeobronşiyal travma, özofagus, mide ve duodenumda perforasyon veya kanama, duodenal perforasyon, özofagus perforasyonu, tüpün katlanması veya tıkanması, pulmoner aspirasyon, reflüözofajit, trakeoözofageal fistül olarak sayılabilir. Priform sinüs mukozası, özellikle lateral kısmında, onu boyundaki karotis kılıfından yalnızca küçük bir kas tabakasının ayırdığı yerde, son derece ince ve kırılgandır. Perforasyonu genellikle travmatik endotrakeal entübasyonun bir komplikasyonu olarak görülür ve potansiyel olarak ölümcüldür. Burada nazogastrik beslenme tüpü (NG) takılmasına sekonder priform sinüs perforasyonu gelişen bir hastamızı sunacağız.

OLGU: 66 yaşında erkek hasta, COVID-19 pnömonisi nedeniyle arrest olması üzerine entübe edilmiş ve YBÜ'de takip ediliyormuş. Hastanın enteral beslenmesinin devamı için nazogastrik tüp yerleştirilmiş. YBÜ'de takibi esnasında cilt altı amfizemi olması üzerine hasta değerlendirilmiş ve açıklayacak patoloji saptanamamış. Hastanın genel durumu düzelmesi sonrasında solunum yolu extübe edilmiş. Ancak hasta oral gıda alınca öksürük ve yutma zorluğu yakınması olması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Laboratuvar tetkiklerinde Lökosit: 16530×10^9 hücre/ ug, Hemoglobin: 9,9 g/dL, Hct: % 29,3, Trombosit: 406000×10^9 hücre/ ug, Glikoz: 90 mg/dL, Üre: 16 mg/dL, Kreatinin: 0,43 mg/dL, AST: 34 U/L, ALT: 36 U/L, GGT: 61 U/L, Sodyum: 134 mmol/L, potasyum: 4,2 mmol/L, CRP: 37,8 mg/L, Sedimentasyon: 79 mm/saat, Fibrinojen: 584 mg/dL saptandı. Hastanın yutma güçlüğünü açıklayacak patoloji varlığını değerlendirmek amacıyla anestezi eşliğinde üst gastrointestinal sistem endoskopik incelemesi yapıldı. Endoskopik inceleme esnasında hipofarenkste yoğun sekresyon izlendi. NG'nin hipofarenkste özofagusa girmediği, hipofarenksi perfor ederek lümen dışına gittiği ve üst özofagus sfinkterinin yaklaşık 1,5 -2 cm distalinden tekrar özofagus lümenine girdiği görüldü (Ön kesici dişlerden itibaren 16. cm'den) (Resim 1). Özofagusta bu seviyede mukoza ödemli görünümdeydi. NG çekildikten sonra hipofarenkste fistül girişi ile uyumlu görünüm izlendi. Hastanın oral beslenmesi durduruldu, geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı ve kulak-burun-boğaz bölümü ile konsülte edildi. Yapılan tedavilere yanıt alınamayan hasta yaklaşık 2 ay sonra öldü.

Enteral beslenme sindirim sistemi fonksiyonel olduğu halde oral beslenemeyen bakım hastalarında uygulanan bir beslenme yöntemidir. Enteral tüp yerinin kontrolünde altın standart radyolojik gö-

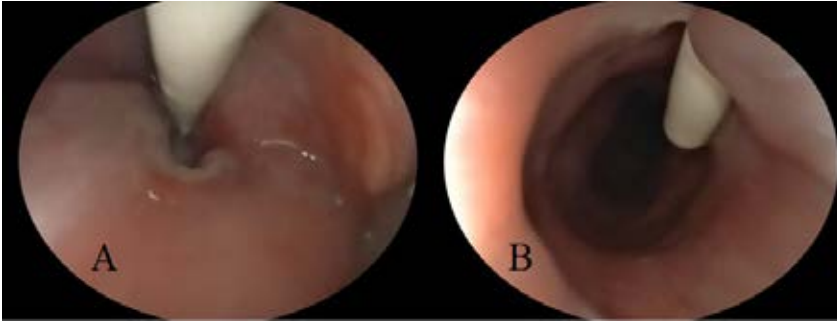
İnteraktif E-Posterler

rüntülemidir. Ancak bizim hastamızda olduğu gibi bazen radyolojik incelemelerde görüntülemeye kesit alanına girmemekte veya atlanabilmektedir. Nazoenteral tüpler yerleştirilirken mümkünse endoskopik yöntemler kullanılmalıdır. Endoskopik yöntemler mümkün değilse beslenmeye başlanmadan önce tüpün yeri doğrulanmalıdır.

NG'li, komplike hastalarda özellikle üst özofagus sfinkteri hizasında oluşabilecek komplikasyonlar açısından dikkatli inceleme yapılmalıdır ve olası fistül orifisinin atlanmaması için tüp endoskopik inceleme öncesinde çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nazogastrik beslenme tüpü, endoskopi, priform sinüs, preforasyon

Resim 1



Hipofarenkste nazogastrik beslenme tüpünün perforasyon görüntüsü (A) ve özofagusta intraluminal görüntüsü (B)

Resim 2



BT'de perforasyon nedeniyle subkutan hava görünümü (kirmizi ok)

Resim 3



Özofagusta beslenme tüpünün görünümü (A), beslenme tüpü geri çekildikten sonra fistül görünümü (B, mavi ok)

PS-24

Nadir Rastlanan Safra Yolları Anomalisi: Koledok ve Pankreatik Kanalin Antruma Açılması

Adnan Taş, Şehmus Ölmez, Nevin Akçaeer Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Koledok ve pankreatik kanalın ektopik açılması nadir görülen bir durumdur. Mide, pilorik kanal, duodenal bulbus, duodenum 3. veya 4. kısmında rapor edilen vakalar mevcuttur. Bizim vakamız oldukça nadir görülen bir durum olup hastanın koledok ve pankreatik kanallarının ayrı olarak antruma açıldığı saptandı.

55 yaşında erkek hasta, daha önceden hiçbir şikayeti yokken hasta sarılık ve ateş yüksekliği ile hastanemiz aciline başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde ateş: 38.6 derece, epigastrik ve sağ üst kadranda ciddi hassasiyet ve sklerada ikter dışında pozitif bulgu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde: WBC: 27000, HB: 12, PLT:100000, BUN: 54, CR:1.6, NA:140, K:4.3, AST:400, ALT:560, LDH:720,

T. BİL:10.2, D.BİL:8,5, INR:1.6 saptandı. USG: Koledok ve İHSY dilate, koledok proksimalinde 1 cm boyutunda taş izlendi. Ayakta direk batin grafisinde safra yollarında hava izlendi.

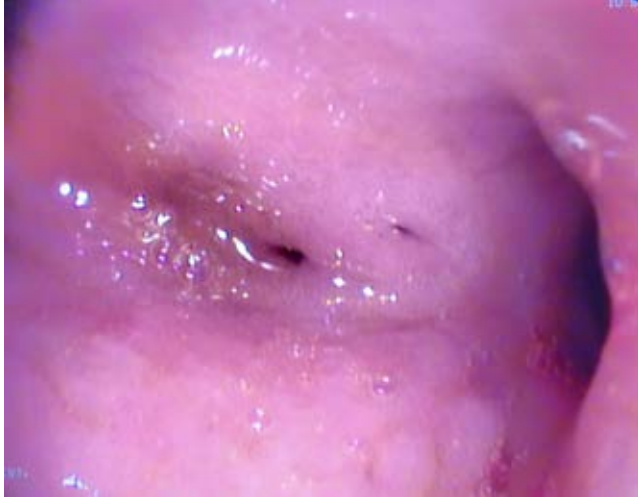
Hastaya ERCP yapıldı. ERCP de prepilorik antrumda koledok ve pankreatik kanalın ayrı açıldığı izlendi (Figure 1). Koledok kanulize edildi. Kontrast verildikten sonra koledok proksimalinde 1 cm çapında taş izlendi (Figure 2) Taşı geçecek şekilde 10 f 7 cm plastik stent takılarak işlem sonlandırıldı. Stent takıldıktan sonra pürülan safra mainin drene olduğu izlendi. Hastaya antibiyoterapi sonrası kolanjiti düzeldikten sonra cerrahiye yönlendirildi.

Sezgin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ERCP yapılan 1040 hastanın 11 inde (%1.05) üst gastrointestinal sistemin değişik yerlerinde açılım anomalisi izlendi. Sarıtaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 400 ERCP hastasının 10'nunda açılım anomalisi saptanırken, Taş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 3270 ERCP yapılan hastanın 20 sinde (%0.61) açılım anomalisi saptandı. Vakamız oldukça nadir görülen koledok ve pankreatik kanalın ayrı şekilde antruma açıldığı açılım anomalisi şekli idi. Vakaların çoğu sarılık ve ateş yüksekliği nedeni ile acile gelirken bizim vakamız da aynı şekilde acile başvurdu. Vakalar genellikle ERCP den sonra cerrahi işlem yapılmakta idi. Aynı şekilde kolanjit düzeldikten sonra hastamız cerrahiye yönlendirildi.

Sonuç olarak, ERCP yapılan hastalarda papil normal anatomik lokalizasyonunda izlenmezse ve operasyon öyküsü olmayan hastalarda safra yollarında hava saptanmış ise mutlaka açılım anomalisi açısından değerlendirilmesi gerekir.

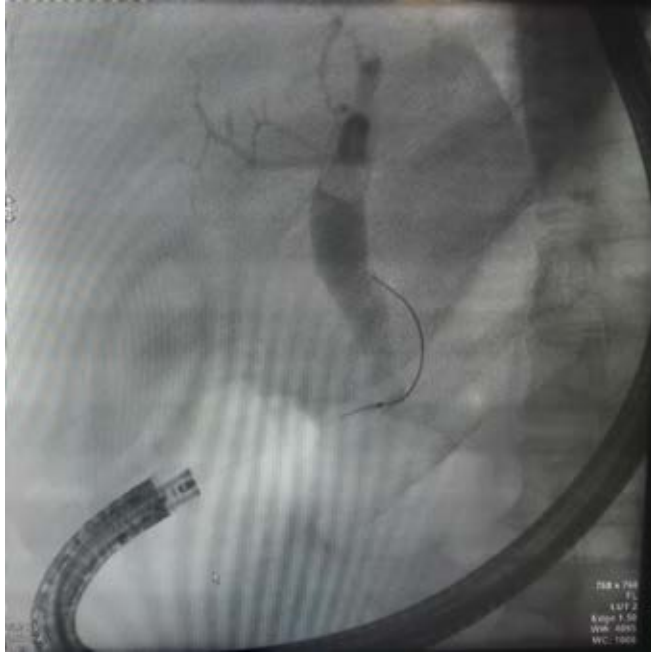
Anahtar Kelimeler: Koledok, Pankreatik kanal, açılım anomalisi, antrum

Figure 1



Koledok ve pankreas kanalının antruma açılımı

Figure 2



Koledok proksimalindeki taş

PS-25

Walled off Nekrozis ve Gastrointestinal Kanama ile Prezente Olan Poliarteritis Nodosa Vakası; Olgu Sunumu

Ali Atay¹, Dilara Turan Gökçe¹, Serdar Can Güven², Orhan Küçükşahin², Bülent Ödemis¹, Meral Akdoğan Kayhan¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Poliarteritis nodosa (PAN), orta ve küçük boyutlu arterleri tutan nadir bir vaskülitir. Vücudun herhangi bir sistemini tutabilir ancak organ tutulumu kötü prognoz ilişkilidir. Walled of nekrozis ve gastrointestinal kanama gelişmiş, nefrotik düzeyde proteinürisi olan 24 yaşındaki erkek hastayı nadir görülen vaka olması nedeniyle diğer belirti ve bulgularla birlikte sunuyoruz.

VAKA: 24 yaşındaki erkek hasta epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde cilt biyopsisi ile tanı aldığı henoch-schöenlein purpurası (HSP) olan hastanın 4 mg metilprednisolon dışında düzenli kullandığı ilaç yoktu. Laboratuvar ve görüntüleme değerlendirmesi ile hasta akut pankreatit tanısı ile takibimize alındı. 24 saatlik idrarında 2,5 gr/gün protein saptanan hastaya etyoloji saptanması amacı ile böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopsi materyali 6 adet glomerül içermekte olup global veya segmental glomeruloskleroz saptanmadı. İntertisyumda inflamatuvar hücre infiltrasyonu saptanmadı. Tübüler sistem olağandı. Biyopsi arcuat arter içermemekteydi. Amiloid ve vaskülitte yönelik boyamalarda patolojik bulgu saptanmadı. Takiplerinde melena olması üzerine endoskopik incelemeler ile kanama odağı saptanamayan hasta dijital subtraction anjiyografisi (DSA) ile değerlendirildi. Anjiyografi ile elde edilen görüntülemelerde hepatik arterden çıkan runlarda, gastroduodenal arterden gelişen, düzensiz seyir gösteren vasküler yapılar ve bu lokalizasyonda patolojik boyanma, splenik arter proksimal ve orta kesiminden çıkan düzensiz seyir gösteren vasküler yapılar ve bu lokalizasyonda patolojik boyanmalar izlendi (resim 1). Sağ böbrek alt polde 4*5 mm boyutlarında pseudoanevrizma ile uyumlu dolum izlendi. İntraabdominal viseral vasküler yapı distal dallarında genel olarak vaskülit lehine düzensizlikler ve yer yer genişleme-daralmalar tespit edildi. Patolojik boyanma ile uyumlu bölgelere selektif embolizasyon işlemi uygulandı. Takiplerinde sırta yansıyan epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikayeti ile yeniden başvurdu. Tetkilerinde amilaz: 434, lipaz: 114, crp: 356, prokalsitonin: 1,42 olup bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilmesinde pankreasta en geniş yerde 170x104 mm boyutlarında walled of necrosis saptandı (resim 2). Antibiyoterapi olarak imipenem başlanılan hastanın üst gastrointestinal sistem endoskopi incelemesinde antrum posterolateral duvarında dıştan basılı gözlenmesi üzerine kistogastrostomi yapıldı. Kistogastrostomi hattı 8 mm balonla dilate edildi. Yaklaşık 1400 cc nekrotik materyal aspire edildi. Kist kavitesine ulaşacak şekilde 10F 5 cm stent yerleştirildi. Takiplerinde hastanın şikayetleri tamamen düzeldi ve antibiyoterapinin 8. gününde akut faz reaktanları referans aralığa geriledi. Kistogastrostomi etkisini değerlendirmek için kontrol bilgisayarlı tomografi görüldü. WON kavitesinde efektif gerileme gözlenen (resim 3), klinik ve laboratuvar olarak düzelen hastaya orta şiddette PAN düşünülerek steroid tedavisi ve 1000 mg siklofosfamid tedavisi (nefrotoksisteden korunmak için öncesi ve sonrası 400

mg üromitoksan ile birlikte) verildi. Hızla klinik yanıt alınan hastanın takiplerinde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

SONUÇ: PAN akut pankreatitin, gastrointestinal kanamanın nadir bir sebebi olup kötü prognoz ile ilişkilidir. Biyopsi için uygun patolojik lokalizasyon bulunmadığında anjiyografik inceleme tanıda önemlidir. BT, MR anjiyografinin de kullanılabileceği bilinmekle birlikte daha fazla veriye ihtiyaç duyulmaktadır. Prognozu iyileştirmek için hastalığın şiddeti belirlenmeli ve uygun tedavi başlanılarak yakın takip edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

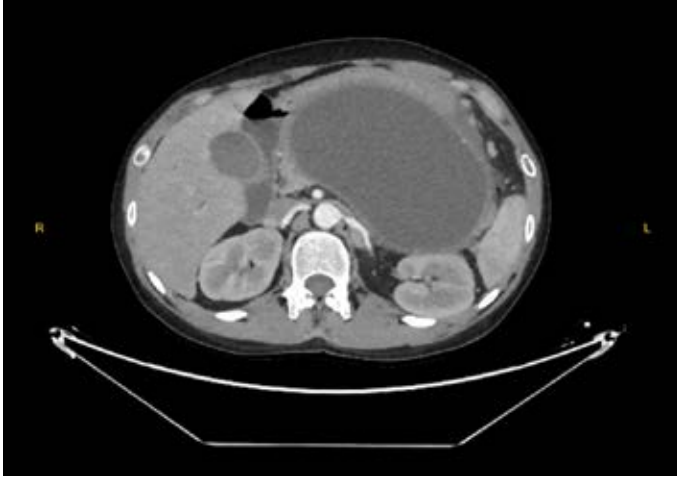
Anahtar Kelimeler: Walled off nekrozis, Gastrointestinal kanama, Poliarteritis nodosa

Resim 1



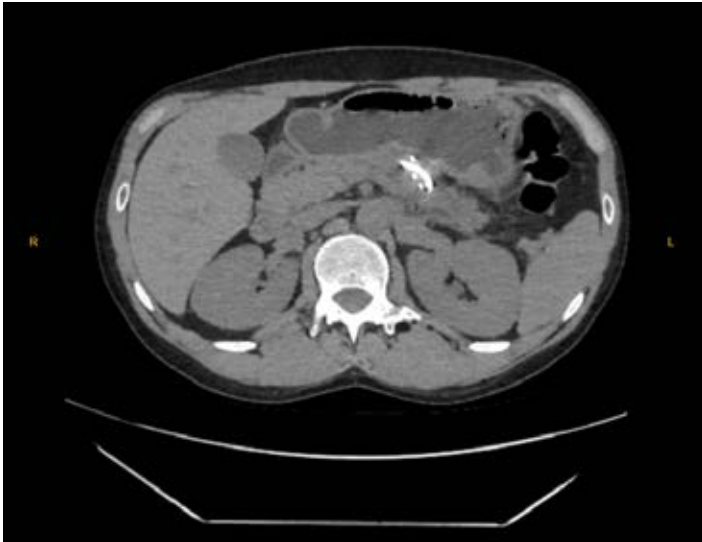
Selektif splenik arter DSA da splenik arterden köken alan pankreas gövde ve kuyruk kesimlerine uzanan pankreatik arter distal dallarında mikroanevrizmalar izlenmekte (siyah oklar).

Resim 2



Pankreasta en geniş yerde 170x104 mm boyutlarında walled off necrosis izlenmekte

Resim 3



İçinde drenaj kateteri olan WON kavitesinin BT görüntülemesi

PS-26

Masif Alt Gastrointestinal Kanamanın Nadir Nedeni: Sigmoid Kolonda Dieulafoy Lezyonu***Şehmus Ölmez, Bünyamin Sarıtaş, Adnan Taş, Nevin Akçaer Öztürk****Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği*

Dieulafoy lezyonları gastrointestinal kanamaların nadir nedenlerinden biridir. Endoskopinin daha sık kullanılması ile bu lezyonlar daha sık görülmektedir. Bu lezyonlar sıklıkla midede ve duodenumda görülürler. Kolonda DL oldukça nadir görülmektedir. Bu lezyonların etiyolojisi tam bilinmemektedir. DL iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kronik böbrek hastalığı, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, antiagregan ve antikoagulan ilaç kullananlarda bu lezyonlar daha sık görülmektedir. Tüm gastrointestinal kanamaların ayırıcı tanısında DL düşünülmelidir. Çünkü bu lezyonların erken tanısı konulmaz ve uygun tedavisi yapılmazsa mortalite oranları yüksektir.

Biz burada oldukça nadir görülen endoskopik klip ile uygun şekilde tedavi edilen sigmoid kolonda dieulafoy lezyonu olan bir olgu sunuyoruz.

OLGU: 78 yaşında bayan kadın hasta acil kliniğimize makattan bol miktarda kırmızı renkte kanama şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde: Diyabetes mellitus, hipertansiyon ve endometrium Ca öyküsü vardı ve düzensiz NSAİD ilaç kullanımı vardı. Fizik muayenede: Tansiyon:120/70 mmHg ve nabız 95/dk idi. Genel durumu orta, soluk görünümde, Rektal tuşede taze kan bulaşığı, Suprapubik bölgede operasyon skarı dışında özellik yoktu. Laboratuvar değerleri: hemoglobin: 6.6 g/dl (normal: 10.9-14.3 g/dl), Üre: 93 mg/dl (normal: 17-43 mg/dl), Cr: 1.2 (normal: 0.51-0.95 mg/dl), albumin: 33 gr/L (normal: 35-55g/L), total protein: 53 g/L (normal: 66-83 g/L), ve diğer laboratuvar değerleri normaldi.

Hastaya acil endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Endoskopide kanama odağı izlenmedi, yapılan ilk kolonoskopide inen kolona kadar ilerlendi. İlerisinde kolonda kan ve kan ile karışık gaita artıkları olması nedeniyle ilerlenemedi. İncelenen alanlarda bol taze kan vardı. Görülebilen alanlar normaldi. Kanama odağı izlenmedi. Hasta yoğun bakıma yatırıldı: oral alımı kesildi ve IV hidrasyon, PPI ve 3 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. 2 gün sonras uygun kolon hazırlığı yapılarak ikinci kolonoskopi yapıldı. İkinci kolonoskopide terminal ileum ve tüm kolon segmentleri değerlendirildi. Sigmoid kolonda protrüde vasküler lezyon saptandı (Şekil 1 ve 2). Bu lezyona iki adet endoskopik klip uygulandı (Şekil-3). Hasta toplam 6 gün izlendi. 6 aylık takiplerde tekrar kanama olmadı.

Dieulafoy lezyon tanısında endoskopi inceleme en sık kullanılan yöntemdir. Bu lezyonlar ilk endoskopik incelemelerde lezyonların küçük olmaları, aralıkla kanamaya neden olmaları, incelenen alanda kan ve kanama artıkları olması ve uygun kolon temizliği olmaması nedeniyle görülemeyebilir. Bizim hastamızda ikinci kolonoskopik incelemede sigmoid kolonda Dieulafoy lezyon görüldü. Sigmoid kolonda DL görülmesi son derece nadirdir. DL tedavisinde sıklıkla endoskopik yöntemler kullanılmaktadır. Çok nadiren endoskopik olarak tedavi edilemeyen hastalarda anjiyografik ve cerrahi yöntemler de kullanılabilir. Hem tanı hem de tedavide ilerlemeler (endoklip, band, heater prob gibi) ile mortalite%80'den %8.6'ya kadar düşmüştür. Bu lezyonların tedavisinde çok farklı endos-

kopik metodlar olmasına rağmen doku hasarına en az sebep olan endoskopik klips ve endoskopik bant ligasyonu en sık tercih edilen tedavi yöntemleridir. Kolon duvarı ince olduğu için perforasyon riskinin yüksek olması nedeniyle endoskopik klips uygulanması uygun bir tedavi seçeneğidir.

Sonuçta Dieulafoy lezyonu tüm gastrointestinal kanamaların ayırıcı tanısında başlangıçta düşünülmelidir. Bu lezyonların tedavisinde endoskopik klip etkili, güvenli kolay uygulanan bir tedavi modalitesidir.

Anahtar Kelimeler: Dieulafoy lezyonu, kanama, endoklips

Resim 1.



Sigmoid kolonda hava aspire edildikten sonra protrude, vasküler lezyonun kolonoskopik görünümü

Resim 2.



Kolonopide hava aspire edildikten sonra Dieulofay lezyonun polipoid benzeri görünümü

Resim 3.



Endoskopik klips uygulamasının kolonoskopik görünümü

PS-27

İnverted Rektal Divertikül: Nadir bir Kolonoskopik Bulgu

Bünyamin Sarıtaş, Şehmus Ölmez, Adnan Taş, Nevin Akçaer Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Kolonda inverted divertiküller çok nadir görülen bulgulardır. Rektumda görülmesi ise son derecede nadirdir. İnverted divertiküller kolon poliplerine benzeyebilirler. Bu nedenle tüm polipoid lezyonlarda inverted divertikül ekarte edilmelidir. Burada rektumda inverted divertikül saptanan bir olguyu sunacağız.

VAKA: 70yaş kadın hasta kabızlık ve şişkinlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Daha önceden bilinen hipertansiyon ve diyabet hastalığı vardı. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemeleri normaldi. Yaşından dolayı tarama amaçlı kolonoskopi ve endoskopi yapıldı. Endoskopide antral gastrit ve bulbit saptandı. Kolonoskopide ise anal kanala 3-4 cm mesafede sesil rektal polip saptandı. Polip mukozası normaldi. Hava vermekle lezyon düzleşirken hava aspirasyonu ile lezyon belirginleşiyordu. Kolonun diğer kesimlerinde başka polipoid lezyon saptanmadı. Endoskopik ultrasonografi yapıldı, submukozal lezyon görülmedi.

TARTIŞMA: Klinik pratikte divertiküler lezyonlar sıklıkla görülür. Kolon muskuler tabakasında defekte bağlı olarak kolon mukoza ve submukoza herniasyonudur. Kesin patolojik mekanizması bilinmemekle beraber yaş, diyet, genetik, bozulmuş motilite, bağırsak mikrobiyotası ve inflamasyon sorumlu tutulan faktörlerdir. Divertiküloz sıklığı yaşam tarzı değişiklikleri ve yaşlılıkla beraber artmaktadır. Kolon divertikülü olan birçok hasta asemptomatiktir. Kolon divertikülleri genellikle sigmoid kolon ve inen kolonda lokalizedir. Rektal divertiküller son derece nadirdir. Kanama, divertikülit, perforasyon, abse, fistül, darlık, inverted divertikül be lezyonlara bağlı olarak görülebilir.

Rektal divertiküller çok nadirdir. İntraluminal basıncın düşük olması, peristaltik hareketlerin yavaş olması rektal divertikülün nadir olmasının sebepleridir. Rektal divertiküller nadir oldukları için inverted rektal divertiküller son derece nadirdir.

İnverted divertikül ayırt etmede ipuçları hava vermekle düzleşme olması, biyopsi forsepsi ile dokunma ile çökme olması ve forsepsi çekme ile düzleşme görülmesi ayırt ettirici özellikleridir. Yüzeyindeki mukoza normaldir. Dar band görüntüleme ile aurora halkaları görülebilir. Bazı vakalarda baryumlu kolon incelemesi, bilgisayarlı tomografi veya endoskopik ultrason yardımcı olabilir.

İnverted rektal divertiküller polipoid lezyon olarak görülmesi nedeniyle biyopsi ve polipektomi perforasyon gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Sonuç olarak inverted rektal divertikül oldukça nadir bir bulgudur. inverted divertiküller, tüm kolon poliplerinin ayırıcı tanısında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnverted divertikül, Rektum, tanı

Resim 1.



İnverted rektal divertikülün 10-9 mm çapında rektal polip olarak görünümü. A. Polipoid görünüm B. Biyopsi forsepsi ile dokunma ile düzleşme C. Biyopsi forsepsi ile dokunma ile santral depresyon

PS-28

Dispepsili Hastada Beklenmedik Endoskopik Bulgu: Aortik Greftin Duodenuma Migrasyonu

Nevin Akcaer Öztürk, Şehmus Ölmez, Adnan Taş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Aortik prostetik greft, aort anevrizmalarının tedavisinde yaygın kullanılır. Bu tedavi şekli çoğu hastanın hayat kalitesini arttırmasına rağmen çok önemli komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında endovasküler kaçak, tromboz, migrasyon, fistül ve enfeksiyonlar yer alır. Biz burada dispepsi nedeniyle endoskopi yaptığımız ve duodenuma migre olan aortik greftli bir hastayı sunduk.

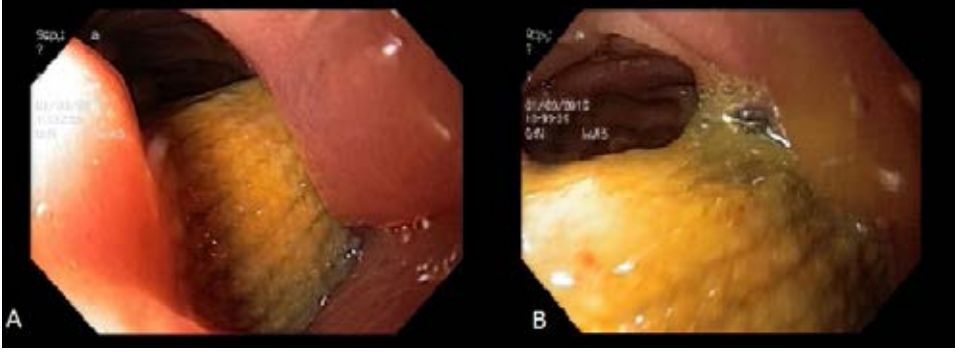
OLGU: 55 yaşında erkek hasta gastroenteroloji polikliniğine epigastrik ağrı ve karın şişkinliği nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede daha önceden geçirdiği operasyon skarı dışında pozitif bulgu yoktu. 1 yıl önde aort anevrizması nedeniyle aortal greft operasyon öyküsü vardı. Antihipertansif ilaç dışında ilaç kullanımı yoktu. Tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normaldi. Üst gastrointestinal sistem endoskopide duodenum 3. kısımda lümen içine migre olan aortik greft tespit edildi (Resim 1). Bilgisayarlı tomografide aort greftinin duodenum lümeninde olduğu görüldü (Resim 2). Hastaya operasyona alındı, duodenumun perforate olduğu görüldü. Enfekte ve erode olan greft rezeke edildi ve yeni greft takıldı. Duodenumdaki defekt primer sütür ile onarıldı.

Aorta-enterik fistül nadir bir komplikasyondur. Bizim hastamızda olduğu gibi aortik greftler en sık duodenumda saptanmaktadır. Aortik greftlerde sütür hattındaki bozulma zamanla psödoanevrizmaya neden olur. Psödoanevrizma barsak duvarını erode ederek lümen içine migre olur. Migrasyona nedenleri arasında bizim hastamızda olduğu gibi greft enfeksiyonu ve barsak duvarında zedelenmede rol oynayan operasyondaki teknik hatalar yer alır. Eğer migrasyon erken saptanmazsa, şoka neden olabilen ciddi kanamalara neden olabilir. Bizim hastamızda dispepsi nedeniyle yapılan endoskopide migrasyon erken dönemde saptandı ve ciddi komplikasyonlara neden olmadan tedavi edildi. Tanıda en çok kullanılan bilgisayarlı tomografidir. Endoskopi, tanıyı doğrulamak için kullanılır. Farklı olarak, hastamızda endoskopi ile tanı konuldu.

Sonuç olarak, aort greft öyküsü olan bir hastada, endoskopide duodenum içinde yabancı cisim gördüğümüzde, aort greftinin duodenuma migre olduğunu düşünmeliyiz ve kesinlikle çıkarmaya çalışmamalıyız. Aksi taktirde ciddi kanamalara neden olabiliriz.

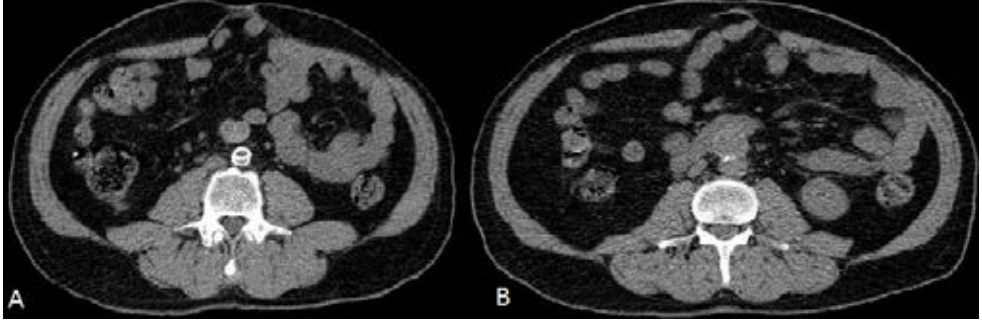
Anahtar Kelimeler: Aortik greft, migrasyon, perforasyon

Resim 1



Migrate olan Aortik Greftin endoskopik görünümü

Resim 2.



Migre olan aortik greftin tomografik görünümü

PS-29

Ülseratif Kolit Eşliğinde Nadir Görülen Komplikasyon: Arteriyel Tromboz

Ali Atay¹, Öykü Tayfur Yüreklî², Osman Ersoy²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Ülseratif kolit ataklarla seyreden, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Atak olması durumunda amip, difficile, cmv gibi oportunistik enfeksiyon ajanları açısından tarama gerektirir. Mikroorganizmaların saptanması halinde uygun tedavi ile hastalık kontrol altına alınabilir. Ayrıca ülseratif kolit aktivasyonunda hastalar derin ven trombozuna yatkın olmaktadır ve uygun anti-koagülasyon önem arz etmektedir. Arteriyel tromboz ise nadir görülen bir komplikasyondur. Biz cmv nedeniyle aktifleşen ve aktif dönemde arteriyel tromboz saptanan nadir bir vaka sunuyoruz.

VAKA: 7 yıldır ülseratif kolit tanısı ile takipli 69 yaşındaki erkek hasta 5-ASA tedavisi ile izlenmekteyken kanlı ishali olması nedeni ile başvurdu. Yapılan endoskopik incelemede inen kolon proksimaline kadar ilerlendi. İncelenen kolon kesimlerinde mukoza granülleri damar ağrı kaybolmuş, dokunmakla frajil, yoğun milimetrik ülseredydi. Ülserler birleşerek yer yer 1-2 cm çapa ulaşmakta ve derinleşmekteydi. Yoğun mukus ve eksuda artışı vardı. CMV için biyopsi alındı ve ülseratif kolit aktivasyon düşünülen hastanın tedavisine steroid ve düşük molekül ağırlıklı heparin eklendi. Hastanın kliniğinde düzelme olmaması üzerine yeniden yapılan endoskopik incelemede sigmoid kolon ortasına kadar ilerlendi. İncelen kolon kesimleri mukoza granüler, damar ağrı kaybolmuş, spontan kanamalı ve yoğun ülser görünümdedydi. Endoskopik aktivite indeksi (EAI) 12 olarak değerlendirilen hasta steroid refrakter kabul edildi. Alınan doku cmv pcr pozitif saptanması üzerine gansiklovir 2x5 mg/kg/gün gansiklovir tedavisi başlandı. Hastane takibi esnasında hastanın diz altı bölgede ve ayakta soğukluk ve ayak üzerinde demarkasyon hattı olduğu düşünülen renk değişikliği (resim 1) dikkati çekti. Arteriyel doppler usg incelemesinde anterior tibial arter seyri boyunca ve dorsalis pediste RDUS ve spektral incelemede dolum izlenmemesi (oclude?) üzerine arteriyel BT anjiyografi incelemesi yapıldı. Sağ derin femoral arter distali, sağ popliteal arter, sağ anterior tibial arter ayak bileğine kadar tıkalı olduğu izlendi (resim 2). Aynı gün kardiyovasküler cerrahi tarafından arterial embolektomi işlemi uygulandı (resim 3). Hastanın medikal tedavisi klopidoğrel, asetil salisilik asit ve silostazol olarak düzenlendi. CMV tedavisi tamamlanan ve klinik olarak remisyona giren hasta ayaktan takibe alındı ve takiplerden herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

SONUÇ: Ülseratif kolit atakta bilinenin aksine arteriyel trombozlar da olabilmektedir. Erken tanı ve müdahale mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Arteriyel tromboz etyopatogenezi net bilinmemekle birlikte bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

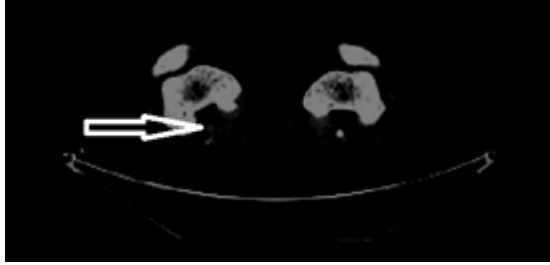
Anahtar Kelimeler: Arteriyel tromboz, cmv, ülseratif kolit

Resim 1



Sağ ayak dorsumunda demarkasyon hattı izleniyor (siyah ok).

Resim 2



Arteriyel Bt anjiografide tıkalı sağ popliteal arter (beyaz ok).

Resim 3



Arteriyel embolektomi işlemi sonrası çıkarılan trombüsler

PS-30

Fokal Nodüler Hiperplazi ile Karışan Bir Fibrolameller Hepatosellüler Karsinom Olgusu

Serkan Duman, Zeynep Melekoğlu, Mübin Özercan, Muhammet Fatih Karakaya, Mesut Gümüşsoy, Emin Bodakçı, Hale Gökcan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Fibrolameller hepatosellüler karsinom, en sık genç erişkinlerde, her iki cinsiyette eşit görülen hepatosellüler karsinomun (HCC) nadir bir alt türüdür. Siroz veya viral hepatit ile ilişkili değildir. Klasik başlangıç semptomları sağ üst kadranda ele gelen kitle, ağrı ve kilo kaybıdır. En uygun tedavi cerrahi rezeksiyondur.

OLGU: 41 yaşında kadın hasta dört yıl önce yaklaşık bir aydır ara olan karın ağrısı ve şişkinlik şikayetleri ile hastaneye başvurmuştu. Bilinen herhangi bir hastalığı, kullandığı herhangi bir ilacı yoktu. Karaciğer hasar testleri ve viral hepatit serolojisi normaldi. Karın ultrasonunda karaciğer sol lobda kitle izlenmesi üzerine istenen dinamik karaciğer magnetik rezonans (MR) görüntülemesinde karaciğer segment 2-3'te yaklaşık 60x42 mm boyutlarında T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, santral kesimde 8 mm skarı bulunan arteriyel fazda santral skarı hariç homojen kontrastlanan, diğer fazlarda izointens, geç fazda skarında kontrastlanma izlenen lezyon öncelikle fokal nodüler hiperplazi (FNH) ile uyumlu olarak değerlendirilmişti. İki yıl sonra şikayetlerinde artma ile tekrar başvuran hastanın ikinci dinamik karaciğer MR görüntülemesinde karaciğer sol lobta 87x83 mm çapında lezyon öncelikle FNH ile uyumlu değerlendirilmiş ve takip önerilmişti. Şikayetleri devam eden hasta iki yıl sonra hastanemize başvurduğunda karaciğer hasar testleri yaklaşık 3 kat yükselmışti ve dinamik karaciğer MR görüntülemesinde santralinde skar bulunan milimetrik nekrotik, hemorajik alanlar içeren arteriyel evrede heterojen kontrast tutan, portal venöz evrede kontrast maddeyi bırakan hepatobiliyer evrede görece hipointens izlenen 100x90x80 mm boyutlarında kitle fibrolamellar HCC ile uyumlu olarak değerlendirildi. Lezyon evrelenerek metastaz dışlandı. Hastaya küratif amaçlı sol hepatektomi yapıldı. Ameliyat sırasında karaciğer veya peritoneal metastaz bulgusu yoktu. Histopatoloji fibrolamellar HCC olarak raporlandı.

TARTIŞMA: Karaciğer kitlelerinin radyolojik tanıları bazen birbiri ile karışabilir. Kitlelere görüntüleme ile kesin olarak tanı konulmadığında biyopsi için hasta değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: fibrolameller, hepatosellüler, karsinom, fokal, nodüler, hiperplazi

PS-31

Üst Gastrointestinal Kanamaya Neden Olan Dieulofoy Lezyonlu Hastaların Retrospektif Analizi

Bünyamin Sarıtaş, Şehmus Ölmez, Adnan Taş, Nevin Akçaeer Öztürk, Banu Kara

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

GİRİŞ: Gastrointestinal kanamalar (GİK) Gastroenterolojinin acil konularından biridir. Kanamaya neden olan lezyonun hızlı bir şekilde saptanması ve uygun endoskopik tedavilerinin yapılması oldukça önemlidir. Dieulofoy lezyonu (DL), belirgin ülser olmaksızın üzerindeki mukozayı erode eden dilate, aberan, submukozal damardır. Bu lezyonlar tüm GİK'ın %1-2 oluşturur. Endoskopianın daha sık kullanılması ve endoskopik tedavi (ET) modalitelerinin geliştirilmesi nedeniyle bu hastalar günümüzde daha sık karşımıza çıkmaktadır ve bu lezyonlara bağlı kanamalarda mortalite oranları azalmıştır.

MATERYAL-METOD: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesinde Ağustos 2017-Ağustos 2021 tarihleri arasında GİK nedeniyle endoskopik işlem yapılan veya DL saptanan hastalar 21 çalışmaya dahil edildi. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya 30 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması $65,9 \pm 18,2$ (20-92) ve 15'i (%50) kadın idi. Hastalar en sık melena (%60), hematemez (%40), ve hematokezya (%17) ile prezente idi. Eşlik eden hastalıklar sırasıyla Hipertansiyon, Aterosklerotik kalp hastalığı ve diyabet idi. 26 hastaya (%86.7) ilk endoskopide 4 (%13.3) hastaya 2 endoskopide tanı kondu. Hastaların ilk endoskopilerinin yapılma süresi: $3,1 \pm 2,5$ (1-10) saat idi (tablo 1). 23 (%76.7) hastada midede 6 (%20) hastada bulbusta ve 1 (%3.3) hastada özofagusta DL izlendi. Tüm hastalara ET uygulandı. Hastalarda en sık uygulanan ET modalitesi 17 (%56.7) hastada skleroterapi + Endoklips ve 8 (%26.7) hastada endoklips idi (Tablo 2). Bir hastaya (%3,3) iki kez ET yapılmasına rağmen kanama devam ettiği için cerrahi tedavi uygulandı. Hiçbir hastada ET ile ilişkili komplikasyon gelişmedi. 6 hastada eksitus gelişti. Bu hastaların 3 tanesinde kanama ilişkili 3 tanesinde de kanama ilişkisiz ölüm olduğu görüldü.

TARTIŞMA: DL'a bağlı kanamalarda mortalite oranları hızlı tanı ve uygun tedavi yapılmazsa yüksektir. Bu nedenle tüm GİK'da bu lezyonlar düşünülmelidir ve uygun ve hızlı tedavileri yapılmalıdır. Bu lezyonların etiolojisi bilinmemektedir. Aterosklerotik kalp hastalığı, hipertansiyon, Diyabetes melitus ve hastaların nonsteroid antiagregan ve antikoagulan kullanımı ile bu lezyonların ilişkili bulunmuştur.

DL'a bağlı kanamalarda hastalar lezyonun lokalizasyona bağlı olarak melena, hematemez, hematokezya veya şok ile prezente olabilir. Bizim hastalarımızda en sık prezentasyon melena ve hematemez idi. Bizim hastalarımızın 26 tanesine ilk endoskopide 4 hastada 4 hastada 2 endoskopide tanı konuldu. Erken tanı ve tedavi bu hastalarda oldukça önemlidir. Bizim hastalarımızda endoskopi yapılma süresi ortalama endoskopi süresi 3.1 saat idi. DL en sık mide ve duodenumda görülür nadiren kolon, özofagus ve ince barsaklarda görülebilirler. Bizim çalışmamızda en sık DL midede (sıklıkla korpus ve kardiya) ve bulbusta idi.

Massinha ve ark. yaptığı 73 hastayı içeren bir çalışmada 42 hastada (% 57.5) midede, 15 (%20.5) hastada duodenumda ve 14 (%19.2) hastada rektum ve kolonda DL görüldü. Adrenalin ile skleroterapi ve endoklip ile yapılan tedavi hastaların yarıdan fazlasına uygulanan tedavi yöntemi olmuş. Adrenalin ve endoklip hastaların yarıdan fazlasında uygulanan tedavi modalitesi olmuştur. Endoskopik hemostaz hastaların % 96 da sağlanmış ve hiçbir hastada ET ile ilişkili komplikasyon görülmemiştir.

Çalışmamızda tüm hastalara ET uygulandı. DL tedavisinde standart bir ET yöntemi yoktur. Bununla birlikte doku hasarına neden olmadığı için endoklip uygulaması en yaygın kullanılan yöntemlerden biridir. Bizim çalışmamızda en sık endoklip tedavisi (skleroterapili veya skleroterapisiz) ancak bir hastada ET'ye rağmen kanama devam ettiği için cerrahi tedavi uygulandı. 6 (%20) hasta eksitus oldu.

SONUÇ: Üst GİK'ların ayırıcı tanısında DL başlangıçta düşünülmemiştir. Bu lezyonlara kanamalarda mortalite oranı hala yüksektir. Erken tanı ve uygun tedavi yapılması önemlidir. Bu lezyonlar sıklıkla midede görülür. Endoklip uygulaması (skleroterapili veya skleroterapisiz) etkili, güvenli ve ucuz tedavi modalitesidir.

Anahtar Kelimeler: Dieulafoy Lezyonu, kanama, tedavi, endoklip,

Tablo 1. Hastaların demografik verileri, prezentasyon, eşlik eden hastalıklar, endoskopi sayısı ve endoskopi yapılma süreleri

Parametre	
Yaş (yıl)	65,9±18,2 (20-92)
Cinsiyet (kadın/erkek)	15/15
Prezentasyon (%)	%100
Hematemez	12(%40)
Melena	18 (%60)
Hematokezya	5 (%17)
Senkop	3 (%10)
Eşlik eden Hastalıklar	
Diyabetes Mellitus	7 (%23.3)
Hipertansiyon	14 (%47)
Aterosklerotik kalp hastalığı	13 (%43)
Böbrek hastalığı	5 (%17)
Endoskopi Sayısı	
1	26 (%86,7)
2	4 (%13.3)
Endoskopi yapılma süresi (saat)	3,1±2,5(1-10)

Tablo 2. Hastaların lezyonların lokalizasyonu, uygulanan tedaviler ve prognoza göre dağılımı

Lokalizasyon (%)	
Özofagus	1 (%3,3)
Mide	23(%76,7)
Kardiya	7 (%23,3)
Fundus	3 (%10)
Korpus	10 (%33,3)
Antrum	3 (%10)
Bulbus	6 (%20)
Tedavi modalitesi (%)	
Skleroterapi+ endoklip	17 (%56,7)
Endoklip	8 (%26,7)
Skleroterapi+ heater prob	3 (%10)
Skleroterapi+ endoklip+ heater prob	2 (%6,7)
Prognoz	
Yaşayan	26 (%86,7)
Ölen	4 (%13,3)

PS-32

Assit Tetkik Hastasında Tanısı Cerrahi ile Konulan Olgu: Peritoneal Malign Mezotelyoma

Ali Rıza Çalışkan

Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Adıyaman

Peritoneal boşlukta sıvı birikmesi assit olarak tanımlanmaktadır. Assitin çoğunluğu siroz kaynaklı portal hipertansiyon kaynaklıdır. Diğer yaygın nedenler arasında ise maligniteler, kalp yetmezliği, enfeksiyonlar ve hipoalbuminemi yapan hastalıklar gelmektedir. Assitin doğru tedavisi, altta yatan hastalığın tanısının konulması ile olmaktadır.

56 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 aydır olan halsizlik ve karın şişkinliği şikayeti olması üzerine yapılan tetkiklerde batında assit saptanan hasta tetkik ve tedavi için yatırıldı. Öyküsünde hastanın bilinen hastalık ve ilaç kullanımının olmadığı ve çiftçilik yaptığı öğrenildi. Fizik muayene de batında assit haricinde pozitif bulguya rastlanmadı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; WBC $10.37 \times 10^9/L$, HGB 14 g/dL, PLT $567 \times 10^9/L$, İNR 1.18, Sedimantasyon 64 mm, CRP 5.7 mg/dL, Kreatinin 0.81 mg/dL, Total protein 7.5 g/dL, Albumin 3 g/dL ölçüldü. Hastanın çalışılan diğer biyokimya tetkikleri, eliza ve tümör markırları normal ölçüldü.

Hastanın yapılan endoskopi ve kolonoskopisi normal saptandı. Yapılan USG de batında yaygın assit izlendi. Yapılan assit örneklemeinde; periton WBC $0.31 \times 10^9/L$, Assit Total Protein 5.4 g/dL, Albumin 2.2 g/dL, LDH 1237 U/L ve SAAG 0.8 g/dL ölçüldü. Hastaya tüberküloz peritonit için PPD yapıldı, negatif ölçüldü. Hastanın batın BT sinde; Karaciğer normal görünümde, batında omentumda en kalın yerde 2.2 cm ye ulaşan heterojen kalınlaşma, batın içi yaygın serbest mai ve kesit alanına giren her iki hemitoraksda plevrada kalsifik nodüler kalınlaşmalar izlendi. Hastanın alınan assit sitolojisinde atipik hücreler izlendi. Hastaya malign mezotelyoma düşünülerek diagnostik laparoskopisi yapıldı kararı verildi.

Hastanın yapılan diagnostik laparoskopisinde; batın içerisinde yaygın yapışıklıklar ve assit izlendi, peritondan biyopsiler alındı. Patolojisi Malign Mezotelyoma Epiteloid Tip olarak raporlandı. Tanı sonrası palyatif tedavi yapıldı. Hasta şikayetlerinin başlaması sonrası yaklaşık 2 ay gibi bir kısa sürede exitus oldu.

Serum Assit Albumin Gradiyenti(SAAG)'nin ≥ 1.1 g/dL olması, % 97 doğrulukla asitin portal hipertansiyon kaynaklı olduğunu göstermektedir. Portal hipertansiyonlu asitler ise; siroz, kalp yetmezliği, hepatik ven trombozu ve portal ven trombozu gibi nedenleri içermektedir. SAAG'nin <1.1 g/dl olması ise nefrotik sendrom, peritoneal tüberküloz, pankreatit ve peritoneal karsinomatozis gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Malign Mezotelyoma, nadir fakat ölümcül hastalıklardan biridir. Plevra, periton ve perikardın serozal membranlarından kaynaklı bir malignitedir. Periton, plevradan sonra ikinci en sık tutulum yeridir. Malign mezotelyamanın etyolojisinde asbest maruziyeti bulunmaktadır.

Sonuç olarak SAAG'nin asit tetkik hastalarında tanıdaki önemini ve her asitin karaciğer sirozu kaynaklı olmadığını belirtmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Assit, Malign Mezotelyoma, Serum Assit Albumin Gradiyenti

PS-33

**Nadir Görülen GİS Kanama Olgusu;
Amfizematöz Gastrit*****Ali Bilgen, Süleyman Dolu, Mesut Akarsu, Hale Akpınar****Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği*

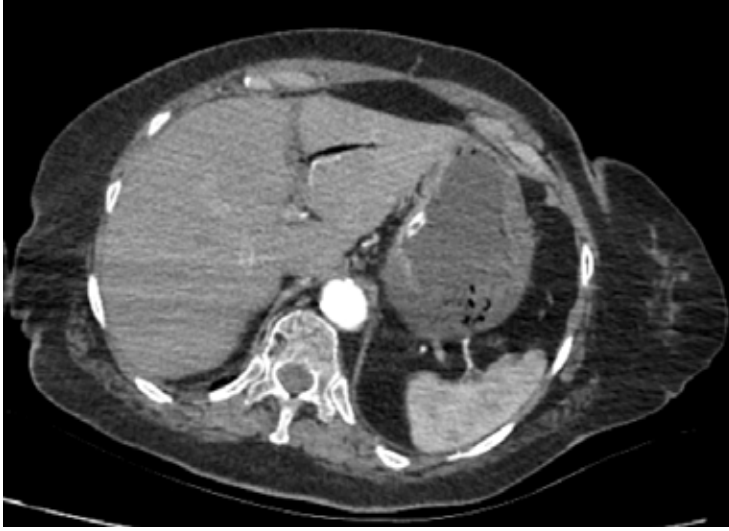
AMAÇ: Kanlı kusma şikayetiyle acil servise getirilen amfizematöz gastrit olgusunun tartışılmasını amaçladık.

OLGU: 80 yaşında erkek hasta, acil servise kanlı kusma ile getirildi. Genel durumu orta; nonkoopere; fizik muayenede nabızı 102/dk, kan basıncı 130/80 mmHg, vücut sıcaklığı 37.8 C ve oda havasında saturasyonu %94 idi. Rektal tuşede melena saptandı. Eşlik eden ishal, sarılık veya geçirilmiş batın cerrahisi, sigara ya da alkol kullanım öyküsü yoktu. Özgeçmişinde 20 yıldır diyabetes mellitus ve hipertansiyon, 3 yıldır demans tanısı olduğu öğrenildi. Kan tetkiklerinde Hb:11 g/dL, WBC:12700 mm3 (% 90 nötrofil), trombosit:220000 mm3, BUN:52 mg/dL, kreatinin:1.37 mg/dL, ALT:45 u/L, AST:51 u/L, amilaz 58 u/L, ALP:63 u/L, GGT 23 u/L ve C-reaktif protein:156 mg/L. Kan gaz pH:7.33 pO2:74 mmHg pCO2: 35 mmHg Lac: 2.9 mmol/Lt BE: -6,7mmol/Lt olarak değerlendirildi. Nazogastrik sonda takıldı ve 1000 cc serum fizyolojik ile yıkama sonucunda giderek açılan kahve telvesi gibi içerik izlendi. Çekilen batın tomografisinde; karaciğer sol lob portal sistemde ve mide duvarında hava dansiteleri izlendi. (Görüntü-1). Takiplerinde hemoglobinde düşme olması sebebiyle hastaya acil üst gis endoskopi yapıldı. Endoskopisinde özofagus mukozası normal. Mide korpus büyük kurvature düzeyinde yaygın pıhtılı eroziv olup tariflenen bölgede birbirine bitişik nekrotik büller izlendi. Kalan diğer mide mukozaları hafif ödemli ve hiperemikti. Duodenum 1. ve 2. Segment olağandı. (Görüntü-2) Üst gis endoskopi sonucunda amfizematöz gastrit tanısı desteklendi. Hasta hospitalize edilerek total parenteral nutrisyon, intravenöz (IV) sıvı ve IV antibiyotik (piperasilin tazobaktam 4*2.25 gr) tedavisi altında aralıklı kan tetkikleri izlenerek tedavisine başlandı. 1 hafta sonra kontrol üst gis endoskopisi yapıldı ve önceki endoskopisinde saptanan lezyonların düzelmesi üzerine hasta oral yoldan beslenmeye başladı. Antibiyoterapisi 14 güne tamamlandı ve genel durumu iyi vitalleri stabil olup aktif yakınması olmayan hasta şifa taburcu edildi.

SONUÇ: Amfizematöz gastrit, mide duvarında gaz oluşturan çeşitli bakterilerin neden olduğu gaz varlığı ile karakterize; genellikle sistemik toksisite ile ortaya çıkan mortalitesi yüksek nadir bir gastrit çeşididir. Hastalar bulantı, kanlı kusma, ateş, karın ağrısı, siyah dışkılama gibi şikayetlerle başvurabilir. Erken tanı ve tedavi hastanın hayatta kalması için çok önemlidir. Amfizematöz gastrit etiyojisinde immünsüpresyon, diyabet, koroziv madde, yakın zamanda geçirilmiş abdominal cerrahi, alkol kullanımı, pankreatit, non-steroid kullanımı gibi birçok predispozan faktör bulunur. Özellikle de risk faktörleri bulunan, batın görüntülemesinde portal sistemde ve mide duvarında hava bulunan hastalarda ayırıcı tanıda akılda bulunması gerekir. Erken tanı ve zamanında başlanan geniş spektrumlu antibiyotik ve sıvı tedavisi hayat kurtarıcıdır. Gastrik infarkt, perforasyon veya medikal tedaviye yanıtızsızlık cerrahi girişim gerektirebilir.

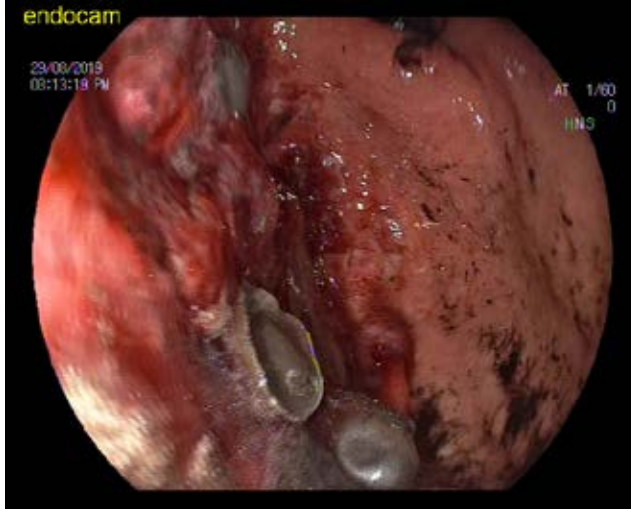
Anahtar Kelimeler: Amfizematöz gastrit, portal ven, mide duvarında gaz

Görüntü-1



BT'de portal sistem ve mide duvarında hava görüntüsü

Görüntü-2



Mide korpusunda yaygın erozyon ve büller

YAZAR DİZİNİ

Yazar Dizini

ABİYEYEV, Azer	PS-09
AK, Çağatay	PS-14, SS-08
AKAR, Mustafa	SS-04
AKARSU, Mesut	PS-33
AKÇA, İlhan Asude	PS-20
AKÇAER ÖZTÜRK, Nevin	PS-26, PS-27, PS-28, PS-31
AKDOĞAN, Meral	PS-02, SS-06
AKDOĞAN, Özlem	PS-01
AKDOĞAN KAYHAN, Meral	PS-25
AKKUZU, Mustafa Zanyar	PS-18
AKPINAR, Hale	PS-33
AKPINAR, Muhammet Yener	SS-14
AKSOY, Adem	PS-15
AKSOY, Evrim Kahramanoğlu	SS-14
AKTAŞ, Hikmet	SS-05
ALKİM, Hüseyin	SS-13
ALTAN, Mustafa	PS-16
ALTIPARMAK, Emin	PS-16
ARI, Derya	PS-02, PS-04, PS-05, SS-06
ARSLAN, Mustafa	PS-23
ATAY, Ali	PS-25, PS-29
AY, Enver	PS-18
AYAZ, Muzaffer	PS-18
AYDIN, Fuat	SS-04
AYDIN, Rümeysa	PS-17
BACAKSIZ, Ferhat	PS-10, PS-13
BAHADIR, Özgür	SS-16
BAHADIR ÜLGER, Fatma Esra	SS-01
BAŞPINAR, Batuhan	PS-12
BAYRAM, Mehmet	SS-13
BİLGİN, Ali	PS-33
BİLİCAN, Gülden	PS-09

BODAKÇI, Emin	PS-07, PS-30
ÇAKAL, Başak	PS-01
ÇALIŞKAN, Ali Rıza	PS-32
CAN, Güray	SS-12
ÇAPRAZ, Mustafa	PS-03, PS-04, PS-05, PS-06
CEYLAN, Ahmet Cevdet	PS-16
CEYLAN, Gülay Güleç	PS-16
COŞKUN, Orhan	PS-03, PS-04, PS-05, PS-06, PS-15, PS-23
DANIŞ, Nilay	PS-20, PS-21
DİŞİBEYAZ, Selçuk	PS-15
DOLU, Süleyman	PS-33
DUMAN, Serkan	PS-30
DURAK, Muhammed Bahaddin	SS-09, SS-15
EBİK, Berat	PS-10, PS-13
ECE, Mustafa Cansın	PS-13
EKİN, Nazım	PS-10, PS-13
EKMEN, Mehmet Önder	SS-14
ER, Ramazan Erdem	PS-07
ERDAL, Harun	PS-22
ERDOĞAN, Çağdaş	SS-09, SS-15
ERDOĞAN, Mehmet Mustafa	PS-23
ERSOY, Osman	PS-29
ERTINMAZ ÖZKAN, Aysegül	PS-21
FİLİK, Levent	PS-01
GÖKBULUT, Volkan	PS-02, PS-15, PS-16
GÖKCAN, Hale	PS-15, PS-16, PS-30
GÖKDEN, Yasemin	SS-11
GÜMÜŞSOY, Mesut	PS-30
GÜNAY, Süleyman	SS-03
GÜVEN, Serdar Can	PS-25
İRAK, Kader	SS-13
İRAK, Kader	PS-19

Yazar Dizini

İSAL, Burak	PS-17
KACAR, Sabite	PS-16
KAHRAMAN, Resul	PS-14
KALKAN, Çağdaş	PS-16
KALKAN, Ziya	PS-10
KAPLAN, Mustafa	PS-15
KARA, Banu	PS-31
KARAKAN, Tarkan	PS-09
KARAKAYA, Muhammet Fatih	PS-30
KARATAY, Emrah	SS-07
KAYA, Ahmet Turan	PS-06
KAYHAN, Burçak	PS-20, PS-21
KEÇEOĞLU, Selim	SS-05
KILIÇ, Vedat	PS-11, SS-15
KIVRAKOĞLU, Fatih	PS-11, SS-15
KOÇYİĞİT, Burcu	SS-18
KOKER, İbrahim Hakkı	SS-17
KOŞAR, Kenan	PS-11, SS-15
KOZAN, Ahmet	PS-05
KÜÇÜKŞAHİN, Orhan	PS-25
MELEKOĞLU, Zeynep	PS-30
NAZLIGÜL, Yaşar	SS-14
ÖDEMİŞ, Bülent	PS-15, PS-25
ÖĞÜTMEN KOÇ, Deniz	PS-17
ÖLMEZ, Şehmus	PS-24, PS-26, PS-27, PS-28, PS-31
ÖZDEDEOĞLU, Mesut	PS-19
ÖZDEMİR, Ayça	SS-06
ÖZDİL, Kamil	PS-14, SS-08
ÖZERCAN, Mübin	PS-30
ÖZSOY, Mustafa	PS-11
ÖZTÜRK, Nevin Akçae	PS-24
ÖZTÜRK, Oğuzhan	PS-14

ÖZTÜRK, Ömer	PS-02, PS-12, PS-15, PS-16, SS-02
PALA, Emin	PS-14
PİŞKİNPASA, Mehmet Emin	SS-10
POLAT, Yunus Halil	PS-01
POTUROĞLU, Şule	PS-19
ŞAHİN, Halil	PS-19
SARITAŞ, Bünyamin	PS-26, PS-27, PS-31
SAYAR, Süleyman	PS-14, SS-08
ŞENGİZ ERHAN, Selma	SS-11
ŞİMŞEK, Zahide	PS-22
SOYKAN, Arif İrfan	PS-07
TAŞ, Adnan	PS-24, PS-26, PS-27, PS-28, PS-31
TAYFUR YÜREKLİ, Öykü	PS-29
TENLİK, İlyas	PS-15
TOKMAK, Salih	PS-21
TOPÇU, Vehap	PS-16
TORUN, Serkan	PS-21
TURAN, Dilara	PS-02, SS-06, SS-15
TURAN GÖKÇE, Dilara	PS-25
ÜLGER, Aykut	SS-01
ULUSOY, Elif	PS-17
UZMAN, Metin	SS-14
YALÇIN, Muhammed	PS-01
YENİOVA, Abdullah Özgür	SS-03
YEŞİLKAYA, Hatice Sehle	PS-17
YILDIRIM, Özgür	SS-13
YILDIZ, Büşra	PS-09
YILMAZ, Deniz	PS-03, PS-06
YILMAZ, Hasan	SS-18
YORULMAZ, Elif	PS-17, PS-19
YÜKSEL, Mahmut	PS-16



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



5. Gastroenteroloji Günleri

24-25 Eylül 2021

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi

Organizasyon Sekreteryası

B R S

Congress, Incentive and Events

Hatice Çilek

Esentepe Mah. Sağlam Fikir Sok. Esen Palas Apt. A Blok No:2 D:9 Esentepe / Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 296 66 70 -/ Fax: 0 212 296 66 71

www.brosgroup.net e-mail: hatice.cilek@brosgroup.net