Gastroenteroloji Cerrahisi Derneği

37. ULUSAL GASTROENTEROLOJİ HAFTASI

8. GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KONGRESİ

ONLINE KONGRE

25 - 29 Kasım 2020



www.ugh2020.org

BİLDİRİ KİTABI

BİLİMSEL SEKRETERYA

TÜRK GASTROENTEROLOJİ DERNEĞİ
ADRES: Mustafa Kemal Mh. 2126 Sk. Kolbay İş Merkezi
C Blok No:6-9 Çankaya / ANKARA
TELEFON: 0312 284 15 11 • 0312 284 15 12
FAKS: 0312 284 80 75
E-POSTA: dernek@tgd.org.tr
WEB: www.tgd.org.tr

KONGRE SEKRETERYASI

SERENAS TURİZM
Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.
Turan Güneş Bul. 5. Cad. No: 13 06550 Yıldız, Çankaya / ANKARA
Tel : +90 312 440 50 11
Faks : +90 312 441 45 63
URL : www.serenas.com.tr
E-mail : info@ugh2020.org

IV
KOMİTE VE KURULLAR

VI
BİLİMSEL PROGRAM
25 Kasım 2020, Çarşamba ***VI***
26 Kasım 2020, Perşembe ***VIII***
27 Kasım 2020, Cuma ***XII***
28 Kasım 2020, Cumartesi ***XV***
29 Kasım 2020, Pazar ***XIX***

1
BAŞKANIN SEÇTİKLERİ

7
SÖZLÜ BİLDİRİLER

55
VİDEO BİLDİRİLER

60
e-POSTER BİLDİRİLER

119
CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİLER

145
CERRAHİ e-POSTERLER

166
YAZAR DİZİNİ

TÜRK GASTROETEROLOJİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan
Prof. Dr. Birol ÖZER

2. Başkan
Prof. Dr. Kadir BAL

Genel Sekreter
Prof. Dr. Dilek OĞUZ

Muhasip Üye
Prof. Dr. Orhan SEZGİN

Asil Üyeler
Prof. Dr. Filiz AKYÜZ
Prof. Dr. Mehmet CİNDORUK
Prof. Dr. Müjde SOYTÜRK

37. ULUSAL GASTROENTEROLOJİ HAFTASI DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Macit GÜLTEN

Kongre Sekreterleri
Prof. Dr. Murat ALADAĞ
Prof. Dr. Mevlüt BAŞKOL
Prof. Dr. Mehmet YALNIZ

Kongre Sekreteri ve Bilimsel Program Koordinatörü
Doç. Dr. Zahide ŞİMŞEK

GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan
Prof. Dr. Erdal Birol BOSTANCI

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Sezai YILMAZ

Sekreter
Prof. Dr. Yusuf Bayram ÖZOĞUL

Muhasip Üye
Doç Dr. Tahsin DALGIÇ

Üye
Prof. Dr. Musa AKOĞLU

8. GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KONGRESİ DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Erdal Birol BOSTANCI

Kongre Sekreteri
Prof. Dr. Volkan Öter

37. ULUSAL GASTROENTEROLOJİ HAFTASI -8. GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KONGRESİ BİLİMSEL KURULU

Ulus Salih Akarca	Aykut Ferhat Çelik	Murat Harputluoğlu	Ömer Şentürk
Murat Akyıldız	Ülkü Dağlı	Sadettin Hülagü	Halis Şimsek
Hakan Alagözlü	Kadir Demir	Mehmet İbiş	Orhan Tarçın
Emrah Alper	Ali Demir	Ramazan İdilman	Fatih Tekin
Engin Altıntaş	Ulvi Demirel	Tarkan Karakan	Ahmet Tezel
Hüseyin Ataseven	Dinç Dinçer	Taylan Kav	Ömer Topalak
Selim Aydemir	Selçuk Dişibeyaz	Aydın Şeref Köksal	Murat Törüner
İbrahim Halil Bahçeçioğlu	Levent Erdem	Nevin Oruç	Ahmet Uygun
Mehmet Bektaş	Murat Erkut	Ömer Özbakır	Yücel Üstündağ
Ahmet Bektaş	Galip Ersöz	Cavit Osman Özdoğan	Kendal Yalçın
A. Sedat Boyacıoğlu	Hüseyin Savaş Göktürk	Orhan Özgür	Beytullah Yıldırım
Altay Çelebi	Fulya Günşar	Erkan Parlak	Yusuf Yılmaz

İsimler soyadı sırasına göre verilmiştir.

25 Kasım 2020, Çarşamba					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
17:45-18:15	**AÇILIŞ** Kongre Başkanı - ***Macit Gülten*** Türk Gastroenteroloji Derneği Başkanı - ***Birol Özer*** Gastroenteroloji Cerrahisi Derneği Başkanı - ***Erdal Birol Bostancı***				
18:15-19:30	Başkanın Seçtikleri ***Macit Gülten, Murat Aladağ, Zahide Şimşek***				
18:15-18:25	ÜLSERATİF KOLİT ENDOSKOPİK MAYO SKORUNUN YAPAY ZEKâ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ ***İlkay Ergenç***				
18:25-18:35	HCC TANISINDA CFDNA İLE RASSF1 VE CDKN2AIP GENİNDEKİ METİLASYONLAR YENİ BİOMARKER OLABİLİR Mİ? ***Pelin Telli***				
18:35-18:45	DİYABETİK GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALARINDA ÖZOFAGUS EPİTEL DOKU BÜTÜNLÜĞÜNÜN VE MOLEKÜLER EPİTELYAL BELİRTEÇLERİN ARAŞTIRILMASI; DİYABET VARLIĞI KORUYUCU ***Sezgi Kıpçak***				
18:45-18:55	KOLOREKTAL ESD YÖNETİMİNDE NICE SINIFLAMASI İLE İLGİLİ DENEYİMİMİZ ***Abdullah Murat Buyruk***				
18:55-19:05	COVID-19 PANDEMİSİNİN GASTROENTEROLOJİ UZMANLIK EĞİTİMİ ÜZERİNE ETKİSİ: ÜLKE ÇAPINDA PROSPEKTİF ANKET ÇALIŞMASI **Coşkun Özer Demirtaş**				
19:05-19:15	TÜRK TOPLUMUNDA PANKREAS DİVİSUM SIKLIĞI VE REKÜRREN AKUT PANKREATİT VE KRONİK PANKREATİTLİ HASTALARDA PREDİSPOZE EDİCİ BİR FAKTÖR OLARAK ROLÜ ***Erkan Parlak***				
19:30 - 19:45	**Ara**				

25 Kasım 2020, Çarşamba					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
19:45-20:30	**Uydu Sempozyum 1** SANDOZ **2020 UEGW'den Güncellemeler** Konuşmacı: ***Ömer Özütemiz***				
20:30-20:45	**Ara**				
20:45-21:15	Konferans: **Post-IBD Hastalarındaki IBS-D'de Yeni Yaklaşım - Eozinofilik Kolopati** Oturum Başkanları: ***Birol Özer, Hülya Över Hamzaoğlu*** Konuşmacı: ***Atilla Ertan***	**20:45 - 21:15**	Konferans: **Gastroözofageal Reflü Hastalığı Tedavisi Güncelleme 2020** Oturum Başkanları: ***Ülkü Dağlı, Eser Vardareli*** Konuşmacı: ***Altay Çelebi***		
21:15-21:30	**Ara**				
21:30-22:15	**Uydu Sempozyum 2** Abbott **Fonksiyonel Bağırsak Hastalıkları'nda Dumanı Tüten Yenilikler** Konuşmacı: ***Serhat Bor***				

26 Kasım 2020, Perşembe					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
09:00 - 09:50	**Sözlü Sunumlar – 1** Oturum Başkanları: ***Ömer Topalak, Levent Filik***	**09:00 - 11:00**	**Korean Society of Gastrointestinal Endoscopy (KSGE) Chapter** Chairs: ***Joo Young Cho, Hale Akpınar, Fatih Aslan, Müge Ustaoğlu***	**09:00 - 09:50**	**Sözlü Sunumlar – 2** Oturum Başkanları: ***Işılay Nadir, Cem Çekiç***
		09:00 – 09:15	Techniques and Tips for Difficult Gastric ESD ***Jae Young Jang***		
		09:15 – 09:20	Discussion		
		09:20 – 09:35	Understanding of ESD Devices ***Gwang Ho Baik***		
		09:35 – 09:40	Discussion		
09:50 - 10:00	**Ara**	**09:40 – 09:55**	Impossible Endoscopic Submucosal Dissection; Techniques, Strategic Approaches and Equipments ***Fatih Aslan***	**09:50 - 10:00**	**Ara**
		09:55 – 10:00	Discussion		
		10:00 – 10:15	New Techniques in Endoscopic Submucosal Dissections; Laser Assited ESD and the Use of Clutch Cutter ***Erdem Akbal***		
10:00 - 11:10	**Sözlü Sunumlar – 3** Oturum Başkanları: ***Banu Kara, Serkan Öcal***	**10:15 – 10:20**	Discussion	**10:00 - 10:40**	**Sözlü Sunumlar – 4** Oturum Başkanları: ***Abdulvahit Yükselen, Yeşim Özen Alahdap***
		10:20 – 10:35	Current treatment of IBD IN Korea ***Byung Ik Jang***		
		10:35 – 10:40	Discussion		
		10:40 – 10:55	Update of Peroral Cholangioscopy for Biliary Disease ***Jong Ho Moon***		
		10:55 – 11:00	Discussion		
11:10 - 11:20	**Ara**	**11:10 - 11:20**	**Ara**	**10:40 - 10:50**	**Ara**
11:20 - 12:20	**Sözlü Sunumlar - 6** Oturum Başkanları**:** ***Ulus Salih Akarca, İlker Turan***	**11:20 - 12:30**	**Sözlü Sunumlar - 7** Oturum Başkanları**:** ***Ebubekir Şenateş, Bilal Ergül***	**10:50 - 11:40**	**Sözlü Sunumlar - 5** Oturum Başkanları: ***Yusuf Yılmaz, Burak Özşeker***
12:20 - 13:00	**Ara**	**12:30 - 12:45**	**Ara**	**11:40 - 11:50**	**Ara**
13:00- 14:00	**Obezite Temel Kavramlar - Oturum 1** Oturum Başkanları: ***Orhan Özgür, Mehmet Koruk***	**12:45 - 15:30**	**GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİ HEMŞİRELERİ DERNEĞİ OTURUMU**	**11:50 - 12:40**	**Sözlü Sunumlar - 8** Oturum Başkanları**:** ***Murat Harputluoğlu, Yılmaz Bilgiç***
		12:45 - 13:00	Açılış ***Birol Özer, Hediye Taşpınar***	**12:40 - 13:00**	**Ara**

26 Kasım 2020, Perşembe					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
13:00- 13:15	Obezite 2020 ***İlhan Yetkin***	**13:00 - 14:00**	Endoskopi Ünitelerinde Enfeksiyon ve Risk Yönetimi Oturum Başkanları: ***Rahşan Kaplan, Aslı Yavuz***	**13:00 - 13:50**	**Sözlü Sunumlar - 9** Oturum Başkanları**:** ***Orhan Kocaman, Erkan Çağlar***
13:15 - 13:30	Gastrointestinal Traktın, Gıda Alımı ve Enerji Dengesinin Düzenlenmesindeki Yeri ***Abdurahman Şahin***	**13:00 - 13:15**	Endoskopi ünitelerinde Pandemi ile Mücadele ***Gülşah Meriç***	**13:50 - 14:00**	**Ara**
		13:15 - 13:30	Dezenfeksiyon: Dünü, Bugünü ve Yarını ***Nüket Özdemir***		
13:30 - 13:45	Obezite ve Karaciğer ***Gökhan Kabaçam***	**13:30 - 13:45**	Radyasyon ve Korunma Yöntemleri ***Nuray Özkan***		
13:45 -14:00	Tartışma	**13:45 - 14:00**	Endoskopik İşlemlerle Beslenme Yöntemleri ***Emine Yeşilova***		
14:00 - 14:15	**Ara**				
14:15 - 15:30	**Obezite'de Tedavi - Oturum 2** Oturum Başkanları: ***Cengiz Pata, Fatih Sümer***	**14:15 - 15:15**	**Endoskopide Girişimsel İşlemler** Oturum Başkanları: ***Hediye Taşpınar, Okan Katrancı***	**14:00 - 14:50**	**Sözlü Sunumlar - 10** Oturum Başkanları**:** ***İsmail Hakkı Kalkan, Gözde Derviş Hakim***
14:15 - 14:30	Gastroenterolog Gözüyle Obezite'de Medikal Yaklaşım ***Taylan Kav***	**14:15 - 14:30**	Gastrointestinal Sistem Kanamalarında Müdahale Yöntemleri ***Yeliz Yılmaz***	**14:50 - 15:00**	**Ara**
14:30 - 14:45	Cerrahi Tedavi ***Cüneyt Kayaalp***	**14:30 - 14:45**	ERCP ***Çiseli Altuntaş***		
14:45 - 15:15	Endoscopic Methods in Obesity Treatment ***Vivek Kumbhari***	**14:45 - 15:00**	Endoskopik Ultrasonografi' de hemşirelik Uygulamaları ***Fatma Tepedenlioğlu***	**15:00 - 15:40**	**Sözlü Sunumlar – 11** Oturum Başkanları: ***Cansel Türkay, Elmas Kasap***
15:15 - 15:30	Tartışma	**15:00 - 15:15**	ESD-EMR-STER ve Hemşirelik Uygulamaları ***Saadet Er***		
15:30 - 15:45	**Ara**				
15:45 - 16:30	**Uydu Sempozyum 3** **Kronik Hepatit B Tedavisinde Azıyla Yetinmeyin** Moderatör: ***Halis Şimşek*** Konuşmacılar: ***Ramazan İdilman, Florian van Bömmel***				
16:30 - 16:45	**Ara**				

26 Kasım 2020, Perşembe					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
16:45 - 17:45	**AASLD 2020 EN YENİLER** **Oturum Başkanları:** ***Kadir Bal, Ayşegül Özakyol***	**16:45 - 17:45**	**Kadın Gastroenterologlar Paneli** Oturum Başkanları: ***Filiz Akyüz, Murat Kıyıcı***	**16:45 - 17:25**	**Sözlü Sunumlar – 12** Oturum Başkanları: ***Ebru Akın, Oğuzhan Yıldırım***
16:45 - 17:00	NAFLD ve HCC ***Ramazan İdilman***	**16:45 - 17:00**	Erkek Cinsiyet Fonksiyonel GİS Hastalığını Reddettirir mi? Somatizasyon? Fonksiyonel? ***Bülent Yaşar***		
17:00 - 17:15	Otoimmun Karaciğer Hastalıkları ve HCV ***Fulya Günşar***	**17:00 - 17:15**	Karaciğer Naklinde Kadın Cinsiyet Dezavantaj mı? ***Aslı Örmeci***		
17:15 - 17:30	HBV ve HDV ***Mehmet Demir***	**17:15 - 17:30**	Gastroenterohepatolojide Tedaviye Uyumda Cinsiyet Farklılığı Var mı? ***Züleyha Akkan Çetinkaya***		
17:30 - 17:45	Karaciğer Transplantasyonu ***Murat Akyıldız***	**17:30 - 17:45**	Tartışma		
17:45 - 18:00	Ara				
18:00 - 19:10	**Kolorektal Çalışma Grubu Paneli Kolorektal Poliplere Yaklaşım, Tartışmalı Konulara Farklı Bakışlar** Oturum Başkanları: ***Levent Erdem, Erdem Akbal***	**18:00 - 19:15**	**Pankreas Çalışma Grubu Paneli** **Akut Pankreatit** Oturum Başkanları: ***Nevin Oruç, Aydın Şeref Köksal***		**GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KONGRE PROGRAMI**
				18:00 - 19:10	**AÇILIŞ VE PANDEMİ** Oturum Başkanları: ***Musa Akoğlu, Sezai Yılmaz***
18:00 - 18:10	Kolorektal Kanser ve Polip Taramasında Önerdiğimiz Yeni Risk Puanlamasının İlk Sonuçları ***Levent Erdem***	**18:00 - 18:15**	Zamanlama, Şiddetin Belirlenmesi ***Mehmet Yalnız***	**18:00 - 18:15**	Açılış Konuşması Gastroenteroloji Cerrahisi Dernek Başkanı ***Erdal Birol Bostancı***
18:10 - 18:20	Dimünitif ve Small Poliplere Yeni Yaklaşımlar ***Özlem Gül***	**18:15 - 18:30**	Erken Evre / Ödematöz Pankreatit / Komplikasyonların Yönetimi ***Engin Altıntaş***	**18:15 - 18:30**	Cerrahların Pandemiye Bakışı ***Seher Demirer***
18:20 - 18:35	Endomukozal Rezeksiyon ve Hibrid Tedavi Tercihi Hangi Poliplerde Olmalı? ***Erdem Koçak***	**18:30 - 18:45**	Geç Evre Pankreatit Yönetimi ***Müjde Soytürk***	**18:30 - 18:45**	Pandemi Sürecinde Ankara Şehir Hastanesini Nasıl Yönettik? ***Aziz Ahmet Surel***
18:35 - 18:50	Kompleks ve Zor Poliplerde Yaklaşım. Hangi Yöntem? Niçin? Disseksiyon (ESD) Tedavi Tercih Ederim ***Fatih Aslan***	**18:45 - 19:00**	Cerrahi Yaklaşım ***Sadık Kılıçturgay***	**18:45 - 19:00**	Pandemi Sürecinde Kendimizi ve Hastalarımızı Korumak için Gastroenteroloji Cerrahi Kliniğimizi Nasıl Yönettik? ***M. Kadri Çolakoğlu***
18:50 - 19:05	Kompleks ve Zor Poliplerde Yaklaşım. Hangi Yöntem? Niçin? Cerrahi Tedavi Tercih Ederim ***Oktar Asoğlu***	**19:00 - 19:10**	Tartışma	**19:00 - 19:10**	Tartışma
19:05 - 19:10	Tartışma				
19:10 - 19:20	**Ara**				

26 Kasım 2020, Perşembe					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
19:20 - 20:20	**Benign Özofageal Disfaji** Oturum Başkanları: ***İnci Süleymanlar, Remzi Akdoğan***	**19:20 - 20:20**	**HCC** Oturum Başkanları: ***Yusuf Bayraktar, Ersan Özaslan***	**19:20 - 20:20**	**Pandemi Sürecinde Kanser Cerrahisi ve Neoadjuvan Tedavilerde Yaklaşım Tarzımız Ne Olmalı?** Oturum Başkanları: ***Abdurrahman Şimşek, Tebessüm Çakır***
19:20 - 19:35	Tanı ve Sınıflandırma ***İbrahim Doğan***	**19:20 - 19:35**	Tanı ve Yaklaşım ***Meral Akdoğan***	**19:20 - 19:35**	GİS Kanserlerinde Covid Kemoterapi Tercihimizde Neleri Değiştirdi? ***Ozan Yazıcı***
19:35 - 19:50	Medikal ve Endoskopik Tedavi ***İsmail Hakkı Kalkan***	**19:35 - 19:50**	Girişimsel Radyolojinin Rolü ***Fatih Boyvat***	**19:35 - 19:50**	GİS Kanserlerinde Covid Radyoterapi Tercihimizde Neleri Değiştirdi? ***Yılmaz Tezcan***
19:50 - 20:05	Cerrahi Yaklaşım ***Yusuf Bayram Özoğul***	**19:50 - 20:05**	Cerrahi Yaklaşım ***Volkan İnce***	**19:50 - 20:05**	GİS Kanserlerinde Covid Cerrahi yaklaşımda (Açık, Minimal İnvaziv) Neleri Değiştirdi? ***Enver Reyhan***
20:05 - 20:20	Tartışma	**20:05 - 20:20**	Tartışma	**20:05 - 20:20**	Tartışma
20:20 - 20:30	**Ara**				
20:30 - 21:15	**Uydu Sempozyum 4** **Gaucher Hastalığı'nda Gastroenteroloji Uzmanının Rolü** Moderatör /Konuşmacı: ***Taylan Kav*** Konuşmacı: ***Leyla Tümer***			**20:30 - 21:30**	Chairs: ***Mehmet Çağlıkülekçi, Fatih Can***
				20:30 - 20:50	Conference: **Management of Arterial İnfiltration in Pancreatic Cancer Surgery** Speaker: ***Oliver Strobel***
				20:50 - 21:10	Conference: **Role of Completion Pancreatectomy For Management of Postoperative Pancreatic Fistula** Speaker: ***Oliver Strobel***
21:15 - 21:30	**Ara**			**21:10 - 21:30**	Tartışma
21:30 - 22:00	Konferans: **Güncel Bilgiler Işığında NASH** Oturum Başkanları: ***Metin Başaranoğlu, Bülent Değertekin*** Konuşmacı: ***Yusuf Yılmaz***	**21:30 - 22:00**	Konferans: **Pankreatik Steatoz** Oturum Başkanı: ***Dilek Oğuz, Murat Saruç*** Konuşmacı: ***Orhan Sezgin***		

27 Kasım 2020, Cuma					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
09:00 - 10:15	**Gastrointestinal Sistem Kanamalarından;** Oturum Başkanları: ***Mustafa Gülşen, Meltem Ergün***	**09:00 - 10:00**	**Karaciğer Hastalıklarından;** Oturum Başkanları: ***Kendal Yalçın, Hale Gökcan***	**09:00 - 10:15**	**Video Bildiri Sunumlar** Oturum Başkanları**:** ***Hüseyin Ataseven, Göksel Bengi***
09:00 - 09:15	Antikoagülan ve Antiagregan Kullananlarda Endoskopi Öncesi Hazırlık ***Şebnem Gürsoy***	**09:00 - 09:15**	İBH ve Karaciğer ***Ayhan Hilmi Çekin***		
09:15- 09:30	Antikoagülan ve Antiagregan Kullananlarda Endoskopi Esnasında... ***Kamil Özdil***	**09:15- 09:30**	Wilson Hastalığında Ayırıcı Tanı ve Erken Teşhisin Önemi ***Kadir Demir***		
09:30 - 09:45	Portal Hipertansiyona Bağlı Küçük Gastroözofageal Varislerde Yaklaşım ***Kubilay Çınar***	**09:30 - 09:45**	Türkiye'de Hemokromatozis Nadir mi? Yoksa Tanı mı Koyamıyoruz? ***Arif Mansur Coşar***		
09:45 - 10:00	Nedeni Bilinmeyen GİS Kanamalarda Endoskopik Yaklaşım ***Osman Ersoy***	**09:45 - 10:00**	Nadir Görülen Depo Hastalıklarında Karaciğer ***Onur Keskin***		
10:00 - 10:15	Tartışma	**10:00 - 10:15**	Tartışma		
10:15 - 10:30	**Ara**				
10:30 - 11:45	**Premalign Durumlarda Yaklaşım** Oturum Başkanları: ***Hakan Yüceyar, Mehmet İbiş***	**10:30 - 11:45**	**HATALAR (Asla Yapmıyorum)** Oturum Başkanları: ***Necati Örmeci, Bülent Kantarçeken***	**10:30 - 11:10**	**Sözlü Sunumlar - 13** Oturum Başkanları: Sabite Kaçar, ***Mustafa Tahtacı***
10:30 - 10:45	Gastrik Premalign Lezyonlar ***Hakan Dursun***	**10:30 - 10:45**	Eozinofilik Özofajit ***Yücel Üstündağ***		
10:45 - 11:00	Özofagus Premalign Lezyonları ***Ahmet Uyanıkoğlu***	**10:45 - 11:00**	Akut Nekrotizan Pankreatit ***Ömer Topalak***		
11:00 - 11:15	İBH'da Premalign Lezyonlar ***Öykü Tayfur Yürekli***	**11:00 - 11:15**	Akut Sarılık ***Kadri Güven***		
11:15 - 11:30	Pankreatik Premalign Lezyonlar ***Ömer Şentürk***	**11:15 - 11:30**	PPI Kullanımı ***Ahmet Bektaş***		
11:30 - 11:45	Tartışma	**11:30 - 11:45**	Tartışma		
11:45 - 12:00	**Ara**				
12:00 - 12:45	**Uydu Sempozyum 5** **Farklı *Sima*lar Değişen Hayatlar** **-Infliksimab Vaka Tartışması** Açılış ve Vaka Sunumu ***Sabahattin Kaymakoğlu*** Vaka Sunumu ***Aslı Çiftçibaşı*** **-Infliksimab Vaka Tartışması** Vaka Sunumu ***Orhan Sezgin*** Vaka Sunumu ***Enver Üçbilek***				
12:45 - 13:00	**Ara**				

27 Kasım 2020, Cuma					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
13:00 - 13:30	Konferans: **İBH Olgularında Sağlığın Korunması ve Sürdürülmesi** Oturum Başkanları: ***Cem Kalaycı, Özlen Atuğ*** Konuşmacı: ***Ahmet Tezel***	**13:00 - 13:30**	Konferans: **İntestinal Motilite ve Psödoobstrüksiyon** Oturum Başkanları: ***A. Sedat Boyacıoğlu, Mehmet Dursun*** Konuşmacı: ***Fatih Beşışık***		
13:30 - 13:45	**Ara**				
13:45 - 14:30	**Uydu Sempozyum 6** Takeda **İBH Tedavisinde Değişim Zamanı** Oturum Başkanı: ***Ahmet Tezel*** Konuşmacılar: ***Hale Akpınar, Taylan Kav*** Vaka Sunumu 1 ***Gürhan Şişman***				
14:30 - 14:45	**Ara**				
14:45 - 15:15	Konferans: **Crohn Hastalığında Tanı ve Ayırıcı Tanı** Oturum Başkanları: ***Serab Arslan, Yasemin Özin*** Konuşmacı: ***Aykut Ferhat Çelik***	**14:45 - 15:15**	Konferans: **Non-Çölyak Gluten Sensitivitesi ve Gluten İlişkili Hastalıkların Spektrumu** Oturum Başkanları: ***Nurdan Tözün, Sedef Kuran*** Konuşmacı: ***Gülen Arslan Lied***	**14:00 - 15:10**	**Cerrahi Sözlü Bildiri Oturumu 1** Oturum Başkanları: ***Kamuran Cumhur Değer, Bahtiyar Muhammedoğlu***
15:15 - 15:30	**Ara**			**15:10 - 15:20**	**Ara**
15:30 - 16:15	**Uydu Sempozyum 7** Pharmactive **Hepatit B Tedavisinde Güvenli Liman** ***Meral Akdoğan***	**15:30 - 16:15**	**Uzmanına Danış Oturumu** FUJIFILM **Endoskopide yapay zeka (Cadeye)** Konuşmacı: ***Erdem Akbal***	**15:20 - 16:20**	**Cerrahi Sözlü Bildirim Oturumu 2** Oturum Başkanları:***Ebubekir Gündeş, Cebrail Akyüz***
16:15 - 16:30	**Ara**			**16:20 - 16:30**	**Ara**
16:30 - 18:00	**İBH DERNEĞİ PANELİ** Oturum Başkanları: ***Aykut Ferhat Çelik, Ahmet Tezel***	**16:30 - 18:00**	**EUS GRUBU PANELİ** Oturum Başkanları: ***Müjde Soytürk, Ömer Yılmaz***	**16:30 - 18:00**	**ÖZOFAGUS KANSERİ CERRAHİSİ PANELİ** **Oturum Başkanları: *Murat Ulaş, Can Keçe***
16:30 - 16:50	AZT/ MTX Gerçeği: ***Ülkü Dağlı***	**16:30 - 16:50**	Endoskopik Ultrasonografiği de İstasyonel Yaklaşım: Özofagus ve Mide (Videolar eşliğinde) ***Mehmet Bektaş***	**16:30 - 16:50**	Özefagus Kanserinde Ne Zaman Neoadjuvan Tedavi ? (Kemoterapi mi? yoksa KRT 'mi?) Tam Cevabın Tanımı, Tam Cevap Durumunda Cerrahi Yapmalı mıyız? ***Doğan Uncu***
16:50 - 17:10	Anti-TNF'nin Yeri: ***Hale Akpınar***	**16:50 - 17:10**	Endoskopik Ultrasonografiği de İstasyonel Yaklaşım: Duodenum (videolar eşliğinde) ***Emrah Alper***	**16:50 - 17:10**	Lezyonun Yerleşimine göre Özefagus Cerrahisinin Tipi Çıkarılması Gereken Lenf nodları, Mezo-özefajektominin Yeri, Üst Mediastende Lenf Nodları Disseksiyonun Yeri? Amaç Sadece Negatif Cerrahi Sınır mı? ***Orçun Yalav***
17:10 - 17:30	Vedolizumab /Ustekinumab Beklentilerimiz: ***Yusuf Erzin***	**17:10 - 17:30**	Endoskopik Ultrasonografiği Eşliğinde Yapılan Vasküler Girişimler (coil, siyanoakrilate...) ***Orhan Tarçın***	**17:10 - 17:30**	Özefagus Cerrahisinde Minimal İnvaziv Cerrahinin Yeri (Total Minimal İnvaziv?, Hibrid Minimal İnvaziv?, Robotik?) ***İsmail Gömceli***
17:30 - 17:50	Yeni Hedefler: ***Murat Törüner***	**17:30 - 17:50**	EUS ve Stoma Girişimleri (Koledokostomi, Kolesistoduodenostomi, Kistogastrostomi...) ***Mehmet Cindoruk***	**17:30 - 17:50**	Özefagus Anastomoz Kaçaklarında Yaklaşım ***Yusuf Özoğul***
17:50 - 18:00	Tartışma	**17:50 - 18:00**	Tartışma	**17:50 - 18:00**	Tartışma
18:00 - 18:15	**Ara**				

27 Kasım 2020, Cuma					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
18:15 - 19:30	Panel: **Karaciğer Transplantasyonu** Oturum Başkanları: ***Yaman Tokat, Zeki Karasu***	**18:15 - 18:45**	Konferans: **Girişimsel EUS 2021** Oturum Başkanları: ***Emrah Alper, Tan Attila*** Konuşmacı: ***Hakan Şentürk***	**18:15 - 19:30**	**KARACİĞER OTURUMU** Oturum Başkanları: ***Cumhur Yeğen, Samet Yardımcı***
18:15 - 18:35	Karaciğer Transplantasyonu 2020 ***Ahmet Gürakar***			**18:15 – 18:45**	Current Situation in ALLPS (ALLPS da Güncel Durum) ***Peter Schemmer***
18:35 - 18:50	Canlı Vericili Karaciğer Nakli; Güncel Durum ***Tevfik Tolga Şahin***				
18:50 - 19:05	Kadavra Vericili Karaciğer Nakli; Güncel Durum ***Ekrem Kaya***	**18:45 - 19:00**	**Ara**	**18:45 - 19:15**	Mechine Perfusion Before Liver Transplantation ***Peter Schemmer***
19:05 - 19:20	Marjinal Donörlü Karaciğer Nakilleri; Dual Vericili, Domino Nakil... ***Emrah Otan***	**19:00 - 19:30**	Konferans: **Kolanjioskopi: Tanı ve Tedavide Güncel Gelişmeler** Oturum Başkanları: ***Abdülkadir Dökmeci, Kürşad Türkdoğan*** Konuşmacı: ***Saadettin Hülagu***		
19:20 - 19:30	Tartışma			**19:15 - 19:30**	Tartışma
19:30 - 19:45	**Ara**				
19:45 - 21:00	**Nörogastroenteroloji ve Motilite Çalışma Grubu Paneli** **Olgularla Roma IV'e Göre Anorektal Bozukluklar** Oturum Başkanları: ***Bülent Sivri,Yusuf Serdar Sakin***	**19:45 - 21:00**	**Endoskopi Derneği Paneli** **Gastrointestinal Endoskopik İşlemlerde Yenilikler** Oturum Başkanları: ***Fatih Tekin, Mehmet Arhan***	**20:45 - 22:00**	**MİDE KANSERİ OTURUMU-1** Oturum Başkanları: ***Sevil Işık, Ümit Koç***
19:45 - 20:00	Fekal İnkontinans ***İhsan Uslan***	**19:45 - 20:00**	Obezite ve Obezite Tedavisinin Komplikasyonlarının Endoskopik Yönetimi ***Ümit Akyüz***	**20:45 - 21:00**	Erken Evre Mide Kanserinde Tedavi (EMR,ESD) ***Tahsin Dalgıç***
20:00 - 20:15	Fonksiyonel Anorektal Ağrı ***Özdal Ersoy***	**20:00 - 20:15**	Endoskopik Reflü Tedavisi ***Cengiz Pata***	**21:00 - 21:15**	Mide Kanserinde Neoadjuvan Tedaviye Gerek Var Mı? Varsa Tedavi KT mi Yoksa KRT mi Olmalı? ***Nuriye Özdemir***
20:15 - 20:30	Olgu Sunumu- Fonksiyonel Defekasyon Bozuklukları ***Fehmi Ateş***	**20:15 - 20:30**	Gastrointestinal Sistem Premalign- Malign Lezyonların Tanısında Kromoendoskopi ***Erkin Öztaş***	**21:15 - 21:30**	Lokal İleri Mide Kanserinde Neoadjuvan Tedavi Öncesi Tanısal Laparoskopi Yapılmalı mı? Gereklilik mi? Fantezi mi? ***Ali Güner***
20:30 - 20:45	Anorektal Bozukluklara Cerrahi Yaklaşım ***Alper Sözütek***	**20:30 - 20:45**	EUS Eşliğinde Endoskopik İşlemler ***Hüseyin Ataseven***	**21:30 - 21:45**	Sitoloji Pozitif Mide Kanserinde Tedavi Yaklaşımı (Cerrahi yapma, Cerrahi Yap- HİPEK Yapma, Cerrahi +HİPEK Yap) ***Metin Ercan***
20:45 - 21:00	Tartışma	**20:45 - 21:00**	Tartışma	**21:45 - 22:00**	Tartışma
21:00 - 21:15	**Ara**				
21:15 - 22:00	**Uzmanına Danış Oturumu** **Fibroscan (Karaciğer yağlılık ve Fibroz ölçümleri)** Konuşmacı: ***Yusuf Yılmaz***	**21:15 - 22:00**	**Mini Uydu Sempozyumu** **HBV Tedavisine Bütüncül Yaklaşımı Tartışıyoruz** Konuşmacı: ***Sedat Boyacıoğlu***	**21:15 - 22:00**	**Uzmanına Danış Oturumu** **Third Space Endoskopi** **(E-POEM, Z-POEM, G-POEM, POET/STER...)** Konuşmacı: ***Fatih Aslan*** **Zoom Kapalı Grup Toplantısı**
				21:15 - 22:00	**Uzmanına Danış Oturumu** **İBH Tedavisine Vakalarla Yaklaşım** Konuşmacı: ***Murat Törüner*** ***Zoom Kapalı Grup Toplantısı***

28 Kasım 2020, Cumartesi					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
			TEMELDEN ZİRVEYE ERCP		
08:45 - 09:15	Konferans: **Güncel Asit Tedavisi** Oturum Başkanları: ***Haldun Selçuk, Enver Üçbilek*** Konuşmacı: ***Ender Serin***	**08:20 - 09:30**	**ERCP'DE TEMEL KAVRAMLAR- 1. OTURUM** Oturum Başkanları: ***Burhan Şahin, Erkin Öztaş***		
09:15 - 09:30	**Ara**	**08:20 - 08:40**	ERCP Odası, Aksesuarları, Koter Kullanımı ***Selman Çelebi***		
09:30 - 10:30	**Gastroenterologlar için COVID-19** Oturum Başkanları: ***Sait Bağcı, Nihat Okçu***	**08:40- 09:00**	ERCP Öncesi: Endikasyon, Hasta Hazırlık, Sedasyon ***Ahmet Tarık Eminler***		
09:30 - 09:45	Gastrointestinal Tutulum ve Endoskopik Girişim Güvenliği ***İbrahim Halil Bahçecioğlu***	**09:00 - 09:20**	Pankreatikobiliyer Anatomi ve Varyasyonlar: Vakalarla Kolanjiopankreatografi ***Galip Ersöz***		
09:45 - 10:00	COVID - 19: İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Tedavi ve İzlemde Nelere Dikkat Edelim ***Murat Saruç***	**09:20 - 09:30**	**Tartışma**		
10:00 - 10:15	COVID - 19 ve Karaciğer ***Bülent Baran***	**09:30 - 09:40**	**Ara**	**09:20 – 10:30**	**Cerrahi Sözlü Bildiri Oturumu 3** Oturum Başkanları: ***Şükrü Taş, Süleyman Orman***
10:15 - 10:30	**Tartışma**	**09:40 - 11:15**	**BİLİYOPANKREATİK KANULASYON (VİDEO EŞLİĞİNDE) -2. OTURUM** Oturum Başkanları: ***Ömer Özütemiz, Ülkü Sarıtaş***	**10:30 - 10:45**	**Ara**
10:30 - 10:45	**Ara**	**09:40 - 10:00**	Standart Biliyer Kanulasyon/Sfinkterotomi/ Zor Biliyer Kanulasyon ***İrfan Koruk***	**10:45 - 11:30**	**TRANSANAL YAKLAŞIMLAR OTURUMU** Oturum Başkanları: ***Ömer Alabaz, Neriman Şengül***
10:45 - 11:15	Konferans: **SARS - CoV-2 Mutasyonları: Bulaş, Klinik Sonuçlar ve Aşı Çalışmaları Açısından Anlamları** Oturum Başkanları: ***Halis Şimşek, Emin Altıparmak*** Konuşmacı: ***Hikmet Akkız***	**10:00 - 10:20**	Pankreatik Kanulasyon/Pankreatik Sfinkterotomi ***Erkan Parlak***	**10:45 - 11:05**	Konferans: **TaTME Uygulamaları** Konuşmacı: ***Ahmet Rencüzoğlu***
		10:20 - 10:40	Biliyopankreatik Taş Ekstraksiyonu ve Zor Safra Taşları ***Selçuk Dişibeyaz***	**11:05-11:20**	Tartışma
		10:40 - 11:00	ERCP ve Stentler: Hangi Stent? Kime? ***Aydın Şeref Köksal***	**11:20-12:30**	**Ara**
		11:00 - 11:15	**Tartışma**		
11:15 - 11:30	**Ara**	**11:15 - 11:30**	**Ara**		
11:30 - 12:15	**Uydu Sempozyum 8** **GÖRH'de Beslenme Yaklaşımı** Moderatör: ***Filiz Akyüz*** Konuşmacılar: ***Aslı Çifcibaşı Örmeci, Filiz Akyüz***				
12:15-12:30	**Ara**				

28 Kasım 2020, Cumartesi					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
12:30 - 13:00	Konferans: **Kronik Hepatit B'de Yapay Zeka ile Hasta İzlemi** Oturum Başkanları: ***Mehmet Sökmen, Murat Kekilli*** Konuşmacı: ***Hasan Özkan***	**12:30 - 13:00**	Konferans: **Kahve ve Sağlık** Oturum Başkanları: ***Ali Demir, Canan Alkım*** Konuşmacı: ***Enver Dolar***	**12:30 - 13:15**	**GİS Cerrahisinde Nutrisyon Oturumu** Oturum Başkanları: ***Osman Abbasoğlu, Soner Akbaba***
				12:30 - 12:45	Gastroenteroloji Cerrahisinde ERAS ***Haldun Gündoğdu***
				12:45 - 13:00	Gastrointestinal Sistem Cerrahisinde İmmünonutrisyon ***Cem Kaan Parsak***
13:00 - 13:15	**Ara**			**13:00 - 13:15**	**Tartışma**
13:15 - 14:00	**Uydu Sempozyum 9** **Kilo Yönetiminde Yeni Ufuklar** **"Gastroenterolog Gözüyle Obezite ve Tedavisi"** Moderatörler: ***Birol Özer, Tarkan Karakan*** Konuşmacılar: ***Fehmi Ateş, Abdullah Emre Yıldırım***				
14:00 - 14:30	Konferans : **Fonksiyonel Dispepsi 2020** Oturum Başkanları: ***Zeynel Mungan, İbrahim Doğan*** Konuşmacı: ***Filiz Akyüz***	**14:00 - 15:20**	**MALİGN BİLİYER DARLIKLAR-3. OTURUM** Oturum Başkanları: ***Kubilay Çınar, Ahmet Çoker***	**14:00 - 16:00**	**Pankreas Kanseri Oturumu-1** Oturum Başkanları: ***Feza Ekiz, Oğuzhan Özşay***
14:30 - 14:45	**Ara**	**14:00 - 14:20**	Distal ve Hiler Malign Darlıklarda Preoperatif Drenaj Gerekli mi? ***Birol Bostancı***	**14:00 - 14:15**	Pankreas Tümörlerinde Radyolojik Borderline Kavramı, Hangi Tetkikleri İstemeliyiz? ***Rıza Sarper Ökten***
14:45 - 15:45	**"Helicobacter Pylori Görüldüğü Her Yerde ….."** Oturum Başkanları: ***Burhan Şahin, Selahattin Ünal, Cihan Yurdaydın***	**14:20 - 14:40**	Distal ve Hiler Malign Darlıklarda Preoperatif Drenaj ve Palyasyonda ERCPist'in Rolü? ***Fatih Tekin***	**14:15 - 14:30**	Pankreas Tümöründe Neoadjuvan KT'nin Yeri, Yalnız KT mi? KRT mi? Hangi Ajan? ***Mehmet Ali Şendur***
14:45 - 15:00	Prof. Dr. Ali Özden Anısına ***Dilek Oğuz***	**14:40 - 15:00**	Distal ve Hiler Malign Darlıklarda Preoperatif Drenaj ve Palyasyonda Radyolog'un Rolü ***Devrim Akıncı***	**14:30 - 14:45**	Distal Pankreatektomide Minimal İnvaziv Cerrahinin Yeri ***Erol Aksoy***
15:00 - 15:15	Eradike Edilmelidir ***A. Melih Özel***	**15:00 - 15:15**	**Tartışma**	**14:45 - 15:00**	Distal Pankreatektomide Teknik Noktalar ve Uygulamalar ***Ali Emre Atıcı***
15:15 - 15:30	Eradike Edilmemelidir ***Ahmet Uygun***	**15:15 - 15:45**	Konferans: **Dijital Çağ, Yapay Zeka ve Gastroenterolojinin Geleceği** Oturum Başkanları: ***Yılmaz Çakaloğlu, Gürol Öksüzoğlu*** Konuşmacı: ***Nurdan Tözün***	**15:00 - 15:15**	Pankreatikoduodenektomide Minimal İnvaziv Cerrahinin Yeri ***Mustafa Kerem***
15:30 - 15:45	H. Pylori 2020 Yeni Ne Var? ***Ömer Özbakır***			**15:15 - 15:30**	Karaciğer Metastatik Pankreas Tümörlerinde Yaklaşım ***Gürkan Öztürk***
				15:30 - 15:45	Pankreatikoduodenektomi Sonrası Komplikasyonlarda Uluslararası Tanımlamalar ***Osman Aydın***
15:45 - 16:00	**Ara**			**15:45 - 16:00**	Tartışma

28 Kasım 2020, Cumartesi					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
16:00 - 16:45	**Uydu Sempozyum 10** **PEY'e Spesifik Hasta Bildirimine Dayalı İLK TEST: PEY-TEST** Pankreatik Ekzokrin Yetmezlik(PEY) ve İlişkili Hastalıklar ***Kadir Demir*** PEY-TEST Türkiye Validasyonu ve Klinik Pratikte Yeri ***Dilek Oğuz***			**16:00 - 16:50**	Oturum Başkanları: ***Erdal Birol Bostancı, Mahir Özmen***
				16:00 - 16:25	Konferans: **Laparoskopik Karaciğer Cerrahisinde Teknik Noktalar ve Laparoskopik Karaciğer Cerrahisinin Geleceği** Konuşmacı: ***Eren Berber***
				16:25 - 16:50	Konferans: **Gastrointestinal Sistemde Robotik Cerrahinin Yeri ve Geleceği** Konuşmacı: ***Eren Berber***
16:45 - 17:00	**Ara**			**16:50 - 17:00**	**Ara**
17:00 - 17:45	**Probiyotik Paneli:** Oturum Başkanları: ***Murat Tuncer, Taylan Kav***	**17:00 - 18:40**	**BENİGN BİLİYOPANKREATİK HASTALIKLAR - 4. OTURUM** Oturum Başkanları: ***Mehmet Cindoruk, Deniz Güney Duman***	**17:00 - 18:45**	**PANKREAS KANSERİ VİDEO OTURUMU** Oturum Başkanları: ***Mutlu Doğanay, Bülent Ünal***
17:00 - 17:15	Bağışıklık, Probiyotiker ve Mikrobiyota ***Hakan Alagözlü***	**17:10 - 17:30**	Cerrahi Sonrası Safra Yolu Yaralanmalarında ERCP ***Bülent Ödemiş***	**17:00 - 17:20**	Whipple Prosedüründe Teknik Noktalar ve Uygulamalar ***Kıvanç Derya Peker***
17:15 - 17:30	COVID-19 ve Mikrobiyota İlişkisi ***Tarkan Karakan***	**17:30 - 17:50**	Karaciğer Nakli Sonrası Safra Yolları Komplikasyonlarında ERCP ***Murat Harputluoğlu***	**17:20 - 17:40**	Laparoskopik ve Robotik Whipple Nasıl Yapıyorum? ***Erol Pişkin***
17:30 - 17:45	Tartışma	**17:50 - 18:10**	Benign Pankreas Hastalıklarında ERCP: Kanala Yönelik ***Bahattin Çiçek***	**17:40 - 18:00**	Pankreatikoduodenektomide Portal Ven Rezeksiyonu ve Rekonstruksiyonu ***Erdal Birol Bostancı***
17:45 - 18:00	**Ara**	**18:10 - 18:30**	İnflamatuvar Biliyer Darlıklarda (PSK, ISK, OİP, Portal Kolanjiopati) ERCP ***Göktuğ Şirin***	**18:00 - 18:20**	Triangle Lenf Nodu Disseksiyonu Yapalım mı ? ***Mehmet Yiğit Özgün***
18:00 - 18:30	Konferans: **Gastrointestinal Behçet Hastalığı** Oturum Başkanları: ***Mehmet Hadi Yaşa, Beytullah Yıldırım*** Konuşmacı: ***İbrahim Hatemi***	**18:30 - 18:45**	Tartışma	**18:20 - 18:45**	Tartışma
18:30 - 18:45	**Ara**	**18:45 - 19:00**	**Ara**		
18:45 - 19:15	Konferans: **Portal Hipertansiyonda Antikoagülan Kullanımı: Ne Zaman ve Nasıl?** Oturum Başkanı: ***Murat Gülşen, Şule Poturoğlu*** Konuşmacı: ***Abdullah Sonsuz***	**19:00 - 19:30**	Konferans: **Pankreas Kanserinde Erken Tanı – Tarama** Oturum Başkanları: ***Necati Örmeci, Mehmet Aslan*** Konuşmacı: ***Dilek Oğuz***	**18:45 - 19:15**	Konferans: **Xenotransplantasyon ve Yapay Organ Nakli** Oturum Başkanları: ***Taner Oruğ, Cemalettin Aydın*** Konuşmacı: ***Sezai Yılmaz***
19:15 - 19:45	**Ara**	**19:30 - 19:45**	**Ara**	**19:15 - 19:30**	**Ara**

28 Kasım 2020, Cumartesi					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
19:45 - 21:15	**Her Yönüyle İBS** Oturum Başkanları: ***Hüseyin Savaş Göktürk, Talat Ayyıldız***	**19:45 - 22:00**	**OOFFFF BAŞIM BELADA (VAKALARLA ERCP)** Tartışmacılar: ***Galip Ersöz, A. Ömer Özütemiz, Erkan Parlak, Birol Bostancı, Devrim Akıncı***		
19:45 - 20:00	İBS'de Şişkinlik ve Gaz Yönetimi ***Özlem Yönem Saygılı***	**19:45 - 20:00**	Vaka 1 ve Tartışma ***Zahide Şimşek***		
20:00 - 20:15	İBS Ağrı Yönetimi ***Sedat Boyacıoğlu***	**20:00 - 20:15**	Vaka 2 ve Tartışma ***Savaş Cumali Efe***		
20:15 - 20:30	İBS Konstipasyon Yönetiminde Kritik Noktalar ***Suna Yapalı***	**20:15 - 20:30**	Vaka 3 ve Tartışma ***Bilal Ergül***		
20:30 - 20:45	İBS Diyare Yönetiminde Kritik Noktalar ***Selim Aydemir***	**20:30 - 20:45**	Vaka 4 ve Tartışma ***Bilal Toka***		
20:45 - 21:00	Psikiyatristten Öneriler ***Yusuf Sivrioğlu***	**20:45 - 21:00**	Vaka 5 ve Tartışma ***Sami Evirgen***		
21:00 - 21:15	Tartışma	**21:00 - 21:15**	Vaka 6 ve Tartışma ***Özlem Gül***		
21:15 - 21:30	**Ara**	**21:15 - 21:30**	Vaka 7 ve Tartışma ***Bülent Çolak***		
21:30 - 22:15	**Uydu Sempozyum 11** drogsan **İBS-D Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar** Moderatör: ***Serhat Bor*** Konuşmacı: ***Marc Pimentel***	**21:30 - 21:45**	Vaka 8 ve Tartışma ***Ahmet Tarık Eminler***		

29 Kasım 2020, Pazar					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
09:30 - 10:00	**Akılcı İlaç Kullanımı Oturumu** **Pandemi Döneminde Akılcı Biyolojik Ajan Kullanımı** Konuşmacı: ***Gözde Derviş Hakim***	**09:30 - 10:00**	Konferans: **Covid - 19 ve Güncel Gelişmeler** Oturum Başkanları: ***Birol Özer, Oya Bayram İçli*** Konuşmacı: ***Serhat Ünal***	**09:00 - 09:50**	**Cerrahi Sözlü Bildiri Oturumu 4** Oturum Başkanları: ***Ahmet Şeker, Servet Karagül***
				09:50 - 10:00	**Ara**
10:00 - 12:00	**TKAD Panel** **Alkole Bağlı Karaciğer Hastalıkları: Hastalık Yükü, Tanı ve Tedavi** Oturum Başkanları: ***Ramazan İdilman, Fulya Günşar***	**10:00 - 10:15**	**Ara**	**10:00 - 12:00**	**Kolorektal Kanser Cerrahisi Oturumu** Oturum Başkanları: ***Tahir Özer, Mustafa Duman***
10:00 - 10:15	Alkol Kullanım Bozuklukları: Terminoloji – Epidemiyoloji ***Murat Kıyıcı***	**10:15 - 10:45**	Conference: **Constipation** Chairs: ***Murat Törüner, Salih Boğa*** Speaker: ***Henriette Heinrich***	**10:00 - 10:15**	Kolon ve Rektum Tümörlerinde Radyolojinin Geldiği Son Nokta, Öncelikle Hangi Tetkik İstemeliyiz? PET-BT 'yi Ne Zaman İstemeliyiz? ***Mustafa Özdemir***
10:15 - 10:30	Olgu Sunumu: Akut Alkolik Hepatit ***A. Emre Yıldırım***			**10:15 - 10:30**	Kolorektal Kanserde Patolojik Raporlama, Yenilikler ve Rekürrens Riskleri ***Nesrin Turhan***
10:30 - 10:45	Medikal Tedavi ***Osman Cavit Özdoğan***	**10:45 - 11:00**	**Ara**	**10:30 - 10:45**	Sağ Kolon Ve Sol Kolon Tümörlerinin Prognozu Birbirinden Farklı Mıdır, Klinisyen Olarak Patolojik Belirteçleri Nasıl Yorumlamalıyız? **Sezer Sağlam**
10:45 - 11:00	Karaciğer Nakli ***Zeki Karasu***	**11:00 - 11:30**	Conference: **Pathogenesis of Irritable Bowel Syndrome** Chairs: ***Yusuf Erzin, Suna Yapalı*** Speaker: ***Giovanni Barbara***	**10:45 - 11:00**	Sağ Kolon Kanserinde Komplet Mezokolik Eksizyonda Cerrahi Seçimi (Açık? -Laparoskopik?- Robotik?) ***Ahmet Keşşaf Aşlar***
11:00 - 11:15	Karaciğer Nakli Öncesi Psikiyatrist Görüşü ***Ayşın Noyan***			**11:00 - 11:15**	Rektum Kanserinin Neoadjuvan Tedavisinde Neler Değişti? ***Mutlu Doğan***
11:15 - 11:30	Tedavi Yaklaşımı ***Dinç Dinçer***	**11:30 - 11:45**	**Ara**	**11:15 - 11:30**	Rektum Kanserinde Neoadjuvan Kt/Rt Sonrası İdeal Bekleme Süresi Var Mıdır? Cerrahın Kararını Etkileyen Faktörler Nelerdir? ***Cem Terzi***
11:30 - 11:45	Alkol Kesilme Sendromu: Ne Yapılmalı? ***İnci İlhan***	**11:45 - 12:15**	Konferans: **Şişirelim mi? Keselim mi? Kestirelim mi?Akalazyada Tedavi Yaklaşımları** Oturum Başkanları: ***Zeynel Mungan, Altay Çelebi*** Konuşmacı: ***Serhat Bor***	**11:30 - 11:45**	Low Anterior Rezeksiyon Sonrası Hangi Durumlarda Koruyucu İleostomi Açılmayabilir? ***Erdal Polat***
11:45 - 12:00	Tartışma			**11:45 - 12:00**	Tartışma
12:00-12:15	**Ara**	**12:15 - 12:30**	**Ara**	**12:00-12:15**	**Ara**

29 Kasım 2020, Pazar					
Saat	**Salon 1**	**Saat**	**Salon 2**	**Saat**	**Salon 3**
12:15-12:45	Konferans: **ACLF: Kronik Zeminde Akut Karaciğer Yetmezliği** Oturum Başkanları: ***Sabahattin Kaymakoğlu, Yavuz Beyazıt*** Konuşmacı: ***Abdülkadir Dökmeci***	**12:30 - 13:45**	**Gastroenterologlar için Adım Adım Abdominal Ultrasonografi** Moderatör: ***Orhan Sezgin***	**12:15 - 12:45**	Konferans: **Rektum Kanserinde Neoadjuvan Tedavide Tam Cevap, Tama Yakın Cevap ve Cevapsızlık Durumunda Seçeneklerimiz Nelerdir?** Oturum Başkanı: ***Ayhan Kuzu*** Konuşmacı: ***Ahmet Rencüzoğlu***
		12:30 - 12:35	Abdominal Ultrasonografinin Gastroenterolog için Önemi ve Temel Prensipler ***Orhan Sezgin***		
12:45-13:00	**Ara**	**12:35 - 13:00**	Prob Elimizde Adım Adım Ultrasonografi ***Orhan Sezgin***	**12:45 - 13:00**	**Ara**
13:00- 13:30	Konferans: **Hepatit Delta Virüs Enfeksiyonu** Oturum Başkanları: ***Ertuğrul Kayaçetin***, ***Vedat Göral*** Konuşmacı: ***Kendal Yalçın***	**13:00 - 13:30**	Temel Hepatobiliyer Ultrasonografi ***Dilek Oğuz***		
		13:30 - 13:45	Pankreas Ultrasonografisi ***Orhan Sezgin***		
13:30-13:45	**Ara**	**13:45 - 14:00**	**Ara**		
13:45- 14:15	Konferans: **EASL 2020'den Seçmeler** Oturum Başkanları: ***Halil Değertekin, Mesut Akarsu*** Konuşmacı: ***Ulus Salih Akarca***	**14:00 - 14:30**	Conference: **Prokinetics** Chairs: ***Serhat Bor, Filiz Akyüz*** Speaker: ***Jan Tack***	**14:00 - 14:30**	Konferans: **Rektum Kanserinde Ne Zaman Lateral Lenf Nodu Disseksiyonu, Ne Zaman İnguinal Lenf Nodu Disseksiyonu Yapmalıyız?** Oturum Başkanları: ***Mehmet Füzun, Erkan Oymacı*** Konuşmacı: ***Aras Emre Canda***
14:15 - 14:45	**Ara**	**14:30 -14:45**	**Ara**	**14:30 - 14:45**	**Ara**
14:45 - 15:30	**Gastroenterolojinin Sorunları** ***Birol Özer, Serhat Bor, Dilek Oğuz, Ömer Özütemiz***				
15:30 - 15:50	**Ara**				
15:50	**KAPANIŞ**				

BAŞKANIN SEÇTİKLERİ

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

BS - 001

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-25 18:15:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-25 18:25:00

ÜLSERATİF KOLİT ENDOSKOPİK MAYO SKORUNUN YAPAY ZEKÂ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

İlkay Ergenç[1], Haluk Tarık Kani[1], Görkem Polat[2], Yeşim Özen Alahdab[1], Alptekin Temizel[2], Özlen Atuğ[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Abd, Gastroenteroloji Bd
[2]Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Elektrik Ve Elektronik Mühendisliği Bölümü

Giriş-Amaç: Çok katmanlı yapay sinir ağları (Multi-layered convolutional neural networks), büyük hacimli veri setlerinin işlenmesine imkân veren, kestirim gücü yüksek yapay zekâ algoritmalarıdır. Ülseratif kolit (ÜK) için Endoskopi Mayo Skoru (EMS) klinikte çok yaygın kullanılan bir aktivite indeksidir. Ancak gözlemci içi ve gözlemciler arasında belirgin değişkenlik göstermektedir. (1, 2) Bu çalışmada operatör bağımsız ve yüksek doğrulukta EMS sınıflandırması yapabilen yapay zekâ algoritması geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Gastroenteroloji Enstitüsü'nde Aralık 2011- Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılan kolonoskopi işlemleri elektronik veri tabanından tarandı. ÜK tanısı kesin, kolonoskopik değerlendirmesi yeterli ve endoskopik mukoza fotoğrafları olan tüm işlemler çalışmaya dâhil edildi. Fotoğraflara, tecrübeli üç gastroenteroloji uzmanı tarafından ayrı ayrı ve kör olarak EMS etiketlendi. Görüş ayrılığı olan fotoğraflarda çoğunluğun görüşü esas alındı. Yapay zekâ algoritması Python programlama dilinde ve PyTorch kütüphanesini kullanarak gerçekleştirildi. Veri setinin %85'i eğitim seti, %15'i ise test seti olarak ayrıldı. Eğitim seti ResNet18 modeli ile eğitildi.

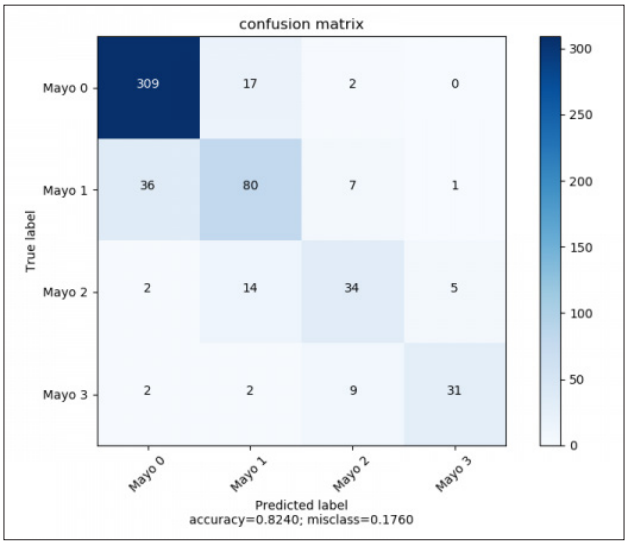
Sonuçlar: Toplam 19537 fotoğraf çalışmaya dâhil edildi. Artefaktlı görüntüler, yüzde elliyi geçen mukozal kirlilik, retrofleksiyon çekimleri, terminal ileum ve poş görüntüleri dışlandı. Etiketlenmek üzere toplam 15374 görüntü veri setine dâhil edildi. Her üç gastroenterolog tarafından etiketlenmiş 3664 görüntü analize dâhil edildi. Bu görüntülerin 2187'si (%59,7) Mayo 0, 823'ü (%22,5) Mayo1, 362'si (%9,9) Mayo 2 ve 292'si (%7,9) Mayo 3 idi. Eğitilen modelin başarısı test seti üzerinde değerlendirildi. Tüm Mayo sınıfları ayrı değerlendirildiğinde %82,8'lik bir başarı oranı gözlemlendi (Grafik 1). Remisyon değerlendirmesinde (Mayo-0 vs Mayo-1,2,3) %89,29'luk bir başarı oranı izlendi (Grafik 2). Şiddetli hastalık ayrımında ise (Mayo-2,3 vs Mayo-0,1) başarı oranı %94,92 idi (Grafik 2). Tekrar edilebilirliği %100 idi (Kappa=1).

Tartışma: ResNet18 modeli ile geliştirilen yapay zekâ algoritması 3600 fotoğraf kullanılarak yapılan ön değerlendirmede endoskopik mayo skorunu yüksek doğruluk oranı ve yüzde yüz tutarlılıkla tespit edebilmektedir. Yazılımın iyileştirilmesi ve görüntü sayısının artması ile doğruluk oranı daha da artacaktır.

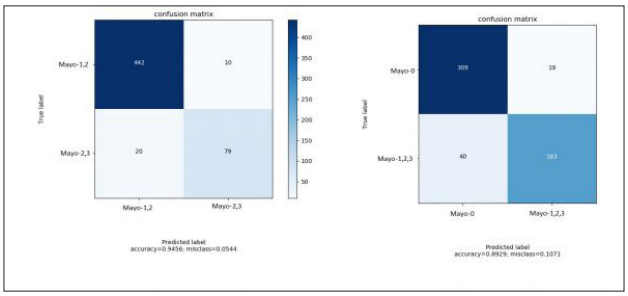
Anahtar kelimeler: Ülseratif kolit, Yapay zeka, Endoskopik Mayo Skoru, ResNet18

Kaynaklar

1. Osada T, Ohkusa T, Yokoyama T, Shibuya T, Sakamoto N, Beppu K, et al. Comparison of several activity indices for the evaluation of endoscopic activity in UC: Inter- and intraobserver consistency. Inflammatory Bowel Diseases. 2009;16(2):192-7.
2. Travis SP, Schnell D, Krzeski P, Abreu MT, Altman DG, Colombel JF, et al. Reliability and initial validation of the ulcerative colitis endoscopic index of severity. Gastroenterology. 2013;145(5):987-95.



Grafik 1. Yapay zekâ algoritmasının tüm Mayo skorlarında etiketleme başarısı



Grafik 2. Yapay zekâ algoritmasının remisyon ve şiddetli hastalık tespitindeki başarısı

Karaciğer

BS - 002

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-25 18:25:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-25 18:35:00

HCC TANISINDA CFDNA İLE RASSF1 VE CDKN2AIP GENİNDEKİ METİLASYONLAR YENİ BİOMARKER OLABİLİR Mİ?

Pelin Telli[1], Begüm Öztürk[2], Mehmet Tolgahan Hakan[3], Bilger Çavuş[4], Aslı Çifcibaşı Örmeci[4], Aysun Yakut[4], Volkan Şenkal[4], Ziya İmanov[4], Arzu Poyanlı[5], Emine Göknur Işık[6], Kadir Demir[4], Fatih Beşışık[4], Sabahattin Kaymakoğlu[4], İlhan Yaylım[3], Filiz Akyüz[4]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi
[3]İstanbul Üniversitesi, Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, Moleküler Tıp Anabilim Dalı
[4]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı
[5]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı
[6]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Amaç: HBV pozitif hastalar HCC gelişimi için en önemli risk grubudur. HCC'yi erken saptamak tedavi yönetiminde önemlidir. Bu çalışmanın amacı dolaşımda serbest bulunan DNA'nın (cfDNA/

cell free DNA) RASSF1 ve CDKN2AIP genindeki metilasyonların HCC'yi saptamadaki önemini belirlemektir.

Materyal-metod: Çalışmaya toplam 47 HBsAg pozitif hasta dahil edildi. Vakalar 22'si HCC ve 25'i HCC'si olmayan sirotik hastalar olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Her hastadan alınan kan örneğinden plazma elde edilerek, nükleer ve cfDNA izolasyonları yapıldı. QIAGEN Cell Free izolasyon kiti (QIAamp Circulating Nucleic Acid Kit Cat No./ID:55114,Qiagen, UK) kullanılarak elde edilen RASSF1 ve CDKN2AIP genlerinin metilasyon analizi Qiagen–EpiTectMethyl II (Qiagen–EpiTectMethyl II PCR Assay form 2 Genes Using 1 DNA Sample, Cat No./ID: 335002, Qiagen, UK) kiti kullanılarak Real Time PCR (Agilent Technologies, CA, ABD) cihazında gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: HCC grubu sirotik gruba göre daha yaşlıydı (64.0±10.01 vs 53.9±10.6 yıl, p=0.003). HCC grubu erkek ağırlıklı olmasına rağmen iki grup arasında cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu (%81.8 vs %60, p=0.106) (Tablo 1). Ortalama AST, ALT, ALP, GGT değerleri HCC grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla; 50.43±295.3IU/L vs 30.9±12.9IU/L p=0.018; 74±107.1 IU/Lvs 22.7±8.2 IU/L, p=0.031; 164.05±128.2 IU/L vs 86.6±32.6 IU/L, p=0.016; 94.52±124.2 IU/L vs 35.0±29.9 IU/L, p=0.028). Ortalama AFP değerleri HCC grubunda yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan farklı değildi (234.0±505ng/ml vs 4.04±2.94ng/ml, p=0.085). Sirotik hastaların %64'ü Child A, %28'i Child B ve %8'i Child C evresindeydi. HCC de bu oranlar sırasıyla; %76.2, %4.8 ve %19 idi. HCC hastalarının Barcelona sınıflamasına göre dağılımı sırasıyla; %61.9'u A, %14.3'ü B, %9.5'i C, %14.2'ü D evresindeydi. Her iki grupta da cfDNA düzeyleri benzerdi (p>0.05). CDKN2AIP geninde ortalama metilasyon yüzdesi, sirotik hastalarda %0.008± 0.004 ve HCC'li hastalarda %0.001±0.004 idi. CDKN2AIP geninde, sirotik hastaların %80'inde ve HCC'li hastaların %95.5'unda metilasyon saptanmadı. RASSF1 geninde metilasyon yüzdesi sirotik hastalarda %9.7±25.9 ve HCC'li hastalarda %5.1±16.1 idi. RASSF1 geninde, sirotik hastaların %64'ünde ve HCC'li hastaların %72.7'sinde metilasyon saptanmadı. Her iki grupta RASSF1 geninde metilasyon oranları istatistiksel olarak farklı değildi. CDKN2AIP metilasyon oranı HCC grubunda anlamlı olarak düşüktü (p=0.027). Korelasyon analizinde de CDKN2AIP geninde metilasyon olmamasının HCC ile pozitif korele olduğu saptandı (R 0.667, p=0.018).

Sonuç: HCC'si olan ve olmayan HBV'ye bağlı sirotik hastalarda cfDNA düzeyleri benzerdir. Bizim vaka grubumuzda HCC'si olmayan sirotik hastalarda CDKN2AIP geninde metilasyon sıklığı daha fazla bulunmuştur. Geniş vaka gruplarında ve farklı HBV genotiplerinde çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: cfDNA, HCC, RASSF1, CDKN2AIP, biomarker, metilasyon

Kaynaklar

1. Yang JD, Hainaut P, Gores GJ. A global view of hepatocellular carcinoma: trends, risk, prevention and management. Nature reviews Gastroenterology & hepatology.
2. Ghouri YA, Mian I, Rowe JH. Review of hepatocellular carcinoma: epidemiology, etiology, and carcinogenesis. Journal of carcinogenesis.
3. Yang JD, Kim WR, Coelho R, et al. Cirrhosis is present in most patients with hepatitis B and hepatocellular carcinoma. Clinical Gastroenterology and Hepatology.
4. Tatematsu K, Tanaka Y, Kurbanov F, et al. A genetic variant of hepatitis B virus divergent from known human and ape genotypes isolated from a Japanese patient and provisionally assigned to new genotype J. Journal of virology.
5. Erhardt A, Blondin D, Hauck K, et al. Response to interferon alfa is hepatitis B virus genotype dependent: genotype A is more sensitive to interferon than genotype D. Gut.
6. Sonneveld MJ, Rijckborst V, Cakaloglu Y, et al. Durable hepatitis B surface antigen decline in hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B patients treated with pegylated interferon-α2b: relation to response and HBV genotype. Antiviral therapy.
7. Leblebicioglu H, Eroglu C, Group HS. Acute hepatitis B virus infection in Turkey: epidemiology and genotype distribution. Clinical microbiology and infection.
8. Akyuz F, Ciftci S, Keskin F, et al. Ultra-Deep Pyrosequencing of Precore/Core Promoter Mutations in Patients with Genotype D Chronic Hepatitis B. Journal of Gastroenterology and Hepatology Research.

Grupların özellikleri			
n	***HCC (22)***	***Siroz (25)***	***p***
Cinsiyet (K/E), n	4/18	10/15	0.106
Yaş (ort, yıl) (ort±SD)	64.0±10.01	53.92±10.6	0.003
Siroz evre (Child A, B, C), %	76.2/4.8/19	64/28/8	0.605
HCC evre (Barcelona A, B, C, D), %	61.9/14.3/9.5/ 14.3	-	-
AST, IU/L (ort±SD)	150.43±295.3	30.9±12.9	0.018
ALT, IU/L (ort±SD)	74±107.1	22.7±8.2	0.031
ALP, IU/L (ort±SD)	164.05±128.2	86.6±32.6	0.016
GGT, IU/L (ort±SD)	94.52±124.2	35.0±29.9	0.028
AFP ng/ml (ort±SD, aralık)	234±505.1 (1.2-1651)	4.04±2.94 (1.2-11)	0.085
Cell free DNA ng/mL (ort±SD)	27.89±8.68	27.82±7.75	0.48
RASSF1 metilasyon % Var/yok (%)	5.1±16.1 27.3/72.7	9.7±25.9 36/64	0.431
CDKN2AIP metilasyon % Var/yok (%)	0.001±0.004 4.5/95.5	0.008± 0.004 20/80	0.027

Özofagus – Mide – Duodenum

BS - 003

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-25 18:35:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-25 18:45:00

DİYABETİK GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALARINDA ÖZOFAGUS EPİTEL DOKU BÜTÜNLÜĞÜNÜN VE MOLEKÜLER EPİTELYAL BELİRTEÇLERİN ARAŞTIRILMASI; DİYABET VARLIĞI KORUYUCU

Serhat Bor[1], Sezgi Kıpçak[1,2], Pelin Ergün[1,3], Nur Selvi Günel[2]

[1]Ege Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ege Reflü Çalışma Grubu, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) (%23) ve Diabetus Mellitus (DM) (%16) epidemiyolojik olarak yaygın hastalıklar olup bu nedenle birlikte görülme olasılığı yüksektir ve aralarındaki olası bir fizyopatolojik ilişki önem taşır. GORH etyopatogenezinde özofagus epitel hücreleri arasındaki sıkı bağlantı noktalarında (TJ) geçirgenlik artışı olduğu gösterilmiştir. Hücreler arasındaki genişlemeler (DIS) hastalığın en erken bulgusudur. Önceki çalışmamızda diyabetik tavşan özofagusunun epitelinin zararlı ajanlara daha dirençli olduğu ve AOS kası ile yapılan deneylerde diyabet grubunda kasılma yanıtlarının arttığı gösterilmiştir (1). Bu çalışmanın amacı GORH bulunan diyabetli hastalar ile DM bulunmayan GORH ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında özofagus epitelindeki değişikliklerin ve mekanizmalarının incelenmesidir.

Metod: Çalışmaya DM+GORH n=22 (Tip 1 DM n=4, Tip 2 n=18), nondiyabetik GORH n=20 ve sağlıklı kontroller n=15 dahil edilmiştir. Tüm hasta gruplarına ve sağlıklı gönüllülere 24h pH-impedans, yüksek rezolüsyonlu manometri, Üst GİS endoskopisi yapılmıştır. Özofagus epitelinin elektrofizyolojik özellikleri mini-ussing çember sistemiyle, permeabilite özellikleri ise spektrofotometrik olarak incelenmişitir. E- kaderin ve sıkı bağlantı noktalarının gen ekspresyon seviyeleri qRT PCR, protein ekspresyon

seviyeleri ise Western Blot ve ELISA yöntemleriyle değerlendirilmiştir

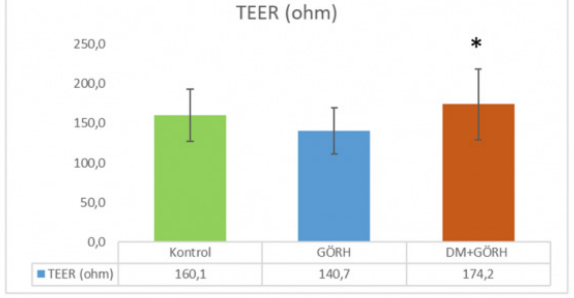
Sonuçlar: Mini-Ussing çemberlerine koyulan özofagus biyopsilerinde DM-GORH'lerin doku dirençleri nondiyabetik GORH'lere göre anlamlı yüksek hatta istatistiksel anlam olmasa da nümerik olarak sağlıklı kontrollerin üstündedir (Şekil 1). Difüzyon çalışmalar değişikliklerin interselluler aralıklardaki genişlemelerden kaynaklandığını göstermiştir. DIS etyopatogenezinde rol oynayan moleküller incelendiğinde DM+GORH grubunun kontrollere göre e-cadherin, ZO-2, Claudin-1, Occludin'in ekspresyonlarının, GORH grubuna göre ise ZO-2, Claudin-1 anlamlı arttığı görülmüştür (Tablo).

Tartışma: DM varlığı GORH olgularında özofagus epitel direncini artırmaktadır. Bu interselluler aralıklardaki moleküllerde oluşan değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Literatürde özofagus epitelinin "korunması" ile ilgili çalışmalar her zaman ilaç zeminli olmuştur. İlaç tedavilerinin başarısı sınırlıdır. Kısa süreli bu tedavilerin moleküler bir değişiklik yapması çok da olası değildir. Bu nedenle DM gibi kronik ve yıllar süren bir hastalığın özofagus epitelinde olumlu anlamda değişiklikler yapması büyük önem taşımaktadır. GORH olgularında DM varlığında oluşan koruyucu değişikliklerin mekanizmalarının ortaya koyulması GORH'nün özofagus epitelinde oluşturduğu değişikliklerin geriye çevrilebilmesi olasılığını da getirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gastroözofageal Reflü Hastalığı, Diabetus Mellitus, Özofagus epiteli , sıkı bağlantı noktaları, mini-ussing çember

Kaynaklar

1. Capanoglu D, Coskunsever D, Olukman M, Goksel S, Bor S. The effect of diabetes mellitus on esophageal epithelia and LES muscle of rabbit. Dig Dis Sci. 2016; 61(7): 1887



Şekil 1: TEER düzeyleri (* p=0,008 vs DM bulunmayan GÖRH)

		E- cad	ZO-2	Claudin 4	Occludin	ZO-1	Claudin1
Gen Ekspresyonu (Kat değişimi) *p≤0.05	GÖRH /Kontrol	2.08 #	1.15	1.06	1.09	-1.85	-1.35
	DM+ GÖRH / GÖRH	1.45	1.75 &	1.39	-1,02	1.85	-1.12
	DM+ GÖRH /Kontrol	3.01*	2.02*	1.47*	1.07	1.00	-1.5
		E- cad (area ±SS)	ZO-2 (ng/mL±SS)	Claudin 4 (ng/mL±SS)	Occludin (area ±SS)	ZO-1 (area ±SS)	Claudin1 (ng/mL±SS)
Protein Ekspresyon Seviyesi *p≤0.05	Kontrol (n=15)	0,88 ± 0,46*	1,2 ± 0,9 *	3,7 ± 5,4	0,94 ± 0,58*	0,71 ± 0,43	1,7 ± 0,9 *
	GÖRH (n=20)	1,17 ± 1,11	1,7 ± 2,4 &	3,6 ± 5,3	1,62 ± 1,51	1,07 ± 0,64	2,4 ± 2,9 &
	DM+ GÖRH	1,68 ± 1,62*	4,1 ± 4,1* &	5,0 ± 4,0	2,01 ± 1,46*	0,96 ± 0,87	4,3 ± 2,8 * &

Kontrol vs DM +GÖRH * , Control vs GÖRH # , GÖRH vs GÖRH + DM &
Gastroözafagel Reflü Hastalığı (GÖRH) Diyabetes Mellitus (DM)

Tablo: Gen ve protein ekspresyon düzeyleri

Endoskopi

BS - 004

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-25 18:45:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-25 18:55:00

KOLOREKTAL ESD YÖNETİMİNDE NICE SINIFLAMASI İLE İLGİLİ DENEYİMİMİZ

Abdullah Murat Buyruk[1], Ayten Livaoğlu[2]

[1]Trabzon Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği
[2]Trabzon Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Dar bant görüntüleme ile İnternasyonel Kolorektal Endoskopik (NICE) sınıflama sistemi, magnifikasyon kullanılmadan renk, damar ve yüzey paternine göre lezyon hakkında submukozal invazyon(SMİ) açısından bilgi vermektedir. Ancak çalışmalarda NICE sınıflamasının SMİ açısından sensitivitesi oldukça düşük bulunmuştur. Özellikle NICE tip 2 geniş tanı grubunu içermesi (düşük derece displaziden yüzeyel submukozal invaziv kansere kadar (SM1)) nedeniyle tedavi açısından en sık kafa karışıklığının yaşandığı gruptur. NICE tip 3 için ise önerilen tedavi cerrahidir.Biz bu sunumda kolorektal ESD uyguladığımız lezyonlarda NICE sınıflaması ile histopatolojinin korelasyonunu değerlendirdik .

Metod: Tek merkezli, retrospektif çalışmada Nisan 2019- Ağustos 2020 yılları arasındaki 10 mm'den büyük NBI ile değerlendirilen ve ESD uygulanan kolorektal polipler çalışmaya dahil edildi. Çalışmanın primer sonlanım noktası olarak SMİ ile NICE sınıflaması arasındaki korelasyon incelendi.

Bulgular: Çalışmada toplamda 67 hastadan 67 kolorektal lezyon çıkarıldı. Hastaların 20'si (%29,9) kadın, 47'si (%70,1) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 66,15±9,18'di. ESD ile en blok rezeksiyon oranı %100 iken, R0 rezeksiyon oranı %95 olarak değerlendirildi. Lokazisyon olarak en sık sigmoid kolon (%26,9) yerleşimi gözlendi. Medyan tümör boyutu 23 mm (10-80)di. En sık görülen patolojik tanı tübülovillöz adenom(%42)'du. Toplamda 8 (%12) lezyonda SMİ (7 'si SM1, 1'i SM2) izlendi (Tablo 1). NICE tip 2 lezyonların %8,6'sında (5/58) SMİ varken, NICE tip 3 lezyonların %33,7'sinde (3/9) SMİ izlendi (p=0,068). NICE tip 3 olup SMİ izlenen lezyonların hepsi SM1'di. Granüler lezyonların %7'sinde SMİ varken, non-granüler lezyonların ise %40'ında SMİ izlendi (p=0,014).

Sonuç: NICE tip 3 lezyonlarda tip 2 lezyonlara göre SMİ riski daha fazladır. Ayrıca non-granüler lezyonlarda granuler lezyonlara göre SMİ daha sıktır. NICE sınıflaması morfolojik özelliklerle birlikte kullanıldığında SMİ riskini belirlemede daha çok yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik submukozal diseksiyon, submukozal invazyon, NICE

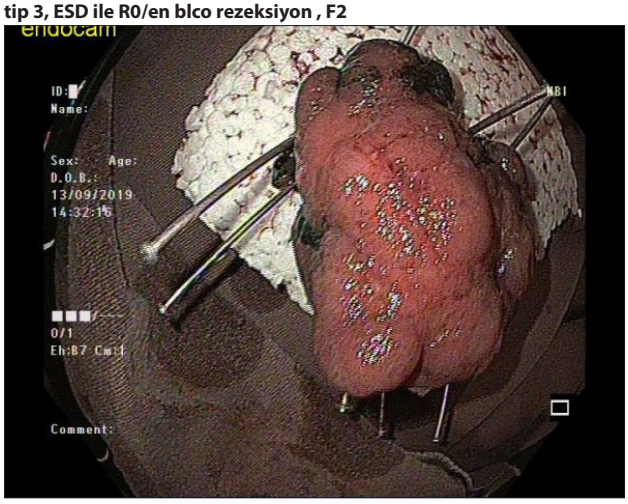
Kaynaklar

1. Puig I, López-Cerón M, Arnau A, et al; EndoCAR group, Spanish Gastroenterological Association and the Spanish Digestive Endoscopy Society. Accuracy of the Narrow-Band Imaging International Colorectal Endoscopic Classification System in Identification of Deep Invasion in Colorectal Polyps. Gastroenterology. 2019 Jan;156(1):75-87. doi: 10.1053/j.gastro.2018.10.004. Epub 2018 Oct 6. PMID: 30296432.
2. Backes Y, Schwartz MP, Ter Borg F, et al.Dutch T1 CRC Working Group. Multicentre prospective evaluation of real-time optical diagnosis of T1 colorectal cancer in large non-pedunculated colorectal polyps using narrow band imaging (the OPTICAL study). Gut. 2019 Feb;68(2):271-279. doi: 10.1136/gutjnl-2017-314723. Epub 2018 Jan 3. PMID: 29298873.
3. Kobayashi S, Yamada M, Takamaru H, et al. Diagnostic yield of the Japan NBI Expert Team (JNET) classification for endoscopic diagnosis of superficial colorectal neoplasms in a large-scale clinical practice database. United European Gastroenterol J. 2019;7(7):914-923. doi:10.1177/2050640619845987

Hemostatik forceps ile remnant damarların soft koagulasyonu



Sigmoid kolon lateral spreading tümör, 35x30 mm, Paris Is+IIa, NICE tip 3, ESD ile R0/en blco rezeksiyon , F2



Endoskopi

BS - 005

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-25 18:55:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-25 19:05:00

COVID-19 PANDEMİSİNİN GASTROENTEROLOJİ UZMANLIK EĞİTİMİ ÜZERİNE ETKİSİ: ÜLKE ÇAPINDA PROSPEKTİF ANKET ÇALIŞMASI

Coşkun Özer Demirtaş, Cavanşir Vahabov, Fuad Mustafayev, Tevhide Şahin, Erkan Parlak

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Coronavirüs-19 (COVID-19) hastalığının ilk dalgası ile birlikte, enfeksiyon bulaşı açısından yüksek riskli kabul edilen endoskopik işlemlerin sayılarının tüm dünyada kısıtlanması önerilmişti. Pandeminin ilk dalgasının ve yeni vaka sayılarının kısmen kontrol altına alınması ile birçok endoskopi ünitesi tekrar aktif hale gelmeye başladı. Bu çalışmanın amacı COVID-19 pandemisinin tüm Türkiye'deki gastroenteroloji yandal asistanları üzerindeki psikolojik, bilimsel ve genel etkilerini incelemektir.

Metod: Türkiye'deki 7 bölge-23 şehir-37 merkezden 103 gastroenteroloji uzmanlık eğitimi alan yandal asistanına 32-soru içeren web-tabanlı elektronik anket daveti yapıldı. Toplamda 96 kişi anketi tamamladı. Anketin içeriğindeki sorular ile katılımcıların demografik verileri (5 soru), endoskopik işlem (8 soru), koruyucu ekipman (3 soru), COVID testi bilgileri (2 soru), psikolojik ve genel iyilik hali (8 soru), ve eğitim (6 soru) durumu ile ilgili bilgiler edinildi.

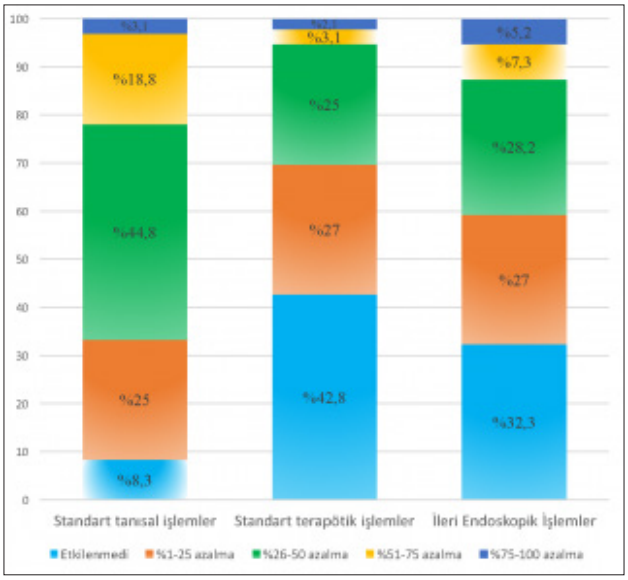
Sonuçlar: Anketi tamamlayan 96 katılımcının ortanca yaş değeri 34 (29-47) idi, ve büyük çoğunluğunu erkekler (n=78, %81,3) oluşturuyordu. Katılımcıların %56,3 (n=54)'ü bağımsız olarak yaptıkları endoskopik işlem sayısında azalma olduğunu bildirdi. Pandemi sebebiyle standart endoskopik tanısal işlemlerin %66,7'sinde, terapötik işlemlerin %30,2'sinde ve ileri endoskopik işlemlerin %40,7'sinde belirgin azalma (>%25) olduğu saptandı. Tüm katılımcıların %74'ünde genel, %74'ünde COVID-19 bulaşı, %69,9'unda endoskopik işlem performansında düşüş ve %32,3'ünde eğitim süresinin uzaması ile ilgili belirgin (orta-ciddi) endişe saptandı. Gastroenteroloji asistanlarının %26'sında belirgin konsantrasyon-ilgi kaybı ve %20,8'inde belirgin (orta-ciddi) tükenmişlik sendromu tespit edildi. Pandemi sebepli endişe ile ilişkili tek bağımsız faktör olarak kadın cinsiyet (Odds oranı: 3.856, %95 Güven Aralığı: 1.221-12.174, p=0.021) saptandı.

Sonuç: COVID-19 pandemisi; gastroenteroloji yandal asistanlarının endoskopik aktivitelerinde azalma ile birlikte, yüksek oranda endişe ve göz ardı edilemeyecek düzeylerde tükenmişlik sendromuna yol açmıştır. Gastroenteroloji yandal asistanlarının hak ettikleri genel-psikolojik iyilik haline erişebilmesi ve yeterli eğitim alabilmeleri için daha çok efor ve yeni stratejiler gerekmektedir.

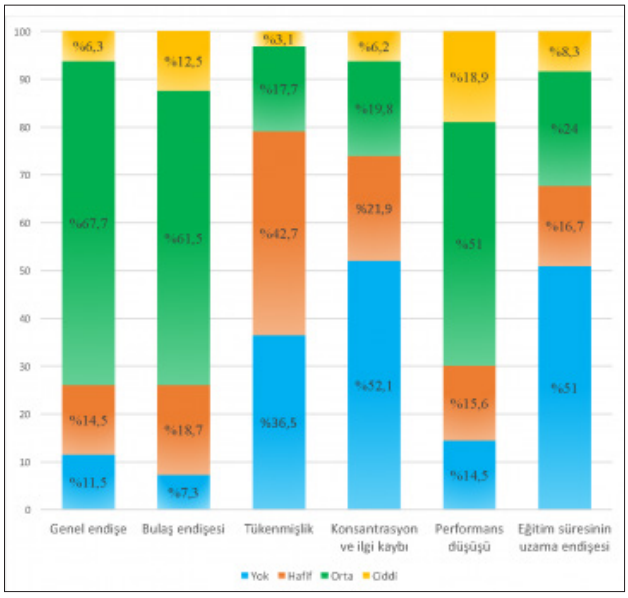
Anahtar Kelimeler: Coronavirus, Pandemics, Endoscopy, Gastroenterology Trainee, Education

Kaynaklar

1. Sultan S, Kim JK, Altayar O, et al. AGA Rapid Recommendations for Gastrointestinal Procedures During the COVID-19 Pandemic. Gastroenterology 2020;159:739-758.
2. Pawlak KM, Kral J, Khan R, et al. Impact of COVID-19 on endoscopy trainees: an international survey. Gastrointestinal Endoscopy. 2020; 92(4)
3. Marasco G, Nardone OM, Maida M, et al. Impact of COVID-19 outbreak on clinical practice and training ofyoung gastroenterologists: A European survey. Dig Liv Dis. 2020; In press. doi.org/10.1016/j.dld.2020.05.023



Figür 1. COVID-19 pandemisi sebebiyle endoskopik işlemlerde azalma oranları



Figür 2. COVID-19 Pandemisinin Gastroenteroloji Yandal Asistanlarında Yarattığı Psikolojik Sonuçlar

Tablo 1.	
Yaş	34 (29-47)
Cinsiyet (Erkek / Kadın)	78 (%81,3) / 18 (%18,8)
Medeni durum (Bekar / Evli-çocuksuz / Evli-çocuklu / Boşanmış)	18 (%18,8) / 12 (%12,5) / 65 (%67,7) / 1 (%1,0)
Eğitim yılı (1 / 2 / 3)	40 (%41,7) / 25 (%26,0) / 31 (%32,3%)
Koruyucu ekipman eğitimi	67 (%69,8)
İşten uzak kalma	20 (%20,8)
COVID-19 testi yapıldı mı? (Hayır / Evet-hastalık şüphesi / Evet-tedbir / Evet-hastane talebi)	29 (%30,2) / 39 (%40,6) / 19 (%19,8) / 9 (%9,4)
COVID-19 testi pozitif	3 (%3,1)
Bağımsız yapılan endoskopik işlem sayısında değişiklik (Azalma / Sabit / Artış)	54 (%56,2) / 28 (%29,2) / 14 (%14,6)

Pankreas

BS - 006

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-25 19:05:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-25 19:15:00

TÜRK TOPLUMUNDA PANKREAS DİVİSUM SIKLIĞI VE REKÜRREN AKUT PANKREATİT VE KRONİK PANKREATİTLİ HASTALARDA PREDİSPOZE EDİCİ BİR FAKTÖR OLARAK ROLÜ

Erkan Parlak[1,6], Sabite Kacar[2,6], Ahmet Tarık Eminler[3], Aydın Şeref Köksal[3,6], Selçuk Dişibeyaz[4,6], Bahattin Çiçek[5,6], Bülent Ödemiş[2,6], Burhan Şahin[6]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gastroenteroloji Kliniği
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği
[4]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği
[5]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği
[6]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Dayanak ve amaç: Pankreas divisum (PD) en sık rastlanan pankreas kanal anomalisidir. Endoskopik olarak saptanan sıklığı Avrupa 6% (4.5-9.4) ve Amerika'da 5.8% (2-17.6) Asya ülkelerine göre 1.5% (0.5-3.7) daha sıktır. Uzun yıllardır bilinen bir antite olmasına rağmen PD'un pankreatite yol açıp açmadığı tartışmalı bir konudur. Bu çalışmanın amacı ülkemizde endoskopik olarak tesbit edilen PD oranını saptamak ve kronik pankreatit (KP) ve rekürren akut pankreatit (RAP, KP bulgusu olmayan ve 2 veya daha fazla AP atağı) hastalarında daha sık rastlanıp rastlanmadığını tesbit etmektir.

Materyal ve metod: Çalışmaya ocak 2005-ekim 2020 tarihleri arasında ünitelerimize ERCP için gönderilen KP'li ve RAP'li hastalar alındı. Kontrol grubunu etyolojisinde PD'un rol oynamadığı pankreas kanal kaçağı olan ve bu nedenle ERCP yapılan hastalar oluşturdu (kistik tümör, nöroendokrin tümör, karın içi diğer organların tümörü vb nedenlerle cerrahi rezeksiyon veya trafik kazası, ateşli silah yaralanması vb nedenlerle travmatik) (pankreas fistülü grubu). Adenokanser cerrahisi sonrası oluşan fistüller ve pankreatit sonrası fistüller etyolojisinde PD rol alabileceği için bu gruba alınmadı. PD tanısı endoskopik (ERCP) ve/veya magnetik (MRCP) pankreatografi ile ana pankreas kanalının minör papilladan drene olduğunun gösterilmesi ile konuldu.

Bulgular: KP grubunda 250 [ortalama yaş 40.91±17.47 yıl, 159 (%59.6) erkek], RAP grubunda 40 [ortalama yaş 36.55±17.99 yıl, 16 (%40) erkek] ve pankreas fistülü grubunda 70 [ortalama yaş 47.80±17.26 yıl, 42 (%60) erkek] hasta vardı. Pankreas fistül etyolojisi; 50 (%71.4) hastada cerrahi rezeksiyon ve 20 (%28.6) hastada travmatik idi. PD sıklığı sırasıyla %26, %32.5 ve %11.4 bulundu ($p<0.01$). KP ve RAP grubunda PD sıklığı çocuklarda (17 yaş ve altı) erişkinlere göre [KP'de %48.5 (16/33) x % 22.6 (49/217), RAP'de %57.1 (4/7) x %27.3 (9/33)] fazla iken fistül grubunda yaşlar arasında PD sıklığı farklı değildi [%16.7 (1/6) x %12.5 (8/64)].

Sonuç: Türk toplumunda PD sıklığı (%11.4) doğu tolumundan ziyade batı toplumuna benzerdir. KP ve RAP'li hastalarda predispoze edici bir faktör gibi görünmektedir.

Anahtar kelimeler: Pankreas divisum, ERCP, kronik pankreatit, rekürren akut pankreatit, pankreas fistülü

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

SS - 001

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:10:00

LAKTOZ İNTOLERANSI OLAN ÇOCUK HASTALARDA FEKAL KALPROTEKTİN DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Demirbaş

Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji Ve Beslenme

Amaç: Laktoz intoleransı, intestinal laktaz enziminin eksikliği sonucu laktozun parçalanamamasına bağlı bağırsak inflamasyonu ile seyreden, laktoz ve laktoz içeren gıdaların sindiriminden sonra karın ağrısı, gaz, şişkinlik, ishal gibi yakınmalarla seyreden sık görülen bir hastalıktır. Bu çalışmadaki amacımız hidrojen nefes testiyle laktoz intoleransı tanısı alan hastaların fekal kalprotektin (FK) düzeyinin değerlendirilmesidir.

Metod: Ocak -Temmuz 2018 tarihleri arasında bölümümüzde kronik karın ağrısı, ishal gibi nedeniyle FK düzeyi bakılan, inflamatuar bağırsak hastalığı, çölyak gibi kronik hastalığı üst ve alt endoskopi ile ekarte edilen, hidrojen nefes testi ile laktoz intoleransı tanısı alan, 4 yaşından büyük ve enfeksiyöz belirteçleri negatif hastalar ile benzer yaş grubunda sağlıklı çocukların FK düzeyleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 25 (%52) kız olmak üzere toplam 48 laktoz intolerans tanılı (Hidrojen nefes testi ile) çocuk alındı. Yaş ortalamaları 12,2 ± 4,6 (5-17,9) yıl idi. Hastaların FK ortalama düzeyi 166,7 ± 23,6 μg/g (dağılım; 19,5-420) idi.

Sağlıklı kontrol grubundaki çocukların 11'i (%55) erkekti, ortalama yaş 10,5 ± 3,3 (5-15,1) yıldı. Sağlıklı çocuklarda ortalama FK düzeyi 43,8 ± 25,4 (19,5-144) μg/g idi. İki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu. Sağlıklı grup ile karşılaştırıldığında FK düzeyi laktoz intoleransı tanılı hastalarda istatiksel olarak yüksek saptandı (p=0,004)(Resim 1).

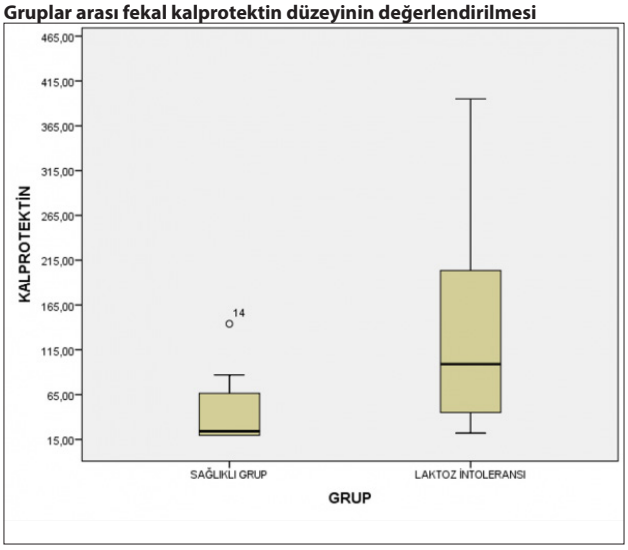
Fekal kalprotektin düzeyi> 50 μg/g olan hastalara (n=32) kolonoskopi ve endoskopi uygulandı ve hastaların hepsinin endoskopi bulguları normal iken kolonoskopi uygulanan hastaların %75'nde normal ve %25'nde ise non spesifik kolit ile uyumlu saptandı.

ROC analizi ile değerlendirildiğinde area under the curve 0,844 (%95 CL: 0.735-0.953), FK düzeyi cut off =82,8 (sensitivite %63, spesifite %72) olarak bulundu (p<0,001). Logistik regresyon analizi ile FK düzeyi düzeyi 82,8 yüksek olan çocuklarda düşük olanlara göre laktoz intoleransı olma riski anlamlı olarak yüksek bulundu (OR: 0,73 %95 CI: 0,420-0.751) (p<0,001)(Resim 2).

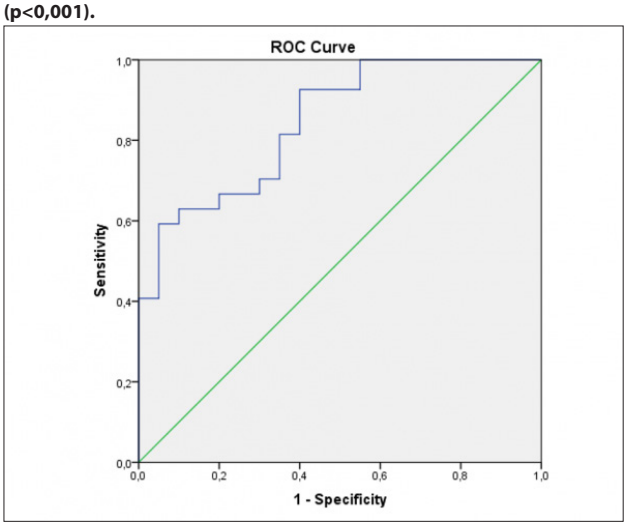
Sonuç: Noninvazif bir inflamasyon belirteci olan FK'in inflamatuar bağırsak hastalığı dışında mikroskopik kolit, enfeksiyöz diyare, intestinal kistik fibrozis, çölyak hastalığı gibi hastalıklarda da yükseklik saptanabilir. Bu çalışmada hidrojen nefes testiyle laktoz intoleransı tanısı alan hastalarda sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında FK düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Bu alanda yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, Fekal Kalprotektin, Laktoz İntoleransı

Gruplar arası fekal kalprotektin düzeyinin değerlendirilmesi



Laktoz intoleransı tanısı alan hastalarda FK düzeyi cut off 82,8 alındığında sensitivite %63 spesifite %72 ile olarak bulundu (p<0,001).



İnce Bağırsak

SS - 002

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:20:00

ÇÖLYAK HASTALIĞI; DEMONSTRATİF ÖZELLİKLER; TEK MERKEZ VERİLERİ

Muhammed Sait Dağ

Medikal Park Hastanesi

Giriş: Çölyak hastalığı (ÇH) tahıllardaki gluten ve benzeri proteinlere karşı, genetik olarak duyarlı bireylerde duyarlılık sonucu gelişen ve genellikle malabsorbsiyonla seyreden otoimmün, familyal proksimal ince bağırsak hastalığıdır. Genellikle çocukluk yaş grubunda tanı konmasına rağmen her yaş grubunda görülebilir ya da hayat boyu bireyler asemptomatik kalabilirler. Bu yazıda

kliniğimizde ÇH tanısı konan hastaların öne çıkan özelliklerinin ulusal ve bölgesel veri oluşturmak üzere sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Temmuz 2014- Haziran 2020 tarihleri arasında hastanemiz gastroenteroloji kliniğinde değişik klinik ve labaratuvar endikasyonlar sonucu tek doktor tarafından yapılan endoskopik işlemler ve patolojik değerlendirmeler sonrasında ÇH tanısı alan tüm yaş gruplarındaki hastaların genel özellikleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya108'i kadın ve 72'i erkek toplam 180 hasta dahil edildi. Kırkbeş kadın ve 22 erkek toplam 67 hasta ≤18 yaş (%37.2), 63 kadın ve 50 erkek toplam 113 hasta >18 yaş (%62.8) idi. Hastaların yaş ortalaması kadınlarda 27.1, erkeklerde 24.3 iken, yaş aralığı 4-85 arasında değişiyordu. ÇH açısından 1., 2. ve 3. derece yakınlarında aile öyküsü sorgulanan 92 hastanın 36'sında (%39.1) pozitif anamnez vardı. Hastaların 110/180'inde mide-karın ağrısı, şişkinlik şeklinde klinik yakınmalar varken, 38/180 hastada ishal ve 25/180 hastada kabızlık dominant şikayetti. Majör endoskopi endikasyonları erişkin grupta 19/113 hastada anemi, 17/113 hastada ishal ve 77/113 hastada nonspesifik dispeptik yakınmalardı. Çocuk yaş grubunda 59/67 hastada büyüme-gelişme geriliği ve 8/67 hastada değişik abdominal şikayetlerdi. Erişkin hastaların 7'sinde daha önce tanı konmayan endoskopi öyküsü vardı. Bir hastada IgA eksikliğine bağlı doku transglutaminaz IgA normal iken tüm hastalarda serolojik olarak değişik oranlarda doku transglutaminaz IgA ve IgG pozitifti. Diyet uyumu çocuk yaş grubunda %85 civarı iken, erişkin grupta %45 civarındaydı. Kan tetkiklerine ulaşılan 73/149 hastada değişik derecelerde demir eksikliği anemisi vardı.

Sonuç: Sonuç olarak ÇH farkındalığı giderek artmakta olan önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmamız sonucunda;

-ÇH her yaş grubunda görülebilir

-Hastalığın kliniğe yansıma derecesi hastalar arasında oldukça farklı olduğundan tanı yaşı geniş bir aralığa sahiptir

-Çocukluk yaş grubunda büyüme ve gelişme geriliği majör başvuru sebebidir

-Erişkin yaş grupta tanı çoğunlukla nonspesifik abdominal şikayetlerle yapılan endoskopik işlemlerde tesadüfen konduğundan endoskopistin tecrübesi önemlidir

-Erişkin yaş grubunda muhtemel hayat kalitesinde ciddi etkilenme olmadığından diyet uyum oranı çocuk yaş grubuna göre daha düşüktür

-Doku transglutaminaz IgA yüksek sensitivite-spesifitesi ve birçok sağlık kuruluşunda kolay erişilebilir olması nedeniyle tarama testi olarak kullanılmalıdır

-Pediatrik gastroenterologların olmadığı ya da ulaşılamadığı durumlarda erişkin gastroenterologlarda tanı ve tedavide yer almalıdırlar

Anahtar kelimeler: çölyak hastalığı, endoskopi, doku transglutaminaz IgA

İnce Bağırsak

SS - 003

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:30:00

İNTESTİNAL LENFANJİEKTAZİ İLE PREZENTE OLAN WALDESTROM MAKROGLOBULİNEMİ OLGUSU

Hatice Rızaoğlu Balcı, Engin Altıntaş, Fehmi Ateş, Enver Üçbilek, Serkan Yaraş, Osman Özdoğan, Mustafa Zanyar Akkuzu, Ferzan Aydın, Orhan Sezgin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

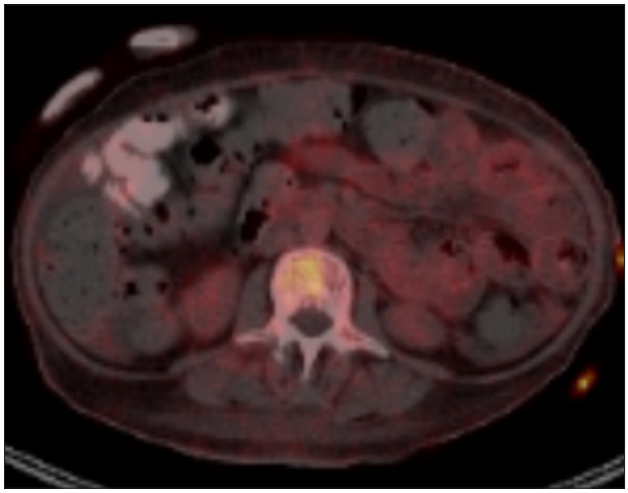
Protein kaybettiren enteropatiler, hipoproteinemi, ödem ile giden, GIS'ten protein kaybı olan durumlardır. KC yetmezliğine, proteinüri ve malnütrisyonun dışlandığı durumlarda protein kaybettiren enteropati düşünülmelidir. Biz bu vakada Primer İntestinal Lenfanjiektazi ile prezente olan Waldestrom Makroglobulinemisi olgumuzu tartışacağız.

64 yaş kadın hasta, polikliniğimize bir aydır olan bulantı, kusma, karın ağrısı, günde 4-5 kez olan sarı renkli ishal, kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu.Özgeçmişde 15 yıldır seronegatif artrit ve 13 yıldır etanercept kullanım öyküsü olan hastanın soygeçmişde özellik yoktu.FM'de; sistem muayeneleri normaldi.Pretibial 1+ ödemi ve ayak bileğinde ödem olduğu görüldü.Laboratuarda albümin 2,87 mg/dl olup diğer biyokimyasal parametreleri normaldi.Kan sayımında Hb10,3 g/dl, Hct 28, MCV 87 fL, WBC 3800/μL,lenfosit 810/μL,platelet 136000/μL idi.Transferrin saturasyonu %16.8 olan hastanın ferritin 66 ng/ml,vitB12 ve folat düzeyleri normaldi.ESR 54 mm/saat ve CRP 2,22 mg/L geldi.Gaita kx'de normal flora üreyen hastanın E.hystolica adezin Ag(-) bulundu.Hipoalbuminemisi olan hastanın TİT ve 24 saatlik idrar analizinde proteinüri yoktu. PA AC'de bilateral minimal plevral effüzyonu vardı.Batın USG'de KC boyutları ve ekojenitesi evre2 artmış,KC sol köşe açısı keskin,-kenarları düzenliydi.SK'de taşlar vardı.İnce barsak duvar kalınlığı artmıştı ve minimal asiti vardı.Hastanın endoskopide duodenumda mukoza ileri derecede ödemli,inflame ve beyaz kadifemsi bir görünüme sahipti.(Resim -1)Biyopsi alındı.Kolonoskopide terminal ileumda mukoza ödemli ve tuz ekilmiş manzarası görüldü.Terminal ileumdan biyopsi alındı.Duodenum ve terminal ileum biyopsisi lenfanjiektazi olarak raporlandı. Duodenuma ait biyopsilerde eozinofilik materyal birikimi görüldü.Bu materyalin lenf sıvısı olabileceği gibi hafif zincir veya IgM birikimi de ayırıcı tanılar arasında olduğu düşünüldü. Her iki örnekte de amiloide rastlanmadı. Primer intestinal Lenfanjiektazi olan hastada etyolojiye yönelik tetkikler planlandı.Lenfatik maligniteler açısından serum Ig'leri,serum ve idrar İF elektroforezi bakıldı.Serum Ig M düzeyi 11.55 g/L (0.5-3 g/L) ,Ig G düşük ve Ig A normaldi.İdrar İF elektroforezde kappa total hafif zincir düzeyi yüksekti.(25.1 mg/L) Sonuçlar biklonal Ig M paraproteinemisi olarak düşünüldü.Kemik iliği biyopsisi yapıldı.Biyopside %10 plazma hücresi ve bu hücrelerde kappa ve lambda ile politipik boyanma izlendi.PET CT çekildi.PET CT;tüm iskelette diffüz ve multifokal tarzda artmış FDG aktivitesi görüldü.PET CT' de L4'te belirgin tutulumdan dolayı buradan biyopsi alındı.(Resim-2) Biyopsi sonucu;lenfoproliferatif infiltrasyon olarak geldi.Primer intestinal lenfanjiektazisi olan hastada CHAPLE açısından CD55 ve kompleman testleri bakıldı ve CHAPLE hastalığı dışlandı.Hastaya Waldestrom Makroglobulinemisi tanısı ile tedavi başlandı.Tedavi ile birlikte hastanın şikayetleri geriledi,albumin normale geldi.

Anahtar kelimeler: Lenfanjiektazi, protein kaybettiren enteropati



Resim 1. Duodenum endoskopik görüntüsü



Resim 2. PET CT de vertebra da artmış fdg tutulumu

Beslenme

SS - 004

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:40:00

ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANESİNE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA MALNUTRİSYON SIKLIĞI

Şükriye Taşçı Karagöl
Ktü Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Genel Dahiliye

Giriş: Yetersiz beslenme, vücut kompozisyonunun değişmesine, yağsız kütlenin azalması, fiziksel ve zihinsel işlevin azalmasına ve hastalığın klinik sonucunun bozulmasına neden olan, beslenme eksikliği veya alımından kaynaklanan bir durum olarak tanımlanabilir.(1)

Y Yaşın ilerlemsi en önemli etmenlerden biridir. Fakat genellikle tek başına değil, hastalık, yetersiz besin temini, eşlik eden geriatrik sendromlar gibi farklı sebeplerle beraber prezente olur. (2)

Materyal Metod: Bu çalışma üçüncü basamak hastanesinde yapıldı. Genel dahiliye, 65 yaş üstü polikliniğine başvuran kronik hastalıkları olan ve olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu çalışmada Mini Nütrisyon testi (MNA) ve SARC-F testleri kullanıldı. Hastaların demografik özellikleri sorgulandı, albümin vitamin-D değerleri, hasta veri sisteminden retrospektif bulunarak kaydedildi. Kullanılan ilaçlar sorgulandı. Uygunsuz ilaç kullananlar TİME kriterlerine göre tespit edildi. Bütün veriler ile malnutrisyon sıklığı arasındaki bağlantı belirlenmeye çalışıldı.

İstatistiksel SPSS versiyon 23 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. P değeri 0,05 altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak kabul edildi.

Sonuçlar: Çalışmaya 55 hasta dahil edildi. Hastaların %61.1(n:33) malnütrisyon görüldü.

Malnütrisyonu olan 16 hastada(%48.5) polifarmasi mevcuttu.(p:1.0) Yedi hastada (%21.2) uygunsuz ilaç kullanımı vardı. (p:0.77) Malnütrisyonu olan hastaların 13'ünde(%40.6) SARC-F 4 ve üzeriydi.(p:0.8) Vitamin D düzeyi ortalaması malnütrisyonu olan hastalarda 21,5±5.3 ng/ml, olmayan hastalarda 20,8±8.02 mg/dl ölçüldü.(p:0.164) Albümin düzeyi ortalaması malnütriyonu olanlarda 37,±6.2, olmayanlarda 41,5±5,7 idi.(p:0.003)

Malnütrisyonu olan hastaların yaş ortalaması 73,4±7,5; olmayanların70,7±5,0 idi. (p:0,22)

Tartışma: Malnütrisyon özellikle komorbiditesi olan 65 yaş üstü yatan hastalarda diğerlerine göre daha fazla görülmektedir. Bizim çalışmamızda %61.1 hastada malnütrisyonlu hasta tespit edildi. Daha önce Türkiye'de yapılan bir çalışmada, yatan hastaların %15'inde malnütrisyon görülürken bu yoğun bakım ünitesine yatanlarda %52' ye kadar çıkabildiği tespit edilmişti.(3)

Hastaların ko-morbid durumları ve kullandığı ilaçların fazlalığı malnütrisyonu etkilemektedir. Bizim çalışmamızda bunu destekler nitelikteydi.

Malnütrisyon hastalıkların mortalite ve morbiditesiyle ilişkilendirimiştir. Basit tarama testleriyle hastalara uygulanması, beslenme desteklerine bilinçli şekilde yaklaşılması, kaşeksinin önlenmesi veya tedavi edilmesinin hastaların mortalite ve morbiditesini etkileyeceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: malnutrition, geriatric patient

Kaynaklar

1. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN Guideline ESPEN guidelines on de fi nitions and terminology of clinical nutrition. 2017;36:49–64.
2. Pirlich M, D M, Schütz T, Ph D, Kemps M, D M, et al. Social risk factors for hospital malnutrition. 2005;21:295–300.
3. Gu H, Ayd S. Nutritional risk of hospitalized patients in Turkey q. 2009;28(November 2003):533

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

SS - 005

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:40:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:50:00

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİN İRRİTABL BARSAK SENDROMUNA YAKLAŞIMI VE UZMANLIK EĞİTİMİNİN ETKİSİ

Mustafa Reşat Dabak[1], Oya Uygur Bayramiçli[2], Sabah Tüzün[3], Burak Ölmez[4], Şevin Demir[5], Gülbüz Sezgin[6], Serhat Bor[7]

[1]İstanbul Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği
[2]Özel Muayenehane, İstanbul
[3]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği
[4]Sinanpaşa Küçükhüyük Aile Sağlığı Merkezi
[5]Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
[6]Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[7]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Amaç: Ülkemizde birinci basamak hekimlerinin irritabl barsak hastalığına (İBS) yaklaşımları ile ilgili yeterli veri birikimi yoktur. Bu çalışmada aile hekimlerinin (AH) İBS yaklaşımlarının değerlendirilmesi ve buna uzmanlık eğitiminin etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya Aralık 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında AH'lerine yönelik eğitim toplantılarına katılan AH'leri dahil edilmiştir. Tüm AH'ne araştırmacılar tarafından hazırlanan ve birinci basamak sağlık hizmet sunumlarında İBS tanı ve tedavisine yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçlayan anket formu eğitim toplantısı öncesinde uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 901 AH'nin 321 (%35.8)'nin Marmara bölgesinde, 125 (%13.9)'nün Ege bölgesinde, 132 (%14.7)'nin Akdeniz bölgesinde, 139 (%15.5)'nun İç Anadolu bölgesinde, 46 (%5.1)'nün Doğu Anadolu bölgesinde, 69 (%7.7)'nun Güneydoğu Anadolu bölgesinde ve 65 (%7.3)'nin Karadeniz bölgesinde çalıştığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin 155 (17.3)'i uzman AH'i, 543 (%60.5)'i pratisyen AH'i ve 200 (%22.2)'i asistan hekim olduğu saptanmıştır. Hekimlerin hekimlik süreleri uzman AH grubunda 5.00 [14.0] yıl, pratisyen AH grubunda 18.0 [16.0] yıl ve asistan hekim grubunda 2.0 [2.5] yıl olarak bulunmuştur ($p<0.001$). AH'lerinin 707 (%79.8)'i İBS hastası takip ettiği ve 858 (%95.9)'nin İBS tanısını semptomlara dayalı koyduğu bulunmuştur. Ayrıca tanıda AH'lerinin 393 (%44.9)'nin ROMA kriterlerini kullandığı gözlenmiştir. Uzmanlık eğitimine göre AH'lerinin İBS yaklaşımları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tartışma: Çalışmada ülkemizdeki AH İBS hastalarının yönetimini önemli oranda üstlendiklerini ve tanıda literatüre göre ROMA kriterlerini yüksek oranda kullandıklarını ifade etmiştir. Büyük çoğunluk tanıda laboratuara fazla başvurmamaktadır. Farmakolojik tedavide en sık antispazmodik ilaçları tercih etmekle beraber, bu ilaçların yeterli süre kullanımını önermedikleri de gözlenmiştir. Yine İBS subgruplarında konstipasyon veya diyare gibi semptomlara yönelik tedavinin neredeyse hiç başlanmadığı görülmektedir. Bu çalışma AH'lerinin ve özellikle asistan hekimlerin İBS konusundaki eğitim ihtiyaçlarını ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: İrritabl barsak sendromu, Birinci basamak sağlık hizmetleri, Aile hekimliği

Tablo 1. Uzmanlık eğitimine göre AH'lerinin İBS yaklaşımları

	Uzman AH	*Pratisyen hekim*	*Asistan hekim*	*p*
İBS hastası takip etme sıklığı	134 (87.6)	446 (83.8)	124 (62.6)	<0.001
Tanıda kullanılan yöntemler*				
Sadece semptom	49 (96.1)	520 (96.7)	186 (93.9)	0.251
Laboratuar tetkikleri	8 (5.2)	30 (5.6)	12 (6.1)	0.934
Radyolojik görüntüleme	8 (5.2)	12 (2.2)	6 (3.0)	0.160
Tanı amacıyla gastroenterologa yönlendirme	12 (7.7)	41 (7.6)	16 (8.1)	0.979
Kontrol muayene süresi				<0.001
1 ay sonra	105 (75.5)	368 (81.1)	77 (59.7)	
3 ay sonra	34 (24.5)	81 (17.8)	42 (32.6)	
6 ay sonra	0 (0.00)	5 (1.1)	10 (7.7)	
Tanıda gastroskopi kullanımı	8 (5.2)	37 (6.9)	14 (7.1)	0.733
Tanıda kolonoskopi kullanımı	9 (5.9)	37 (6.9)	16 (8.2)	0.724
Tanıda ROMA kriterlerinin kullanımı	107 (69.9)	179 (34.4)	106 (53.5)	<0.001
Tedavide ilk tercih edilen farmakolojik ajan*				
Antispazmodikler	142 (91.6)	497 (91.5)	174 (87.0)	0.153
Antidepresanlar	12 (7.7)	43 (7.9)	14 (7.0)	0.916
Laksatifler	2 (1.3)	20 (3.7)	9 (4.5)	0.232
Antidiyaretikler	1 (0.7)	6 (1.1)	2 (1.0)	0.879
Önerilen antispazmotik tedavi süresi (hafta)	4.0 [4.0]	4.0 [2.0]	4.0 [2.0]	0.137
Eğitim toplantılarına katılım	92 (66.7)	309 (62.5)	64 (33.7)	<0.001

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 006

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:10:00

EDİRNE İLİNDE İNFLAMATUAR BARSAK HASTALARINDA FENOTİP VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İsmail Acar, İbrahim Emre Kurtça

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji A.b.d

Giriş: İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında(İBH) epidemiyoloji ve fenotip dağılımları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. İBH'nın görülme sıklığı ve yaygınlığı özellikle gelişmiş ülkelerde yüksek olmakla birlikte, prevalansı son 20 yılda dünya çapında artış eğilimindedir. İBH hastaları, tanı anından itibaren ömür boyu takip gerektirdikleri ve uzun vadede morbiditeye neden oldukları için önemlidirler. Ancak Ülkemizde İBH'nın hastalık yükünü tanımlayacak yeterli veri bulunmamaktadır. Bu yüzden

Türkiye'deki üçüncü basamak bir sevk merkezinde İBH'nın epidemiyolojik ve klinik özelliklerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2019-2020 yılları arasında klinik, endoskopik veya histopatolojik olarak daha önceden tanı almış ve gastroenteroloji kliniğine ayaktan başvuran toplam 97 hasta dahil edildi. Tüm hastaların klinik bilgileri iki gastroenteroloji yan dal araştırma görevlisi tarafından değerlendirildi. Tanı yaşı, hastalık süresi, bireysel alışkanlıklar, ilk başvuru şikayetleri, tıbbi ve cerrahi tedaviler ve diğer bilgiler sorgulandı ve kayıt altına alındı.

Bulgular: 56 hasta (%57,7) Ülseratif Kolit (ÜK) ve 41 hasta(%42,2) Crohn Hastalığı(CH) tanılı idi. Ortanca yaş 49(22-84 aralığında) olup, hastaların %57.7'si erkekti ve tanı anında ortanca yaş 40 (15-81) idi. Hastaların %62,9'u 5 yıldan fazla takip edilmekteydi. Bir (%1,7) ÜK ve iki (%4,8) CH hastasında aile öyküsü pozitifti. ÜK hastalarında baskın fenotip Montreal sınıflamasına göre yaygın kolit (%46,4) iken, Crohn hastalarında ise ileal tutulum (53,7) idi. Hastalığın davranışı CH'nda çoğunlukla (%58,5) inflamatuar tipteydi ve hastaların%19,5'inde perianal hastalık vardı. Tanı anında kortikosteroid ihtiyacı ÜK ve CH hastalarında sırasıyla%32,1 ve %22 idi. CH hastalarının %26,8'inde komplikasyonlar nedeniyle en az bir kez ameliyat ihtiyacı olmuştu, ÜK hastalarının ise hiçbiri ameliyat olmamıştı. Biyolojik tedavileri 25/97(%25,7) hasta kullanıyordu.

Sonuç: İnflamatuvar bağırsak hastalıkları günlük pratikte sıkça görülmektedir. Kliniğimizde takip edilen İBH olgularının çoğunluğunu erkekler oluşturmakta ve özellikle Crohn hastalarında daha agresif bir seyir göstermektedir. Sonuç olarak Biyolojik tedavilerin erken kullanımı ile komplikasyon oranının azalacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuar Barsak Hastalıkları, Fenotip, Demografik Veriler

Tablo 1. Demografik Veriler

	Crohn Hastalığı	*Ülseratif Kolit*
Hastalık lokalizasyonu		
İleal	22	
Kolorektal	3	
İleokolonik	16	
Hastalığın Yaygınlığı		
Proktit		8
Sol Kolit		22
Yaygın Kolit		26
Hastalığın Davranışı		
İnflamatuar	24	
Strikturan	4	
Penetran	13	
Perianal hastalık	8	
Bireysel alışkanlıklar		
Sigara Durumu		
Hiç içmemiş	13	15
Bırakmış	21	29
Aktif içici	7	12
Alkol		
Evet	12	7
Hayır	29	49
Fast Food Tüketimi		
Hiç	25	39
Haftada bir kez	11	13
Haftada 2-3 kez	3	1
Haftada >3 kez	2	3

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 007

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:20:00

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALARINDA ÇİNKO VE KEMİK METABOLİZMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuba Erürker Öztürk[1], Mahmut Enver Dolar[2], Macit Gülten[2]

[1]Denizli Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü
[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bd

İnflamatuar barsak hastalığı (IBD) gastrointestinal sistemin kronik inflamasyonu ile karakterize etiyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır(1). Ekstraintestinal tutulumlar vitaminlerin ve esansiyel minerallerin emilimini bozabilir. En sık ekstraintestinal bulgu olarak anemi görülür(2). Hastalarda inflamasyonu ve IBD komplikasyonlarını kontrol ederken hastalara beslenme destekleri de sağlanmalıdır(3). Amacımız IBD'li hastalarda kalsiyum, magnesyum, çinko ve kemik mineral dansitesini değerlendirmektir.

Materyal ve Metod: Uludağ Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi gastroenteroloji Bölümünde 2017'de IBD tanısı ile takip edilen hastalarda kalsiyum, magnesyum, çinko, vitamin D, paratiroid hormon, kalsitonin, osteokalsin ve dual enerji X-ray absorptiometri (DXA) bakıldı. Çalışmaya 40 ülseratif kolit (ÜK) hastası ile 27 Crohn hastası (CD) dahil edildi. Kontrol grubunda çalışma hastalarına uygun yaş dağılımında 26 sağlıklı kişi yeraldı. ÜK grubundaki hastaların 26 sı erkekti (%60) ve ortalama yaşı 43,73 ±12,67 yıldı. 36 ÜK hastası (%90) remisyondaydı. Hiçbir hastanın geçirilmiş gastrointestinal cerrahi öyküsü yoktu. CD grubundaki hastaların 14'ü erkekti (%51,85) ve ortalama yaşı 34,67 ±10,57 yıldı. 24 CD hastası (%96) remisyondaydı. Kontrol grubundaki erkek sayısı 11(%42,31) idi ve ortalama yaşı 34,19 ±8,61 yıldı. IBD hastalarının ortalama serum kalsiyum, fosfor, kalsitonin, osteokalsin ve vitamin D düzeylerinde kontrol grubuna göre farklılık saptanmadı. CD hastaların ortalama çinko düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düşük saptandı (p=0.001). Hem ÜK hem CD hastalarında ortalama PTH seviyeleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (p=0.017) . CD hastalarında çinko düzeyi ile serum alkalen fosfataz ve CRP arasında ters yönlü bir korelasyon saptandı. CD hastalarında çinko düzeyi ile L1-4 T skoru arasında belirgin pozitif korelasyon saptandı (p = 0.004) . ÜK hasta grubunda bu korelasyon saptanmadı (p = 0.71).

Tartışma: IBH'da görülen metabolik kemik hastalığı multifaktöriyeldir. Kronik inflamasyon, yaygın ince barsak tutulumu ya da rezeksiyonu, yaş, sigara kullanımı ve vitamin-mineral eksiklikleri metabolik kemik hastalıklarına neden olabilir(4-5). Çalışmamızda PTH ile DXA skoru arasında pozitif korelasyon saptanmamış olsa da IBH hastalarında PTH seviyeleri kontrol grubuna göre belirgin yüksek saptandı. Çalışmamızdaki IBH hastalarının çoğu remisyonda idi. IBH hastaları remisyonda olsa dahi esansiyel minerallerin eksiklikleri açısından takip edilmelidir. ALP ve CRP yüksek saptanan CD hastalarında çinko düzeyi bakılmalıdır. Özellikle çinko düzeyi düşük CD hastaları osteoporoz açısından tetkik edilmelidir.

Sonuç: IBH hastalarında sadece vitamin D eksikliği açısından değil çinko gibi diğer mineraller açısından da tetkik edilmelidir. Özellikle çinko seviyesi düşüklüğü saptanan CD hastalarından DXA istenmelidir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuar barsak hastalığı, vitamin d, çinko, dexa

Kaynaklar

1. Podolsky DK.Inflammatory bowel disease.Engl J Med 2002; 347: 417-419.
2. Filmann N, Rey J, Schneeweiss S, et al. Prevalence of anemia in inflammatory bowel diseases in European countries: a systematic review and individual patient data meta-analysis. Inflamm Bowel Dis 2014;20:936–45.
3. Ghishan FK, Kiela PR. Vitamins and minerals IBD. Gastroenterol Clin North Am 2017; 46(4): 797-808.
4. Ali T, Lam D, Bronze MS, Humphrey MB. Osteoporosis in inflammatory bowel disease. Am J Med 2009; 122:599.
5. Agrawal M, Arora S, Li J, et al. Bone, inflammation, and inflammatory bowel disease. Curr Osteoporos Rep 2011; 9:251.

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 008

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:30:00

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALARINDA KIRILGANLIK VE KOGNİTİF BOZUKLUK GÖZDEN KAÇIYOR MU?

Çağatay Çavuşoğlu[1], Onur Keskin[2], Arzu Okyar Baş[1], Merve Güner Oytun[1], İlker Boğa[1], Erkan Parlak[2], Bülent Sivri[2], Tevhide Sahin[2], Meltem Gülhan Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1], Taylan Kav[2], Burcu Balam Doğu[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Geriatri Bilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bd

Amaç: İnflamatuvar barsak hastalığının (İBH) yaşlı popülasyonda sıklığı artmaktadır. Yaşlı hastalar değerlendirilirken aktivite skoru ile birlikte kapsamlı geriatrik değerlendirme parametreleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamız aktivite skorları, kırılganlık ve kognisyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamıştır. İkinci bir amacı da biyolojik ajan kullanımının geriatrik sendromlarla ilişkisinin araştırılmasıdır.

Material ve Metod: Çalışmamıza 42 hasta dahil edildi. Demografik veriler kaydedildi ve eşlik eden komorbid durumları değerlendirmek için de CIRS-G (Cumulative illness rating scale-Geriatric) hesaplandı. Ülseratif kolit için Mayo skoru, Crohn için Harwey-bredshaw (HB) indeksi bakıldı. Kırılganlığı değerlendirmek için FRIED, FRAIL ve Klinik kırılganlık Skalası (KKS) uygulandı. Kapsamlı geriatrik değerlendirmeye; günlük ve enstrümental temel yaşam aktivitesi, Mini mental durum değerlendirme testi (MMT), Hızlı Hafif Kognitif Bozukluk Türkçe Versiyonu (Qmci-TR), Geriatrik depresyon skoru-15 (GDS-15), mini nutrisyonel test dahil edildi.

Sonuç: Hastaların yaş ortalaması 61±6 ve %41'ini kadın cinsiyet oluşturmaktaydı. Crohn hastalarında HB skoru ile FRAIL ve KKS skoru arasında orta-güçlü korelasyon mevcuttu (r:0,669 p= 0,009; r:0,618 p=0,618). FRAIL indeksine göre kırılgan olan hastaların HB skoru, kırılgan olmayanlara göre daha yüksekti (HB skoru: 5,90±1,85 ve HBS skoru: 2,50±1,29; p=0,006). HB skoru ile MMT dikkat hesaplama puanı ile negatif yönlü korelasyon mevcuttu (r:-584, p=0,028). FRAIL skoruna göre kırılgan olan hastaların Qmci-TR test skorları, kırılgan olmayanlara göre daha düşüktü (Qmci-TR skoru: 64.42 (±7.61) ve Qmci-TR skoru: 70.20(±9.40), p: 0,042). Qmci-TR skoru ile FRAIL ve FRIED skorları arasında negatif yönlü korelasyon mevcuttu (r:-0,409 p=0,007; r:-0,456 p=0,002). Frail ve Fried skoru ile Qmci-TR gecikmiş geri çağırma ile arasında negatif yönlü korelasyon mevcuttu (r:-0,403 p=0,008; r:-0,401 p=0,008). Biyolojik ajan kullanan İBH hastalarının geriatrik depresyon skorları, kullanmayanlara göre yüksekti (GDS-15 skoru: 2 (0-10) ve GDS-15 skoru: 8 (0-10); P=0,020). Biyolojik ajan kullanımı ile ilaç sayısı, CIRS-G, MMT, Qmci-TR yönelim skorları ile anlamlı ilişkili saptandı (sırası ile p=0,039; p=0,036; p=0,043) Yapılan regresyon analizinde biyolojik ajan kullanımı ile GDS-15 skoru bağımsız ilişkili bulundu (OR: 1,376 %95 GA: 1,068-1,723; p=0,014).

Tartışma: İnflamatuvar barsak hastalığı olan yaşlı hastalara geriatrik sendromlar eşlik edebilmektedir. Hastalığın aktivitesinin artması önemli bir geriatrik sendrom olan kırılganlığın artması ile anlamlı ilişkilidir. Kırılganlık, hem İBH aktivite skorlarını hem de hastanın bilişsel fonksiyonlarını etkileyebilmektedir. Yaşlı hastalarda kırılganlık indeksi kullanımı ve kapsamlı geriatrik değerlendirmenin yapılması İBH yönetiminde ve tedavi kararında önemli rol oynamaktadır.

Anahtar kelimeler: İBH, geriatri, kırılganlık

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 009

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:40:00

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA SARKOPENİ VE KLİNİK TABLO İLE İLİŞKİSİ

Semih Özyurt[1], Ayşe Nurdan Tözün[2], Nesliar Eser Kutsal[2], Özdal Ersoy[2], Hülya Hamzaoğlu[2]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi,iç Hastalıkları
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi,gastroenteroloji

Amaç: İnflamatuvar bağırsak hastalığı(İBH),gastrointestinal sistemdeki en yaygın kronik inflamatuvar proçesi oluşturur.Bozulmuş vücut kompozisyonunun bir parçası olan ve "sarkopeni" olarak adlandırılan kas iskelet kitlesinde azalma durumu,İBH'lı hastalarda artan oranlarda raporlanmaya başlanmıştır.Çalışmamızdaki asıl amaç sarkopeni ve İBH ilişkisini literatürde ağırlıklı olarak ele alınan cerrahi perspektif dışındaki faktörleri de dahil ederek değerlendirmek ve sarkopeninin;İBH'daki prevalansı,İBH'nın klinik seyri,aktivitesi,tutulum yeri,gebelik,kullanılan ilaçlar,extraintestinal manifestasyonlar,cerrahi ihtiyacı ve nütrisyonel risk ile olan ilişkisini aydınlatmaktır.

Yöntem: Araştırma materyali retrospektif olarak incelenen ve hastanelerimizin gastroenteroloji bölümünde ülseratif kolit ve Crohn hastalığı tanısı almış 18-50 yaş grubundan hastalardan oluşturuldu.İncelenen hastalara dışlanma kriterlerleri uygulandıktan sonra kalan 90 olgu çalışmaya dahil edildi.Kontrol grubu olarak hasta grubuyla yaş ve cinsiyeti eşleşen aynı sayıda sağlıklı kişiler alındı.Sarkopeninin tanımlanması için BT ile L3 vertebral kesitindeki tüm iskelet kas kütlesi ölçümü yardımıyla iskelet kası indeksi (SMI) hesaplandı.Hastaların detaylı olarak tutulan kayıtlarından geriye dönük olarak;demografik verileri,İBH ile ilişkili laboratuvar,radyolojik,medikal ve cerrahi tedavi verileri,ek hastalıkları,malnütrisyon risk durumları,ÜK hastaları için hesaplanmış Mayo skorları,CH için hesaplanmış CDAI,SES-CD,indeksleri sarkopeni durumlarıyla beraber hem tanımlayıcı olarak hem de birbirleriyle ilişkisi karşılaştırmalı olarak incelendi.

Bulgular: İBH'lı hastaların SMI'ya göre %55,6'sı(n=50) sarkopenik,sağlıklı kontrol grubunun ise SMI'ya göre %28,9'u(n=26) sarkopenik saptandı.İBH'lı hasta grubunun sarkopenik olma oranı anlamlı olarak yüksek bulundu(p<0.001).Sarkopenik

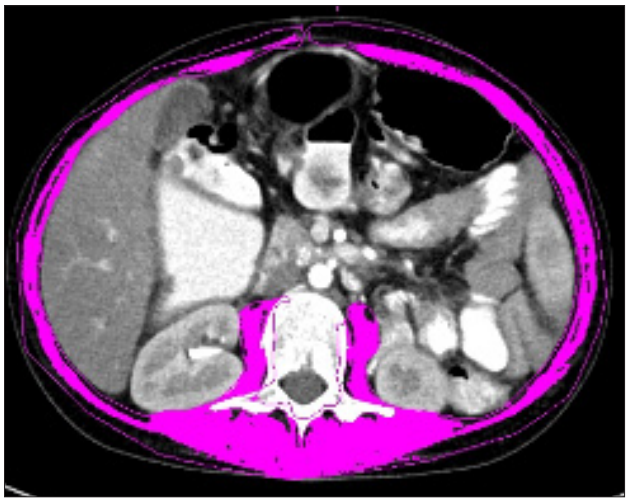
hastaların sarkopenik olmayan hastalara göre anlamlı derecede düşük vücut ağırlığı ve VKİ'ye sahip olduğu saptandı(p=0,012; p=0,001).Cerrahiye giden hasta grubunda sarkopeniklerin VKİ ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulundu(p=0,005). İBH'lı hastalarda sarkopenik grupta, MUST skoruna göre orta ve yüksek risk grubunda olan hastaların oranı sarkopenik olmayan gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı(p=0,004).Aynı zamanda cerrahiye giden İBH hastaları arasında sarkopenik olanların sarkopenik olmayan hastalara göre malnütrisyon bakımından yüksek risk(MUST ≥2) grubunda olma oranı anlamlı olarak yüksek bulundu(P=0,017).

Sonuç: Sarkopeni prevalansı İBH hastalarında belirgin olarak yüksektir ve sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak fazla oranda izlenmektedir. Sarkopeni İBH'nın seyrinde ve patogenezinde yaştan bağımsız olarak rol oynuyor olabilir.Bu nedenle, klinik uygulamada sonuçları iyileştirmek, komplikasyonları azaltmak,perioperatif yaklaşımlar oluşturmak için sarkopeninin saptanması,bununla beraber beslenme ve malnütrisyon risk durumunun rutin olarak değerlendirilmesi İBH'da bir köşe taşı olmalıdır.

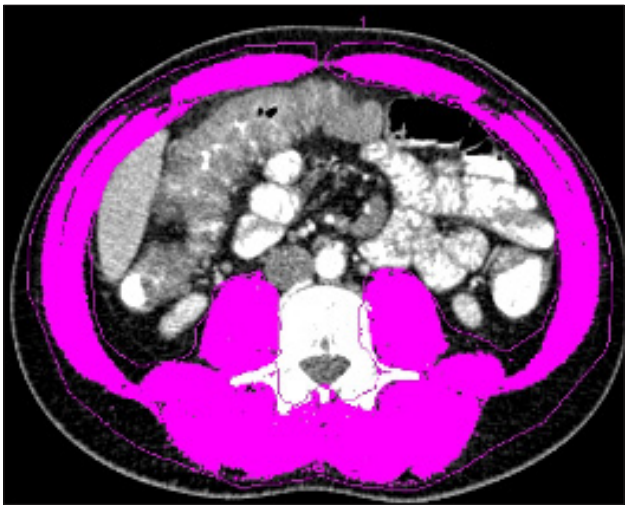
Anahtar kelimeler: SMI, sarkopeni, İBH, Crohn, ülseratif kolit, MUST

Kaynaklar

1. Ryan, E. et al. Sarcopenia and inflammatory bowel disease: A systematic review. Inflammatory Bowel Diseases 2019, 25(1):67-73, doi:10.1093/ibd/izy212.
2. Zhang, T. et al. Prevalence of Sarcopenia and Its Impact on Postoperative Outcome in Patients with Crohn's Disease Undergoing Bowel Resection. J. Parenter. Enter. Nutr. 2017, 41(4):592-600, doi:10.1177/0148607115612054.
3. Subramaniam, K. et al. Infliximab reverses inflammatory muscle wasting (sarcopenia) in Crohn's disease. Aliment. Pharmacol. Ther. 2015, 41(5):419-28, doi:10.1111/apt.13058.
4. Adams, D. W. et al. Sarcopenia Is Common in Overweight Patients with Inflammatory Bowel Disease and May Predict Need for Surgery. Inflamm. Bowel Dis. 2017, 23(7):1182-1186, doi:10.1097/MIB.0000000000001128.
5. Tozun, N. et al. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: A multicenter epidemiologic survey. J. Clin. Gastroenterol. 2009, 43(1):51-7, doi:10.1097/MCG.0b013e3181574636.
6. Dignass, A. et al. Updated German guideline on diagnosis and treatment of ulcerative colitis, 2011. Z. Gastroenterol. 2011, 49(9):1276-341, doi:10.1055/s-0031-1281666.
7. Subramanian, V., Mannath, J., Ragunath, K. & Hawkey, C. J. Meta-analysis: The diagnostic yield of chromoendoscopy for detecting dysplasia in patients with colonic inflammatory bowel disease. Aliment. Pharmacol. Ther. 2011, 33(3):304-12, doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04525.x.



Şekil A. Sarkopenik Crohn'lu Erkek Hasta



Şekil B. Sarkopenik olmayan Crohn'lu Erkek Hasta

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun yaş, VKİ ve SMI ortalamalarının karşılaştırılması

	Hasta n=90 Ort.±SS Med. (Min-Maks.)	*Kontrol n=90 Ort.±SS Med. (Min-Maks.)*	*p*
Yaş	37,06±8,11 38 (21-50)	37,06±8,11 38 (21-50)	1,000
Boy	171,81±9,13 171 (145-190)	171,24±9,74 171,5 (150-190)	0,690*
Kilo	70,65±18,52 68 (40-150)	77,24±14,71 78 (49-120)	0,004
VKI	23,83±5,88 23,35 (14,7-55,1)	26,25±3,62 26,34 (16,61-35,3)	<0,001
SMI(cm^2/m^2)	44,86±9,64 45,39 (19,22-64,81)	50,97±10,47 50,85 (34,62-80)	0,001

Tablo 2. Cerrahi tedavi uygulanan hasta grubunda SMI'ya göre beslenme parametrelerin karşılaştırılması

		Nonsarkopenik n=15 Ort.±SS Med.(Min-Maks.)	*Sarkopenik n=24 Ort.±SS Med.(Min-Maks.)*	*p*
VKI		24,7±5,5 24,1 (15,6-37,2)	20,2±3,3 20,7 (14,7-26,3)	0,005
Albumin(g/dl)		3,3±0,6 3,2 (2,3-4,5)	3,1±0,8 3,02 (1,3-4,4)	0,466
		N %	N %	P*
MUST	düşük-orta risk	13 86,7%	11 45,8%	0,017
	yüksek risk	2 13,3%	13 54,2%	
MUST	0	12 80,0%	9 37,5%	0,018
	1	1 6,7%	2 8,3%	
	2	2 13,3%	13 54,2%	

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 010

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:40:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 09:50:00

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARINDA KAS İSKELET SİSTEMİ SEMPTOM SORGULAMASININ ÖNEMİ

Onur Keskin[1], Bayram Farisoğulları[2], Burcu Usta[3], Erkan Parlak[1], Ömer Karadağ[1], Taylan Kav[1], Umut Kalyoncu[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bd
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Romatoloji Bd
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd

Giriş: İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında (IBH), hastaların bir kısmı kendilerine sorulmadığı takdirde kas-iskelet sistemine dair şikayetlerini belirtmemektedir. Takip eden hekimler de çoğu zaman kas-iskelet sistemine dair sorgulamayı yeterli yapmamaktadır. Bu durum İBH vakalarında bazı eklem patolojilerinin atlanmasına, uzun süre tanıda gecikmeye ve geri dönüşsüz bazı kas-iskelet rahatsızlıklarının gelişmesine neden olabilmektedir. Biz de bu çalışmada kas-iskelet sistemine yönelik olarak romatoloji bölümü tarafından önerilen bir sorgulamayı poliklinikte gördüğümüz tüm hastalara uyguladık.

Materyal-Metotlar: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde takip edilen ve Ocak 2020-Eylül 2020 tarihleri arasında rutin kontrol muayenelerine gelen tüm hastalara kas-iskelet semptom sorgulaması yapılmış ve sırasıyla *1. Hiç el ya da ayak parmak ekleminizde ve/veya herhangi bir ekleminizde başka bilinen bir neden olmadan ağrı ve şişlik oldu mu?2. El ya da ayak parmağınız şiş, sosis gibi göründü mü? 3.Topuklarınızda ağrı oldu mu? 4. Hiç travma olmaksızın en az 3 ay süren bel ağrınız oldu mu? 5. Sabah ve / veya dinlendikten sonra egzersiz ile düzelen bel ağrınız var mı? 6. Bel ağrısı nedeniyle geceleri uyanıyor musunuz?* soruları soruldu. Bu sorulardan en azından birine evet cevabını veren tüm hastalar romatoloji bölümündeki ilgili uzmanlara detaylı muayene için yönlendirilmiştir. Burada yapılan ileri incelemeler sonunda romatolojik hastalık tanısı alan hastalar kaydedilmiştir. Önceden bilinen romatolojik hastalık tanısı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya bilinen IBH tanısı olan ve belirtilen zaman aralığında poliklinik kontrolüne gelen, IBH açısından klinik remisyonda olan 217 hasta dahil edilmiştir. Daha önceden bilinen romatolojik hastalığı olan 20 hasta çalışmadan çıkarılmıştır. Kalan 197 hastanın (101K/96E; ortalama yaş:42±16; 96 CD-94 UC ve 7 indetermine kolit; medyan hastalık süresi: 3 yıl) 49'u (%24) ağrı sorgulamasında en az bir soruya evet cevabını vermiştir. Bu hastaların romatoloji bölümü tarafından ileri tetkikleri yapılmış ve 16'sı (%8.1) enteropatik artrit (spondilit:10 periferik artrit:6) tanısı almıştır. Bu hastalardan 8'i CD ve 8'i de UC nedeniyle takipli hastalardır. Enteropatik artrit gelişen ve gelişmeyen hasta grubu yaş (p:0.18), cinsiyet (p:0.8), ortalama hastalık süresi (p:0.8) ve hastalık tipi (p:0.7) ve IBH hastalık tutulum bölgeleri açısından farklılık göstermiyordu.

Tartışma: Gastrointestinal bulgular açısından remisyonda takip edilen IBH hasta grubunda kas-iskelet sistemine yönelik sorgulama ile hasta grubunun %24'ü romatoloji bölümüne yönlendirilmiş ve bu hasta grubunun yaklaşık üçte birinde (%8) enteropatik artrit tanısına ulaşılmıştır. Bulgular IBH hastalarında rutin poliklinik kontrolünde kas-iskelet sistem sorgulamasının önemine işaret etmektedir.

Anahtar kelimeler: IBH, kas iskelet sistemi sorgusu

Özofagus – Mide – Duodenum

SS - 011

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 09:50:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:00:00

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALARINDA ÖZOFAGUS EPİTELİNDE DİLATE İNTERSELLÜLER ARALIKLARIN TANISAL DEĞERİ

Volkan Görgülü[1,2], Pelin Ergün[1,3], Sezgi Kıpçak[1,4], Başak Doğanavşargil[5], Serhat Bor[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ege Reflü Çalışma Grubu, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Dilate intersellüler aralıklar (DIS), gastroözofageal reflü hastalığında (GÖRH) özofagus epitelinin en erken ve önemli histopatolojik değişimlerinden birisi olduğu belirtilse de tanısal değeri net değildir. Pek çok çalışma, eroziv özofajit hastalarının, noneroziv reflü hastalarına (NERH) göre daha belirgin DIS'e sahip olduğunu, buna karşın NERH hastalarının sağlıklı kontrollerden (SK) daha belirgin DIS'e sahip olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada, kapsamlı olarak değerlendirilmiş bir hasta grubunda GÖRH'ün farklı fenotiplerinde DIS'in tanısal değerini test etmeyi sağlıklı kontroller ile karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: 25 SK ve 102 GÖRH ve 17 Fonksiyonel Pirozis (FP) hastası değerlendirildi. Yaşam kalite anketleri, üst GİS endoskopisi, yüksek rezolüsyonlu manometri, 24 saat pH-impedans monitorizasyonu ile hastalar orta şiddetli eroziv reflü hastalığı A+B (ERH A+B) n=48, ciddi eroziv reflü hastalığı C+D (ERH C+D) n=12, NERH n=31, reflü hipersensitivitesi (RH) n=11 olarak alt gruplara ayrıldı. DIS bulguları ciddi erozyon hastalarının olmadığı total GÖRH, ERH A+B ve total nonerosiv grupları (NERH+RH) için farklı pH cut-off (<4, 4-6, >6) değerlerine göre değerlendirildi. Veriler ayrıca proton pompası inhibitörü (PPI) yanıtına göre; yanıt vermeyenler (<%50), yanıt verenler (≥%50), çok iyi yanıt verenler (≥%80) olarak sınıflandırıldı. Total GÖRH, Total ERH, Total nonerozivler (NERH+RH), PPİ yanıtlarına göre değerlendirildi. Biyopsiler bir araştırmacı tarafından alt özofageal sfinkterin 3-5 cm yukarısından alındı. Her hasta için, ışık mikroskobunda 10 farklı alandan 1000x büyütmede fotoğraf çekildi. Spino-basal bölgedeki en geniş DIS'e sahip olan tek epitel hücresinin etrafından 10 uzunluk ölçümü yapıldı. Her hasta için tek araştırmacı tarafından toplam 100 kör ölçüm yapıldı.

Sonuçlar: Tüm GÖRH hastalarında (mean:1,1208±0,30488μm) SK'dan (mean:0,9521±0,21301μm) daha geniş DIS'e sahiptiler (p=0,01). ROC Curve analizinde 1,0261μm cut off değeri %69 duyarlılık ve %72 özgüllüğe sahipken, %100 özgüllüğün elde edildiği 1,3903μm değeri ise yalnızca %18 duyarlılığa sahipti (p=0,005). Aside maruziyet ile DIS arasında zayıf bir ilişki vardı; 24 saat pH<4 %zamanı ile DIS değeri arasında Pearson korelasyon katsayısı 0,281 p=0,002 olarak bulundu. pH cut off değerlerine göre hem ciddi erozyonun olmadığı total GÖRH (p=0,90), hem ERH A+B (p=0,53), hem de NERH+RH (p=0,54) hastaları için fark gösterilmemiştir. Farklı PPI yanıt oranlarına göre yine total GÖRH (p=0,37) ERH A+B+C+D (p=0,84) ve NERH+HS (p=0,40) için fark yoktu.

Tartışma: Sonuçlarımız SK, NERH, RH, FP subgrupları arasında istatistiksel olarak farklılık göstermediğinden, DIS ölçümünün

eroziv özofajit dışında GÖRH alt gruplarının ayrımında yararlı olmadığını kabul etmekteyiz. ERH hastalarına halihazırda endoskopi ile teşhis konulabildiğinden, zahmetli ve zaman alan DIS ölçümünü tanısal amaçla kullanmak gereksiz işgücü kaybına sebep olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Dilate intersellüler aralıklar, gastroözofageal reflü hastalığı

Subgruplar	SK	ERH A+B	ERH C+D	NERH	RH	FP
Mean (µm)	0,9521	1,2055[c,d]	1,2942[a,b]	0,97	0,9869	0,9795
SD (µm)	0,21301	0,28126	0,23532	0,31241	0,22927	0,33345

SD: standard sapma. One way Anova p=0.000. Bonferroni test: a; p=0,009 vs SK, b; p=0,011 vs NERH, c; p=0,005 vs SK, d; p=0,005 vs NERH

Özofagus – Mide – Duodenum

SS - 012

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:10:00

DİABETES MELLİTUS HASTALARINDA ÖZOFAGUS MOTİLİTESİNİN YÜKSEK ÇÖZÜNÜRLÜKLÜ MANOMETRİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Nihan Eren[1], Bilger Çavuş[2], Aslı Çifcibaşı Örmeci[2], Aysun Yakut[2], Volkan Şenkal[2], Ziya İmanov[2], Nurdan Gül[3], Ayşe Kubat Üzüm[3], Kadir Demir[2], Fatih Beşışık[2], Sabahattin Kaymakoğlu[2], Filiz Akyüz[2]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Ve Metabolizma Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Diabetes mellitus tüm organ sistemlerini etkileyebilen ve çeşitli düzeylerde hasar yaratabilen sistemik bir hastalıktır. Diyabetik hastalarda gastrointestinal komplikasyonlar sıklıkla uzun süreli hastalığa eşlik etmektedir. Bu komplikasyonlardan biri de özofagus dismotilitesidir. Bu hastalarda özofagus motilitesinde bozulma olsa bile hastaların çoğu semptomatik olmamaktadır. Bu çalışmada amacımız diabetes mellitus nedeniyle takipli hastalarda yüksek çözünürlüklü manometri ile özofagus motilite bozukluklarının sıklığını araştırmak ve diyabetik hastalarda özofagus dismotilitesi ile ilişkili olabilecek faktörleri belirlemektir.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya en az 5 yıldır tip 2 diabetes mellitus nedeniyle takip edilen 19 hasta ve herhangi bir hastalığı olmayan 10 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar değerleri, diyabet süreleri, komplikasyonları ve tedavileri kaydedildi. Hasta ve kontrol grubuna yüksek çözünürlüklü manometri uygulandı. Sonuçlar Chicago sınıflamasına göre değerlendirildi. Hasta grubuna ayrıca özofagogastroduodenoskopi yapıldı.

Bulgular: Sağlıklı gönüllüler diyabetik hastalara göre anlamlı olarak daha gençti (49.3±15.4'e karşı 60.3±7.1 yıl, p=0.045). Hasta grubunda ortalama diyabet süresi 16.7±6.1 yıldı. Hastaların ortalama HbA1C düzeyi %7.3±0.9 idi. Hastaların 11'i (%57.9) asemptomatikti. Beş hastada dispepsi, 2 hastada reflü, 1 hastada ise disfaji semptomları saptandı. Diyabetik grupta 5 (%26.3), kontrol grubunda 9 (%90) hastada HRM normal olarak sonuçlandı (p:0.001). Diyabet grubunda 3 hastada majör motilite bozukluğu, 9 hastada minör motilite bozukluğu, 2 hastada ise özofagogastrik bileşke çıkış yolu obstrüksiyonu saptandı; üç grup da hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0.001). VKİ<30 kg/m^2 ve VKİ≥30 kg/m^2 olarak ayrılan hasta alt grupları arasında demografik, laboratuvar veya manometri sonuçları açısından anlamlı fark bulunamadı. Nefropati ile patolojik manometri sonucu arasında anlamlı korelasyon saptandı (P=0.012; R=0.328).

Sonuç: Diyabetik hastalarda özofagus motilite bozuklukları sağlıklı popülasyona göre daha sıktır. Bu durum obeziteden bağımsız olarak diyabetin direkt etkisi ile ilişkilidir.

Anahtar kelimeler: Yüksek Çözünürlüklü Manometri, Özofagus Motilitesi, Diabetes Mellitus

Endoskopi

SS - 013

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:20:00

İNTRAGASTRİK BOTOLİNUM TOXİN A ENJEKSİYON UYGULAMASININ OBEZİTE TEDAVİSİNDEKİ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ BİR YILLIK DENEYİM

Ferit Çelik, Rukiye Vardar

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Obezite, dünya genelinde yaygınlığı gün geçtikçe artan en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, yetişkin bireylerin %39'u fazla kilolu veya obez olarak değerlendirilmektedir. Artan obezite prevelansı çeşitli tedavi moderitelerinin denenmesine yol açmıştır. Botulinum toksin A enjeksiyonunun asetilkolin aracılı gastrik kasılmaların inhibisyonu sonucu gastrik motiliteyi yavaşlattığı ve tokluk hissi yaratarak kilo kaybını indüklediği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, obez ve fazla kilolu hastalarda intragastrik botulinum toksin A enjeksiyonunun kilo kaybı üzerine etkilerinin birinci ay, üçüncü ay, altıncı ay ve onikinci ay sonuçlarını gözlemlemektir.

Yöntem: Çalışmaya 03.09.2018 ile 09.09.2019 tarihleri arasında intragastrik botolinum toxin A enjeksiyonu yapılan olgular dahil edildi. Tüm hastalarda mide endoskop ile incelendi 2 hastaya endoskopik incelemede ülser saptandığı için işlem yapılmadı. 18 yaş altı, 65 yaş üstü ülser varlığı, portal hipertansif gastropati varlığı dışlama kriteri kabul edildi. Toplam 200 U botulinum toksin A (Botox, Allergan, USA) enjeksiyonu 12 cc sodyum klorid ile sulandırıldıktan sonra endoskopik olarak midenin antrum, korpus ve fundus bölgelerine toplam 12 bölge olacak şekilde birer cc enjekte edildi. İşlem yapılan hastalar diyetisyene yönlendirilerek düşük kalorili diyet ayarlandı ve 3 gün sulu diyet önerildi

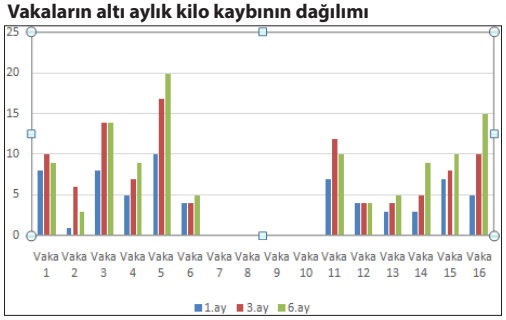
Bulgular: Çalışmaya katılan 16 hastanın 11(%68,8)'i kadın, yaş ortalaması 41,6±8,9 yıldı. Başlangıç ağırlığı ortalaması 97,7±14,8 kg, BMI ortalaması 34,2±4,1 kg/m2'di. Altı hastanın bilinen kronik hastalığı ve ilaç kullanımı vardı. İki hastada bozulmuş glikoz toreransı, iki hastada hashimato troiditi, bir hastada ülseratif kolit, bir hastada hipertansiyon mevcuttu. Uygulanan tedaviye bağlı olabileceğini düşündüğümüz 1 hastada epigastrik ağrı ve 1 hastada bulantı yan etkisi görüldü. 1.aydaki kilo kaybı ortalaması 4,1±3,3, 3.aydaki toplam kilo kaybı ortalaması 6,3±5,2 ve 6 aydaki toplam kilo kaybı ortalaması 7,1±6,0 kg'dır. Hastaların 6. aydaki ortalama BMI düşüşü 2,4±2,1 kg/m2, BMI düşüş yüzdesi 6,7±5,5'dir. 3 hastada hiçbir kilo değişikliği saptanmazken, 12 ayın sonunda tedavinin ilk altı ayında verdiği kiloları koruyan sadece 3 (%18,8) hasta olmuştur.

Sonuç: 200 U dozla intragastrik botulinum toksin A enjeksiyonu, kısa süreli olarak hastaların kilo vermelerine neden olabilmekte-

dir. Ancak bir yıllık sonuçlara bakıldığında ilaç etkinliğinin geçmesiyle birlikte hastaların eski kilolarına döndüklerinden dolayı bu uygulanmanın hastalarda geçici kilo kayıplarına neden olduğu için motivasyon arttırma ve diğer yöntemlere köprü tedavisi olarak kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Botulinum toksin enjeksiyonu, obezite, kilo kaybı

Vakaların altı aylık kilo kaybının dağılımı



Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Yaş (ort±SD)	41,6±8,9
Cinsiyet	n (%)
Kadın	11(68,8)
Erkek	5(31,3)
BMI (ort±SD)	34,2±4,1
Bilinen hastalık	n(%)
Var	6(37,5)
Yok	10(62,5)
Yan etki bildirimi	n (%)
Var	2(12,5)
Yok	14(87,5)
1.ay kilo kaybı (ort±SD)	4,1±3,3
3.ay toplam kilo kaybı (ort±SD)	6,3±5,2
6.ay toplam kilo kaybı (ort±SD)	7,1±6,0
6.ay BMI düşüşü (ort±SD)	2,4±2,1
6.ay BMI düşüş yüzdesi (ort±SD)	6,7±5,5
Daha önce denenmiş tedavi yöntemi	n (%)
Var	1(6,3)
Yok	15(93,8)
1.yıl sonu başarı durumu	n (%)
Başarılı	3(18,8)
Başarısız	13(81,3)

H. Pylori

SS - 014

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:30:00

HELİKOBACTER PYLORİ'NİN BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİSİNDE KULLANILAN KLARİTROMİSİN DİRENCİNİN BELİRLENMESİNDE MELTİNG CURVE ANALİZİNİN VERİMLİLİĞİ

Kemalettin Yılmaz[1], Ahmet Uygun[2], Alpaslan Tanoğlu[3]

[1]*Dışkapı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ankara*
[2]*Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara*
[3]*Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Antibiyotik kullanımı öncesi H. pylori'nin primer klaritromisin direncini tahmin etmede Melting curve analizinin PCR tekniği ile yararlılığını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya H.pylori pozitif klaritromisin bazlı tedavi almamış 46 hasta dahil edildi. Real time PCR test, histopatolojik inceleme ve hızlı üreaz testi ile H. pylori pozitifliği kanıtlandıktan sonra hastalar 14 gün boyunca klaritromisin bazlı üçlü tedavi ile tedavi edildi. Daha sonra hastalara ilk endoskopiden 8 hafta sonra kontrol endoskopisi yapıldı ve doku örnekleri alındı. H. pylori'nin varlığı TaqMan tabanlı Real Time PCR kullanılarak araştırıldı ve klaritromisin direnci curve analizi ve DNA dizilemesi ile belirlendi.

Bulgular: Üçlü tedavi sonrası 18 hastaya (%39.1) histopatolojik incelemede H.pylori pozitif, 26 (%56.5) hastaya TaqMan bazlı PCR ile H.pylori pozitif tanısı kondu. Melting curve analizi sonuçlarına göre, işlemden önce 4 numunede birincil direnç bulundu. Tedaviden sonra farklı 4 numunede ikincil direnç bulundu. DNA analizi, 9 hastada tedavi öncesi grupta birincil mutasyonlara sahip olduğunu ve tedavi sonrası grupta 6 hastada mutasyon olduğunu gösterdi.

Sonuç: Klaritromisin direnci, klaritromisine dayalı üçlü tedavinin klinik etkinliğini azaltmaktadır. Sonuçlarımız, PCR tabanlı melting curve analizinin eradikasyon tedavisi öncesinde klaritromisin direncini belirlemede başarısız olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla bu yöntem, klaritromisin direncinin gelişmiş tespiti için DNA sekans analizi gibi başka bir moleküler yöntemle kombinasyon halinde de kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Anahtar sözcükler: Helicobacter pylori; klaritromisin direnci; üçlü terapi; Melting Curve analizi

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

SS - 015

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:40:00

KOLOREKTAL POLİPLERİN P53 VE Kİ-67 İLE DEĞERLENDİRİLMESİNİN TANISAL ÖNEMİ

Melike Nalbant
Bursa Şehir Hastanesi

Amaç: Kolorektal bölgeden kaynaklanan mukozal neoplazilerde revize Viyana sınıflandırılmasına göre patologlar arası uyum ve Kİ-67 ile p53 immunohistokimyasal boyamalarının histopatolojik tanıdaki rolünü değerlendirmek amaçlanmıştır.

Hasta ve Yöntem: Kolorektal bölgedeki malignite şüphesi olan veya adenom ön tanısıyla eksize edilen 159 hastaya ait 224 neoplazi içeren kesitler çalışmaya dahil edildi. Bu olguların patoloji raporları retrospektif olarak incelendi ve raporlardan elde edilen yaş, cinsiyet, biyopsi ve materyalinin alındığı lokalizasyon ile histolojik tanı parametreleri belirlendi. Olguların Hematoksilen&Eosin boyalı preparatları birbirinden bağımsız 3 patolog tarafından tekrar değerlendirildi. Gözlemciler; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde çalışan gastrointestinal sistemde deneyimli bir patolog, Uzman patolog ve Araştırma görevlisinden oluşmaktaydı. Tüm olgular immunohistokimyasal olarak p53, Ki-67 belirteçleri ile boyanarak p53 ekspresyonu semikantitatif olarak değerlendirildi, Ki-67 proliferasyon indeksi hesaplandı.

Bulgular: Olgular; deneyimli gözlemci tarafından Kİ-67 ve P53 immünhistokimyasal sonuçlarıyla birlikte revize Viyana sınıflamasına göre değerlendirildiğinde 1 (%0,4) olgu 'kategori 2- kesin olmayan displazi', 85 (%37,9) olgu 'kategori 3- düşük dereceli mukozal neoplazi', 129 (%57,6) olgu 'kategori 4.1- yüksek dereceli mukozal neoplazi/adenoma', 1 (%0,4) olgu 'kategori 4.2- noninvaziv karsinoma (karsinoma in situ-CIS)', 5 (%2,2) olgu 'kategori 4.3- şüpheli invaziv karsinoma', 3 (%1,3) olgu 'kategori-4.4 intramukozal karsinoma' tanısı aldı. Gastrointestinal sistemde deneyimli gözlemcinin sadece H&E boyalı kesitleri ve p53 ile Kİ-67 immunhistokimyasal boya bulguları ile birlikte değerlendirmesi arasında ve her 3 gözlemcinin H&E boyalı preparatlarla verdikleri tanılar arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu.

Sonuç: Kolorektal neplazi öntanılı olguların; gastrointestinal sistemde deneyimli bir patolog tarafından değerlendirilmesinin ve rutin olarak p53 ile Kİ-67 immunhistokimyasal boyamaları ile birlikte değerlendirmesi tanıda daha yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Kolorektal polip, p53, Ki67

Özofagus – Mide – Duodenum

SS - 016

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:40:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:50:00

MİDE KANSERİ NEDENİ İLE GASTREKTOMİ YAPILAN HASTALARDA CERB B2 AŞIRI EKSPRESYONU

Ozlem Zeliha Sert
Haydarpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bir reseptör tirozin kinazı kodlayan cerb b2 geninin aşırı ekspresyonu birkaç solid tümörde prognozda ve tedaviye yanıtla ilişkilendirilmiştir. Hala cerb b2 insidansı ile ilgili değişkenlikler mevcuttur. Bu çalışmada kliniğimizde mide kanseri nedeni ile gastrektomi yapılan ileri evre hastalarda her 2 neu ekspresyonu ile klinik parametreler arasındaki ilişkinin araştırılmasını hedefledik.

Materyal-metod: 2011-2019 yılları arasında gastroenteroloji cerrahi servisinde ileri evre mide kanseri tanısını histopatolojik olarak almış gastrektomi yapılan hastaların cerb-b2 ekspresyonu araştırıldı. Hastaların dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, sigara içiciliği, neoadjuvan kemoterapi varlığı, laboratuvar verileri, tümör tipi, patolojik evreleri, yapılan cerrahi türleri, takip süreleri, nüks oranları, sağkalım oranları analiz edildi. İstatistiksel analizde normal dağılım gösteren parametreler için independent t test, normal dışı dağılım gösteren parametrelere de Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-square testi kullanıldı. P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: 256 hastanın 25'inde cerb-b2 bakıldı. 9(24%)'u negatif, 16(76%)'sı pozitif saptandı. Hastaların ortalama yaşı 59.8±7.5(46-75)idi. 14'ü erkek, 11', kadın idi. Hastaların 8'i patolojik evre II, 16'sı evre III, 1'i evre IV idi. Tümörlerin 11'i proksimal, 14'ü distal yerleşimli idi. Ayrıca tümörler T3(60%) ve T4(40%) tümörler idi. Çoğunda lenfovasküler invazyon(72%) ve perinöral invazyon(80%) mevcut idi. Hastaların ek hastalıkları, demografik verileri, tümör markerları, patolojik evreleri, lenfovasküler invazyon, perinöral invazyon, çıkarılan lenf nodu sayısı, nüks oranları ile c-erb-b2 arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ortalama tümör çapı 6.5±3.4 cm(2-15) olup, tümör çapı ile c-erb-b2 arasında anlamlı ilişki saptandı(p=0.029). cerb-b2 bakılan hastaların 19(76%)'unda kanser ilişkili mortalite meydana geldi. Cerb-b2 pozitif olan hastaların genel sağkalım süresi ortalama 28.5(4.7-106.8) ay, Cerb- b2 negatif olan hastaların genel sağkalım süresi ortalama 27(2.2-58) ay idi.

Tartışma ve Özet: Faz III ToGA çalışmasında cerb-b2 pozitif olan hastalarda kemoterapiye trastuzumab eklenmesinin genel sağkalım üzerine olumlu etkisi olduğu gösterildi. İleri evre mide kanserlerinde trastuzumab kullanımı son dönemlerde onaylandığından cerb-b2(her2 neu) geninin ekspresyonunun bakılması önem kazandı. Türkiye'de de çeşitli kliniklerde ileri evre mide kanserlerinde cerb-b2 bakılmakta ve tümörün klinikopatolojik özellikleri araştırılmaktadır. Biz de literatüre katkı sağlamak amacı ile bu çalışmada ileri evre mide kanserli gastrektomi yapılan hastalarda c-erb-b2 aşırı ekspresyonunu araştırdık. Rutin olarak cerb-b2 bakılmadığından, çalışmamızda cerb-b2 bakılma oranı %9.7 idi ve bakılanların %76'sı pozitif olarak saptandı. Ayrıca tümör çapının artması ile cerb-b2 pozitifliği arasında anlamlı ilişki bulundu.

Anahtar kelimeler: cerbb2, immunohistokimya, mide kanseri, prognoz

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

SS - 017

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:50:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:00:00

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HİSTOPATOLOJİK BULGULARI İLE KOLON LEZYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Emra Asfuroğlu Kalkan[1], İrfan Soykan[2]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilimdalı

Amaç: Kolorektal kanser, kanser ile ilişkili mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biridir. Dünyada en yaygın üçüncü malignite olup ölüme en sık neden olan dördüncü kanser türüdür. Cerrahi tedaviye ve kemoterapiye rağmen kolorektal kanser prognozu kötü bir kanser türüdür. Bu nedenle kanser geliştikten sonra kür sağlamayı geliştirmek yerine kolorektal kanser gelişimine neden olabilecek risk faktörlerini tanımlamak daha önemlidir. Bu çalışmada amaç; kolorektal adenom ve adenokarsinom riski ile helikobakter pilori (HP) enfeksiyonunun potansiyel ilişkisini değerlendirmektir.

Materyal Metod:: 2013 Ocak ile 2020 Ocak ayları arasında çeşitli nedenlerle kliniğimize başvuran, kolonoskopilerinde polip veya kolorektal kitle saptanan 1100 hastanın üst GİS endoskopisi yapılan 720 tanesi retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların polip çapları , sayıları,lokalizasyonları, histopatolojik özellikleri ve üst GİS endoskopik patoloji sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 302 (%41,9) kadın, 418 (%58,1) i erkektir. 84(%11.7) hastada kolorektal kanser, 286 (%39.7) hastada adenom saptanmıştır. Kolorektal kanser saptanan 34 (%40.5) hasta kadın, 50 (%59.5) hasta ise erkektir. Kolorektal kanser saptanan 84 hastanın sırası ile 33 (%39.3) ünde rektosigmoid bileşkede, 18 (%21,4) inde transvers kolonda, 29 (%34.5) unda ise çekumda tümör saptanmıştır. Hastaların 303 (%42.1) ünde gastrik biyopsilerde HP pozitif olarak saptanırken bu oran karsinomlu olgularda 44(%52.3) adenomlu olgularda ise 151 (%52.8) saptanmıştır. Yapılan univaryant ve multivaryant analizlerde endoskopik biyopside HP pozitifliği OR:3.41 95%CI: 1.17-6.9, p<0.001 olmak üzere kolonda polip veya kanser varlığını predikte ederken, aktivite varlığı OR:1.11 95%CI:0.75-9.6 p<0.003, intestinal metaplazi varlığı OR: 3.75 95%CI :1.9-6.14 p<0.001, inflamasyon varlığı ise OR:1.15 95%CI: 0.41-7.8 p<0.02 olmak üzere kolonda herhangi bir lezyon varlığını predikte etmiştir.

Sonuç: HP tarafından geliştirilen kronik inflamasyon ve enfeksiyonlar peptik ülser hastalığına ve gastrik kansere meyil sağlayabilmektedir.WHO tarafından class I karsinojen olarak sınıflandırılan HP ile gastrik patolojiler arasındaki ilişki iyi çalışılmışsa da kolorektal karsinom ile arasındaki ilişki henüz net değildir. Yapılan çalışma sonucunda histopatolojik olarak intestinal metaplazi varlığı, aktivite ve inflamasyon varlığının univaryant ve multivaryant analizlerde kolonoskopik bulguları predikte etmekte kullanılabileceği gösterilmiştir. Özellikle numerik olarak değerlendirilen (+1, +2, +3) intestinal metaplazi varlığının kolon bulgusunu OR:6.12,95%CI(1.4-21.9) p<0.001 olmak üzere arttırdığı tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: colorectal neoplasms, helicobacter pylori

Kolon kanseri ile üst gis endoskopi patolojilerinin univaryant ve multivaryant analizleri

	Univariate Analysis			Multivariate Analysis		
Kolon Kanseri	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Yaş	1.15	0.29-48.61	0.15			
Cinsiyet	0.54	1.41-27.52	0.054			
İltihap (+/-)	1.18	0.85-21.45	<0.001	2.24	1.15-17.26	0.004
Aktivite (+/-)	1.24	0.61-6.87	0.024	2.41	1.19--8.35	0.02
İntestinal Metaplazi (+/-)	3.18	0.87-6.9	0.001	4.1	1.58-21.5	0.001
HP (+/-)	4.69	0.57-7.65	0.001	5.12	1.04-9.8	0.001

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 018

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:10:00

CROHN HASTALIĞINDA NLR VE PLR DÜZEYİNİN ENDOSKOPİK VE KLİNİK AKTİVASYONU DEĞERLENDİRMEDE ETKİNLİĞİ

Mehmet Bayram

Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Crohn hastalığı remisyon aktivasyon atakları ile seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Bu aktivasyonun düzeyi klinik, laboratuar tetkikleri ve endoskopik işlemler ile değerlendirilir. Bu amaçla ucuz pratik ve non invaziv tetkiklere ihtiyaç vardır. Nötrofil/ lenfosit oranı (NLR) Platelet/lenfosit oranı (PLR) kolayca hesaplanabilen infamasyon belirteçleridir . Tamkan sayım cihazlarında otomatik olarak ölçülmektedir. NLR ve PLR düzeyinin Ülseratif kolit ve crohn aktivasyonda etkinliğini değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Bizde çalışmamızda crohn hastaları ve kontrol grubu arasında NLR, PLR düzeyi arasındaki ilişki ve Crohn hastalarında klinik aktivasyon değerlendirmede CDAI ve endoskopik değerlendirmede SES CD skoru ile NLR, PLR düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Temmuz 2017 Ağustos 2019 tarihleri arası Sağlık Bilimleri üniversitesi Kanuni Sultan Süleymen Eğitim ve Araştırma. Hastanesinde kolonoskopi yapılan ve crohn tanısı alan 48 hasta ve 44 kontrol grubu dahil edildi. Klinik aktivasyon CDAI ye göre Endoskopik aktivasyon SES-CD skoruna göre yapıldı. Hasta özellikleri Tablo 1 de gösterilmiştir. Kolonoskopi tarihinde hemogram parametreleri ve CRP düzeyleri değerlendirildi.

Sonuç: Crohn hastalarında kontrol grubuna göre NLR : 4,09 ve PLR :233 düzeyi anlamlı yüksek saptandı sırası ile (p: 0,001, p: 0,0001). Hasta ve kontrol grubu arasındaki değerlendirme tablo 1 de gösterilmiştir. Korelasyon analizinde CDAI ye göre NLR için p: 0,0001 PLR için p: 0,001 SES CD ye göre NLR için p: 0,001, PLR için p: 0,007 anlamlı ilişki saptandı . Diğer labaratuvar parametrelerinin korelasyon analizi tablo 2 de verilmiştir

Tartışma: Enfeksiyöz ve inflamatuvar süreçlerde lökosit ve nötrofil sayısı artar. İnflamasyona sekonder ürtile sitokin ve kemokin-

ler kemik iliğinden nötrofil ve platelet migrasyonunu artırır. Aktif crohn hastalığın lökositoz ve trombositoz beklenir. Yine crohn hastalığında lenfosit düzeyide düşük seyreder. Çalışmamızda NLR ve PLR değerini crohn hastalarında kontrole göre yüksek bulduk ve yine NLR, PLR değeri hastalığın klinik aktivasyon (CDAI) ve Endoskopik aktivasyon (SES CD) ile korale bulduk. Dolayısı ile NLR ve PLR düzeyi Crohn hastalığının klinik ve endoskopik aktivasyonu öngörmede ve takipte kullanılabilecek basit ucuz ve kolay ulaşılabilir parametrelerdir. Bu konuda daha fazla hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Crohn Hastalığı Ses CD , CDAI, NLR, PLR

Tablo 1 Crohn ve kontrol grubu özellikleri :

	Crohn	*Kontrol*	*P*
Yaş	31	29	0,001
Crp	48	2	0,001
Hgb	12,1	14	0,001
Wbc	9,8	7,7	0,001
Nöt	6,8	4,5	0,001
Len	1,8	2,2	0,002
Plt	388	248	0,001
NLR	4,1	2,1	0,001
PLR	233	115	0,0001

Tablo 2. RDW ve diğer laboratuar parametrelerinin CDAI ve SES-CD skoru ile korelasyonu

	SES CD p değeri	*CDAI p değeri*
Crp	0,001	0,001
Hgb	0,03	0,07
Wbc	0,5	0,3
Nöt	0,16	0,1
Len	0,002	0,003
NLR	0,001	0,0001
PLR	0,007	0,001

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 019

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:20:00

TÜMÖR NEKROZİS ALFA İNHİBİTÖRLERİ İLE TEDAVİ EDİLEN İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞINA SAHİP HASTALARIMIZDA LATENT VE AKTİF TÜBERKÜLOZ SIKLIĞI

Süleyman Sayar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Tümör nekrozis- alfa inhibitörü (Anti-TNF) tedaviler sırasında görülebilen tüberküloz enfeksiyonu tedavi ile ilişkili ciddi risklerden biridir (1). Bu çalışmada anti-TNF tedavi alan inflamatuar barsak hastalığına (IBH) sahip hastalarda tedavi öncesi latent tüberküloz enfeksiyonu (LTBE) sıklığını, tedavi sonrası tüberküloz sıklığını, özelliklerini analiz etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Anti- TNF ile tedavi edilen 192 hastanın verileri retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik özellikleri, tanıları ve biyolojik tedavi öncesi purifiye protein derivesi (PPD) ve/veya QuantiFERON-TB gold test sonuçları, radyolojik tetkikleri, latent tüberküloz tedavisi açısından tedavileri, biyolojik ve diğer immunsupressif tedavileri ile tedavi sonrası aktif tüberküloz saptanan hastaların klinik özellikleri kaydedildi. PPD'nin >5mm veya QuantiFERON-TB gold test pozitifliği LTBE olarak kabul edildi.

Bulgular: 174 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların anti- TNF tedavi başlandığı sıradaki ortalama yaşı 43.5±12.5 yıl (Min-Max:19-78/yıl), 41.9%'u (n:73) kadın idi. Hastaların 6.3%'ü ülseratif kolit (n:11), 93.7%'si crohn hastalığı (n:163) tanılı idi. Tedavi hastaların 49.4%'üne (n:86) adalımumab, 48.8%'ine infliximab (n:85), 1.7%'sine (n:3) sertolizumab pegol olarak başlandı. Ortalama biyolojik tedavi kullanma süresi median: 24 (IQR:33)/ay, (min-max:3-126/ay) idi. Hastaların 69.1%'i biyolojik tedavi ile birlikte immunmodulator tedavi, 7.4%'ü (n:13) steroid tedavisi almakta idi. Hastaların 42.5%'inde (n:74) LTBE saptandı. Tedavi öncesi veya tedavi ile aynı anda hastaların 114'ü (65.5%) izoniyazid profilaksisi aldı. İki hastada (1.1%) tedavi altında aktif tüberküloz enfeksiyonu saptandı. Bu hastaların özellikleri tablo-1'de gösterildi.

Tartışma ve Sonuç: TNF-alfa konakçının mikobakterium tuberkülozis etkenine karşı defansında ve granulom formasyonu oluşumunda kilit rol oynar (2). Anti-TNF tedaviler tüberküloz gelişim riskini 2.5-16 kat arasında arttırmaktadır. Kullanılan anti-TNF çeşidi, ımmunmodulator ile kombine tedavi, tedavinin uygulandığı bölgedeki tüberküloz insidansı risk oranını etkilemektedir. Tedavi öncesi LTBE açısından hastaların taranması ve LTBE saptananların tedavisi mutlak gereklidir.Ancak tarama sonucunun negatif olması tüberküloz riski olmadığı anlamına gelmez. Özellikle immunsupressif tedavi altındaki olgularda PPD ve interferon gama salınım testleri ile yanlış negatif sonuçlarda saptanabilir (3). Çoğunlukla tedavi sonrası erken dönemde gelişen aktif tüberkülozun nedeni latent tüberkülozun reaktivasyonu olarak kabul edilmektedir. Nadir olarak daha geç dönemde yeni tüberküloz enfeksiyonlarıda görülebilmektedir (1). Bu çalışmada tedavi öncesi birinde LTBE olmayan, diğeri LBE açısından belirsiz (ancak INH tedavisi alan) biri erken dönemde diğeri geç gönemde iki tüberküloz enfeksiyonu vakası saptandı. Sonuç olarak anti-TNF tedavi öncesi ve tedavi süresince hastaların tüberküloz enfeksiyonu açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Anti-Tümör nekrozis faktör alfa (Anti-TNF), Tüberküloz, Latent tüberküloz

Kaynaklar

1. Park DI, Hisamatsu T, Chen M, et al. Asian Organization for Crohn's and Colitis and Asian Pacific Association of Gastroenterology consensus on tuberculosis infection in patients with inflammatory bowel disease receiving anti-tumor necrosis factor treatment. Part 1: Risk assessment. J Gastroenterol Hepatol. 2018;33(1):20-29. doi:10.1111/jgh.14019
2. Fallahi-Sichani M, El-Kebir M, Marino S, Kirschner DE, Linderman JJ. Multiscale computational modeling reveals a critical role for TNFalpha receptor 1 dynamics in tuberculosis granuloma formation. J. Immunol. 2011; 186: 3472–83.
3. Torres-Castiblanco JL, Carrillo JA, Hincapié-Urrego D, Rojas-Villarraga A. [Tuberculosis in the era of anti-TNF-alpha therapy: Why does the risk still exist?]. Biomedica. 2018 Mar 15;38(1):17-26.

Tablo 1. Tedavi altında tüberküloz saptanan olguların özellikleri

Hasta	Yaş/ Cinsiyet/ Tanı	Tedavi öncesi LTBE tarama testleri	Tedavi öncsi INH profilaksisi	IBH Tedavisi	TBC saptanma zamanı (Klinik)
1	44/E/ Ülseratif Kolit	PPD ve Quantiferon TB gold negatif	Almadı	Infliximab (5mg/kg/8hf)	Tedavi sonrası 6.ay (Akciğer TBC)
2	46/K/ Crohn	PPD anerjik	9 Ay INH aldı (2012-13)	Infliximab (5mg/kg/8hf) ve AZA (2mg/kg)	Tedavi sonrası 94. ay (Kemik)

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 020

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:30:00

ÜLSERATİF KOLİTLİ HASTALARDA TPE ARALIĞI, TPE / QT VE TPE / QTC ORANININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Erdinç Gülümsek[1], Hilmi Erdem Sümbül[2], Muhammed Zübeyir Aslan[2], Yahya Kemal İçen[3], Hasan Koca[3], Adnan Taş[1], Mevlüt Koç[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Adana
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Adana
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Adana

Amaç: Ülseratif kolit (ÜK) hastalarında QTc aralığı ile ilgili araştırma olmakla birlikte, kardiyak aritmi riski ve ventriküler repolarizasyon değişikliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan T dalga tepe noktası ve sonu mesafesi (Tpe aralığı), Tpe/QT ve Tpe/QTc oranlarını değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda, ÜK olan hastalarda Tpe aralığı, Tpe/QT ve Tpe/QTc oranlarında değişim olup olmadığını incelemeyi amaçladık.

Metod: Bu kesitsel çalışmaya ÜK tanılı ve takipte olan 40 hasta ile yaş ve cinsiyet olarak benzer 40 sağlıklı kontrol dahil edildi. Tüm hastalara 12 derivasyonlu elektrokardiyografi (EKG) çekildi. EKG' de rutin ölçümlere ek olarak Tpe aralığı, Tpe/QT ve Tpe/QTc oranları ölçüldü. Çalışma verileri ÜK olan hastalar ve sağlıklı kontrol olarak gruplandırıldı.

Bulgular: İstirahat kalp hızı ve hs-CRP serum düzeyi ÜK olan hastalarda belirgin olarak yüksekti ($p<0,05$ herbiri için). Ventriküler repolarizasyon parametreleri incelendiğinde; Tpe aralığı ve Tpe/QTc oranı ÜK olan hastalarda anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$ herbiri için). Tpe aralığı, Tpe/QT ve Tpe/QTc oranı kalp hızı, ÜK hastalık süresi ve hs-CRP ile pozitif korelasyon gösterdi ($p<0,05$ herbiri için). Lineer regresyon analizinde Tpe aralığı, Tpe / QT ve Tpe / QTc oranının, kalp hızı ve ÜK hastalık süresi ile bağımsız olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç: ÜK tanılı hastalarda Tpe aralığı, Tpe/QT ve Tpe/QTc oranları sağlıklı kontrollere göre artmıştır ve bu artış hastalık süresi ile bağımsız olarak ilişkilidir. Bu durum ÜK olan hastalardaki artan inflamasyon ve bunun kardiyak etkisi ile ilişkilendirilebilir.

Anahtar kelimeler: Ülseratif kolit, Tpe aralığı, Tpe/QT ve Tpe/QTc oranı

Kaynaklar

1- Yorulmaz E, Sezgin A, Yorulmaz H, Adali G, Ciftci H. Prolonged QT dispersion in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2013;19:65-71.
2- Dogan Y, Soylu A, Eren GA, et al. Evaluation of QT and P wave dispersion and mean platelet volume among inflammatory bowel disease patients. Int J Med Sci. 2011;8540-6.
3- Gupta P, Patel C, Patel H, et al. T(p-e)/QT ratio as an index of arrhythmogenesis. J Electrocardiol. 2008; 41:567–74
4- Rellecke P, Strauer BE. Chronic inflammatory bowel disease and cardiovascular complications. Med Klin (Munich). 2006;101 Suppl 1:56-60.
5- Curione M, Aratari A, Amato S, et al. A study on QT interval in patients affected with inflammatory bowel disease without cardiac involvement. Intern Emerg Med. 2010;5:307-10.

Tablo 1. Ülseratif kolit hastaları ve kontrol grubunda ventriküler repolarizasyon parametrelerinin karşılaştırılması

	Ülseratif kolit hastaları n=40	Sağlıklı kontrol n=40	p
Tpe aralığı (msn)	87,8 ± 9,1	72,7 ± 7,4	0,002
Tpe/QT oranı	0,227 ± 0,048	0,191 ± 0,025	0,010
Tpe/QTc oranı	0,203 ± 0,028	0,185± 0,023	0,002

Tablo 2. Tpe aralığı, Tpe / QT ve Tpe / QTc oranı ile korelasyon gösteren parametreler için lineer regresyon analizi

	Tpe aralığı	Tpe/QT oranı	Tpe/QTc oranı
	β/p	β/p	β/p
Kalp hızı (nabız/dk)	0,187/0,054	-/-	-/-
Hastalık süresi (yıl)	0,487/0,001	0,264/0,023	0,290/0,009
hs-C reaktif protein	0,240/0,014	0,123/0,045	0,334/0,001

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 021

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 10:40:00

CROHN HASTALIĞINDA HASTALIK AKTİVİTESİNİN BİR BELİRTECİ OLARAK ORTALAMA TROMBOSİT HACMİNİN ROLÜ

Yusuf Coşkun

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Crohn hastalığı (CH), remisyon ve aktivasyon ile karakterize enflamatuar bir hastalıktır. Ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemi etkileyebilir1,2. CH'de aktif dönemlerin ve remisyonların erken belirlenmesi, etkili tedavi ve takip için önemlidir 3. Bu sürenin belirlenmesinde basit, kullanışlı ve ucuz belirteçler gereklidir 4.

Yöntem: Bu çalışmaya hem aktivasyon hem de remisyon fazı bilgisine sahip 53 Crohn hastası kaydedildi. Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 25 sağlıklı birey belirlendi. Remisyon ve aktivasyon dönemlerinde tüm hastaların klinik ve laboratuvar bulguları ayrı ayrı kaydedildi. CH'nin aktivasyon ve remisyon fazının tanısı, belirlenen klinik, endoskopik ve histolojik bulgulara dayandırıldı. CH aktivitesi, Crohn's Disease Activity Index (CDAI) skoru kullanılarak sınıflandırıldı. 150'nin altındaki CDAI'nin remisyon olduğu kabul edildi. Tüm denekler için ortalama trombosit hacmi (MPV) parametreleri ölçüldü.

Bulgular: CH aktivasyon fazında remisyona göre, ortalama hemoglobin düzeyi anlamlı olarak daha düşüktü (12.59 ± 2.46'ya karşı 13.35 ± 2.06, p = 0.001), ortalama beyaz kan hücreleri, nötrofil, ESR ve CRP düzeyi anlamlı derecede yüksekti. Ancak kontrol grubu ile remisyon grubu karşılaştırıldığında, MPV dışında diğer parametrelerde anlamlı bir fark bulunmadı. Crohn hastalığının aktivasyon ve remisyon fazları ayrı ayrı karşılaştırıldığında, MPV değeri kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu (sırasıyla remisyon fazı, aktivasyon fazı ve kontrol grubunda 8.33 ± 0.93, 8.12 ± 0.9 ve 9.03 ± 0.89, p = 0,001). Hastalığın remisyon ve aktivasyon fazlarında MPV ile ESR arasında anlamlı negatif düşük korelasyon (r = -0.337, p = 0.014) vardı. Aktivasyon aşamasında MPV düzeyi remisyona göre azalmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p = 0,091). ROC analizi, WBC, Neu, ESR, CRP ve MPV'nin Crohn hastalığının aktif fazını remisyon fazından ayırt etme yeteneğini araştırmak için gerçekleştirildi. CRP ve ESR için optimal sınır seviyeleri 7,7 mg / dl (duyarlılık:%67,92, özgüllük:%67,92, AUC: 0,74,) ve 20,5 mm / saat (duyarlılık:%75,47, özgüllük:%62,26, AUC: 0,719), ve genel doğrulukta sırasıyla %67.92 ve %68.9 idi. Bununla birlikte, MPV'nin ROC analizi, aktif Crohn hastalığını inaktif hastalıktan ayırt etmede istatistiksel olarak ayırt edici bir değer sağlamadı (AUC: 0.43).

Sonuç: CH remisyon döneminde sağlıklı katılımcılara göre MPV düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğunu bulduk. Aynı hastalarda aktivasyon döneminde MPV değeri azalmış olsa da remisyon dönemine göre diğer çalışmaların aksine istatistiksel anlamlı olarak herhangi bir değişiklik saptamadık (p=0.091). MPV ile CRP arasında negatif bir korelasyon olsa da ESR ile herhangi bir korelasyon saptanmadı. Bizim çalışmamıza göre diğer çalışmaların aksine MPV için herhangi bir cut-off değeri saptanamadı.

Anahtar kelimeler: Crohn hastalığı, Ortalama trombosit hacmi, aktivasyon, remisyon

Kaynaklar

1. Rimola J, Ordás I, Rodríguez S, Ricart E, Panés J. Imaging indexes of activity and severity for Crohn's disease: current status and future trends. Abdominal imaging. 2012;37(6):958-966.
2. Van Assche G, Dignass A, Panes J, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. Journal of Crohn's & colitis. 2010;4(1):7-27.
3. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. Canadian journal of gastroenterology = Journal canadien de gastroenterologie. 2005;19 Suppl A:5a-36a.
4. Vermeire S, Van Assche G, Rutgeerts P. Laboratory markers in IBD: useful, magic, or unnecessary toys? Gut. 2006;55(3):426-431.

Karaciğer

SS - 022

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 10:50:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:00:00

HIV/AIDS HASTALARINDA ALKOLE BAĞLI OLMAYAN YAĞLI KARACİĞER HASTALIĞI SIKLIĞI VE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

Figen Sarıgül Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD), karaciğerde yağlanmanın olduğu fakat iltihabi infiltrasyonun bulunmadığı, aşırı alkol tüketimi, viral hepatit ve diğer karaciğer hastalıklarının olmadığı yağlı karaciğerin en sık nedeni olarak kabul edilir. NAFLD, siroz, karaciğer kanserine ve mortaliteye yol açabileceğinden büyük bir sağlık sorunudur. HIV pozitiflerde ise NAFLD prevalansı %28 ile 48 arasında değişmektedir. Halen, ülkemizde HIV infeksiyonu olanlarda NAFLD ile ilgili prevalans ve ilişkili faktörler hakkında bilgi bulunmamaktadır. Bu çalışmada yeni tanı alan HIV ile infekte hastalarda NAFLD'nin prevalansı, ilgili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntemler: Haziran 2015-Eylül 2019 tarihleri arasında kliniğimizce izlenen 18 yaş üzerindeki toplam 558 yeni tanı HIV ile infekte olguların rutin olarak istenen ilk başvurularındaki karaciğer ultrasonları ve tıbbi bilgileri retrospektif olarak incelendi. Hepatik ekojenisitede karaciğerinin renal korteks ve difüzyonuna göre hiperekojenitesi ile yağlı karaciğer tanısı kondu. NAFLD ile ilişkili faktörleri tahmin etmek için tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri uygulandı.

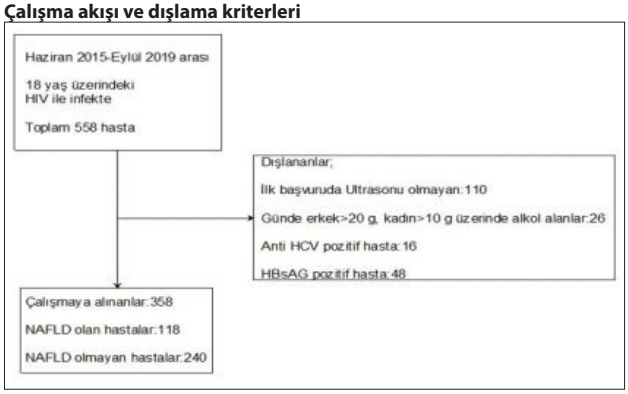
Bulgular:Çalışma kriterlerine uyan 358 hastadan 118 (%33)'si NAFLD tanısı aldı. Obezite NAFLD olanlarda %10.2, NAFLD olmayanlarda %3.1 olarak saptandı (p=0.021). Diabetes mellitus ve hipertansiyonu olanlarlarda NAFLD oranı anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0.05), Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise her bir yaş alma, glukoz ve trigliserid değerlerinde bir mg/dl artış ile ALT/AST oranında bir birim artış NAFLD ile ilişkili bulundu. Sonuç:Sonuçlar, HIV infeksiyonu olan Türk hastalarında NAFLD'nin erken tanınması ve yönetiminin ve NAFLD ile ilişkili geleneksel faktörlerin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca yeni tanı HIV ile infekte olan bu hastaların ilerleyen dönemdeki AIDS dışı sebeplerden olan karaciğer ile ilgili morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlayabilmek için gerekli önlem ve tedavilerin yapılması, hastaların takiplerinde öncelikli olmalıdır.

Anahtar kelimeler: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, NAFLD, Non-alcoholic Fatty Liver Disease

Kaynaklar

1. Ludwig J, Viggiano TR, McGill DB, et al. Nonalcoholic steatohepatitis: Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. Mayo Clin Proc. 1980; 55(7): 434-8.
2. Lazo M, Clark JM the epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease: a global perspective. Semin Liver Dis. 2008; 28 (4): 339–50.
3. Zhang X, Ouyang J, Thung SN. Histopathologic manifestations of drug-induced hepatotoxicity. Clin Liver Dis. 2014; 17(4):547-64.
4. Lui G, Wong VW, Wong GL, et al. Liver fibrosis and fatty liver in Asian HIV-infected patients. Aliment Pharmacol Ther. 2016;44(4):411-21.
5. Patel YA, Imperial JC, Muir AJ, et al. Baseline parameters in clinical trials for nonalcoholic steatohepatitis: recommendations from the Liver Forum. Gastroenterology. 2017; 153(3):621-5.
6. Younossi Z, Anstee QM, Marietti M, et al. Global burden of NAFLD and NASH: trends, predictions, risk factors and prevention. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2018; 15(1):11-20.
7. Adams LA, Anstee QM, Tilg H, et al. Non-alcoholic fatty liver disease and its relationship with cardiovascular disease and other extrahepatic diseases. Gut. 2017; 66(6):1138-53.
8. Rinella ME, Tacke F, Sanyal AJ, et al; participants of the AASLD/EASL Workshop. Report on the AASLD/EASL Joint Workshop on Clinical Trial Endpoints in NAFLD. Hepatology. 2019;70(4):1424-36.

Çalışma akışı ve dışlama kriterleri



Çalışmaya katılan NAFLD olan ve NAFLD olmayan hastaların temel özellikleri

Özellikler	*Total (n=358)*	*NAFLD olan (n=118) (%33)*	*Özellikler Total (n=358) NAFLD olan (n=118) (%33) NAFLD olmayan (n=240) (%67)*	*p*
Yaş*	36 (18-80)	35 (19-61)	36 (18-80)	0.149
Cinsiyet Kadın Erkek	44 (%12.3) 314 (%87.7)	13 (%11.0) 105 (%89.0)	31 (%12.9) 209 (%81.1)	0.607
Vücut kitle indeksi >30 kg/m2*	14 (%5.7)	9 (%10.2)	5 (%3.1)	0.021
Diabetes mellitus	10 (%2.8)	9 (%7.6)	1 (%0.4)	<0.001
Dislipidemi	3 (%0.8)	2 (%1.7)	1 (%0.4)	0.254
Hipertansiyon	, 5 (%1.4)	4 (%3.4)	1 (%0.4)	0.042
ALT (IU/l)*	23 (5-340)	25 (9-261)	21 (5-340)	0.038
AST (IU/l)*	24 (11-405)	27 (11-150)	23 (12-405)	0.637
ALT/AST oranı*	0.9 (0.1-3.9)	1.0 (0.4-2.5)	0.9 (0.1-3.9)	0.010
APRI skor*	0.53 (0.2-9.9)	0.62 (0.2-7.7)	0.49 (0.2-9.9)	0.948
Glukoz (mg/dl)*	91 (60-355)	90 (60-237)	93 (68-355)	0.001
HDL (mg/dl)*	35.5 (15-111)	38 (15-111)	39 (15-69)	0.182
LDL (mg/dl)*	96 (12-219)	100 (20-195)	95 (12-219)	0.787
Trigliserid (mg/dl)*	116 (35-917)	147 (43-596)	108 (35-917)	<0.001
Total kolesterol (mg/dl)*	160 (80-322)	163 (80-322)	160 (89-302)	0.163
Sigara içenler	195 (%54.5)	33 (61.2)	132 (%62.3)	0.473
Alkol alanlar	118 (%33.0)	30 (%29.4)	88 (%41.3)	0.027
Bazal HIV-1 RNA (kopya/ml)*	56032 (0-100000000)	63053 (0-100000000)	54790 (0-100000000)	0.457
Bazal CD4 T lenfositi (hücre/mm3)*	360 (0-1400)	378 (5-1400)	352 (0-1332)	0.143

Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modeliyle NAFLD Ile Ilişkili Bağımsız Risk Faktörlerinin Değerlendirmesi

Özellikler	*Odds oranı*	*%95 Güven aralığı*	*P değeri*
Yaş (1 yıl artış)	1,035	1,012-1.058	0.002
Trigliserid (1mg/dl artış)	1,003	1.000-1.005	0.047
Glukoz (1 mg/dl artış)	1.011	1.000-1.021	0.056
ALT/AST oranı (1 birim artış)	2.636	1.317-5.274	0.006

Karaciğer

SS - 023

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:10:00

NAFLD: EN SIK NON VİRAL HCC NEDENİ

Pınar Gokcen, Gupse Adalı
Sbü Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Amaç: Hepatoselüler karsinom (HCC), tüm kanserler içinde en sık görülen altıncı kanser olup kanser nedenli ölümlerin dördüncü nedenidir (1).Tüm dünyada HCC için en sık etyolojik neden hepatit B virüsü (HBV) olup bunu sırasıyla; alkol ve hepatit C virüsü (HCV) izlemektedir. Non alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) ve non alkolik steatohepatit (NASH) ise HCC etyolojisinde giderek artan bir prevelansa sahiptir (2). Çalışmamızda hepatoloji polikliniğimizde tanı alan HCC olgularının etyolojik dağılımının incelenmesi ve NAFLD zemininde HCC gelişen hastalarının prevelansı ve bu hastaların viral hepatitlere bağlı HCC'ler ile klinik bulgularının karşılaştırması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Nisan 2009- Ekim 2020 tarihleri arasında hepatoloji polikliniğinde tanı alan HCC hastaları dahil edildi. Hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak taranarak demografik verileri, altta yatan karaciğer hastalığı, tanı anındaki laboratuar ve radyolojik bulguları (en büyük nodül, nodül sayısı, total tümör çapı, trombüs varlığı), Milan kriterleri içinde veya dışında olması, BCLC evresi, tedavi modaliteleri, son vizit tarihleri kaydedildi. Tanı ve takip parametreleri etyolojilere göre karşılaştırılarak incelendi.

Bulgular: 97 HCC tanılı hastanın ortalama tanı yaşı; 63.77±9.59 olup 73 hasta (%75.3) erkekti. En sık etyolojinin HBV (%57.7) olduğu ve bunu ikinci sırada HCV (%22.7) ve üçüncü sırada NAFLD'ın (%12.4) izlediği görüldü. Vücut kitle indeksi ve diyabet varlığı NAFLD zemininde HCC gelişen grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p=0.022, p<0.001). (Tablo-1). Etyolojiye göre gruplar arasında laboratuar veriler bakımından farklılık gözlenmedi. Trombüs sıklığı, NAFLD zemininde HCC gelişen grupta anlamlı yüksek görüldü (p=0.006) (Tablo-2). Tedavi alan 62 hasta (%63.9) ve ölen 32 (%33) hasta olduğu görüldü. Tüm hastalarda ortalama sürvi 14.00 ± 24.92 ay saptandı.

Sonuç: NAFLD ve NASH, tüm dünyada giderek artan sıklıkta HCC 'ye neden olabilmektedir. NAFLD hastalarının %10-30'unun ise siroza progrese olduğu bilinmektedir (3). Çalışmamızda, HCC etyolojisinde viral nedenlerden sonra en sık nedenin NAFLD olduğu görülmüştür. NAFLD hastaları, NASH sirozlarına göre HCC için daha düşük riskli olmalarına rağmen; insidansının daha yüksek olması nedeniyle HCC için önemli bir risk oluşturmaktadır. Çalışmamızda tüm NAFLD-HCC 'lerin sirotik olması ve portal ven trombüsünün de en sık bu hastalarda görülmesi dikkat çekicidir. Bu durumun hepatosit düzeyindeki inflamasyonun bir sonucu olabileceği düşünülmektedir. HBV için immünizasyonun arttırılması ve HCV için güncel tedaviler ile HCC etyolojisinde gelecekte viral nedenlerin azalması ve NAFLD-HCC sıklığının giderek artan prevelansta HCC 'ye neden olması beklenmektedir(2). Bu nedenle daha önceki dönemlerde kriptojenik siroz ile takip edilen hastaların metabolik durumları gözden geçirilerek NAFLD-NASH yönünden sorgulanmalı ve tanı alan hastaların HCC sürveyansı dikkatle yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: hepatoselüler karsinom, non alkolik yağlı karaciğer hastalığı, non alkolik steatohepatit

Kaynaklar

1. Wang H,Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, et al. Global Burden of Disease Liver Cancer Collaboration 2015. Mortality and Causes ofDeathCollaborators. Global, regional, andnational life expectancy, allcause mortality, andcause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of DiseaseStudy 2015. Lancet 2016;388:1459–1544.
2. Singal AG, Lampertico P, Nahon P. Epidemiology and surveillance for hepatocellular carcinoma: New trends. J Hepatol. 2020 Feb;72(2):250-261. doi: 10.1016/j.jhep.2019.08.025.
3. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis. 2012 Available from: http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2012_NASH%20and%20NAFL

Tablo-1. Demografik ve Klinik Özellikler

	Tüm Hastalar	*HBV*	*HCV*	*NAFLD*	*p değeri*
Hasta Sayısı, n (%)	97	56 (57.7)	22 (22.7)	12 (12.4)	
HCC tanı yaşı (yıl), mean ± SD	63.77±9.59	62.26±9.83	67.14±8.59	66.42±8.36	0.110
Erkek cinsiyet, n(%)	73 (75.3)	48 (85.7)	12 (54.5)	8 (66.7)	0.031
VKI (kg/m ^{2}), median ± SD	29.81 ± 6.00	29.0±5.84	28.0±5.79	36.0±4.90	0.022
Sigara öyküsü, n(%)	45 (54.2)	28 (58.3)	8 (44.4)	5 (45.5)	0.566
Alkol öyküsü, n(%)	17 (20.7)	12 (25.5)	2 (11.1)	3 (33.4)	0.484
Diyabet varlığı, n (%)	37 (38.1)	15 (26.8)	10 (45.5)	11 (91.7)	0.000
Siroz varlığı, n (%)	94 (96.9)	54 (96.4)	21 (95.5)	12 (100)	0.848
Düzenli takip, n(%)	47 (48.5)	29 (51.8)	9 (40.9)	5 (41.7)	0.757

Tablo 2. Tanı anında laboratuar ve radyolojik veriler

	Tüm hastalar	*HBV*	*HCV*	*NAFLD*	*p değeri*
Laboratuar veriler					
Meld skoru, mean ± SD	12.11±6.04	10.49±4.51	13.36±6.98	14.58±6.84	0.065
Child grubu, n(%)					0.790
Child A	57 (61.3)	34 (64.2)	13 (61.9)	7 (58.3)	
Child B	23 (24.7)	14 (26.4)	4 (19)	3 (25)	
Child C	13 (14)	5 (9.4)	4 (19)	2 (16.7)	
AFP (ng/mL), median ± SD	10.0 ± 10444.98	9.50±13433.95	46.0±469.96	4.50±388.09	0.184
Radyolojik veriler					
En büyük nodül (cm), median ± SD	2.80±2.97	3.00±2.50	3.00±4.24	2.00±1.16	0.478
Nodül sayısı, median ± SD	1.0 ±0.93	2.00±0.86	1.00±1.01	1.50±0.97	0.345
Total tümör çapı (cm), median ± SD	3.7±4.44	4.00±4.80	4.00±4.29	3.50±2.67	0.609
Yerleşim yeri , n(%)					
sağ	64 (66)	42 (75)	11 (50)	8 (66.7)	0.154
sol	12 (12.4)	4 (7.1)	6 (27.3)	1 (8.3)	
bilateral	21 (21.6)	10 (17.9)	5 (22.7)	3 (25.3)	
Trombüs varlığı, n (%)	10 (10.5)	1 (1.9)	4 (18.2)	4 (33.3)	0.006
Milan içi, n(%)	65 (68.4)	36 (66.7)	14 (63.6)	11 (91.7)	0.293
BLCL, n(%)					0.395
stage A	42 (43.3)	27 (48.2)	8 (36.4)	6 (50)	
stage B	34 (35.1)	21 (37.5)	6 (27.3)	4 (33.3)	
stage C	12 (12.4)	5 (8.9)	5 (22.7)	1 (8.3)	
stage D	9 (9.3)	3 (5.4)	3 (13.6)	1 (8.3)	
Tedavi alan, n(%)	62 (63.9)	37 (66.1)	13 (59.1)	9 (75)	0.509
TX	18 (18.6)	14 (25)	2 (9.1)	2 (16.7)	
Rezeksiyon	5 (5.2)	3 (5.4)	2 (9.1)	0 (0)	
Lokorejyonel Tedavi	43 (45.3)	25 (45.5)	9 (42.9)	6 (50)	
Onkolojik Tedavi	5 (5.2)	4 (7.1)	0 (0)	1 (8.3)	
Exitus sayısı, n(%)	32 (33)	16 (28.6)	10 (45.5)	4 (33.3)	0.551
Survey (ay), median ± SD	14.00 ± 24.92	15.50±24.78	14.50±31.44	12.0±7.68	0.388

Karaciğer

SS - 024

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:20:00

ALKOL DIŞI YAĞLI KARACİĞER HASTALARINDA GİRİŞİMSEL OLMAYAN FİBROZİS SKORLAMA SİSTEMLERİNİN İLERLEMİŞ FİBROZİSİ TESPİTTEKİ ETKİNLİKLERİ

Bahadır Köylü[1], Taylan Kav[2], Erkan Parlak[2], Bülent Sivri[2], Onur Keskin[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bd

Giriş: Non-alkolik steatohepatite bağlı karaciğer sirozu ve buna bağlı karaciğer nakilleri giderek daha sık karşımıza çıkmaktadır. Bu hasta grubunda, ileri fibrozis gelişen olguların daha yakından takibi ve tedavisi gerekmektedir. Biz de klinik, patolojik ve/veya manyetik rezonans (MR) elastografi tetkikleri sonucunda ilerlemiş fibrozis saptanan yağlı karaciğer hastalarında, non-invaziv fibrozis skorlama sistemlerinin ilerlemiş fibrozisi öngörmedeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metot: Çalışmaya, klinik bulgular-laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri sonucunda alkol dışı yağlı karaciğer hastalığı tanısı konan 52 hasta dahil edilmiştir. Hastaların tümünde alkol kullanımı sorgulanmış ve karaciğer hastalığı yapabilecek olası tüm nedenler ekarte edilmiştir. Karaciğer biyopsisi olan olgularda (n:35) ISHAC fibrozis skoru 4-6 arasında olanlar ve biyopsisi olmayan olgularda ise MR elastografi incelemesinde ağır fibrozis saptanan vakalar ileri fibrozis vakaları olarak kabul edilmiştir (n:11). Hastaların tüm demografik bilgileri, muayene bulguları, laboratuvar tetkikleri kaydedilmiştir. NAFLD fibrozis skoru dışında, literatürde daha çok viral hepatitlerde tanımlanmış ve fibrozis tespitindeki etkinlikleri gösterilmiş olan Lok, Hui,FIB4, APRI, GUCI ve Forns indeksi gibi fibrozis skorlama sistemlerinin ROC analizi ile ileri fibrozisi tespitteki etkinlikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: İleri fibrozis gelişen vakalar ve ileri fibrozisi olmayan vakalar karşılaştırıldığında ileri fibrozis gelişen hastaların daha ileri yaşta olduğu (59±8 vs 43±11;p<0.01), alanin aminotransferaz (45 ± 33 vs 83 ± 42), trombosit (142±81 vs 273±100;p<0.01), albümin (3,73 ± 0,72 vs 4,56 ± 0,33;p<0.01) ve LDL (113,76 ± 45,24 vs 140,69 ± 31,39;p:0.03) düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Beden kitle indeksi, D vitamini ve amonyak düzeyi gruplar arasında farklılık göstermemiştir. Çoklu değişken analizinde ise yaş (p:0.02) ve trombosit sayısı (p: 0.01) ilerlemiş fibrozisin bağımsız belirleyicileri olarak saptanmıştır. ROC analizinde ileri fibrozis tespitinde eğri altındaki alan FIB4 için 0.94, NFS için 0.92, Lok indeksi için 0.91, Forns indeksi için 0.90, GUCI için 0.88, Hui için 0.86 ve APRI için 0.85 hesaplanmıştır.

Tartışma: Yağlı karaciğer hastalarında ilk başvuruda basit muayene ve laboratuvar bulguları ile hesaplanan girişimsel olmayan fibrozis skorlama sistemleri, ilerlemiş fibrozis tespitinde oldukça başarılıdır.

Anahtar kelimeler: Yağlı karaciğer, fibrozis

Karaciğer

SS - 025

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:30:00

BİYOPSİ KANITLI NASH/NAFLD HASTALARINDA HİSTOLOJİK PROGRESYONA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN TANIMLANMASI

Hasan Yılmaz, Anıl Şahin, Sadettin Hülagü
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji B.d.

Giriş ve Amaç: Alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) dünyanın birçok yerinde en sık görülen kronik karaciğer hastalığıdır. NAFLD hepatositler içinde trigliserid birikiminden siroza kadar giden bir klinik spektrumu barındırmaktadır. Ayrıca NAFLD ile ilişkili karaciğer sirozunda yıllık primer karaciğer kanseri insidansı %3 gibi yüksek bir oranda olabilmektedir. Bizler bu çalışmamızda NAFLD/ NASH hastalarında hastalık progresyonuna etki eden faktörleri tespit etmeyi hedefledik.

Yöntem ve Gereçler: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde takipli NASH ve NAFLD tanılı hastalar retrospektif olarak tarandı. 2007-2020 yılları arasında ardışık iki kez karaciğer biyopsisi yapılan hastalar tanımlandı ve çalışmaya dahil edildi. İki biyopsi arasında geçen zamanda hastalık progresyonuna etki edebilecek faktörler demografik ve tanımlaycı bilgiler kayıt edildi. Retrospektif olarak biyokimyasal tetkikleri, ilk ve ikinci karaciğer biyopsi patolojileri kayıt altına alındı. Alkol kötüye kullanımı olan hastalar, NAFLD/NASH dışı kronik karaciğer etyolojisi mevcut hastalar çalışmadan dışlandı.

Bulgular: Çalışmamıza 12 (24) diyabetik , 11 (24) prediyabetik , 1(24) diyabeti olamayan olmak üzere toplam 24 hasta dahil edildi. Hastaların %25'i ortalama 70 aylık takip sonunda ilk biyopside histolojileri NAFLD iken ikinci biyopside NASH'e ilerlemişlerdir (n=6). Başlangıç biyopsileri NAFLD iken 2. biyopside yine NAFLD olarak saptanan hasta oranı ortalama 92 aylık takip sonrası %54,16'dır(n=13). Başlangıçta NASH iken NAFLD'e gerileyen hasta oranı %12,5'tir(n=3) , NASH iken 2. biyopside yine NASH olarak devam eden hasta oranı ise %8,33'tür(n=2). Ortalama 96 ay takip süresi içinde fibrozis evrelerinde ki değişim incelendiğinde hastaların %33,33'ünün fibrozis evresi ilerlemiştir(n=8). %50'sinin fibrozis evresi aynı kalmıştır(n=12). %16,66'sının ise fibroz evresi gerilemiştir(n=4). Hastaların %62,5'inde metabolik sendrom tespit edilmiştir(15/24).İki biyopsi arasında fibrozis skoru gerileyen aynı kalan ve ilerleyen hasta gruplarında metabolik sendromun 5 tanı kriterine sahip olma oranları incelendi. Fibrozis skorları gerileyen grupta medyan skor 2.5 , fibrozis skorları aynı kalan grupta medyan skor 3 , fibrozis skorları ilerleyen grupta medyan skor 3.5 olarak bulundu. Çalışma başlangıcında 10/24 hastanın aşikar diyabet tanısı mevcuttu. Daha önceden bilinen diyabeti olamayan çalışmadaki diğer 14 hastaya OGTT uygulandığın hastaların 11'inin (11/ 14) prediyabetik (BAG yada BGT), 2'sinin (2/14) aşikar diyabeti olduğu görüldü, sadece 1 hasta (1 /14) hastada OGTT testi normal sonuçlandı.

Sonuç: Verilerimize göre NAFLD hastaların %25'i yaklaşık 5 yıl içinde NASH'e ilerlemekte %50'si ise NAFLD olarak kalmaktadır. NAFLD/NASH'li hastalarda diyabet ve prediyabet oranları yüksek tespit edilmekte olup görüntüleme yöntemleri ile de olsa NAFLD tanısı alan hastalara OGTT önerilmelidir.

Anahtar kelimeler: Non Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı, Non Alkolik Steato Hepatit, Karaciğer Biyopsisi, Diyabetes Mellitus

Karaciğer

SS - 026

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:40:00

KARACİĞER YAĞLANMASI VE FİBROZİSİ ÜZERİNDE VÜCUT ÖLÇÜMLERİ, LABORATUVAR VERİLERİ VE YEME DAVRANIŞLARININ ETKİLERİNİN FİBROSCAN (TRANSİENT ELASTOGRAFİ) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Keskin[1], Sercan Avul[2], Nizameddin Koca[2]
[1]*Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medicana Bursa Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı*

Giriş: Birçok faktörden etkilenen yeme davranışlarındaki bozulmalar hastalıkların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Bu bozukluk sıklıkla obezite ve ilişkili komplikasyonlara yol açabilmektedir. Obezitenin patofizyolojisinde de rolü olan karaciğer yağlanmasını belirleyen faktörler popüler bir araştırma konusudur. Bu çalışmada, her vücut kitle indeksi (VKİ) grubundaki sağlıklı katılımcıların yeme davranışları ile karaciğer yağlanması ve fibrozisi arasında ilişki olup olmadığını Fibroscan (transient elastografi) ile değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Çalışmaya 18-65 yaş arası toplam 147 katılımcı alındı. Katılımcıların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), bel çevresi (BÇ), AST, ALT, GGT, lipid profili, yeme davranışları parametreleri değerlendirildi. Katılımcıların yeme davranışları TFEQ-R21 (Three Factor Eating Questionaire Revised-21) ölçek formuna göre anket yapılarak değerlendirildi. Bu ölçekle katılımcıların yeme alışkanlıkları bilişsel kısıtlama (BK), duygusal yeme (DY) ve kontrolsüz yeme (KY) alt başlıklarında değerlendirildi. Tüm katılımcıların Fibroscan 502-Touch cihazı ile karaciğer yağlanma miktarı Cap yazılımı ile desibel/m (db/m) cinsinden ortalama Cap-median ve elastikiyeti elastografi ile kilo paskal (kpa) cinsinden ortalama E-median olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Bilinen herhangi bir sistemik hastalığı olmayan katılımcıların yaş ortalamasının 38,14 ± 11,78 (18-65) yıl ve %57,8'inin kadın olduğu gözlendi. Katılımcıların demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Gönüllülerin verilerinin Fibroscan ile tespit edilen karaciğer yağlanma skorları ile korelasyon analizinde beklendiği şekilde VKİ, BÇ, GGT, Trigliserit düzeyleri ile yüksek düzeyde anlamlı pozitif bir korelasyon varken Total kolesterol, LDL ve AST düzeyleri arasında zayıf bir ilişki olduğu, HDL düzeyiyle de orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu gözlendi. Fibrozis skorları ile ilişki değerlendirildiğinde VKİ, bel çevresi ile orta düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki gözlenirken HDL düzeyi ile orta düzeyde anlamlı negatif bir ilişki olduğu saptandı.

Yeme tutumları ile ilişkileri değerlendirildiğinde karaciğer yağlanması ile bilişsel kısıtlama ve kontrolsüz yeme skorları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenirken fibrozis skorları ile anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Yorum: Çalışmamızda karaciğer yağlanmasının vücut ölçümleri (VKİ, BÇ) ve GGT düzeyleri ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkili olduğu, yeme alışkanlıkları ile de zayıf düzeyde bir ilişkinin olduğunu gözlemledik. Kontrolsüz yeme davranışı sergileyenlerin ve bilişsel kısıtlama ile kendini kontrol altında tutmaya çalışanların diyet tercihlerinde karaciğer yağlanması açısından risk oluştura-

bilecek beslenme öğelerini tercih etme eğiliminde olabileceği yorumlanabilir. Yeme içeriğinin de değerlendirildiği daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Yeme davranışları, karaciğer yağlanması, Fibroscan

Tablo 1. Demografik veriler

Değişken	Ort ± SS	Min-Max
Yaş	38,14 ± 11,78	18 - 65
Cinsiyet (E/K)	62/85	
VKİ (kg/m^2)	29,91 ± 9,01	14,5 - 50,8
<18.5 (n)	25	
18.5-25 (n)	24	
>25-30 (n)	26	
>30-35 (n)	25	
>35-40 (n)	25	
>40 (n)	22	
Bel Çevresi (cm)	101,04 ± 21,34	57 - 148
AST (IU/L)	17,37 ± 5,17	8 - 40
ALT (IU/L)	19,74 ± 12,23	3 - 72
Total Kolesterol (mg/dl)	178,47 ± 38,55	97 - 290
HDL (mg/dl)	50,22 ± 14,19	20 - 97
LDL (mg/dl)	104,25 ± 33,68	41 - 192
Trigliserit (mg/dl)	120,6 ± 84,88	37 - 638
GGT (IU/L)	23,03 ± 21,2	7 - 97
Bilişsel kısıtlama	40,25 ± 26,39	0 - 100
Duygusal yeme	34,54 ± 32,72	0 - 100
Kontrolsüz yeme	38,02 ± 23,36	0 - 96,29

Tablo 2. Fibroscan bulgularının ölçüm, laboratuvar ve yeme davranış verileri ile korelasyon analizi

	CAP (Cap median)		Elastikiyet (E median)	
	Rho	p	Rho	p
VKİ	**0,745**	**0,000**	**0,478**	**0,000**
Bel çevresi	**0,766**	**0,000**	**0,534**	**0,000**
AST	**0,305**	**0,000**	0,068	0,429
ALT	**0,525**	**0,000**	**0,267**	**0,002**
GGT	**0,658**	**0,000**	0,262	0,141
T.kolesterol	**0.232**	**0.007**	0.096	0,264
HDL	**-0,432**	**0,000**	**-0,416**	**0,000**
LDL	**0,262**	**0,002**	**0,185**	**0,031**
Trigiliserid	**0,535**	**0,000**	**0,286**	**0,001**
Bilişsel Kısıtlama	**0,218**	**0,010**	0,131	0,127
Duygusal Yeme	0,159	0,063	0,044	0,607
Kontrolsüz Yeme	**0,207**	**0,015**	0,009	0,920

Karaciğer

SS - 027

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:30:00

İMMÜNSÜPRESİF TEDAVİ ALANLARDA HEPATİT B ENFEKSİYONU REAKTİVASYON PROFİLAKSİSİ SONUÇLARI VE ENTEKAVİR İLE TENOFOVİR KARŞILAŞTIRILMASI

Salim Tutkaoğlu[2], Ayşe Kefeli[1], Özge Gümüşay[3], Umut Safiye Coşkun[4]

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, İçhastalıkları Abd, Gastroenteroloji Bd
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi İç Hastalıkları Abd
[3]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi İç Hastalıkları Abd Onkoloji Bd
[4]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Mikrobiyoloji Abd

Giriş: Hepatit B virüsü (HBV), hepadnavirüs ailesine ait, sahip çift iplikli bir DNA virüsüdür. HBV'ye bağlı gelişen akut hepatit, fulminan hepatit, kronik hepatit, karaciğer sirozu ve hepatoselüler karsinoma gibi tablolar, ülkemizin sağlık sorunları arasında önemli yer tutan hastalık gruplarındandır (1).

HBV tedavisinde antiviral ilaçların temel amacı HBsAg kaybıdır. Ancak hepatosit nükleusundan 'covalently closed circular DNA' (cccDNA)'nın mutlak kaybı sağlanmadan başarıdan bahsetmek mümkün değildir. Biz bu çalışmada Tokat bölgesinde yaşayan ve Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinde çeşitli kliniklerce immünsüpresif tedavi başlanan ve antiviral tedavi gerekliliği açısından Gastroenteroloji polikliniğine yönlendirilen hastalarda preemptif antiviral tedavinin etkinliğini, reaktivasyon gelişen hastaların verilerini sunmayı amaçladık.

Materyel Metod: 2016-2018 yılları arasında Gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastalar retrospektif olarak tarandı. Preemptif antiviral tedavi alan 177 hasta çalışmaya dahil edildi; serolojik durumları ve immünsüpresif tedavilerine göre risk gruplarına ayrıldı. Demografik özelikleri, ilgili karaciğer testleri, aldıkları preemptif tedavi türü, tedavi süresi, tedavi süresince labarotuvar ve klinik durumları kaydedildi.

Bulgular: değerlendirilen 177 hastanın 94 (%53,1)'ü erkek, 83 (%46,9)'ü kadın idi. Hastaların 99 (%55,94)'u düşük risk grubunda, 76 (%42,94)'sı orta risk grubunda, 2 (%1,12)'si yüksek risk grubunda yer almaktaydı. Ortalama yaş 61,12 ±10,99 yıl idi. En küçük yaş 27, en büyük yaş 84 idi. Entekavir kullanan hasta sayısı 115 (%65,0) , Tenofovir Disoproksil Fumarat kullanan hasta sayısı 59 (%33,3) idi.

Reaktivasyon gelişen hastalarda ortalama yaşı 54,82/yıl idi. Reaktivasyon gelişmeyen hastaların yaş ortalaması ise 61,54/yıl idi, ortalama yaşı, istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşüktü (p:0,049). Reaktivasyon gelişen hastaların 3 (%27,3)'ü erkek, 8 (%72,7)'i kadın idi,cinsiyetler arası fark saptanmadı (p:0.66). Başlangıçta HBsAg pozitif 22 hastanın 8 (%36,36)'inde reaktivasyon gelişmiş iken, HBsAg negatif 155 hastanın 3 (%1,94)'ünde reaktivasyon gelişmiştir. HBsAg pozitifliği reaktivasyon açısından risk faktörü idi (p:<0,001). Reaktivasyon açısından orta risk grubunda olmak anlamlı düzeyde riskli iken (p:0,003), Preemptif tedavi türleri arasında fark yoktu (p:0,2). Başlangıç HBV DNA titreleri göz önüne alındığında, pozitif olan hastalarda reaktivasyon riskinin daha yüksek olduğu saptandı (p:<0,001).

Sonuç: düşük yaş, başlangıç HBsAg pozitifliği, orta risk grubunda olmak, başlangıç HBV DNA pozitifliği reaktivasyon ile ilişkili iken cinsiyet, immünsüpresif tedavi türü, preemptif antiviral tedavi türü ve anti-HBs titreleri reaktivasyon ile ilişkili değildi.

Anahtar kelimeler: Hepatit B, İmmunsupresif tedavi, entekavir, tenofovir, hepatiti b reaktivasyonu

Kaynaklar

Teo E-K, Lok A.Sf., Kaplan S.L., et al. Epidemiology, Transmission, And Prevention Of Hepatitis B Virus Infection. Up To Date 2020.

Tablo 1: Tüm çalışma grubunun nitel verilerin dağılımı (n=177)

		n	%
Cinsiyet	Erkek	94	53,1
	Kadın	83	46,9
Etken Madde	Entekavir	115	65,0
	Tenofovir	59	33,3
Risk Grubu	Düşük(<%1)	99	55,9
	Orta(%1-10)	76	42,9
	Yüksek(%10-20)	2	1,1
İlaç Değiştirme	Yok	174	98,3
	Var	3	1,7
Reaktivasyon	Yok	166	93,8
	Var	11	6,2
HBsAg Başlangıç	Negatif	155	87,6
	Pozitif	22	12,4
	Bilinmiyor	-	-
Anti HBcIgG	Negatif	0	0,0
	Pozitif	169	95,5
	Bilinmiyor	8	4,5
HBV DNA Başlangıç	Negatif	54	30,7
	Pozitif	20	11,4
	Bilinmiyor	102	58,0

HBsAg: Hepatit B yüzey antijeni. Anti HBs: Hepatit B yüzey antijeni antikoru. Anti-HBcIgG: IgG tipinde Hepatit B kor antijeni antikoru. HBV DNA: Hepatit B Virüsü deoksi-ribonükleik asit.

Tablo 2. İmmünsüpresif Tedavi Sonrasında Reaktivasyon Gelişen 11 Hastanın Klinik Özellikleri

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Bazal anti-HBs	BazalHBV DNA	Bazal HBsAg	Bazalanti-HBcIgG	İmmünsüpresif tedavi	Tedavi süresi	Preemptif tedavi	Reaktivasyon kriteri	Reaktivasyona kadar geçen süre	Risk Grubu
1	41	K	Neg	Poz	Poz	Poz	MA	7 Hay	Lamivudin-Entekavir	HBV DNA +	20 hay	Orta
2	66	K	Poz	Neg	Neg	Poz	MA	6 hay	Tenofovir	HBV DNA +	8 hay	Orta
3	59	E	Neg	(--)	Poz	(--)	SKT	67 hay	Lamivudin-Entekavir-Tenofovir	HBV DNA +	47 hay	Orta
4	57	K	Neg	Poz	Poz	(--)	MA	36 hay	Entekavir	HBV DNA +	19 hay	Yüksek
5	68	K	Neg	Neg	Poz	Poz	SKT	30 hay	Entekavir	HBV DNA +	8 hay	Orta
6	43	K	Poz	Poz	Poz	Poz	SKT	21 hay	Tenofovir	HBV DNA +	14 hay	Orta
7	48	K	Neg	Poz	Poz	Poz	SKT	23 hay	Entekavir	HBV DNA +	16 hay	Orta
8	63	E	Neg	Poz	Neg	Poz	SKT	26 hay	Tenofovir	HBV DNA +	9 hay	Orta
9	40	K	Poz	Neg	Poz	Poz	SKT	30 hay	Entekavir	HBsAg +	27 hay	Orta
10	61	K	Poz	(--)	Neg	Poz	SKT	6 hay	Tenofovir	HBV DNA +	16 hay	Düşük
11	58	E	Neg	Poz	Poz	(--)	SKT	21 hay	Entekavir	HBV DNA +	12 hay	Orta

Anti HBs: Hepatit B yüzey antijeni antikoru. HBV DNA: Hepatit B Virüsü deoksi-ribonükleik asit. HBsAg: Hepatit B yüzey antijeni. Anti-HBcIgG: IgG tipinde Hepatit B kor antijeni antikoru. K: Kadın. E: Erkek. Neg: Negatif. Poz: Pozitif. MA: Monoklonal Antikor, SKT: Sistemik Kemoterapi.

Karaciğer

SS - 029

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:40:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:50:00

TOKSİK HEPATİTİ TAKLİT EDEN TRANSFÜZYON İLİŞKİLİ AKUT GRAFT VERSUS HOST HASTALIĞI

Dilan Damla Öztürk[1], Erdinç Gülümsek[2], Çisem Kızıldağ[1], Fatih Necip Arıcı[1], Hüseyin Ali Öztürk[1], Elife Aşut[3], Hilmi Erdem Sümbül[1], Banu Kara[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Adana
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Adana
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Adana

Giriş: Akut graft versus host hastalığı (GVHH) esas olarak deri, karaciğer ve kemik iliğini tutar. Karaciğer tutulumu bilirubin ve karaciğer enzimlerinde artış ile kendini gösterir. Spesifik olmayan semptom ve bulgularlar nedeniyle geç tanı yaygındır. Hastalık genellikle 14-42. günler arasında oluşur.

Olgu: Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan 61 yaşında kadın hasta 3 gün önce başlayan gözlerde sararma şikayeti ile başvurdu. Skleralarında ikter dışında fizik muayenesi normaldi. Tetkiklerinde WBC:6800/mm3, Hb:10.4g/dL, PLT:110000/mm^3, INR:1.51, AST:1730U/L, ALT: 2690U/L, T.bil:6.73mg/dl, D.bil:4.39mg/dl, LDH:2376U/L, albumin: 26.2 g/L, ALP:194 u/L,GGT: 379 u/L,CK:88 U/L,ferritin:92.980 μg/L olarak tespit edilen hasta kliniğimize akut hepatit ön tanısı ile yatırıldı. Hasta 2 hafta önce lomber disk herni sebebi ile opere olmuş ve çoklu ilaç kullanmış idi.Bu nedenle hastada ön tanılardan biri olarak toksik hepatit düşünüldü.Hastanın HbsAg,Anti HAV IgM,Anti Hbc IgM,Anti HCV,Anti HIV, HCV RNA negatif saptandı. Hastaya yapılan hepatobilyer USG doğal idi.Hastanın takiplerinde karaciğer fonksiyon testlerinde gerileme olmaması nedeni ile Wilson,otoimmün hepatit ve primer biliyer kolanjit ayırıcı tanısı açısından gönderilen serum Cu: 95 ug/dl,seruloplasmin: 38.95 mg/dl,IgG: 4.4 g/L,Anti-LKM,ASMA,ANA ve AMA negatif saptandı.Enfektif parametreleri yüksek olan ve takibinde yüksek ateşi olan hastaya enfeksiyon hastalıkları tarafından ampirik olarak seftriakson başlandı.Seftriakson kullanımı ile eş zamanlı yaygın makülopapüler döküntüler gelişmesi sebebi ile döküntülerin ilaç erüpsiyonu veya viral enfeksiyona sekonder olabileceği düşünüldü.Gönderilen viral enfeksiyon markırlarından CMV IgM,HSV IgM,EBV IgM,-parvovirüs B19 IgM,covid pcr negatif saptandı.Hastanın servis takiplerinin 3.gününde hipotansiyon ve pansitopeni gelişti ve yoğun bakıma alındı.Hastanın antibiyoterapisi genişletildi.Hastanın yatış sırasında ve yüksek ateşi olduğu dönemlerde alınan kan kültürlerinin hiçbirinde patojen etken saptanmadı.Yoğunbakım da takibinin 7.gününde hastanın genel durumu bozuldu ve hasta entube edildi.Hasta yakınları ile hastanın anamnezi derinleştirildiğinde;hastanın lomber disk herni sebebi ile opere olduğu dönemde,oğlundan alınan kan ile transfüzyon yapılmış olduğu öğrenildi. GVHH düşünülerek hastadan cilt biyopsisi alındı.Biyopsi bulguları GVHH ile uyumlu bulundu.Hastaya intravenöz immünglobulin ve steroid tedavisi planlandı.Hasta yoğunbakımda takibinin 11. gününde septik şok sebebi ile kaybedildi.

Tartışma: Karaciğer hasarına sebep olabilen durumlar arasında; enfektif sebepler, otoimmün hastalıklar, maligniteler, toksik maddeler yer almaktadır. Hastanede yatan hastalarda karaciğer enzim yüksekliği özellikle opere olmuş hastalarda verilen ilaçlara

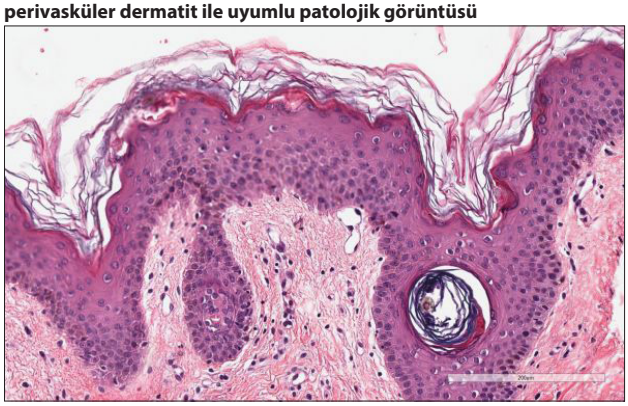
bağlanabilmektedir.Anormal karaciğer enzimleri olan bir hastanın değerlendirilmesinde kapsamlı bir tıbbi öykü alınmalıdır.Özellikle-de opere olan hastalarda kan transfüzyon öyküsü sorgulanmalı ve GVHH tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Graft versus host hastalığı, Toksik hepatit, Transfüzyon

Kaynaklar

1. Hobisch-Hagen P.Immunomodulation after blood transfusionimpact on incidence of postoperative infection. Infusionther Transfusionsmed.2002; 29(3):122-4.
2. Agbaht K, Altintas ND, Topeli A, et al. Transfusionassociated graft-versus-host disease in immunocompetent patients: case series and review of the literature. Transfusion 2007;47:1405-11.
3. Kwo PY, Cohen SM, Lim JK. ACG Clinical Guideline: Evaluation of abnormal liver chemistries. Am J Gastroenterol 2017;112:18-35.
4. Friedman L, Chopra S,Grover S. Approach to the patient with abnormal liver biochemical and function tests. Uptodate review, Apr 04, 2018.
5. Baslamisli F, Tuncer I, Ergin M, Kalakoc E, et al. Transfusion-associated graft-versus-host disease. Eur J Intern Med 2006;17:151-6.

Hastanın cilt biyopsisinde ki hiperkeratoz, akantoz, fokal hipergranüloz, bazal hücre vakuolizasyonu ve yüzeyel dermiste perivasküler dermatit ile uyumlu patolojik görüntüsü



Hastanın yatışı sırasında laboratuar parametrelerinin günlere göre değişimi

	1. Gün	*2. Gün*	*4. Gün*	*7. Gün*	*9. Gün*	*11. Gün*
ALT (U/L)	2844	3124	2827	673	185	210
AST (U/L)	1893	1492	1039	167	93	553
Direkt bilirubin (mg/dL) 4	.54	5.2	6.9	9.93	14.79	13.98
Total bilirubin (mg/dL)	6.94	9.00	10.85	14.61	19.45	16.85
INR	1.6	1.76	1.92	1.64	3.82	6.07
WBC (10^3/µl)	5.8	2.3	1.6	0.2	0.3	0.1
HGB (g/dL)	10.5	9.8	9.3	9.3	9.4	8.0
PLT (10^3/µl)	100	66	67	48	21	16

Karaciğer

SS - 030

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:50:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:00:00

KRONİK HEPATİT B'Lİ HASTALARDA HEPATİK FİBROZİS GÖSTERGESİ OLARAK SERUM ADAMTS 7-12 DÜZEYİ

Fatih Kıvrakoğlu[1], Zahide Şimşek[2], İlhami Yüksel[1]

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Hastanesi

Hepatit B; ülkemizde ve dünyada yaygın olarak görülen, yaşamı tehdit eden karaciğer enfeksiyonudur. Hastaya uygun tedavinin belirlenmesinde serum ALT seviyesi, serum HBV DNA düzeyi ve karaciğer histolojisi esas alınmaktadır. Belirli kriterler saptanan hastalarda karaciğer fibrozisinin belirlenmesi ve tedavi planlaması için karaciğer biyopsisi yapılması önerilir. Karaciğer biyopsisi fibrozisi belirlemede altın standart olarak kabul edilmektedir. Ancak biyopsinin invaziv olması, komplikasyonlara neden önem olabilmesi, örnekleme hatası, patologlar arasında değerlendirme farklılıkları ve tekrarlanmasının zor olması gibi nedenlerle non-invaziv fibrozis belirteçleri önem kazanmıştır. Son yıllarda "A Disintegrin-like and Metalloproteinase with Trombospondin type-1 motif (ADAMTS)" genlerinin çeşitli hastalıklarının etyopatogenezinde rolü araştırılmaktadır. Literatürde ADAMTS ile fibrozis ilişkisini araştıran çalışmalar doku düzeyinde yapılmış olup serumda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. KHB'li hastalarda serum ADAMTS-7 ve 12 düzeylerinin noninvaziv bir belirteç olarak kullanılabilirliğini araştırmak üzere bu çalışma planlanmıştır. Çalışmaya, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H. Hepatoloji Polikliniği'ne başvuran ve KHB tanısıyla karaciğer biyopsisi yapılan 77 hasta ve 30 kontrol grubu dahil edilmiştir.Çalışmamızda ADAMTS-7 ve 12 düzeyi, KHB tanılı hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.001$). Bu iki belirteç hafif fibrozis/ileri fibrozis grupları arasında kıyaslandığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (ADAMTS-7 için $p=0.701$, ADAMTS-12 için $p=0.342$). Bu sonuçlara göre KHB'li hastalarda serum ADAMTS-7 ve 12 seviyelerinin düşük olması karaciğer fibrozisinin varlığı göstermektedir ancak fibrozis düzeyini belirlemede yetersiz olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hepatit B, Fibrozis, Noninvaziv Belirteç

Sağlıklı Kontrollerle KHB'li Hastalarda Serum ADAMTS 7-12 Düzeyinin Karşılaştırılması

	ADAMTS-7	*ADAMTS-7*	*ADAMTS-12*	*ADAMS-12*
	KHB	Kontrol	KHB	Kontrol
Ortalama	16.6	113.06	17.55	61.28
Standart Sapma	1.26	106.53	6.65	26.59
Min/Maks.	15.82-26.19	16.06-384.04	11.2-60.3	27.08-109.32
p skoru	<0.0001		<0.0001	

Hafif Fibrozis/İleri Fibrozis KHB'da ADAMTS 7-12 Düzeylerinin Karşılaştırılması				
	ADAMTS-7	***ADAMTS-7***	***ADAMTS-12***	***ADAMTS-12***
	Hafif Fibrozis (0-2)	İleri Fibrozis (3-6)	Hafif Fibrozis (0-2)	İleri Fibrozis (3-6)
Ortalama	16.5	17.19	17.3	18.9
Standart Sapma	0.67	2.78	4.7	13.3
Min/Maks.	15.8-19.7	15.8-26.1	15.82-19.7	12.05-60.31
p skoru	0.701		0.342	

Karaciğer

SS - 031

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 12:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:10:00

OTOİMMUN KARACİĞER HASTALARININ PRİMER İMMÜN YETMEZLİK YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şefika Nur Ayar[1], Elif Soyak[2], Cem Şimşek[3], Deniz Nazire Çağdaş Ayvaz[2], Yasemin Balaban[3]

[1]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi- İç Hastalıkları Abd
[2]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi- Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Abd, Çocuk İmmünoloji Ünitesi
[3]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi- İç Hastalıkları Abd, Gastroenteroloji Bd

Amaç: Primer İmmün Yetmezlikler (PİY)'de %26-35 oranında otoimmün hastalıkların görüldüğü bilinmektedir. PİY'e eşlik eden otoimmün hastalılar arasında otoimmün karaciğer hastalıkları (OİKH) da bulunur. Ancak otoimmun hepatit (OİH), primer biliyer kolanjit (PBK), primer sklerozan kolanjit (PSK) ve örtüşen sendrom (OS)'dan oluşan OİKH, zaten nadir görülmeleri nedeniyle PİY hastalarındaki sıklığı bilinmemektedir. Tersinden bakıldığında, OİKH'da PİY sıklığını araştıran hiçbir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada OİKH olan bireylerin PİY açısından değerlendirilmesi ve genel immünolojik özelliklerinin ortaya koyulması hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem: Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi - Gastroenteroloji Bölümü'ne başvuran ve çalışmaya katılmak için onay veren hastalar incelendi. Yüzyüze görüşülerek enfeksiyon, komorbiditeler, eşlik eden otoimmün hastalıkları, aile öyküsü öğrenildi ve mevcut temel laboratuar bulguları incelendi. PİY yönünde bulguları olanlar immünoloji bölümüne konsulte edildi ve endikasyon görülen hastalarda ileri immünolojik tetkikler yapıldı.

Bulgular: İzlemdeki 111 hastadan 20'si dışlama kriterlerini taşıdığı için 91'i (34 OİH, 27 PBK, 7 PSK ve 12 OS) çalışmaya alındı.11 hastanın immünolojik değerlendirmeleri hala devam etmektedir. İmmunolojik değerlendirmeleri biten 80 hastanın 16 (%20)'sında PİY saptandı. PİY hastanın tanıları 4 common variable immun defficiency (CVID), 4 parsiyel IgA eksikliği, 5 selektif IgM eksikliği, 3 kombine immün yetmezlik idi. Bunların dışında İmmünolojik değerlendirmesi tamamlanmış hastalarda PİY olmayanların yaş aralığı 19-74 (ortalama 49), PİY'li hastaların yaş aralığı 19-61 (ortalama 45)'di. PİY olmayanların %37'sinde, PİY'li hastaların %25'inde OİKH dışında otoimmün hastalık vardı. PİY olmayanların 7'sinde(%0,1), PİY'li hastaların 1'inde malignite vardı. PİY olan ve olmayan hastalarda anne-baba akrabalık oranı aynıydı (%25). PİY tespit edilen hastaların özellikleri Tablo1'de verilmiştir.

Sonuç: OİKH olan hastalarda PİY sık (%20) görülmekle birlikte özellikle araştırılmadığında tanı gözden kaçırılmaktadır. Diğer yandan eşlik eden PİY hastalarda tedaviye cevapsızlık, sık enfeksiyonlar gibi önemli sorunlara zemin hazırlamaktadır. Hastalar PİY yönünden iyi sorgulanmalı ve eşlik eden lenfopeni, hipogamaglobulinemi gibi basit testler PİY düşündürdüğünde ileri immünolojik değerlendirmeler yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Primer İmmün Yetmezlikler, Otoimmün Hepatit, Primer Biliyer Kolanjit, Primer Skerlozan Kolanjit

Kaynaklar

1. Amaya-Uribe L, Rojas M, Azizi G, Anaya JM, Gershwin ME. Primary immunodeficiency and autoimmunity: A comprehensive review. J Autoimmun. 2019;99(December 2018):52–72.
2. Schmidt RE, Grimbacher B, Witte T. Autoimmunity and primary immunodeficiency: Two sides of the same coin? [Internet]. Vol. 14, Nature Reviews Rheumatology. 2018. p. 7–18.
3. Fischer A, Provot J, Jais JP, Alcais A, Mahlaoui N, Adoue D, et al. Autoimmune and inflammatory manifestations occur frequently in patients with primary immunodeficiencies. J Allergy Clin Immunol. 2017;140(5):1388-1393.e8.
4. Song J, Lleo A, Yang GX, Zhang W, Bowlus CL, Gershwin ME, et al. Common Variable Immunodeficiency and Liver Involvement. Clin Rev Allergy Immunol. 2018;55(3):340–51.
5. Invernizzi P. Liver auto-immunology: The paradox of autoimmunity in a tolerogenic organ. J Autoimmun [Internet]. 2013;46:1–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2013.08.006

Tablo 1. PİY Hastalarının Özellikleri.

Olgu	*Yaş*	*Cinsiyet*	*OİKH*	*PİY*	*Ek Hastalık*	*Sık/Ağır Enfeksiyon*	*PİY Lab Bulguları*	*OİKH Tedavisi*	*OİKH Tedavi Cevabı*	*PİY Tedavisi*
1	37	K	OS	CVID		ASYE	Hipogamaglobulinemi	Steroid+ UDCA	Yeterli	IVIG
2	19	K	OİH	CVID	Truncus arteriosus, bronşektazi	ASYE + ÜSYE	Hipogamaglobulinemi	Steroid	Yeterli	IVIG + antibiyotik profilaksi
3	50	K	OİH	CVID	T2DM, HT	ÜSYE	Hipogamaglobulinemi Lenfopeni (steroid ilişkili)	Steroid	Yeterli	IVIG
4	60	K	PBK	CVID		ÜSYE	Hipogamaglobulinemi	UDCA	Yeterli	IVIG
5	32	E	OS	Kombine	ANCA ilişkili vasküllit, ÜK, tiroid kanseri	ASYE + fungal + sığil	Hipogamaglobulinemi Lenfopeni	Karaciğer nakli	İlk nakilde nüks, ikinci nakilde yeterli	IVIG
6	51	K	OS	Kombine	Hashimato, RA	ASYE	Hipogamaglobulinemi Lenfopeni	Steroid	Yeterli	
7	54	K	OS	Kombine		Zona, uçuk, sığil		AZA	Yeterli	
8	61	K	OİH	Selektif IgM	T2DM, HT		IgM düşük	AZA		
9	26	K	PSK	Selektif IgM			IgM düşük	UDCA	Yeterli	
10	59	K	OİH	Selektif IgM	T2DM, ITP	Tüberküloz	IgM düşük	İlaçsız izlem	Yeterli	
11	60	K	OİH	Selektif IgM	T2DM, HT, SLE, Hashimato, Sjogren	ASYE	IgM düşük	İlaçsız izlem	Yeterli	
12	57	K	OİH	Selektif IgM	HT		IgM düşük	Steroid	Yeterli	
13	58	K	OS	Parsiyel IgA			IgA düşük	İlaçsız izlem	Yeterli	
14	29	K	OİH	Parsiyel IgA			IgA düşük	AZA + UDCA	Yeterli	
15	21	E	OİH	Parsiyel IgA			IgA düşük	AZA	Yeterli	
16	37	K	OİH	Parsiyel IgA		ASYE	IgA düşük	Steroid+ AZA	Yeterli	

ASYE:alt solunum yolu enfeksiyonu. ÜSYE:üst solunum yolu enfeksiyonu T2DM:Tip2 diabetes mellitus HT:hipertansiyon SLE:sistemik lupus eritematozus ÜK:ülseratif kolit RA:romatoid artrit ITP:idiyopatik trombositopenik purpura AZA:azatiyoprin UDCA:ursodeoksikolik asit IVIG:intravenöz immunoglobulin

Karaciğer

SS - 032

Sunum Alanı: Salon 1
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 12:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:20:00

DİREK ETKİLİ ANTİVİRAL AJANLARLA TEDAVİ OLAN HEPATİT C HASTALARINDA NON-İNVAZİV FİBROZİS İNDEKS DEĞERLERİNİN DEĞİŞİMİ

Derya Arı[1], Dilara Turan Gökçe[1], Hale Gökcan[2], Ferhat Bacaksız[3], Ömer Öztürk[1], Sabite Kacar[1], Meral Akdoğan[1]

[1]Ankara Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
[3]Diyarbakır Sbü Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Kronik hepatit C infeksiyonu, tüm dünyada kronik karaciğer hastalığının, siroz ve hepatoselüler kanserin önemli bir nedenidir. Karaciğer fibrozisinin histolojik evrelemesi tedavi verme kararını ve kronik hepatit C enfeksiyonunun prognozunu ön görmekte oldukça önemlidir. Direk etkili antiviral ajanlar (DEAA)'ın fibrozisi azalttığı bilinmektedir. Karaciğer biyopsisi gibi invaziv yöntemlere göre, fibrozisi tespit edecek noninvaziv indeksler kullanılmaya başlanmıştır. Bu indekslerden aspartat aminotransferaz (AST)/ trombosit oran indeksi (APRI), FIB-4 indeksi ve AST/ alanin aminotransferaz (ALT) oranı en sık kullanılanlardır. Bu çalışma DEAA ile tedavi edilen hastalarda noninvaziv fibrozis indekslerinin değişimi değerlendirilmektedir.

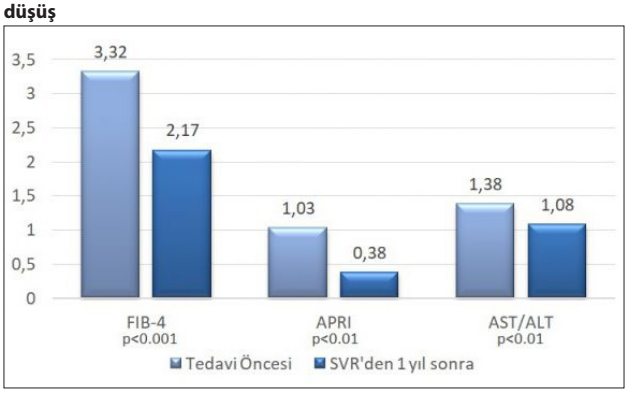
Yöntem:Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Eylül 2015- Aralık 2018 tarihleri arasında kronik hepatit C tedavisi alan 88 hasta retrospektif olarak taranmıştır. Demografik özellikleri ve laboratuvar testleri için tanımlayıcı istatistik yapılmıştır. APRI, FIB-4 ve AST/ALT skorlarında değişik Willcoxon Signed Rank test ile IBM SPSS 25.0 istatistik programı kullanılmıştır.

Sonuçlar:Çalışmaya dahil edilen 88 hastanın 46'sı (%52,2) erkektir ve tüm hastaların ortalama yaşı 59 (23-80)dur (Tablo-1). Sırasıyla serum AST, ALT ve total bilirubin seviyeleri 55 (19–247) U/L, 56 (15–178) U/L, ve 0,9 (0,3–3,3) mg/dL olarak tespit edilmiştir. Hastaların 21 (%23,8)'inde kompanze siroz eşlik etmektedir. En sık olarak 85 hasta (%96,5) ile genotip 1 hepatit C virüsü görülmektedir. Başlangıç ortalama APRI değeri 1,01 (0,15–6,18), ortalama FIB-4 değeri 3,26 (0,34–12,01), ortalama AST/ALT oranı 1,38'dir. Hastaların DEAA tedavisinin başlangıcından, SVR'un 1.yılına kadar APRI ve FIB-4 skorları, AST/ALT oranları düzenli takip edilmiş ve başlangıç ile SVR'un 12.ayındaki değerleri karşılaştırılmıştır (Figür-1). Başlangıçta FIB-4[3] 3,25 olan hasta sayısı 34 iken tedavi sonrası bu sayı 16'a düşmüştür. Ortalama APRI ve FIB-4 değerlerinde başlangıca göre 4. Hafta, 3. Ay, 6.ay ve SVR'dan sonraki 12.aydaki değerlerinde anlamlı azalma olduğu görülmüştür (sırasıyla APRI 0,44, 0,39, 0,39, 0,38, $p<0.001$; sırayla FIB-4 2,35, 2,27, 2,27, ve 2,17, $p < 0.001$). Aynı zamanda AST/ALT oranında SVR'un 12.ayındaki azalmada istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.001$).

Tartışma: Hem APRI ve hem de FIB-4 skorlarının karaciğer fibrozisi ile korelasyonu bilinmektedir. Çalışmamızda, Ortalama APRI ve FIB-4 skorları ve AST/ALT oranında hızlı yanıt alınmış, 4. haftadan itibaren anlamlı oranda düşüş görülmüştür. Tedavi sonrası SVR'den 12 ay sonra dahi elde edilen yanıtlar korunmuştur. Bakılan indekslerde azalma görülmesi nekroinflamasyon azaldığını ön görmektedir.

Anahtar kelimeler: Direk Etkili Antiviral Ajanlar, Hepatit C, Non-İnvaziv Fibrozis İndeks Değerleri

Tedavi öncesi ve sonrasında FIB-4, APRI ve AST/ALT oranlarındaki düşüş



Tablo 1. Başlangıç Özellikleri

Başlangıç Özellikleri	*Hasta sayısı (n=88)*
Yaş, y (ortalama, min-maks)	59 (23-80)
Cinsiyet, n (kadın/erkek)	42/46
Genotip, n (1a/1b/3/4)	1/84/2/1
Tedavi, n	
Harvoni + RBV	20
Harvoni	19
Exviera+Viekirax	49
Tedavi deneyimi, n	
Naive	49
Deneyimli	39
Başlangıç ortalama ALT (U/L, min-maks)	55 (19-247)
Başlangıç ortalama AST (U/L, min-maks)	56 (15-178)

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 033

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:30:00

AKUT KOLESİSTİT DIŞI NEDENLERDE KURTARICI SAFRA KESESİ DRENAJI

Onur Keskin[1], Ahmet Tarık Eminler[2], Aydın Şeref Köksal[2], Taylan Kav[1], Erkan Parlak[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bd
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bd

Giriş: Endoskopik transpapiller safra kesesi drenajı (ETGD), semptomatik safra kesesi hastalıklarında, eğer hasta cerrahi için yüksek riskliyse, etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir. ERCP sırasında, özellikle tam kaplı metalik stent kullanımının gerektiği durumlarda safra kesesi drenajının sağlanması gerekmektedir. Bu işlem kurtarıcı safra kesesi drenajı (Rescue Gallbladder drainage: RGD) olarak adlandırılmıştır. Amacımız, RGD deneyimimizi paylaşmaktır.

Materyal-Metot: Hacettepe Üniversitesi ve Sakarya Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniklerinde 2015-2020 yılları arasında ETGD yapılan 70 hastanın verileri analiz edildi. Hastalardan 58'ine (36

K/22E, yaş: 66.1 +19.0) bu işlem semptomatik safra kesesi hastalığı nedeniyle yapılmıştır. Kalan 12 hastada (7E/5K, yaş: 51.7 ± 20) ise bu işlemler kolesistit dışı nedenlerle yapılmıştır (RGD grubu). Bu hastalarda, ERCP işlemi sırasında tam kaplı kendiliğinden genişleyen stent (FC-SEMS) uygulanması gerekmiş ve stentin üst ucu sistik kanal ağzının yukarısında kalmış ise safra kesesinin içine 7 Fr double pigtail stent yerleştirilmiştir. FC-SEMS ve plastic stentler 1-3 ay sonra çıkarılmıştır. Bu çalışmada, akut kolesistit ve kolesistit dışı nedenlerle ETGD yapılan hastaların temel klinik özellikleri karşılaştırılmış ve RGD grubu hakkında detaylı inceleme yapılmıştır.

Bulgular: RGD grubu, akut kolesistit grubuna göre daha genç hastalardan oluşmaktaydı (51.8±20 vs 66.1±19; p: 0.04). Cinsiyet dağılımı benzerdi (p:0.16). Teknik başarı kolesistit grubunda %94.8 (55/58) ve RGD grubunda %91.7 (11/12) idi (p:=0.67). RGD grubunda 11 hastada ana safra kanalı distalinde darlık vardı. Bu hasta grubu portal kolanjiyopati (n:3), kronik pankreatit (n:3), primer sklerozan kolanjit (PSK) (n:1), Oddi tümörü (n:1), hemorajik pankreatit (n:1) ve nedeni bilinmeyen darlık (n:2) hastalarından oluşmaktaydı. Bunlardan 8'inde proksimal safra kanalında taşlar vardı. Bir ERCP ilişkili peripapiller perforasyon vakasında ise, perforasyonu sınırlamak için FC-SEMS uygulanmıştır. Kronik pankreatitli bir hastada safra kesesi kanülasyonu yapılamamıştır. Bu hasta, plastic stentlerle tedavi edilmiştir. Taşlar 1-5 seansta çıkarılmıştır. Sadece PSK hastasındaki taşlar çıkarılamamıştır. Klinik başarı oranı %83.3 (10/12) olmuştur. FC-SEMS uygulamasına bağlı kolesistit, hiçbir vakada görülmemiştir.

Tartışma: Bu çalışma, bazı endikasyonlarda, kurtarıcı transpapiller safra kesesi drenajının yüksek teknik ve klinik başarı oranıyla uygulanabileceğini göstermiştir.

Anahtar kelimeler: safra kesesi drenajı, tam kaplı metalik stent

Bu bildiri 2020 UEGW poster bildiri olarak kabul edilmiştir.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 034

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:40:00

AKUT KOLANJİT TANISI İLE ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİOPANKREOTOGRAFİ YAPILAN HASTALARIN SAFRA KÜLTÜRLERİNDE ÜREYEN MİKROBİYAL AJANLAR, BU AJANLARIN ANTİBİYOTİK DUYARLILIKLARI, HASTANIN KLİNİK VE LABORATUVARI İLE İLİŞKİSİ

İnsaf Yılmaz, Erkin Öztaş, Selçuk Dişibeyaz, Tuncer Temel, Murat Sarıçiçek, Ahmet Serdar Yılmaz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Akut kolanjit safra ağacının akut inflamasyonu ve enfeksiyonudur. En sık iki nedeni koledokolithiyazis ve benign biliyer darlıktır. Drenaja ek olarak antibiyoterapi ve destek tedaviye yanıt veren seyir yanında ciddi sepsis ve çoklu organ yetmezliği sonucunda ölümle sonuçlanan seyir de gösterebilir. Akut kolanjitin temel tedavisi biliyer drenaj olmakla birlikte en kısa zamanda ampirik antibiyotik başlanmalıdır. Biliyer drenaj sırasında safra örneği alınıp kültür çalışılmalı, kültürde üreyen etken ve antibiyogramına göre antimikrobial ajan devamına karar verilmelidir.

Biz de çalışmamıza kolanjit nedeni ile ERCP yapılmış 163 hastayı retrospektif olarak hastane kayıtlarından taradık. Hastaların safra kültürlerinde üreyen ajanları ve bu ajanların antimikrobiyal duyarlılıklarını; kolanjit şiddeti, mortalite, hastanede yatış süresi, akut faz reaktanları ile ilişkisini inceledik.

Çalışmamızın sonucunda tüm kolanjitli hasta populasyonunda Escherichia Coli (E.Coli)'nin safra kültüründe en sık üreyen ajan olduğunu; Enterococcus Faecium (Ent.faeceum) ile kolanjit şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğunu; Tokyo 2018 kolanjit kriterlerine göre hesaplanan kolanjit şiddeti ve safra kültüründe Klebsiella Oxytoca (K.Oxytoca) üremesi olmasının hastanede yatış süresi ile ilişkili olduğunu; kolanjit şiddeti, semptom başlangıcı ile biliyer drenaj arasındaki sürenin uzunluğu, safra kültüründe candida türlerinin (spp.) üremesi olması ve daha önce kolanjit nedeni ile biliyer girişim öyküsünün olmasının mortalite üzerine anlamlı etkisi olduğunu tespit ettik.

Anahtar kelimeler: kolanjit, safra kültürü, antibiyotik duyarlılığı, endoskopik retrograd kolanjiopankreotografi, mortalite

Kaynaklar

1. Gomi, Harumi, et al. "Updated comprehensive epidemiology, microbiology, and outcomes among patients with acute cholangitis." Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences 24.6 (2017): 310-318.
2. Akhtar, Furqana, et al. "Microbiology and clinical characteristics of acute cholangitis with their impact on mortality; a retrospective cross-sectional study." JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association 70.4 (2020): 607-612.
3. Doi, A., T. Morimoto, and K. Iwata. "Shorter duration of antibiotic treatment for acute bacteraemic cholangitis with successful biliary drainage: a retrospective cohort study." Clinical Microbiology and Infection 24.11 (2018): 1184-1189.
4. Haal, Sylke, et al. "Antimicrobial therapy of 3 days or less is sufficient after successful ERCP for acute cholangitis." United European Gastroenterology Journal (2020): 2050640620915016.
5. Kaya, Muhsin, et al. "Microbial profile and antibiotic sensitivity pattern in bile cultures from endoscopic retrograde cholangiography patients." World Journal of Gastroenterology: WJG 18.27 (2012): 3585.
6. Negm, Ahmed A., et al. "Routine bile collection for microbiological analysis during cholangiography and its impact on the management of cholangitis." Gastrointestinal endoscopy 72.2 (2010): 284-291.

Bildiri ile ilgili tablolar resimde toplu verilmiştir

Tablo 3: Alınan safra örneği kültürlerinde üreyen etkenler türleriyle daha önce ERCP öyküsü arasındaki ilişki sonuçları listelenmiştir.

Safrada üreyen etkenler	Eski kolanjit öyküsü (naiv hasta)(-)	Eski kolanjit öyküsü (+)	P değeri
Escherichia Coli	**38 hasta (%53.5)**	33 hasta (%46,5)	**0,007**
Klebsiella Pneumonia	19 hasta (%42,2)	**26 hasta (%57,8)**	**0,000**
Diğer	16 hasta (%69,6)	7 hasta (%30,4)	0,849
Streptococcus Spp.	15 hasta (%65,2)	8 hasta (%34,8)	1,000
Enterococcus Faecium	12 hasta (%57,1)	9 hasta (%42,9)	0,527
Pseudomana Aeruginosa	6 hasta (%30)	**14 hasta (%70)**	**0,001**
Candida Spp.	12 hasta (%75)	4 hasta (%25)	0,581
Enterococcus Fecalis	11 hasta (%73,3)	4 hasta (%26,7)	0,709
Klebsiella Oxytoca	10 hasta (%71,4)	4 hasta (%28,6)	0,773
Diğer Enterekok Spp.	6 hasta (%50)	6 hasta (%50)	0,343
Enterococcus Casseliflavus	6 hasta (%54,3)	5 hasta (%45,5)	0,514
Acinetobacter Baumani	5 hasta (%62,5)	3 hasta (%37,5)	1,000
Proteus Spp.	0 hasta (%0)	**4 hasta (%100)**	**0,013**
Morganella	1 hasta (%50)	1 hasta (%50)	0,639

Tablo 7:İncelenen exitus vakaların safra kültürlerinde türüyen erkenlerin sıklık verileri,

Safrada üreyen etkenler	Ex hastalarda üreme sıklığı (n=13)	P değeri
Escherichia Coli	6 (%46,2)	1,0
Klebsiella Pneumonia	5 (%38,5)	0,350
Diğer	2 (%15,4)	1,0
Streptococcus Spp.	2 (%15,4)	1,0
Enterococcus Faecium	5 (%38,5)	**0,014**
Pseudomana Aeruginosa	2 (15.4)	0,663
Candida Spp.	4 (%30,8)	**0,026**
Enterococcus Fecalis	1 (%7,7)	1,0
Klebsiella Oxytoca	2 (%15,4)	0.309
Diğer Enterekok Spp.	3 (%23,1)	0,057
Enterococcus Casseliflavus	0 (%0)	-
Acinetobacter Baumani	2 (%15,4)	0,125
Proteus Spp.	0 (%0)	-
Morganella	0 (%0)	-

Bildiri ile ilgili tablolar resimde toplu verilmiştir

Tablo 4: Alınan safra örneği kültürlerinde üreyen etkenler türleriyle Tokyo kriterlerine göre belirlenmiş grade arasındaki ilişki sonuçları verilmiştir.

Safrada üreyen etkenler	Grade 1 n. (%)	Grade 2 n. (%)	Grade 3 n. (%)	P değeri
Escherichia Coli	31 (%43,7)	22 (%31)	18 (%25,4)	0,315
Klebsiella Pneumonia	20 (%44,4)	14 (%31,1)	11 (%24,4)	0,589
Diğer	7 (%30,4)	10 (%43,5)	6 (%26,1)	0,570
Streptococcus Spp.	12 (%52,2)	8 (%34,8)	3 (%13)	0,378
Enterococcus Faecium	7 (%33,3)	5 (%23,8)	9 (%42,9)	**0,045**
Pseudomana Aeruginosa	6 (%30)	6 (%30)	8 (%40)	0,118
Candida Spp.	4 (%25)	8 (%50)	4 (%25)	0,393
Enterococcus Fecalis	2 (%13,3)	7 (%46,7)	6 (%40)	0,055
Klebsiella Oxytoca	5 (%35,7)	5 (%35,7)	4 (%28,6)	0,823
Diğer Enterekok Spp.	4 (%33.3)	4 (%33.3)	4 (%33.3)	0,618
Enterococcus Casseliflavus	6 (%54,5)	3 (%27,3)	2 (%18,2)	0,612
Acinetobacter Baumani	1 (%12,5)	4 (%50)	3 (%37,5)	0,236
Proteus Spp.	1 (%25)	2 (%50)	1 (%25)	0,806
Morganella	1 (%50)	1 (%50)	0 (%0)	0,749

Tablo 5:İncelenen hasta populasyonunda mortaliteye etki eden bağımsız belirteçler,

Parametre	Mortalite (çoklu analiz)			
	Beta	**OR**	**95 CI%**	**p**
Kolanjit Şiddeti	2.253	17.340	3.686-81.582	**0.000**
Drenaja Kadar Geçen Süre (Gün)	0.130	1.139	1.019-1.274	**0.022**
Kültürde Candida Spp. Üremesi Varlığı	2.262	9.601	1.349-68.326	**0.024**
Eski Kolanjit Öyküsü Varlığı	1.520	4.573	1.059-19.748	**0.042**

Tablo 6:İncelenen hasta populasyonunda yatış süresine etki eden bağımsız belirteçler,

Parametre	Yatış süresi (7 gün) - (çoklu analiz)			
	Beta	**OR**	**95 CI%**	**p**
ALT düzeyi	-0,005	0,995	0,992-0,999	**0,013**
Direkt Bilirubin	0,126	1,134	1,026-1,254	**0,014**
Kolanjit Şiddeti	1,672	5,324	2,904-9,761	**0,000**
Klebsiella Oxytoca	1,661	5,266	1,212-22,893	**0,027**

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 035

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:40:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 11:50:00

TÜRK HASTALARINDA 'PANKREATİKOBİLİYER MALJUNCTİON': ÇOK MERKEZLİ VAKA SERİSİ

Erkan Parlak[1, 4], Aydın Şeref Köksal[2, 4], Ahmet Tarık Eminler[2], Bahattin Çiçek[5, 4], Selçuk Dişibeyaz[6, 4], Erdal Birol Bostancı[3, 4], Musa Akoğlu[3, 4], Burhan Şahin[4]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği
[3]Sbü Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği
[4]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği
[5]Acıbadem Üniversitesi, Gastroenteroloji Kliniği
[6]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği

'Pankreaticobiliyer maljunction' (PBM) pankreas ve safra kanallarının duodenum duvarı dışında birleştiği bir konjenital anomalidir ve sıklıkla koledok kisti ile birliktedir. Doğu toplumlarında safra kesesi ve safra yolları malignitelerinin önemli bir sebebidir. Bu nedenle tanı konulduğunda rezektif cerrahi önerilmektedir. Batı toplumunda malignite riski artsa da bu kadar belirgin değildir. Birlikte pankreas divisum (PD) varsa pankreas sıvısının safra kanalına regürjitasyonunun azlığına bağlı olarak biliyer karsinogenezis sıklığı azalır. Bu yazıda Türk hastalarında PBM'ın klinik özellikleri sunulmuştur.

Hastalar ve yöntem: Çalışma ERCP için refere edilen erişkin ve pediatrik hastalarda yapıldı. PBM Japon kriterlerine göre 4 tipe ayrıldı. Klinik prezentasyonları, Todaniye göre kist tipleri, ERCP bulguları, tedavileri ve postoperatif biliyer ve pankreatik komplikasyonları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: PBM tanılı 47 hastanın 31 tanesi erişkin [yaş: 44 yıl (19-83), 21 (%67.7) kadın], 16 tanesi çocuktu [yaş: 8.5 yıl (2-17), 11 (%68.8) kadın]. Erişkin hastalarda tip A PBM en sık iken [16 (%51.6) vs 2 (%12.5), p< 0.05)], çocuklarda tip C daha sıktı [5 (%31.3) vs 1 (%3.2), p< 0.05)]. TipB B [(5 (%31.3) vs 5 (%16.1)] ve ve D [(4 (%25) vs 9 (%29)] arasında istatistik olarak anlamlı fark yoktu. Pediatrik ve erişkin hastalarda klinik prezentasyon da benzerdi: Rekürren pankreatit: 7 (%43.8) vs 10 (%32.3), biliyer semptomlar (kolanjit, sarılık, biliyer ağrı): 9 (%56.3) vs 18 (%58.1). Todani tip 1 her iki grupta da en sık kist tipi iken (%87.5 x %83.9), koledok erişkinlerde daha dilate idi [22 mm (11-58) x 12 mm (5-33)]. Protein plak ise pediatrik hastalarda daha sıktı (%42.9 x %23.1). Yapılan tedaviler gözden geçirildiğinde rezektif cerrahinin çocuklarda (%68.8 x %32.3), sadece kolesistektominin (%12.9 x %6.3) ve sadece koledokoduodenostominin (%9.7 vs %0) erişkinlerde daha sık yapıldığı gözlendi. Cerrahi materyallerinde sadece 1 (%3.2) erişkin hastada malignite vardı. Median 32 (9-152) aylık takip süresinde 11 pediatrik ve median 35.5 (3-360) aylık takip süresinde 21 erişkin hastada akut pankreatit %6.3 x %14.3 ve kolanjit %0 x %14.3 gelişti. Takip edilen hastaların hiçbirinde malignite gelişmedi.

Sonuç: Doğu toplumları ile karşılaştırılabilir klinik bulgulara karşılık tip D PBM (PD'la birlikte olan tip) Türk toplumunda daha sıktır. Bu bulgu Batı toplumlarında malignite riskinin düşüklüğünü izah edebilir.

Anahtar kelimeler: pankreatikobiliyer maljunction, ERCP, koledok kisti

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 036

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:50:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:00:00

'TERAPÖTİK BAŞARISIZ' HASTALARDA BİLİOPANKREATİK GİRİŞİMLER

Erkan Parlak[1], Emre Ünal[2], Türkmen Çiftçi[2], Devrim Akıncı[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Kliniği
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı biliyer ve pankreatik kanülasyon sağlanmış ama tedavi edici işlem tamamlanamadığı için sevk edilmiş hastalarda (terapötik başarısız hastalar) endoskopik ve/veya perkütan tamamlayıcı işlemlerle ilgili tecrübemizi paylaşmaktır.

Hastalar ve Metod: Çalışmaya amaçlanan terapötik işlem başarısız olan 83 biliyer (33 darlık geçilemediği için, 29 taş çıkartılamadığı için ve 9 migre stent çıkartılmadığı için) ve 12 pankreatik (5 darlık geçilemediği/taş çıkartılamadığı için, 7 migre stent çıkartılamadığı için) patolojisi olan hasta alındı. İlk işlemi hastanemizde yapılan, stent değişimi için gönderilen ve kanülasyon başarısızlığı nedeniyle gönderilen hastalar çalışma dışında bırakıldı. Terapötik başarısız hastalarda yapılan işlemler ve başarı oranı incelendi.

Bulgular: Terapötik başarısızlığın sebepleri, hastanemizde uygulanan yöntemler ve başarı oranları tablo 1 ve 2'de özetlenmiştir. Çıkartılamayan taşlarda büyük balon dilatasyonu, mekanik litotripsi, metal stent uygulaması, ESWL ve darlığın geçilemediği hastalarda perkütan transhepatik kolanjiografi ve magnetik kompresyon anastomoz gibi ileri endoskopik ve/veya perkütan uygulamalarla biliyer endikasyonlu hastaların hepsinde (%100), pankreatik endikasyonlu hastaların 9'unda (%75) hedeflenen işlem gerçekleştirildi.

Sonuç: Terapötik başarı deneyim ve ısrarla birlikte endoskopik-perkütan kombine çalışmayla ve aksesuar çeşitliliği ile artmaktadır.

Anahtar kelimeler: ERCP, terapötik başarısız

Tablo 1. Biliyer terapötik başarısız hastalar

ETYOLOJİ	YÖNTEM	n
Darlık geçilemeyen hastalar, n:33		
LRLT, n:23	Endoskopik geçildi PTK ile geçildi MCA	4 4 15
Donör, n:2	Endoskopik geçildi MCA	1 1
DDLT, n:2	PTK ile geçildi	2
PSK, n:3	Endoskopik geçildi PTK ile geçildi	2 1
Kolesistektomi yaralanması (Strasberg E2, E2, B), n:3	Endoskopik geçildi MCA	1 2
Taş çıkartılamayan hastalar, n:29		
Büyük taş, n:13	LBD LBD + ML	12 1
İmpakte taş, n:2	FC-SEMS	2
Darlık üstünde koledokta taş Kronik pankreatit, n:3 Anastomoz üzerinde taş, n:3 BBD (yaralanma) üzerinde taş, n:2 Portal kolanjiopati ve taş, n:2	FC-SEMS FC-SEMS PTBD + FC-SEMS PTBD + FC-SEMS FC-SEMS	3 2 1 2 2
İntrahepatik taş, n:3	PTBD + FC-SEMS NBD + FC-SEMS	2 1
Mirizzi sendromu, n:1	Plastik stent + LBD + ML	1
Migre stent çıkartılamadı, n:9		
Koledok, n:6	Forseps Basket Balon	4 1 1
LRLT…….Mıknatıs, n:2	Dilatasyon + basket	2
İntrahepatik, n:1	(Koledokoduodenostomiden) forsepsle	1

Tablo 2. Pankreatik terapötik başarısız hastalar

ETYOLOJİ	YÖNTEM	n
Darlık/taş geçilemedi, n:5		
Kronik pankreatit, n:5	Endoskopik geçildi ESWL Perkütan randevu Pankreas divisum	1 2 1 1
Migre stent çıkartılamadı, n:7		
Kronik pankreatit, n:4	Dilatasyon + forseps Dilatasyon + basket FC-SEMS	2 1 1
PEP proflaksisi, n:3	Kuyrukta, n:2 Kuyrukta, n:1 Başta……..forseps	Denenmedi Çıkartılamadı 1

Safra Kesesi ve Safra Yolları

SS - 037

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 12:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:10:00

ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİ İŞLEMLERİNDE BİSPEKTRAL İNDEKS MONİTORİZASYONU ALTINDA KULLANILAN FARKLI İKİ SEDASYON YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ebru Tarıkçı Kılıç[1], Resul Kahraman[2], Süleyman Sayar[2], Çağatay Ak[2], Kamil Özdil[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eah, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eah, Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERKP) pankreas, safra kesesi ve karaciğerin drenajını sağlayan kanalların görüntülenmesi işlemidir. İşlem esnasında bilinçli sedasyon kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda bispektral indeks (BİS)monitorizasyonu altında ERKP işlemi esnasında kullandığımız iki farklı anestezi yöntemi olan propofolle ketamin (ketofol)ve propofolle remifentanil kullanımının hemodinamik cevap üzerine etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin gastroenteroloji kliniğinde elektif şartlarda ERKP yapılan 18-55 yaş arası sedatif premedikasyon uygulanmayan ASA I-III olgular dahil edildi.

Olgular propofol+ketamin (Grup K=33) ve propofol +remifentanil (Grup R=29) olarak ikiye ayrıldı. Anestezi derinliğini ölçmek için BİS kullanıldı. Demografik veriler, işlem süresi, indüksiyon süresi, Kalp atım hızı (KAH), ortalama arter basıncı (OAB), periferik oksijen saturasyonu, BİS değerleri, görülen komplikasyonlar kaydedildi. Grup K için indüksiyonda 1.5 mg kg1 ketamin ve 1.5 mg kg1 propofol ve Grup R için ise 0.1 mcg/kg1 remifentanil ve 1.5 mg/kg1 propofol kullanıldı. Her iki grupta da idame olarak 6 mg/kg/h propofol infüzyonu verildi. Ek doz ihtiyaç halinde 0.5 mg/kg1 propofol i.v olarak yapıldı.

Sonuçlar: Her iki gruptaki hastalar yaş, vücut ağırlığı, ASA değerleri ve işlem süreleri açısından karşılaştırıldıkların da istatiksel olarak fark yoktu. Grup K için indüksiyon süresi 3+1.5 dk iken Grup R 'de 4+2 olarak bulundu. Grup K 'de 2 hastada apne, 3 hastada desaturasyon, Grup R de 6 hastada apne,5 hastada desaturasyon görüldü. ($p<0.001$)

Hastaların vital bulgularına bakıldığında KAH ve OAB tüm ölçümlerde Grup R den anlamlı yüksek bulundu. BİS değerleri işlem boyunca her iki grupta 60-70 arasında gözlendi.

Tartışma: Pankreatikobiliyer patolojilerin tanı ve tedavi aşamasında ERKP çok önemli bir role sahiptir ve sedasyonsuz yapıldığı zaman son derece ağrılı ve rahatsız edicidir

ERKP işlemi esnasında sedasyon uygulanarak, hareketsizlik ve yeterli analjezinin sağlanması, öksürük, öğürme ve bulantıdan kaçınılması ve koruyucu havayolu reflekslerinin baskılanmamış olması arzu edilir.

Bu nedenle kullanılacak olan sedasyon ilacının dozu iyi titre edilmeli ve monitörizasyonu yöntemleri ile hasta yakın takip edilmelidir

Çalışmamızın sonucunda propofol ve ketamin kullanımının hemodinamik açıdan daha stabil bir sedasyon sağladığı sonucuna vardık.

Anahtar kelimeler: Sedasyon, BIS, Monitorizasyon, ERKP

Safra Kesesi ve Safra Yolları

SS - 038

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 12:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:20:00

AKUT BİLİYER PANKREATİT İLE İLİŞKİLİ BENİGN BİLİYER DARLIĞI OLAN HASTALARIN ENDOSKOPİK TEDAVİSİ

Ahmet Tarık Eminler[1], Aydın Şeref Köksal[1], Bilal Toka[1], Cengiz Karacaer[2], Mustafa İhsan Uslan[1], Erkan Parlak[3]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
[2]Sakarya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Dayanak ve Amaç: Akut pankreatitte (AP), retropankreatik ortak safra kanalının ödem ve iltihaplı pankreas dokusu nedeniyle basısı nedeniyle safra darlığı gelişebilir. Ancak, bu konunun sıklığı ve tedavisi hakkında sınırlı veri mevcuttur. Bu çalışmada akut biliyer pankreatit (ABP) ile ilişkili benign biliyer darlığı (BBD) olup endoskopik tedavi uygulanan hastaların klinik seyrinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD'nda Akut Pankreatit nedeniyle yatırılan hastalarda görüntüleme ve laboratuvar yöntemleri ile koledok taşı ve/veya biliyer obstrüksiyon bulguları olanlar ERCP işlemine alındı. Pankreas dokusunun inflmasyonu neticesinde BBD gelişen hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Psödokist veya walled-off nekroza bağlı darlığı olan, rekkürren akut pankreatit, kronik pankreatit ve non-biliyer etyolojisi olan AP hastaları çalışma dışı tutuldu. Proksimal dilatasyon ve kontrastın duodenuma drenajında gecikme ile birlikte distal koledokta darlık izlenmesi BBD olarak tanımlandı. Bu hastalarda darlığın durumuna göre 7 veya 10 Fr plastik stent ile endoskopik tedavi uygulandı ve darlık düzelmesi gözlenene kadar 3 ayda bir stentler değiştirildi. Darlık düzelmesi 8.5 mm çapındaki taş çıkarma balonunun rahatça çıkması ve darlık bölgesinden kontrast ajanının hızlıca boşalması olarak tanımlandı. Primer sonlanım noktaları olarak endoskopik tedavi sonrası BBD'nin düzelme oranı ve düzelme başarısının zamanı belirlendi.

Sonuç: 726 ABP hastasının 257 (%35.6)'sine ERCP işlemi yapıldı. 26 hastada (tüm ABP'li hastaların %3.6'sı) (13 kadın; ortalama yaş: 54.7±18.5 yıl) BBD tespit edildi ve endoskopik dilatasyon ve takip protokolüne alındı. Hastaların 18'inde 7 Fr, 10 tanesinde de 10 Fr plastik stent ile darlık bölgesi dilate edildi. Hafif, orta ve şiddetli ABP hastalarında BBD saptanma oranı sırasıyla %3.4, %5.7 ve %4.8 idi (p> 0.05). Ödematöz (23/670, %3.4) ve nekrotizan pankreatitli (3/51,%5.9) hastalar arasında BBD sıklığı açısından anlamlı fark görülmedi. 21 hastada elde edilen uzun dönem sonuçlar değerlendirildiğinde tüm hastalarda darlık düzelmesinin sağlandığı görüldü. 14 hastada (%66.7) 3 ayda; 5 hastada (%23.8) 6 ayda; 2 hastada (%9.5) ise 9 ayda darlıkta düzelme olduğu saptandı.

Toplam ERCP seans sayısı 57 [median 2(1-5)] olup stent migrasyonu 4 hastada (%19) görüldü. Post-ERCP herhangi bir komplikasyon izlenemeyen hastalarda median 28 (12-45) ay takiplerde BBD rekürrensi tespit edilmedi.

Sonuç: Akut Biliyer Pankreatitli hastalarda ödem ve inflamasyon sonucu gelişen bası nedeniyle oluşan geçici biliyer darlıkların spontan düzelme aşamasında biliyer stentleme ile hastaların takibi effektif ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Akut Biliyer Pankreatit, Benign Biliyer Darlık, ERCP

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 039

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 11:50:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:00:00

CANLI VERİCİDEN KARACİĞER NAKLİ YAPILAN HASTALARIN SAFRA YOLU MİKROORGANİZMA PROFİLİ VE ANTİBİYOTİK DUYARLILIKLARI

Abdullah Yıldırım[1], Gökhan Metan[2], Onur Keskin[4], Taylan Kav[4], Devrim Akıncı[3], Erkan Parlak[4]

[1]Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları A.b.d.
[2]Hacettepe Üniversitesi İnfeksiyon Ve Klinik Mikrobiyoloji A.b.d.
[3]Hacettepe Üniversitesi Radyoloji A.b.d.
[4]Hacettepe Üniversitesi Gastroenteroloji B.d.

Canlı vericili karaciğer nakilli (CVKN) hastalar hem hiler darlıklı hem de kullandıkları ilaçlarla immünsüprese oldukları için özel bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı CVKN hasta grubunda endoskopik veya perkütan girişim sonrası gelişen bakteriyemi ve kolanjit durumunda safra ve kan kültürlerinden elde edilecek mikroorganizma profilini ve mikroorganizmaların direnç profili belirlemektir. Çalışmaya 01.01.17 ile 31.06.20 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ERCP ve/veya PTBD yapılan CVKN hastalar taranarak, bu hastalar arasından kolanjit veya bakteriyemisi olan toplam 24 hasta [9 (%37,5) kadın, ortanca yaş 56 (32-69)] alınmıştır. Kontrol grubu olarak da ERKP ve/veya PTBD yapılan hastalar taranarak kolanjit veya bakteriyemisi olan toplam 70 hasta [36 (%51,4) kadın, ortanca yaş 63 (22-95)] alınmıştır.

CVKN hastalarında safra kültüründe polimikrobiyal üreme (%65,2), kontrol grubuna (%38,2) oranla daha yüksek saptandı. Kontrol grubunda monomikrobiyal üremenin daha fazla olduğu görüldü (Kan kültüründe %33,3 x %61,8 ve safra kültüründe %17,4 x %44,1). Her iki grupta da gram negatif mikroorganizma hakimiyeti saptandı. Safra kültürlerinde *P.aeruginosa* üremesi sıklığı [%45,5 x %23,5 ve p=0,086)] CVKN'li hastalarda, *E.coli* üreme sıklığı ise kontrol grubunda [%68 x %30,4 ve p=0,003] daha yüksek saptandı. Gram pozitif mikroorganizma *E.faecium*'un CVKN hastalarda daha sık üreme eğilimi görüldü (%47,8 x %26,5 ve p=0,097).

CVKN'li hastalarda gram pozitif mikroorganizmalarda antibiyotik direncinin daha fazla olduğu görüldü. Çoklu ilaç direnci (ÇİD) [Kan ve safra kültürlerinde sırasıyla %75 x %22,2 ve %53,3 x %21,4] ve ekstrem ilaç direnci (EİD) [Kan ve safra kültürlerinde sırasıyla %75 x %11,1 ve %53,3 x %7,1] saptandı. ÇİD gram pozitif mikroorganizmalar incelendiğinde en sık üreyenin *E.faecium* olduğu görüldü. CVKN grubunda %39,1 (9/23) ve kontrol grubunda %6,3 (2/32) ÇİD *E.faecium* üremesi saptandı.

Gram negatif mikroorganizmalar açısından değerlendirildiğinde ÇİD ve EİD her iki grupta da yüksek oranda görüldü. CVKN ve kontrol gruplarında ÇİD [Kan ve safra kültürlerinde sırasıyla %100 x %86 ve %77,3 x %79,4] ve EİD [Kan ve safra kültürlerinde sırasıyla %100 x %69,8 ve %77,3 x %70,6] saptandı. ÇİD *E.Coli*'nin kontrol grubunda daha sık olduğu gözlendi. CVKN grubunda %30,4 (7/23) ve kontrol grubunda %57,8 (26/45) ÇİD *E.Coli* üremesi saptandı.

Antibiyotik duyarlılıkları incelendiğinde CVKN grubunda safra kültüründe üreyen *E.faecium*'un ampisilin duyarlılığı %11,1 (1/9) olarak görüldü. CVKN grubunda glikopeptid direnci saptanmadı. Gram negatif mikroorganizmalar açısından değerlendirildiğinde CVKN hastalarında safra kültüründe üreyen *P.aeruginosa*'nın sıra-

sıyla karbapenem ve amikasin duyarlılığı %28,6 (2/7) ve %85,7 (6/7) olarak görüldü.

CVKN hastalarında gelişen kolanjitin ampirik tedavisinde merkezlerin epidemiyolojik verileri göz önüne alınarak glikopeptid grubu antibiyotik tedavisi içeren rejimlerin başlanması uygun görülmektedir.

Anahtar kelimeler: karaciğer nakli, kolanjit, bakteriyemi, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi, ercp

Kaynaklar

1. Kasapoğlu B, Yalçin Ks, Türkay C. Canlı donörden karaciğer transplantasyonu. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2010, Haziran;14:96-102.
2. Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. Clin Microbiol Infect. 2012;18(3):268-81.
3. Chan CHY, Donnellan F, Byrne MF, Response to endoscopic therapy for biliary anastomotic strictures in deceased versus living donor liver transplantation. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2013;12(5):488-93.
4. Tsujino T, Isayama H, Kogure H, Sato T, Nakai Y, Koike K. Endoscopic management of biliary strictures after living donor liver transplantation. Clinical Journal of Gastroenterology. 2017;10(4):297-311.
5. Gomi H, Takada T, Hwang T-L, Akazawa K, Mori R, Endo I, et al. Updated comprehensive epidemiology, microbiology, and outcomes among patients with acute cholangitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2017;24(6):310-8.
6. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2018;25(1):3-16.
7. Koksal AS, Eminler AT, Parlak E, Gurakar A. Management of biliary anastomotic strictures after liver transplantation. Transplant Rev (Orlando). 2017 Jul;31(3):207-217.

Kan ve Safra kültüründe üreyen MO tipleri

Tablo Kan ve Safra Kültüründe Üreyen Mikroorganizmaların Özellikleri

	Kan Kültürü			Safra Kültürü		
	CVKN Grubu (n=12)	Kontrol Grubu (n=47)	p	CVKN Grubu (n=19)	Kontrol Grubu (n=28)	p
Gram Pozitif Üreme	4 (%33,3)	9 (%19,1)	0,435	13 (%64,8)	11 (%39,3)	0,051
Gram Negatif Üreme	9 (%75)	43 (%91,5)	0,141	18 (%94,7)	28 (%100)	0,404
Mantar Üreme	1 (%8,3)	-	-	2 (%10,5)	1 (%3,6)	0,562

Kan ve Safra kültüründe üreyen MO dirençleri

Tablo Kan ve Safra Kültüründe Üreyen Gram Pozitif Mikroorganizmaların Direnç Özellikleri

Gram Pozitif Üreme	Kan Kültürü			Safra Kültürü		
	CVKN Grubu (n=4)	Kontrol Grubu (n=9)	p	CVKN Grubu (n=15)	Kontrol Grubu (n=14)	p
ÇİD	3 (%75)	2 (%22,2)	0,217	8 (%53,3)	3 (%21,4)	0,077
EİD	3 (%75)	1 (%11,1)	0,052	8 (%53,3)	1 (%7,1)	0,014
TİD	-	-	-	-	-	-

Karaciğer

SS - 040

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 12:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:10:00

MERKEZİMİZDE HEPATOSELLÜLER KARSİNOM TANISIYLA KARACİĞER NAKLİ YAPILAN HASTALARIMIZDAKİ NAKİL ÖNCESİ PET-BT BULGULARI İLE NÜKS ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Atilla Bulur

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü

Giriş: Hepatosellüler karsinom (HCC), karaciğerin en sık görülen primer tümörüdür. Belli kriterleri karşılayan HCC hastalarında cerrahi rezeksiyon ve karaciğer nakli en başarılı tedavi yöntemleridir (1,2). HCC hastalarında nakil öncesi pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) görüntüleri ile karaciğerdeki primer tümör veya uzak metastaz varlığı araştırılabilmektedir. PET-BT akciğer, kolon ve pankreas gibi kanserlerde evreleme ve tedavi sonrası nüks gibi durumlarda efektif olarak kullanılmakta iken primer HCC lezyonlarında PET-BT incelemesinde FDG tutulumu farklılıklar gösterebilmekte ve hatta birçok vakada FDG tutulumu görülmemektedir (3,4,5). Bu çalışmada nakil öncesi PET-BT'de FDG tutulumu olan ve olmayan hastalar ile bu hastaların nakil sonrası nüks ile ilişkisi araştırılmıştır.

Materyal-Metod: 2016-2020 yılları arasında hastanemiz organ nakli kliniğinde HCC tanısı ile karaciğer nakli yapılan ve gastroenteroloji ekibince yakından takip edilen 66 hastanın nakil öncesi PET-BT sonuçları ile nakil sonrası nüks bulguları retrospektif olarak taranarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Dört yıllık süreçte 66 hastaya HCC nedenli nakil yapılmıştı, hastaların yaş ortalaması 57,89 yıl, kadın/erkek oranı 0,08 idi. Hastaların 7'sinde (%10,61) çeşitli nedenlerle nakil sonrası nüks geliştiği tesbit edildi. Nüks gelişen 7 hastadan 5'inde (%71,4) nakil öncesi PET-BT'de anlamlı FDG tutulumu rapor edilmişken, 2 hastada (%28,6) tutulum olmadığı görüldü. Öte yandan nakil sonrası nüks gelişmeyen 57 hastaya göz atıldığında 11 hastada (%18,6) nakil öncesi FDG tutulumu olduğu görülmüşken, 48 hastada (%81,4) tutulum olmadığı tesbit edildi. Bu bulgularla HCC nedenli nakil yapılan hastalarda nakil sonrası nüks olan hastalar ile olmayan hastaların nakil öncesi bakılan PET-BT incelemelerindeki FDG tutulumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0.007).

Sonuç: HCC'de PET-BT'de karaciğer içi FDG tutulumu değişken olup, bir çalışmada 5 cm'den büyük tümör/tümörleri olan ve yüksek AFP değerlerine sahip hastalarda FDG tutulumunun daha sık olduğu ve tanı değerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (5). Başka bir çalışmada nakil öncesi FDG tutulumunun mikrovasküler invazyon, kötü differansiasyon ve tümör nüksü için anlamlı bir gösterge olduğu bildirilmiştir (6). Bir başka çalışmada da 95 HCC hastasından 5'inde FDG tutulumu olmuşken bu 5 hastanın 2 'sinde nüks geliştiği bildirilmiş olup bu çalışmada PET-BT'nin tanı değerinin ve nüks göstergesi olarak kullanımının ne kadar yetersiz olduğu belirtilmiştir (3). Merkezimizin sonuçlarına göre de PET-BT incelemesinin primer HCC tanısında yetersizliği görülmekte iken, nüks olacakları tahmin etmekte nisbeten faydalı olabileceği anlaşılmaktadır. Milan kriterlerini aşmak, yüksek AFP değerleri, artan tümör boyutunun ve vasküler invazyon varlığının

nüksü ön görmede PET-BT'ye göre daha faydalı göstergeler olduğu aşikardır.

Anahtar kelimeler: Hepatosellüler karsinom, karaciğer nakli, PET-BT, nüks

Kaynaklar

1. Günay Y, Güler N, Akyıldız M ve ark. Hepatosellüler karsinoma ve canlı vericili karaciğer nakli:kanser nüksü ve hasta sağkalımını etkileyen faktörler. Tek merkez deneyimi. Gaziantep Tıp Dergisi 2013;19(3):173-9.
2. Tang A. et al. Epidemiology of hepatocellular carcinoma: target population for surveillance and diagnosis.Abdom Radiol (NY). 2018 Jan;43(1):13-25.
3. Kim YK, et al, Usefullness of 18F-FDG positron emission tomography/computed tomography for detecting recurrence of hepatocellular carcinoma in posttransplant patients. Transpl. 2010;16;767-72.
4. Üstündağ Y, Parlak E. Transplantasyon sonrası hastalarda hepatosellüler kanser nüksünün tespitinde 18F-FDG PET/CT'nin faydaları. Akademik gastroenteroloji dergisi, 2011; 10 (1): 43-44.
5. Trojan J, et al. Am j Gastro 1999.
6. Kornberg A, et al. Am J Transplant 2009.

Karaciğer

SS - 041

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 12:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:20:00

RADYOEMBOLİZASYON TEDAVİSİ UYGULANAN KARACİĞERE METASTATİK MİDE KANSERLİ OLGULARDA METASTAZLARIN TEDAVİYE YANITININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE PERCİST KRİTERLERİ İLE METABOLİK PARAMETRELERİN KORELASYONU

Kevser Öksüzoğlu, Salih Özgüven

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Transarteryel radyoembolizasyon (TARE), rezeksiyon şansı bulunmayan primer veya metastatik karaciğer kanserlerinin tedavi protokolünde olan tümör hücrelerine selektif/süperselektif olarak yüksek dozda radyasyon verilmesine dayanan radyonüklid tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminde iyot-131 veya renyum-188 işaretli Lipiodol kullanılabileceği gibi çoğunlukla saf beta yayıcı Yttrium 90 (Y90) yüklü mikroküreler kullanılmaktadır. Biz de bu çalışmada; kliniğimizde kemoterapiye yanıtsız, karaciğere metastatik mide kanserli olgularda izlenen unrezektabl karaciğer lezyonlarına uygulanan Y90 cam mikroküre tedavisinin etkinliğinin ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde FDG PET/BT ile elde edilen metabolik parametrelerin [metabolik tümör volümü (MTV) ve total lezyon glikolizi (TLG)] PERCIST kriterleri ile korelasyonunu araştırdık.

Materyal Metod: Ekim 2017- Aralık 2019 tarihleri arasında kliniğimizde metastatik mide kanseri nedeni ile Y90 cam mikroküre tedavisi uygulanan 7 hastadaki 48 lezyon incelendi. Selektif/ süper selektif TARE tedavisinin hemen öncesinde ve TARE sonrası 8. haftada elde edilen FDG PET/BT görüntüleri karşılaştırıldı. Lezyonların SUV maksimum (SUVmaks), MTV (tümördeki SUVmaks'ın %40'ından daha büyük olan alanların hacmi) ve TLG (MTVxSUVmean) parametreleri elde edildi. Lezyonların tedaviye yanıtının değerlendirilmesinde PERCIST kriterleri kullanıldı.

Bulgular: Karaciğer parankiminde saptanan 48 lezyondan, 21 tanesinin yeni geliştiği ve bu lezyonların selektif/ süper selektif TARE tedavisi alanına girmediği dikkati çekti. TARE tedavi alanında incelenen 27 lezyonun ise PERCIST kriterleri ile değerlendirildiğinde; 15'inde (%55.5) tam metabolik yanıt, 5'inde (%18.3) parsiyel metabolik yanıt, 1'inde (%4) stabil hastalık gözlendiği, 6'sında (%22.2) progresif metabolik hastalık saptandı. TARE sonrasında tam metabolik yanıt, parsiyel metabolik yanıt ve stabil metabolik hastalık gözlenen 21 lezyonun; ortalama SUVmaks değerinin 7.21 g/ml'den 1.10 g/ml'ye ($p<0.001$), ortalama MTV'nin 12.94cm3'ten 0.96 cm3'e ($p<0.001$), ortalama TLG'nin ise 71.27'den 3.16'ya ($p<0.001$) düştüğü görüldü. Progresif metabolik hastalık izlenen 6 lezyonun ise tedavi sonrasında; ortalama SUVmax değerinin 8.6 g/ml'den 8.9 g/ml'ye ($p>0.05$), ortalama MTV'nin 63.61cm3'den 294.03 cm3'e ($p<0.05$), ortalama TLG değerinin ise 420.23'den 1744.45'e ($p<0.05$) çıktığı gözlendi.

Sonuç: Tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde ise PERCIST kriterlerine göre progresif metabolik hastalık gözlenmeyen lezyonların metabolik parametrelerinde istatistiksel anlamlı azalma olduğu, progresif metabolik hastalık izlenen lezyonların ise ortalama SUVmaks değerlerinde anlamlı fark saptanmamasına rağmen metabolik parametrelerinde anlamlı bir artış olduğu görüldü. Metastatik karaciğer lezyonlarının TARE tedavisine yanıtının değerlendirilmesinde metabolik parametrelerin PERCIST kriterleri ile korelasyon gösterdiği sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Transarteryel radyoembolizasyon (TARE), Mide kanseri

Karaciğer

SS - 042

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 12:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:30:00

SELEKTİF İNTERNAL RADYASYON TERAPİSİ UYGULANAN KARACİĞERE METASTATİK PANKREAS KANSERLİ OLGULARDA KARACİĞER METASTAZLARININ TEDAVİYE YANITININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE PERCİST KRİTERLERİ İLE METABOLİK PARAMETRELERİN KORELASYONU

Salih Özgüven, Kevser Öksüzoğlu

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Selektif internal radyasyon terapisi (SIRT), karaciğerin primer veya metastatik tümörlerinin tedavisinde kullanılan, hepatik arterin tümörü besleyen dalından sağlıklı bitişik doku üzerinde en az etkisi olacak şekilde tümör mikrodolaşımına yüksek dozda radyasyon verilmesine dayanan internal radyoterapi yöntemidir. Bu tedavi yönteminde ağırlıklı olarak Yttrium 90 (Y90) yüklü mikroküreler kullanılmaktadır. Primer ve metastatik karaciğer tümörlerinde cerrahi tedaviye uygun olmayan hastalar için pek çok tedavi opsiyonu bulunmaktadır. SIRT tümör tipi, lezyon sayısı fark etmeksizin uygulanabilmektedir. Bu çalışmanın amacı; pankreas kanserli olgularda kemoterapiye yanıtsız, cerrahi uygulanamayan metastatik karaciğer lezyonlarına uygulanan Y90 cam mikroküre tedavisinin etkinliğini FDG PET/BT ile elde edilen metabolik parametreler [metabolik tümör volümü (MTV) ve total lezyon glikolizi (TLG)] PERCIST kriterleri ışığında değerlendirmektir.

Materyal Metod: Metastatik pankreas kanseri tanısıyla Mayıs 2016 - Temmuz 2020 tarihleri arasında kliniğimizde Y90 cam mikroküre tedavisi uygulanan 6 hastada tedavi hemen öncesinde ve tedavi sonrasında 8. haftada yapılan FDG PET/BT'de

saptanan 35 metastatik karaciğer lezyonu incelendi. Metastatik lezyonların SUV maksimum (SUVmaks), MTV (tümördeki SUVmaks'ın %40'ından daha büyük olan alanların hacmi) ve TLG (MTVxSUVmean) değerleri hesaplandı. Lezyonların tedavi yanıtı PERCIST kriterleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: 35 lezyondan SIRT uygulanan alana girmeyen 8 tanesinin yeni geliştiği dikkati çekti. SIRT uygulanan alanda incelenen 27 lezyon ise PERCIST kriterleri ile değerlendirildiğinde; 10'unda (%37) tam metabolik yanıt, 5'inde (%18.5) parsiyel metabolik yanıt, 5'inde (%18.5) stabil hastalık, 7'sinde (%26) progresif metabolik hastalık saptandı. SIRT sonrasında tam metabolik yanıt, parsiyel metabolik yanıt ve stabil metabolik hastalık gözlenen 20 lezyonun; ortalama SUVmaks değerinin 7,70 g/ml'den 4,16 g/ml'ye ($p<0.001$), ortalama MTV değerinin 11,58 cm3'ten 5,59 cm3'e ($p<0.05$), ortalama TLG değerinin ise 48,1300'ten 19,4550'ye ($p<0.001$) düştüğü görüldü. Progresif metabolik hastalık izlenen 7 lezyonun ise tedavi sonrasında; ortalama SUVmax değerinin 5,69 g/ml'den 6,58 g/ml'ye ($p>0.05$), ortalama MTV değerinin 10,88cm3'den 28.64 cm3'e ($p>0.05$), ortalama TLG değerinin ise 39,31'den 108,41'e ($p<0.05$) çıktığı gözlendi.

Sonuç: PERCIST kriterlerine göre tam metabolik yanıt, parsiyel metabolik yanıt ve stabil metabolik hastalık izlenen lezyonların SUVmaks değerlerinde ve metabolik parametrelerinde istatistiksel anlamlı azalma saptandı. Progresif metabolik hastalık izlenen lezyonların ise ortalama SUVmaks ve MTV değerlerinde anlamlı fark saptanmazken, TLG değerlerinde anlamlı artış mevcuttu. Pankreas kanserli olgularda metastatik karaciğer lezyonlarının SIRT yanıtının değerlendirilmesinde metabolik parametrelerin PERCIST kriterleri ile korele olduğu sonucuna ulaşıldı.

Anahtar kelimeler: Selektif internal radyasyon terapisi (SIRT), Pankreas kanseri

Karaciğer

SS - 043

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 12:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 12:40:00

SON EVRE KARACİĞER HASTALARI İLE KARACİĞER NAKLİ VE SAĞLIKLI KİŞİLERDE FİZİKSEL KAPASİTE İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bilge Taşkın[1], Naciye Vardar Yağlı[1], Ebru Çalık Kütükçü[1], Melda Sağlam[1], Deniz İnal İnce[1], Ahmet Bülent Doğrul[2], Onur Keskin[3]

[1]Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara, Türkiye
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doku Ve Organ Nakli Bölümü, Ankara, Türkiye
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bd

Giriş ve Amaç: Son evre karaciğer hastalıklarına bağlı olarak gelişen siroz (kompanse/dekompanse) kardiyovasküler ve pulmoner sistemde komplikasyonlar meydana getirmekte ve hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Çalışmamızın amacı son evre karaciğer hastalarında, karaciğer nakli hastalarında ve sağlıklı kişilerde fonksiyonel kapasite ile ilişkili faktörlerin karşılaştırılmasıydı.

Yöntem: Çalışmaya dokuz son evre karaciğer hastası, dokuz karaciğer nakli hastası ve dokuz sağlıklı kontrol dahil edildi. Olguların fonksiyonel kapasiteleri Altı Dakika Yürüme Testi (6DYT) ile değerlendirilmiştir. 6DYT, American Thoracic Society ve European Respiratory Society'nin ortak yayınladığı rehberdeki standartlara uygun olarak yapıldı. Test öncesi ve test sonrası olguların dispne düzeyleri Modifiye Borg Skalası ile ve kalp hızları pulse oksimetre kullanılarak değerlendirildi. Katılımcıların zirve oksijen tüketimleri için 6DYT'den elde edilen veriler ile hesaplanan bir formül kullanıldı [Ortalama Zirve Oksijen Tüketimi= 4,948 x 0,023 (6DYT mesafesi)].

Bulgular: 6DYT mesafeleri son evre karaciğer hastaları grubunun 492,61±106,44 m, karaciğer nakli grubunun 518,77±183,02 m, sağlıklıların 653,55±64,58 m idi. Son evre karaciğer hastalarının 6DYT mesafeleri sağlıklılara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha azdı ($p=0,034$), karaciğer nakli grubu ile aralarında fark yoktu ($p=0,902$). Test sonunda son evre karaciğer hastaları sağlıklılara kıyasla, beklenen kalp hızı yüzdesinin daha az bir kısmına ulaştılar, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0,007$), karaciğer nakli grubu ile bir fark bulunamadı ($p=0,363$). 6DYT sonunda değerlendirilen dispne algısı, karaciğer nakli grubunda sağlıklılara kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,034$). Zirve oksijen tüketimi son evre karaciğer hastalarında sağlıklılara kıyasla daha düşüktü ($p=0,032$), karaciğer nakli grubu ile aralarında fark yoktu ($p=0,902$).

Sonuç: Son evre karaciğer hastalıklarında fonksiyonel kapasite, zirve oksijen tüketimi ve egzersize olan kalp hızı cevabı azalır, algılanan dispne düzeyi artar. Mortalitenin en önemli belirleyicilerinden olan bu parametrelerdeki değişimlerin yan etkilerini en aza indirebilmek için hastalara uygun rehabilitasyon programları planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: son dönem karaciğer yetmezliği, fiziksel kapasite

Pankreas

SS - 044

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 13:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 13:10:00

HAFİF AKUT BİLİYER PANKREATİTLİ HASTALARDA İNTERVAL KOLESİSTEKTOMİ YÜKSEK KOMPLİKASYON RİSKİ İLE İLİŞKİLİDİR: PROSPEKTİF GÖZLEMSEL ÇALIŞMA

Mukaddes Tozlu, Aydın Şeref Köksal

Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Abd

Giriş ve Amaç: Güncel kılavuzlar, hafif akut biliyer pankreatitli (ABP) hastalarda aynı başvuru sırasında kolesistektomi önermesine rağmen, klinik pratikte uzun bekleme listeleri mevcuttur. Birçok cerrahın pankreatit sonrası erken dönemde inflamasyon ve ödemin zor diseksiyon ve komplikasyona neden olacağı yönünde görüşü, hastanın durumu ve lojistik nedenlerle kolesistektomi gecikmektedir. Bekleme süresinde hastalar rekürren biliyer olay riski altındadır ve hayatı tehdit eden komplikasyonlar gelişebilir(1). Bu çalışmanın amacı; hafif ABP'li hastalarda bekleme periyodunda tekrarlayan pankreatobiliyer komplikasyon gelişme riskini değerlendirmektir.Aynı zamanda indeks başvuruda kolesistektomiden hangi hasta grubunun daha fazla fayda sağlayacağını tahmin etmek için, komplikasyon gelişimini etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Metod: Bu prospektif gözlemsel çalışmaya, Mayıs 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında kliniğimize ilk ABP atağı ile başvuran ve görüntülemede safra taşı/çamur tespit edilen hastalar alındı.ERCP gerektiren koledokolitiazis (KLD)/kolanjit, kronik pankreatit, orta ve şiddetli pankreatit, kolesistektomize hastalar dışlandı. Hastalar, kolesistektomiye veya komplikasyon gelişene kadar veya taburculuktan sonra 6 ay boyunca takip edildi. Hasta takibi, hasta-

ların düzenli aralıklarla aranması, semptomların sorgulanması, gerektiğinde çağırılması ve hastane kayıtlarının kontrol edilmesi ile yapıldı.

Bulgular: 198 hastanın 125'i kadın (%63), yaş ortalaması 61.7±17.1 (dağılım 20-93) idi. Ortalama BMI:29.2±5.8 kg/m2 idi. Abdomen USG tüm hastalarda, MRCP:146 (%73.7), BT:142 (%71.7), EUS:4 hastada yapıldı. Ortalama yatış süresi 5±1.5 (2-12) gündü. 7 hasta genel cerrahi servisine devir oldu. Tüm hastalara önerilmesine rağmen toplam 83 (%42) hastada kolesistektomi yapıldığı gözlendi. (40 hasta 1. ayda, 37 hasta 1-3 ayda, 6 hasta 3-6 ayda). 108 hasta (%54.5) opere olmadı (23 yüksek risk, 26 listede bekliyor, 34 istemiyor, 13 diğer, 7 hastaya ulaşılamadı, 5 ex). 66 hastada (%33.3), toplam 86 komplikasyon gelişti. 51 (%25.8) hastada biliyer kolik, 30 (%15.2) hastada biliyer kolik dışı komplikasyon gelişti. Biliyer kolik dışı komplikasyonlar; 14 (%46.6) akut pankreatit (AP), 7 (%23.3) akut kolesistit (AK), 5 (%16.6) KLD, 1 kolanjit, 1 AK+perfore kese, 1 AP+KLD, 1 AP+AK+KLD+hepatik abse saptandı. Ortalama komplikasyon süresi 40.3±41.6 (1-180) gündü. USG'de >3 taş saptananlarda komplikasyon oranı, tek veya <3 taş saptananlara göre anlamlı yüksekti (p<0.001). Bekleme süresi boyunca komplikasyon oranı; 1.ayda kolesistektomi yapılanlarda %10 (4/40), 1-3 ayda %37.8 (14/37), 3-6 ayda kolesistektomi yapılan veya hiç yapılmayanlarda %42.1 (48/114) saptandı. Takip sürecinde komplikasyonlar nedeniyle 7 (%3.5) hastaya ERCP yapıldı. 5 hasta komorbiditeleri nedeniyle ex oldu.

Sonuç: Hafif ABP'li hastalarda interval kolesistektomi, bekleme periyodunda yüksek semptom ve komplikasyon riski ile ilişkilidir. Bekleme süresi arttıkça komplikasyon riski de artmaktadır.

Anahtar kelimeler: Akut biliyer pankreatit, safra taşı, kolesistektomi

Kaynaklar

1.David W da Costa, Stefan A Bouwense, Nicolien J Schepers et al. Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2015 Sep 26;386(10000):1261-1268.

Akut biliyer pankreatitli hastalarda interval kolesistektomi ile tekrarlayan biliyer olaylar

Komplikasyon	*n*	*%*	*Gün*
Biliyer kolik	51	25.8	22±20,8
Biliyer kolik dışı	30	15.2	56.5±50.2 (3-180)
Akut pankreatit	14	7	65.7±41.1 (10-150)
Akut kolesistit	7	3.5	65.3±69.5 (3-180)
Koledokolitiazis	5	2.5	24±4 (20-28)
Kolanjit	1	0.5	180
Akut kolesistit + Perfore kese	1	0.5	40
Akut pankreatit+ Koledokolitiazis	1	0.5	33
AP + AK + KLD + hepatik abse	1	0.5	43

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 045

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 13:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 13:20:00

ABERRAN SAĞ POSTERİOR SAFRA YOLU YARALANMALARINDA ENDOSKOPİK TEDAVİ MÜMKÜN MÜ?: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Muhammed Bahaddin Durak, Bülent Ödemiş
Ankara Şehir Hastanesi

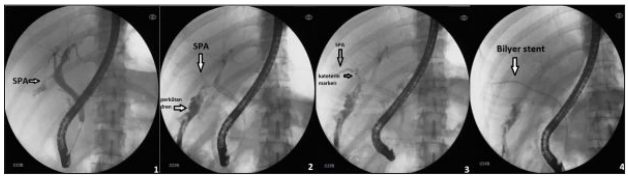
Giriş: Laparoskopik kolesistektomi (LK) sonrası bilyer yaralanmalar önemli bir morbidite nedenidir. LK esnasında aberran safra kanallarının varlığı bilyer yaralanma riskini arttırır. Sağ posterior dalın ana hepatik kanala veya sistik kanala aberran açılımı ise Türk toplumunda yaklaşık %10 oranında görülür. Bilyer yaralanmaların endoskopik tedavisi minimal invaziv yöntem olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmakla birlikte sağ posterior aberran (SPA) kanal yaralanmalarının tanısı ve endoskopik tedavisi oldukca zordur. Biz çalışmamızda SPA kanal yaralanması olan hastaların endoskopik olarak tedavisinin mümkünlüğünü ve uzun dönem sonuçlarını değerlendirdik.

Metod: 2015-2020 yılları arasında kliniğimiz ERCP ünitesinde LK nedeniyle SPA kanal yaralanması olan ve ERCP yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bilyer yaralanmalar Strasberg sınıflamasına ve bilyer anatomik varyasyonlar Huang sınıflamasına (Resim1) göre değerlendirildi.SPA kanal yaralanması (Strasberg C) olan hastaların endoskopik tedavi yöntem, başarı ve sonuçları değerlendirildi.

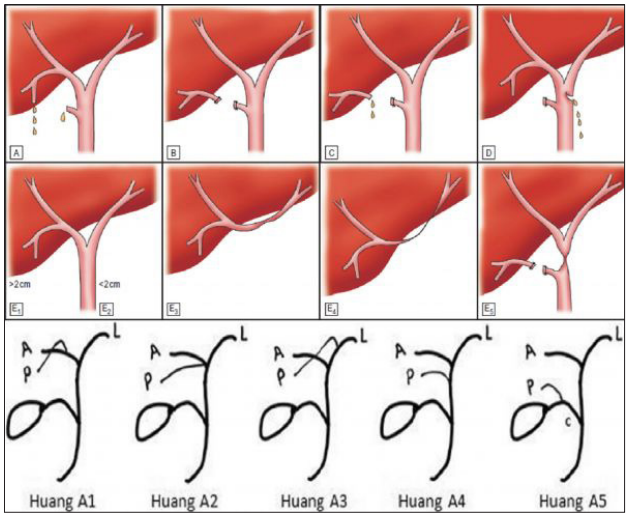
Bulgular: Toplam 10 hastaya deneyimli tek bir endoskopist tarafından endoskopik işlem yapıldı. Tüm hastalar LK sonrası drenden safra sıvısının gelmesi ve/veya bilioma saptanması nedeniyle tarafımıza refere edildi. 2 hasta postoperatif safra kaçağı nedeniyle reopere edilip primer onarım yapılmasına rağmen drenden safra sıvısı gelmesi üzerine tarafımıza refere edildi. Hastalarda perkutan dren mevcuttu. Tüm hastalardan ERCP ve/veya perkutan drenden verilen opak maddeyle kolanjiogram alındı (Resim 2). 8 hastada kılavuz tel ile SPA kanaldaki kaçağın proksimaline geçilerek 7F-10F plastik stent konuldu. 2 hastada ise kılavuz tel ile SPA kanaldaki kaçağın proksimaline geçilemedi ve aberran kanalın ana hepatik kanala açıldığı noktayı çaprazlayacak şekilde koledoğa 10F stent konuldu. SPA kanaldaki kaçağın proksimaline geçilen 8 hastada perkutan drenden gelen safra sıvısı kesildi ve perkutan dren çıkarıldı. SPA kanaldaki kaçağın proksimaline geçilemeyen 2 hastada da takiplerinde drenden gelen kesildi,tüm hastaların sonraki ERCP seanslarında kolanjiogramda kaçak izlenmedi. Sonuç olarak tüm hastalarda kaçak kapandı.Klinik başarı %100 olarak gerçekleşti. Hastaların demografik verileri,klinik özellikleri, işlem detayları ve takipleri tablo 1'de verilmiştir. Hiçbir hastada kaçak nüks etmedi. 4 hastada kaçak kapanması sonrası SPA kanalda darlık gelişti. Darlık gelişen hastalara 8mm balon dilatasyonu ve/veya plastik stent konuldu. 3 hastada darlık düzeldi. 1 hasta ise darlık nedeniyle stentli olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Kolesistektomiye bağlı SPA kanal yaralanmalarının tedavisinde endoskopik tedavi efektif bir yöntemdir ve hastayı morbiditesi daha yüksek olan cerrahi tedaviden koruyabilir.

Anahtar kelimeler: Endoskopik retrograde kolanjiopankreatografi, laparaskopik kolesistektomi, sağ posterior aberran kanal, kolanjiogram



1. resimde sağ posterior aberran kanal ve bu düzeyde batın içine kaçak. 2.resimde perkütan drenden anterograd alınan kolanjiogramda sağ posterior aberran kanal ve kaçak görülüyor. 3. resimde kateterle aberran kanalın proksimaline kateterle geçildiği ve 4. resimde kaçağı geçecek şekilde konulan bilyer stent görülüyor. SPA: Sağ posterior aberran kanal.



Strasberg ve Huang sınıflaması. P: Sağ posterior dal, A: Sağ anterior dal, L: Sol hepatik kanal

Demografik veriler,klinik özellikler,işlem detayları ve sonuçlar	
	n
Cinsiyet (Erkek,kadın)	7/3
Yaş (medyan yaş)	44 (7-85)
Cerrahi endikasyon	
• Kolelitiazis	7
• Kolesistit	3
Cerrahi ile endoskopik işlem arasında geçen süre (gün)	13.3gün (1-32)
Kolanjiogram bulgusu-1: (Bilyer anatomik varyasyon tipi)	
• Huang Tip 4	9
• Huang Tip 5	1
Kolanjiogram bulgusu-2	
• Aberran kanaldan kaçak	7
• Aberran kanaldan kaçak ve trasesinde klips	2
• Aberran kanaldan kaçak,darlık ve trasesinde klips	1
Endoskopik tedavi	
• Endoskopik sfinkterotomi	10
• Bilyer Stent (7 F/ 10 F)	7/3
Toplam işlem sayısı	31
Ortalama işlem sayısı	3.1 (2-5)
Komplikasyon	
• Stent migrasyonu	1
Takip süresi (ortalama)	26.6 ay (8-61)

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 046

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 13:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 13:30:00

REKÜRREN PİYOJENİK KOLANJİTTE TEK MERKEZ ERCP DENEYİMİMİZ

Mustafa Ergin, Güner Kılıç, Zeka Abbasov, Harun Küçük, Seçkin Özgül, Azer Abiyev, Serkan Dumanlı, Murat Kekilli

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

ERCP uyguladığımız 3 rekürren piyojenik kolanjit vakasını sunuyoruz.

Olgu 1: 44 yaş,kadın.Karın ağrısı mevcut.MRCP'de sol lateral İHSY dilate görünümde,içinde büyüğü 13x7 mm taşlar izlenmiştir.ERCP'de sol İHSY ağzı dar,içinde 12 mm çaplı taş ekosu alındı. Sol İHSY ağzı dilate edildikten sonra stent takıldı.3 ay sonra ERCP'de stentin yanından kanülüze edildi.Sol İHSY ağzı daralmış olup darlık kısmında 15 mm taş ekosu alındı,proksimalinde İHSY 12 mm olup dilate idi.Önceki stentin yanından 2 adet stent darlığı geçecek şekilde sol İHSY içerisine yerleştirildi.Takipte hastanın şikayetleri geriledi.3 ay sonunda ERCP'de sol İHSY normal idi.Sol İHSY ve koledok balon katater ile sıvazlandığında lümene gelen olmadı,sol İHSY ağzında balon takılmadan çıktı.Hasta semptomsuz takip edilmektedir.

Olgu 2: 35 yaş,erkek.Kolanjit mevcut.MRCP'de İHSY santral kesimde ve solda belirgin olması üzerine yapılan ERCP'de koledok 12 mm olup içinde çamur ekosu alındı.Sol İHSY yaklaşık 16 mm olup içinde taş ve çamur ekoları alındı.Sol İHSY balon kateter ile sıvazlandığında yoğun çamur geldiği izlendi.Sol İHSY içine uzanacak şekilde stent yerleştirildi.Takipte yapılan ERCP'de koledok hilus seviyesinde 10 mm olup distalde 3-4 mm idi.İHSY'lerde yer yer darlıklar ve dilatasyonlar izlenip budanmış ağaç manzarası mevcuttu.Proksimal İHSY'lerden başlanarak distale doğru balon ile dilatasyon uygulandı.Koledoğa sol İHSY'ye uzanacak şekilde stent yerleştirildi.Kontrol ve stent revizyonu amacıyla ERCP planlanan hasta semptomsuz takiptedir.

Olgu 3: 35 yaş,kadın.Tekrarlayan kolanjit öyküsü var.ERCP'de sol İHSY ağzında 15 mm taş distalinde darlık ve proksimalinde PTK kateteri izlendi.Sol İHSY ağzı dilate edilip taşı geçecek şekilde stent takıldı.2 ay sonra ERCP'de papilden sarkan stent çıkarıldı.Sol İHSY ağzında yaklaşık 15 mm taş izlendi,proksimalinde İHSY normaldi.Sol İHSY ağzı dilate edilip taşı geçecek şekilde stent takıldı.3 ay sonra yapılan ERCP'de papilden sarkan stent çıkarıldı.Sol İHSY ağzında yaklaşık 15 mm çaplı taş distalinde görece darlık izlendi.Darlığın proksimali balon ile sıvazlandığında darlık alanında takılma hissi olup gelen olmadı.Sol İHSY ağzı balon ile dilate edilip taşı geçecek şekilde stent takıldı.3 ay sonra ERCP'de papilden sarkan stent çekildi.İslem sırasında 6 mm'lik bir adet taş geldi.Balon ile sol İHSY kanülüze edildi.Kolanjiyogramda sol İHSY yaklaşık 2 mm olup dilatasyon ve taş izlenmedi.Koledok ve sol İHSY balon ile sıvazlandığında lümene az miktarda çamur geldiği izlendi.Hasta semptomsuz takip edilmektedir.

Rekürren piyojenik kolanjit taş oluşumu ve buna sekonder striktürler ve stazın neden olduğu kolanjit atakları ile seyreden bir hastalıktır.Teşhis klinik bulgular ve uygun görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ile konulur.Endoskopik, radyolojik ve cerrahi girişimler hastalığın tedavisinde kullanılır.ERCP ile aynı seansta hem teşhis hem de tedavi olanağı bulunur.ERCP standart safra yolu taşı vakalarına göre daha zordur ve deneyim gerektirir.

Anahtar kelimeler: Hepatolitiyazis, ERCP

Kaynaklar

1. su You, Min, et al. "Natural Course and Risk of Cholangiocarcinoma in Patients with Recurrent Pyogenic Cholangitis: A Retrospective Cohort Study." Gut and liver 13.3 (2019): 373.
2. Tsui, Wilson MS, et al. "Primary hepatolithiasis, recurrent pyogenic cholangitis, and oriental cholangiohepatitis—a tale of 3 countries." Advances in anatomic pathology 18.4 (2011): 318-328.
3. Şahin, Parlak. ERCP. Ankara: Fersa, 2012
4. Ray, Sukanta, et al. "Outcome of surgery for recurrent pyogenic cholangitis: a single center experience." HPB 18.10 (2016): 821-826.
5. Tsui, Wilson Man-shan, et al. "Hepatolithiasis and the syndrome of recurrent pyogenic cholangitis: clinical, radiologic, and pathologic features." Seminars in Liver Disease. Vol. 31. No. 01. © Thieme Medical Publishers, 2011.
6. Ray, Sukanta, et al. "Outcome of surgery for recurrent pyogenic cholangitis: a single center experience." HPB 18.10 (2016): 821-826.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 047

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 13:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 13:40:00

COVID-19 PANDEMİSİ NEDENİYLE ERCP İŞLEMİ ERTELENEN HASTALARDA KLİNİK VE ENDOSKOPİK SONUÇLAR

Onur Keskin[1], Erkan Parlak[1], Taylan Kav[1], Cevansir Vahabov[1], Burcu Usta[2], Bulent Sivri[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bd
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd

Giriş: COVID-19 pandemisi sürecinde, elektif gastroenterolojik işlemler uluslararası kılavuzların da önerdiği şekilde ertelenmiştir. Çoğu stent değişimi olmak üzere, elektif ERCP işlemleri de bu süreçte ertelenmiş, çoğu hasta da planlanan işlemlerine gel(e)memiştir. Süreç içinde, ilan edilen normalleşme süreciyle birlikte, hastaların işlemleri yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada pandemi sürecinde ertelenmek zorunda kalan biliyer ve pankreasa yönelik ERCP işlemlerinin sonuçları araştırılmıştır.

Materyal-Metotlar: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Gastroenteroloji kliniğinde takip edilen ve pandemi nedeniyle Mart-Haziran 2020 tarihleri arasında ERCP işlemleri ertelenen 47 hasta dahil edilmiştir (grup 1). Bu hasta grubu, ertelenmiş biliyer işlemler (n:32; çoğu karaciğer nakilli olmak üzere biliyer darlığı olan hastalarda stent değişimi) ve ertelenmiş pankreasa yönelik işlemler (n:15, kronik pankreatitli hastalarda stent değişimi) olarak iki grupta değerlendirilmiştir. Bu hastaların Temmuz 2020 tarihinden itibaren işlemleri yapılmıştır. Hastaların erteleme sürecinde karşılaştıkları klinik sorunlar (biliyer veya pankreatik ağrı, kaşıntı, kolanjit vs) ve işlem sırasında karşılaşılan teknik problemler (stent migrasyonu, işlem süresinin uzaması, kanalda bol miktarda taş-çamur varlığı vs) değerlendirilmiş ve erteleme olmaksızın işlemleri yapılabilen 46 hasta (39 biliyer sistem ve 7 pankreasa yönelik girişim) ile karşılaştırılmıştır (grup 2). Stentin duodenal parçasının kopması grup 1'de 9 hastada (%19) görülmüş fakat sadece stent kopması teknik problem olarak sınıflandırılmamış, stentin içeri migrasyonu problem olarak kabul edilmiştir. Erteleme süresi, planlanan ERCP tarihi ile işlem tarihi arasında geçen süre olarak hesaplanmıştır. Erteleme süresi biliyer girişim grubunda medyan 3 ay (1-7), pankreasa yönelik işlem yapılanlarda ise medyan 6 ay (2-7) idi.

Bulgular: Biliyer sisteme yönelik işlemler dikkate alındığında gruplar arasında yaş (grup 1: 49±15 , grup 2: 52±15;p:0.5) ve cinsiyet (grup 1: 14K/18E ; grup 2:18K/21E; p:0.84) farklılık göstermemekteydi. Erteleme yapılan grupta erteleme yapılmayanlara göre klinik problemler daha fazla görülse de bu fark anlamlı çıkmamıştır (%34 vs %20; p:0.14). Erteleme grubunda işlemler sırasında karşılaşılan teknik problemler, en sık stent migrasyonu olmak üzere (n:6) erteleme yapılmayanlara göre anlamlı ölçüde fazlaydı (%21 vs %2.5; p:0.019). Pankreasa yönelik girişim yapılan hasta grubunda ise yaş (grup 1: 39±17 vs grup 2: 49±20; p:0.28) ve cinsiyet (grup 1: 7K/8E vs 4K/3E; p:0.65) farklılık göstermiyordu. Hastalarda gelişen klinik sorunlar erteleme olan ve olmayan grupta farklılık göstermiyordu (%20 vs %28; p:0.6). Erteleme yapılan grupta 15 hastadan 2'sinde teknik sorunla karşılaşılmışken, erteleme olmayan grupta hiçbir hastada teknik problem yaşanmamıştır (p:0.32)

Tartışma: COVID-19 pandemisi sürecinde, biliyer sisteme yönelik elektif ERCP işlemlerini ertelemek teknik sorunları da beraberinde getirmektedir.

Anahtar kelimeler: ERCP, COVID-19, STENT DEĞİŞİMİ

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

SS - 048

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 13:40:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 13:50:00

COVID 19 PANDEMİSİ DEVAM EDERKEN ERCP YAPILMALI MI?

Serkan Doğan, Ferhat Omurca

Kayseri Şehir Hastanesi

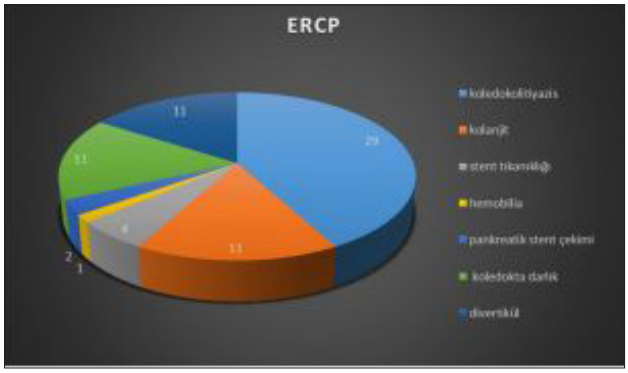
Amaç: Covid-19 pandemisi döneminde tüm dünyada cerrahi-girişimsel procedürlerin güvenliği tartışılmaktadır. Amacımız seçilmiş vakalarda yapılan ERCP (Endoskopik retrograd pankreatografi) işlemlerinin hasta ve sağlık personeli açasından güvenliği ve gerekliliğini ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: 2020 yılı nisan-mayıs ayında Kayseri Şehir Hastanesine başvuran ve ERCP endikasyonu MRCP (Magnetik rezonans kolanjiografi)-US(Ultrasonografi)-EUS(Endoskopik ultrasonografi) ile net koyulan 65 hastanın değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bulgular: ERCP endikasyonu koyulan 65 hastanın 39'u kadın, 26 sı erkekti. 29 hastada koledokolitiyazis, 11 hastada kolanjit, 4 hastada stent tıkanıklığı, 1 hastada hemobilia saptandı., 2 hastada pankreatik stent çekimi yapıldı. 11 hastada koledokta darlık saptandı. Koledokta darlık saptanan 11 hastanın 4'ünde pankreas adeno ca, 1 hastada safra kesesi Ca, 2 hastada kolanjiosellüler Ca, 3 hastada benign darlık tespit edildi.1 hastada pankreasta kitle saptandı. Bu hasta takipten çıktı. Malignitesi ortaya koyulan 3 hasta whipple operasyonu oldu. Yapılan ERCP işlemlerinden sonra hiçbir hastada perforasyon olmadı yalnız bir hastada pankreatit gelişti. Hastaların ERCP sonrası 14 günlük takiplerinde COVID-19 şüphesi gelişmedi ve covıd 19 tanısı almadı. ERCP işlemlerine dahil olan sağlık personelinde de covid 19 saptanmadı.

Sonuç: Endoskopi ünitemizdeki gibi koruyucu ekipmanlar kullanılarak önlemler alınırsa, dezenfeksiyon kurallarına sıkı bir şekilde uyulup havalandırma sıklığı artırılırsa pandemi süresince seçilmiş vakalarda ERCP işlemleri hem sağlık çalışanlarına hem de hastalara COVID 19 bulaşını önleyerek güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilir.

Anahtar kelimeler: ERCP, COVID-19 pandemic



Pandemi sürecinde yapılan ERCP sayıları ve oranları

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 049

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 14:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 14:10:00

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI SARSCOV-2 İÇİN BİR RİSK FAKTÖRÜ MÜDÜR?

Bilger Çavuş[1], Filiz Akyüz[1], Aslı Örmeci[1], İlker Özgür[2], Cansu Erel[3], Aysun Yakut[1], Ziya İmanov[1], İbrahim Volkan Şenkal[1], Alpay Medetalibeyoğlu[3], Murat Köse[3], Metin Keskin[2], Kadir Demir[1], Fatih Beşışık[1], Sabahattin Kaymakoğlu[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Abd
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd

Giriş ve Amaç : SARSCov-2 virüsünün sadece akciğerlerde değil bir çok farklı organ üzerinde etkileri olduğu saptandı. İmmün sistemle kompleks ilişki içinde olan SARSCov-2 virüsünün immün süpresif tedavi kullanan ve kronik hastalıklara sahip kişilerdeki klinik seyirlerinin de farklılık gösterdiği görüldü. Biz de inflamatuar barsak hastalarımızın bu pandemideki yönetimlerini,-değerlendirip, SARSCov-2 virüsünün bu özel hasta grubundaki etkilerini araştırmayı amaçladık.

Metod : En az altı aydır inflamatuar barsak hastalığı olan 207 hastanın COVID-19 pandemisinde poliklinik başvurularında COVID-19 açısından sorgulamaları yapıldı ve prospektif olarak medikal kayıtları incelendi.

Bulgular: 207 hastanın 146'da Crohn hastalığı, 61'de ülseratif kolit tanısı ile takip edilmekteydi. Hastalık yaşı ortalaması 118.15±72.85 ay olarak saptandı. Hastaların 127'i (%61.4) meselazin, 110'u (%53.1) azatiopurin, 148'i (%71.5) biyolojik ajan kullanmaktaydı. COVID-19 pandemisinde 66 (%31.9) hastanın ilaç değişikliği yaptığı görüldü. İlaç değişikliği olarak %80 oranında en sık anti TNF dozunun atlandığı görüldü. %20.8 hastada ishal, %20.3 hastada karın ağrısı, %10.6 hastada bulantı, %13.5 hastada iştahsızlık, %15.9 hastada kilo kaybı mevcuttu. COVİD-19 şüphesi ile 23(%11.1) hastanın hastaneye başvurusu oldu. 12 (%5.79) hastaya COVİD-19 tanısı konuldu. COVİD-19 tanısı alan hastaların 11'de (%91.7) akciğer tutulumu vardı. COVİD-19 tanısı alan ve almayan hastaların sırasıyla; %75 vs %71.6 biyolojik ajan (p=0.80), %58.3 vs %61.3 meselazin (p=0.83) kullanmaktaydı.COVID-19 tanısı olanların %41.7'de olmayanların %29'unda ekstraintestinal tutulum vardı (p=0.34). Yine COVİD-19 tanısı olanların ve olmayanların sırasıyla göz tutulumu %16.6'a karşı %2.6 (p=0.009) eklem tutulumu %25'e karşı %15.5 idi(p=0.41). COVID-19 enfeksiyonu tanısı alan hastaların tedavide SZP kullanma oranı ve göz tutulumu oranı, COVID-19 enfeksiyonu tanısı almayan IBH'a göre daha yüksekti (p=0.040,p=0.032,p=0.09 sırasıyla) ve bu hastalarda biyolojik ajan kullanımı açısından bir fark yoktu. COVID-19 tanısı konulan ve konulmayan hastalarda ortalama yaş sırasıyla; 49.5±10.95 yıl, 41.2±13.61(p=0.040), ortalama vücut kitle indeksi 23.78±4.27 kg/m^2 ve 25.24±4.67 kg/m^2 idi(p=0.292),ortalama hastalık süresi 119.75±111.89 ay, 117.98± 81.31 ay (p = 0.943) ve ortalama biyolojik ajan kullanım süresi 47.22 ± 47.75 ay ve 45.15±37.8 aydı (p=0.876). COVİD 19 enfeksiyonu tanısı alan inflamatuar barsak hastalarının hiçbirinde yoğun bakım ünitesine yatış, entübasyon ihtiyacı olmadı ve hiçbir hasta ölmedi.

Sonuç: Çalışmamızda değerlendirilen IBH'da COVİD-19 enfeksiyonu insidansı genel popülasyondan farklı değildi ve biyolojik ajan kullanım oranları COVID-19 enfeksiyonu tanısı konulan ve konulmayan inflamatuar barsak hastalarında benzerdi. COVİD-19 biyolojik ajan dahil immunsupresif kullanmakta olan inflamatuar barsak hastalarında kötü prognozla seyretmemekteir.

Anahtar kelimeler: COVID-19 pnömonisi, inflammatuar barsak hastalığı, immünsüpresif tedavi

Kaynaklar

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 www.who.inthttps://www.who.int/dg/speeches/detail/who-directorgeneral-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19- 11-march-2020 (2020).
2. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Cleaning and disinfection for community facilities. Published February 11, 2020.
3. Francesca Coperchinia, Luca Chiovatoa,b, Laura Crocea,b, Flavia Magria,b, Mario Rotond The cytokine storm in COVID-19: An overview of the involvement of thechemokine/chemokine-receptor system .Cytokine and Growth Factor Reviews 53 (2020) 25–32.
4. Giovanni Monteleone, Sandro Ardizzone Are Patients with Inflammatory Bowel Disease at Increased Risk for Covid-19 Infection? Journal of Crohn's and Colitis, 2020, 1–3.
5. Jian Shang, Yushun Wan, Chuming Luo, Gang Ye, Qibin Geng, Ashley Auerbach and Fang Li Cell entry mechanisms of SARS-CoV-2 PNAS, May 26, 2020, vol. 117, no. 21, 11727–11734.
6. Bruno Rafael Ramos de Mattos, Maellin Pereira Gracindo Garcia, Julia Bier Nogueira, Lisiery Negrini Paiatto, Cassia Galdino Albuquerque, Caique Lopes Souza, Luís Gustavo Romani Fernandes, WirlaMaria da Silva Cunha Tamashiro and Patricia Ucelli Simioni Inflammatory Bowel Disease: An Overview of Immune Mechanisms and Biological Treatments Mediators of Inflammation Article ID 493012 Volume 2015.

Endoskopi

SS - 050

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 14:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 14:20:00

PANDEMİ VE GASTROENTEROLOGLAR

Züleyha Akkan Çetinkaya[1], Nurdan Tözün[2]

[1]Gelişim Üniversitesi, Memorial Ataşehir Hastanesi, Gastroenteroloji
[2]Acibadem, Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi , Tıp Fakültesi,gastroenteroloji

Mart 2020'den itibaren ülkemizin de dahil olduğu tüm dünyada COVİD-19 pandemisi ile savaşmaktayız.

Bu zorlu dönemde, hem poliklinik hem de invaziv iş yapan hekimler olarak, gastroenterologların karşılaştığı zorlukları anlamak, başetme yollarını öğrenmek amacı ile 31 soruluk bir anket plan-

ladık ve tüm Türkiye'deki gastroenterologlara internet üzerinden gönderdik. Gelen cevaplar anonim olarak değerlendirildi. Özetin gönderildiği tarihe kadar, 131 anket dönüşü oldu. Katılımcıların %52' si erkekti, %30'unun İstanbul 'da çalışmakta olduğu görüldü. 17 meslektaşımızın COVİD geçirmiş olduğu öğrenildi. Gastroenterologların %76'sı koruyucu ekipman temininde zoluk yaşamadığını belirtti. %43'ü COVİD servisinde çalışmıştı. Endoskopi öncesi rutin Coronavirüs PCR testinin katılımcıların %44'ünün ünitesinde yapılmadığı öğrenildi. Bu dönemde katılımcıların %58'i tükenmişlik yaşadığını belirtti. Çoğunluk katılımcı normale dönüş tarihi olarak 2021 Haziran'ı tahmin etti. Anket cevapları gelmeye devam etmektedir, nihai sonuçlar Ulusal Gastroenteroloji Haftası'nda camiamız ile paylaşılacaktır.

Anahtar kelimeler: Coronavirüs

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

SS - 051

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 14:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 14:30:00

COVİD-19 PANDEMİSİNİN İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA İNTRAVENÖZ İLAÇ KULLANIMINA ETKİSİ

Tevhide Şahin, Onur Keskin, Bülent Sivri, Erkan Parlak, Taylan Kav
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Covid-19 pandemisi, tüm dünyayı etkisi altına almış ve kronik hastalıkların, özellikle inflamatuvar bağırsak hastalarının tedavisinde bir takım zorluklar yaşanmasına yol açmıştır. Sosyal izolasyon, karantina uygulamaları, hastaneye ulaşımda ki zorluklar nedeniyle intravenöz ilaç tedavilerinde aksamalara yol açabilir ki, buna bağlı olarak hastalık aktivasyonuna yol açabilir. Bu çalışmada amacımız; Bilim Dalımız ayaktan tedavi birimimizde intravenöz ilaç tedavisi alan inflamatuvar bağırsak hastalarının pandemi sürecinde ilaç kullanımındaki aksamalar ve olası sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalında inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısıyla takipli ve ünitemizde intravenöz ilaç tedavisi alan 38 hastaya telefon yoluyla ulaşıldı. Hastaların pandemi döneminde intravenöz ilaç dozunu atlayıp/atlamadığı veya intravenöz ilaç tedavisinde gecikme olup/olmadığı, tedavisini alamadığı dönemde aktivasyon olup/olmadığı bilgileri öğrenildi.

Sonuçlar: Pandemi sürecinde hastanemizde intravenöz ilaç tedavisi almakta olan 38 hastanın ortanca yaşı 39 (min 20-max 70) olarak görüldü. Hastaların; 20 (%52,6)'si kadındı. 25 hasta Crohn (%65,8), 13 hasta ülseratif kolit (34,2) tanısıyla takipliydi. Toplam 7 (%18,4) hastada hastalık aktivasyonu veya ilaç yan etkileri gibi nedenlerle ilaç değişikliği yapılmıştı. Pandemi döneminde 9 hasta (%23,7) intravenöz tedavisinde doz atlamış veya tedavisinde gecikme yaşadığını bildirdi. Doz atlayan veya tedavisi geciken iki hastada ise hastalık aktivasyonu olduğu görüldü. Bu gruptaki sadece iki (%5,3) hasta Covid-19 tanısı almış ve sorun olmadan iyileştiği görülmüştür.

Tartışma: Pandemi döneminde, mevcut endişeler nedeniyle, intravenöz ilaç tedavilerinde daha yoğun bir aksama olabileceği düşünülse de ünitemizde hastaların çoğu düzenli bir şekilde tedavilerini almaktadır. Hasta sayısı az olmakla birlikte anti TNF doz atlanması / gecikmesinin hastalık aktivasyonuna yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Pandemi gibi sosyal izolasyon gerektiren süreçlerde intravenöz ilaç tedavisi alan hastaların düzenli ilaç almalarının sağlanmasının önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Covid-19 , İnflamatuvar bağırsak hastalıkları

Endoskopi

SS - 052

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 14:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 14:40:00

COVİD PANDEMİSİNİN ENDOSKOPİ ÜNİTESİNDEKİ ETKİLERİ-TEK MERKEZ (ÖZEL HASTANE) DENEYİMİ

Özdal Ersoy[1,2], Güngör Boztaş[2]
[1]Mehmet Ali Aydınlar Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabiim Dalı, Gastroenteroloji Bölümü
[2]International Acıbadem Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü

Giriş ve Amaç: Dünya geneline yayılan COVID-19 salgınının Türkiye'deki ilk tespit edilen COVID-19 vakasının 10 Mart 2020'de olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından açıklandıktan sonra gündeme gelen pandemi yasakları ve TC Sağlık bakanlığının açıkladığı kılavuzlar sonucunda endoskopi merkezlerinde de yeni işleyişler uygulanmaya başladı. Amacımız Mart 2020 tarihinden bu yana İnternational Acıbadem Hastanesi endoskopi ünitesinde yaşanan değişikliklerin özetlenmesi ve 1 yıl öncenin aynı aylarındaki dönemle karşılaştırılmasıdır.

Materyal-metod: Covid -19 döneminde endoskopi ünitemizde yapılmış ve hala uygulanmaya devam eden değişiklikler kayıt edildi. Endoskopi ünitemizin Mart-Eylül 2019 dönemi ile Mart -Eylül 2020 (covid-19 dönemi) dönemlerine ait işlem sayıları, işlem yapan hekim/hemşire sayıları, randevu saatleri ve işlem sırasında giyilen kişisel koruyucu ekipmanlar (KKE) ve ünitenin dezenfeksiyon koşulları karşılaştırıldı.

Bulgular: Sonuçlar Resim1'deki tabloda özetlenmiştir

Tartışma: Ünitemizde, Covid-19 pandemisi, pandemi süresinde işlem yapan hekim sayısı azalmış olsa da, pandemi döneminde yapılan toplam işlem sayısı günlük verilen randevu sayılarının uzun dezenfeksiyon prosedürlerinden dolayı azalması, elektif işlemlerin ertelenmesi gibi sebeplerden dolayı belirgin azalma göstermiştir. Bunun yanında, randevu sayıları, işlem yapan hekim sayısı ve işlemler için aynı anda kullanılan oda sayısında azalma olmasına rağmen, hastaların işlemleri için bekleme süreleri uzamamıştır, bu durum, elektif vakaların ertelenmesi ve/veya hastaların Covid-19 korkusu sebepli hastane başvurularının da azalmış olmasıyla açıklanmıştır. Pandemi döneminde tüm işlem hastalarından işlemden 48 saat önce SARS-CoV2 PCR testi istenmiş olup, pozitif çıkan hastaların işlemleri ertelenmiştir. Endoskopi odaları tam anlamıyla negatif basınçlı odalar olmasa da, hastaların işlem öncesinde PCR taraması yaptırması ve yeni düzen KKE'lerin rutin ve düzenli kullanımı ve sıkı dezenfeksiyonların uygulanması endoskopi ekibinden kimsenin Covid hastalığına yakalanmamasına yardımcı olmuştur.

Sonuç: Endoskopi ünitelerinde, Covid-19 pandemisi nedenli alınan yeni düzenlemeler günlük işlem yapılan hasta sayılarını azaltabilir ancak özenle ve tavizsizce alınan dezenfeksiyon önlemleri ve kullanılan yeni KKE'lar başvuran yada işlem yaptıran hastaların ve ünitede çalışan sağlık personelinin virüse yakalanma risklerini azaltacak, bu durum da hastane temaslı bulaş zincirinin kırılmasına oldukça yardımcı olacaktır

Teşekkür: Endoskopi ünitesi hemşirelerimize (Fetiye Gökgöz, Nesrin Küçüker, Nesrin Saygın, Semra Kopan) Covid-19 pandemisi süresinde uygulanmaya başlayan yeni endoskopi düzenini kurmaları sebepli ve verileri toplamadaki destekleri için teşekkür ederiz.

Anahtar kelimeler: covid, endoskopi, kke, gastroenteroloji

Tablo 1. Covid-19 pandemisi öncesi ve sonrasında endoskopi ünitesinin işleyişi

	Mart-Eylül 2019	Mart-Eylül 2020
İşlem sayısı	1115	464
İşlem yapan hekim sayısı	1 fulltime 5 part-time	1 fulltime (Mart-haziran tek hekim), 3 parttime*
Aynı anda işlem yapılan oda sayısı	2	1
İki hasta randevusu arasındaki süre	-	30 dakika(ünite dezenefeksiyonu)
İşlem sırsaında kullanılan KKE (kişi başı)	Endoskopi ekibi:Cerrahi maske-önlük-tek kat eldiven**	Endoskopi ekibi:N95+cerrahi maske, koruyucu kumaş başlık, bone, önlük, yüz siperliği, çift kat eldiven-terlik*** Hasta: cerrahi maske
İşleme giren personel sayısı	1 endoskopist 3 hemşire 1 anestezi uzmanı 1 anestezi teknisyeni	1 endoskopist 2 hemşire 1 anestezi uzmanı 1 anestezi teknisyen1 hemşire endoskopi odası dışındaki işleri organize ediyor
Endoskopi odası koşulları	Genel sistemin Üfleme ve emme modu açık+oda içi klima açık	Genel sistemin üfleme modu ve oda içi klima kapalı, genel sistemin sadece emme modu maksimumda açık
Oda temizliği rutini /süresi	Günde 2 kez oda temizliği, lüzum hlinde kule temizliği	Her işlem sonrasında kuleler ve oda temizliği
Randevu bekleme süresi	Maksimum 3 gün	Maksimum 3 gün
Covid döneminde COVİD saptanan personel/hasta sayıları (n)	-	Sıfır/Beş

*1 hekim pandemi süresinden önce vefat etmiştir, 1 hekim sağlık sebebi ile hastaneye gelememiştir, 2 hekim mart-haziran ayları arasında yaş sebepli hasta bakmamışlardır.

Karaciğer

SS - 053

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 14:40:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 14:50:00

COVİD-19 SALGININ BEKLENMEYEN BİR FAYDASI.

Taylan Kav[1], Gündüz Abishov[2], Gülçin Telli Dizman[3], İlkay Polater[4], Gökhan Metan[3], Serhat Ünal[3], Muşturay Karçaaltıncaba[4]

[1]Hacettepe Üniversitesi Gastroenteroloji Bd
[2]Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Abd
[3]Hacettepe Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Abd
[4]Hacettepe Üniversitesi Radyoloji Abd

Giriş: Koronovirüsler çeşitli hayvan türlerinde ve insanlarda başta solunum yolu olmak üzere sistemik hastalıklara yol açmakta ve belirli zamanlarda salgınlara yol açabilmektedir. Hepimizin içinde olduğu ve yaşadığı yeni koronavirüs pandemisi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından COVID – 19 olarak adlandırılmıştır. T.C Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bilgilere göre ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 de saptanmıştır. Enfeksiyonun yaygın belirtileri solunum semptomları, ateş, öksürük ve dispnedir. Daha ciddi vakalarda, pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği ve hatta ölüm görülebilir. COVİD -19 un karaciğeri etkileyip etkilemediğine dair belirgin bir görüş birliği yoktur. Bilindiği üzere NAYKH karaciğerin sık görülen kronik bir hastalığıdır. NAYKH prevalansı Metabolik sendrom, Obezite ve Tip 2 Diabetes Mellitusdaki küresel artışa parallel olarak artmaktadır. Ülkemizde bu konuda kısıtlı çalışmalar yapılmış ve ortalam %20 - %30 arasında değişen prevalans değerleri bildirilmiştir.

Amaç: COVID – 19 şüphesi ile gelen hastalara, 03.2020 ile sosyal mesafeli normalleşmenin başladığı 06.2020 tarihleri arasında neredeyse hepsine kontrastsız Toraks BT çekildiği bilinmektedir. BT orta ve şiddetli karaciğer yağlanmasını saptamada başarılı bir yöntemdir. Bu çalışmada amacımız BT kesitlerine giren karaciğer dansitelerinin değerlendirilmesiyle karaciğer yağlanmasının belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırmaya yukarıda belirttiğimiz tarihler arasında hastanemiz pandemi servislerine ve yoğun bakımlarına COVİD-19 veya pnömoni şüphesi ile kabul edilip Toraks BT si çekilmiş olan hastalar dahil edilecektir.

Sonuçlar: Belirtilen dönem içinde toplam 433 hasta gerekli kriterleri sağladığı için değerlendirmeye alındı. Hastaların yaş ortalaması 45.6, %46.4 ü kadındı. Vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 25.9 (Min. – max.: 16.4 – 49.3) ve VKİ göre kilolu ve obez hasta oranı %50.7 idi. Hasta kohortumuzun %61.2 si RT-PCR ve Toraks BT sonucuna göre COVID-19 tanısı almıştır. Hastaların %26.9 unda BT ile karaciğer yağlanması olduğu görülmüştür. Şiddetli yağlanma ise hastaların %10.4 ünde saptandı. Beklendiği üzere VKİ ile şiddetli yağlanma arasında kuvvetli bir ilişki mevcuttu ($p<0.0001$). Tip2 DM ve alkol kullanım öyküsü olan hastalarda anlamlı şekilde KC yağlanması daha sık görülmekteydi (p: 0.001 ve 0.003).

Tartışma: COVID – 19 pandemisi her ne kadar olumsuz yönleriyle değerlendirilse de bu dönemde her yaş grubu ve sosyo-ekonomik düzeyden hastaya yoğun tetkikler yapılmaktadır. Hasta grubumuzun seçilmemiş rastgele bir örnek olduğunu düşünürsek; toplumda ki KC yağlanma oranı hakkında bilgi vereceğini düşünüyoruz. Bu verilerin genişletilmesi ile en azından ülkemizdeki KC yağlanması oranını belirlemek mümkün olabilir ki, bunu pandeminin bir faydası olarak değerlendirmek mümkündür.

Anahtar kelimeler: COVID - 19, Pandemi, Karaciğer yağlanması, NAFLD, epidemiyoloji

Karaciğer

SS - 054

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 15:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 15:10:00

COVİD-19 ENFEKSİYONU İLE YOĞUN BAKIMDA İZLENEN VE EX OLAN HASTALARIN TRANSAMİNAZ VE BİLİRUBİN DEĞERLERİNDEKİ DEĞİŞİM

Nilay Danış[2], Özlem Baykal[1], İlhan Asude Akça[1], Burçak Kayhan[1]

[1]Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hastaneye yatan Covid-19 hastalarında Covid-19 ilişkili karaciğer hasarı %22,2 düzeyinde görülmekte, en sık olarak da transaminaz ve bilirubin yüksekliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Biz bu çalışmada Covid-19 tanısı merkezimiz yoğun bakımlarında yatan ve exitus olan hastaların transaminaz ve bilirubin değerlerindeki değişikliği incelemeyi amaçladık.

Yöntem ve Hastalar: 20 Mart-21 Ekim 2020 tarihleri arasında Covid-19 tanısıyla merkezimiz yoğun bakımlarına yatarak izlenen ve exitus olan hastaların ilk yatış anında, entübasyondan hemen önce ve arrest olmadan hemen önce alınan kanlarında transami-

nazlar ve bilirubin değerleri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya Covid 19 PCR testi pozitif olan ve yoğun bakımda izlemi gereken hastalar alınmıştır. Yoğun bakıma yatırılan hastalar ise yatışta akciğer tutulumu olup oksijen satürasyon %90 altında olan ya da yine akciğer tutulumu olup servis yatışı esnasında saturasyonu %90 altına düşen hastalardır. İzlem esnasında Covid 19 PCR testi iki kez negatif olan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır.

Bulgular: Covid-19 nedeniyle yoğun bakım servisinde takip edilip tüm müdahalelere ragmen ex olan toplam 41 hastanın yaş ortalaması 71,58±10,43 yıl (min=31-max=91) iken, %68,3'ü (n=28) erkek olduğu tespit edildi. Karaciğer enzim tetkikleri incelendiğinde; exitus olduğu zamandaki AST değerlerinin [66 (16-4583)], yoğun bakımda yatış esnasındaki [37 (12-124)] ve hastalar entübe edilmeden önceki değerlere göre [52 (13-182)] istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.009). Exitus olduğu zamandaki ALT değerlerinin [36 (4-3557)], yoğun bakımda yatış esnasındaki [22 (8-147)] ve hastalar entübe edilmeden önceki değerlere göre [24,5 (65-320)] istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.014). Exitus olduğu zamandaki D.BİL değerlerinin [0,54±0,82], yoğun bakımda yatış esnasındaki [0,35±0,53] ve hastalar entübe edilmeden önceki değerlere göre değerlere göre [0,31±0,31] istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.015). Exitus olduğu zamandaki GGT değerlerinin [63,96±46,37], yoğun bakımda yatış esnasındaki değerlere [39,41±28,98] göre (p=0.001), hastalar entübe edilmeden önceki GGT değerlerinin [56,28±53,55], yoğun bakımda yatış esnasındaki değerlere göre [39,41±28,98] istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001) (Tablo 1).

Tartışma ve Sonuç: Biz bu çalışmada Covid-19 nedeniyle yoğun bakımda izlenip ex olan hastaların entübasyon öncesi ve arrest öncesi transaminaz ve bilirubin değerlerindeki yükselmeyi gösterdik. Covid-19 enfeksiyonunun karaciğer hasarı yaptığı bilinmektedir. Ancak tedavi altında ex olan hastaların prognoz ve mortalitesini ön gördürmede transaminaz ve bilirubin değerlerinin kullanımına dair daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır

Anahtar kelimeler: Covid-19 enfeksiyonu, hipertransaminazemi, hiperbilirubinemi, exitus.

Kaynaklar

E Merola, C Pravadelli, G de Pretis. Prevalence of liver injury in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) : a systematic review and meta-analysis. Acta Gastroenterol Belg. Jul-Sep 2020;83(3):454-460.

Tablo 1. Yoğun bakımda takip edilen Covid-19 vakalarının karaciğer enzim değerleri açısından karşılaştırılması

	Yoğun bakıma yatış günü	*Entübasyondan hemen önce*	*Exitus olduğu gün*	*p*
AST [median (min-max)]	37 (12-124)**	52 (13-182)**	66 (16-4583)**	0.009*
ALT [median (min-max)]	22 (8-147)**	24,5 (65-320)**	36 (4-3557)**	0.014*
ALP [median (min-max)]	74 (14-1269)	97 (35-538)	93 (30-548)	0.206*
GGT (Ort±Ss)	39,41±28,98**	56,28±53,55**	63,96±46,37**	<0.001*
T.BİL (Ort±Ss)	0,87±1,20	0,64±0,48	0,73±0,60	0.518*
D.BİL (Ort±Ss)	0,35±0,53**	0,31±0,31	0,54±0,82**	0.015*

Karaciğer

SS - 055

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 15:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 15:20:00

KARACİĞER NAKİL ALICILARINDA SARS-COV-2 ENFEKSİYONU; TEK MERKEZ DENEYİMİ

Derya Arı[1], Dilara Turan Gökçe[1], Meral Akdoğan[1], Sabite Kaçar[1], Erdal Birol Bostancı[2]

[1]Ankara Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
[2]Ankara Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahi Bilim Dalı

Giriş: Covid-19 hastalığı; ciddi akut respiratuvar sendrom koronavirus 2 (SARS-CoV-2) virüsünün neden olduğu Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemiye yol açtığı bildirilen bir hastalıktır. Hastalık fizyopatolojisi halen tam aydınlatılamamıştır. Soğuk algınlığından, akut respiratuar distres sendromuna kadar giden geniş bir klinik spektruma sahiptir. Pandeminin başlangıç verilerine göre, solid organ alıcıları immunosüpresif tedavi nedeni ile ciddi hastalık için riskli grupta görülmekle birlikte henüz veriler netleşmemiştir. Bu çalışmada hastanemize karaciğer nakli olan hastalardan COVİD-19 hastalığından etkilenmiş hastaların klinik seyirleri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Ankara Şehir Hastanesinde karaciğer nakli olan ve takibimizde olan hastalardan COVİD 19 hastalığına yönelik yapılmış polimeraz zincir reaksiyon (PCR) testi pozitif çıkan 10 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Sonuç: Kliniğimizde COVID-19 virüsü ile enfekte karaciğer nakilli toplamda 10 hasta takip edilmiştir. Yaşları 24-65 yaş arasında değişen hastaların 7'si erkektir. Nakil sonrası en erken 15.gününde COVID 19 testi poziitif gelirken, en uzun süreli takip hastası 20 yıl ünce nakil yapılan hasta olmuştur. Bulgular Tablo 7de özetlenmiştir (Tablo-1). Hastaların 2'si asemptomatik, 9'u semptomatik seyretmiştir. Öksürük ve ateş semptomatik olan hastaların 6'sında görülürken en sık bulgu halsizlik ve yaygın miyaljidir. Hastaların 8'inde akciğer BT'sinde viral pnömoni ile uyumlu bulgu tespit edildi. Hastaların 3'ü evde takip edilmiş olup 6 hasta COVİD-19 tanısı ile hastaneye yatırılmıştır ve sadece 2 hastada kısa süreli oksijen desteği ihtiyacı oldu. İmmunsupresif tedavi olarak hastaların 9'u takrolimus tedavisi alırken bu hastaların 3'ü eş zamanlı mikofenolat mofetil, 1'i everolimus tedavisi almıştır. Nakil öncesi covid 19 testi negatif olan hasta enfeksiyona hastanede yatış süresinde almıştır. Asemptomatik olmasına rağmen karaciğer enzimleri 3-10 kat kadar yükselmiş, bilirübin ve INR değerleri normale yakın seyretmiştir. Hastaya sadece klorakin tedavisi verilirken, enzim değerlerinin yüksek seyretmesi üzerine olası diğer nedenlerin ekartasyonu için nakil sonrası 32.gününde karaciğer biyopsisi yapılmıştır. Biyopsinin patolojik değerlendirmesi viral etyoloji ile uyumlu bulunmuştur. Hiçbir hastada yoğun bakım yatışı, invaziv-noninvaziv mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç olmamıştır.

Tartışma:Günümüzde tüm dünyada sağlık sisteminin en önemli sorunu haline gelen ve yaşamın her alanını etkileyen bu hastalığın hala hangi hasta grubunda ciddi hastalık oluşturduğu net bilinmemektedir. Son zamanlarda çok merkezli verilerin incelendiği bazı çalışmalarda, solid organ alıcısı olmanın COVİD-19 hastalığının daha şiddetli geçirmek için bir risk faktörü olmadığını iddia etmektedir. Bizim verilerimizde bu bilgiyi desteklemekle birlikte daha yüksek hasta sayılarının kontrol grubu ile değerlendirildiği güvenilir çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Karaciğer Nakli, SARS-CoV-2 Enfeksiyonu

Tablo 1. Karakteristik Özellikleri

Özellikler	*Hasta sayısı (n=10)*
Yaş, yıl (ortalama, minimum-maksimum)	51 (24-65)
Cinsiyet, n (kadın/erkek)	3/7
Etiyoloji, n	
HBV	4
HBV+HDV	2
Toksik karaciğer yetmezliği	2
Alkol	1
Diğer	1
İmmunsupresif, n	
Takrolimus	5
Takrolimus + Mikofenolat Mofetil	3
Takrolimus+Everolimus	1
Everolimus	1
Eşlik eden hastalıklar, n	
Yok	4
Hipertansiyon	2
Hipertansiyon+diyabet	2
Hipertansiyon+diyabet+iskemik kalp hastalığı	1
Hipertansiyon+iskemik kalp hastalığı	1
BT'de pnömoni, n (var/yok)	7/1
Hastaların takip yeri, n	
Hastane	7
Ev	3
Oksijen ihtiyacı, n (var/yok)	2/8

Karaciğer

SS - 056

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 15:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 15:30:00

GİLBERT SENDROMU VE COVİD 19 ENFEKSİYONU OLAN HASTALARDA HİDROKSİKLOROKİN TEDAVİSİ

Mesut Aydın[1], Serhat Özer[3], Yaren Dirik[1], Elif Tuğba Tuncel[2], Erhan Ergin[2], Ahmet Cumhur Dülger[4]

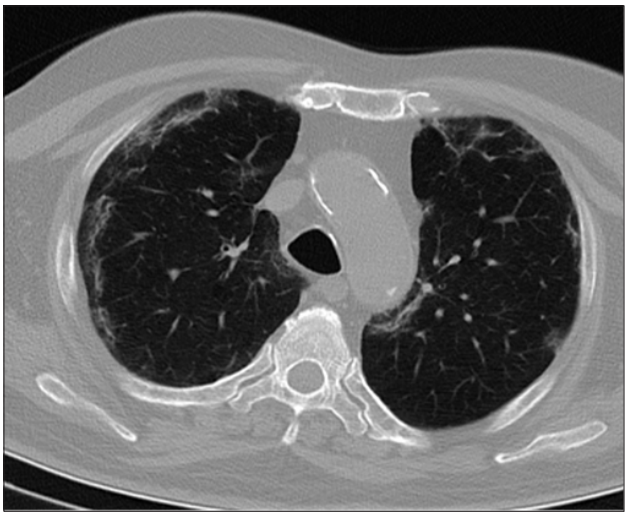
[1]Van Yüzüncü Yıl Universitesi
[2]Manisa Şehir Hastanesi
[3] Defne Özel Hospital
[4]Giresun Universitesi

Hidroksiklorokin (HCQ) tedavisinin COVİD enfeksiyonu için uzun süreli PCR pozitifliği ile ilişkisi hiçbir zaman bildirilmemiştir. Burada Gilbert Sendrom (GS) tanılı covid enfeksiyonuyla izlediğimiz iki vakayı hazırladık. GS lu hastalarda uygun tedaviye rağmen covid pcr testinin uzun süreli pozitifliğinin olduğunu gösteren ilk vakalar olması nedeniyle sunmayı amaçladık

İlk Vaka: 35 yaş, Erkek hasta , ateş yüksekliği, öksürük, nefes darlığı, miyalji ile başvurdu. Özgeçmişinde ek hastalık yoktu. Fizik muayenede akciğerlerde bilateral krepitasyonlar alındı. Diğer sistemik muayene bulguları olağandı. Laboratuar olarak lenfopeni, CRP yüksekliği saptandı. Toraks Tomografisi; Her iki akciğerde buzlu cam opaziteleri olup covid 19 enfeksiyonu ile uyumlu saptandı Covid PCR testi pozitif saptandı. Hasta Covid 19 enfeskiyonuyla ilişkili pnömoni olarak değerlendirilip Hidroksiklorokin günde 400 mg ve azitromisin günde 500 mg başlandı. Tedavi süresince klinik bulgular ateş yüksekliği, solunum semptomları geriledi. CRP düzeyi geriledi. Kontrol alınan Covid PCR oro-nazofarengeal sürüntü testi pozitif geldi. Favipravir eklendi. Takiplerinde klinik-laboratuar bulgular normale geldi, göğüs tomografisinde belirgin iyileşme olmasına rağmen covid PCR test poztifliği devam etti.

İkinci Vaka: 59 yaş, Erkek hasta, ateş yüksekliği, nefes darlığı ile başvurdu.Tip 2 Diyabetes Mellitüs ve hipertansiyon tanısı mevcut. Çocukluğundan beri gilbert sendromu tanısı mevcut. Toraks Tomografisi; Covid 19 enfeksiyonu ile uyumlu olarak saptandı. Covid PCR testi pozitif saptandı. Covid 19 enfeksiyonu tanısıyla Hidroksiklorokin günde 400 mg ve oseltamivir 200 mg günde üç kez başlandı. Takiplerinde haftalık yapılan covid PCR testi pozitifliği devam etti. 3 hafta sonra ateş yüksekliği ve öksürük şikayetleri gelişen hastanın çekilen toraks tomografisi, laboratuar tetkikleri covid 19 pnömonisiyle uyumlu idi. Covid pcr testi pozitif idi. 5 haftalık takiplerinde covid pcr testi halen pozitif olduğu izlendi. Sunulan vakaların laboratuvar parametreleri tablo 1'de gösterilmektedir. Olguların radyolojik bulguları şekil 1 ve 2'de sunulmuştur. Vakalarımızda GS ile ilişkili OATP defektine bağlı; HCQ aktivasyonunun ve etkinliğinin azaldığı-COVİD 19 enfeksiyonunu şiddetlendirdiği ilaca bağlı yan etki riskinde artış olduğu, uzun süreli izlemde covid PCR pozitifliğinin devam ettiği gözlendi. Sonuç olarak; Tıbbi özgeçmiş iyi sorgulanmalı (GS?), GS'lu hastalarda COVİD 19 enfeksiyonunun tedavisinde HCQ dışında başka bir tedavi yöntemi kullanılmalı, GS'li hastalar arasında HCQ yan etkileri ile COVİD 19 pozitifliği arasında farmasötik bir bağlantı olup olmadığını belirlemek için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir

Anahtar kelimeler: COVID 19, Hydroxychloroquine, OAT sistemi



Şekil 1



Şekil 2

Tablo 1

	Vaka 1	*Vaka 2*
Wbc (per mm3)	4950	5560
PNL	3250	2000
Lenfosit	1100	1950
Monosit	520	2440
PLT (per mm3)	182000	110000
Hgb (g/lt)	15	9.5
AST/ ALT	19/12	44/35
Kreatinin(mg/dl	0.9	1.2
LDH (u/lt)	143	470
PT/APTT	11/26	12/23
Fibrinojen (mg/dl)	312	550
D-dmer(ng/ml)	174	345
Ferritin /ug/lt)	124	1025

Karaciğer

SS - 057

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 15:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 15:40:00

COVİD-19'LU HASTALARDA TEDAVİYE BAĞLI KARACİĞER HASARI GELİŞME SIKLIĞI, FAVİPRAVİR BU TABLODA NE KADAR ETKİLİ?

Berat Ebik, Nazım Ekin, Ferhat Bacaksız, Jehat Kılıç
Sbü Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Covid-19 tedavisinde Çeşitli antibiyotikler, antiviral ilaçlar, steroidler, monoklonal antikorlar, H2 reseptör blokerleri, antihistaminikler, plazma, antikoagülan ilaçlar, vitaminler her ülkenin hatta her kliniğin kendi pratiğine göre genellikle bir kokteyl şeklinde uygulanmaktadır. Covid-19 tedavisinde kullanılan bütün bu ilaçların kiminin az kiminin çok hepatotoksik potansiyeli mevcuttur. Özellikle bu ilaçlar birlikte kullanıldığında bu risk daha da artmaktadır.covid-19 tanısıyla yatırılan hastaların ne kadarında karaciğer fonksiyon bozukluğu geliştiğini ve ilaca bağlı karaciğer hasarı(DILI) vakalarında favipravirin etkisinin olup olmadığını araştırdık.

Materyal-Metod: Çalışmamıza PCR testi ile Covid 19 tanısı konulan ve yatarak tedavi gören 1301 hasta aldık.

Bulgular: Çalışmaya aldığımız 1301 hastanın 607'si kadın(%46.6), 694'i erkekti(%53.4). Hastaların yaş ortalaması 51.38±19.68 idi. (8-100).Covid 19 tedavisine başlarken ALT-AST düzeyleri birbirlerine yakın olan hastaların tedavileri ve takipleri süresinde en yüksek ALT-AST artışı favipravir+ antibiyotik kullanan hastalarda görüldü. En az artışın ise sadece favipravir kullanan hastalarda olduğu tespit edildi. Gruplar arasındaki bu enzim farkı istatistiksel olarak anlamlı idi.Covid-19 tedavisi alan 648 (%49.8) hastanın ALT-AST değeri normalken 653 hastada (%50.2) değişik derecelerde karaciğer enzim yüksekliği gelişti. Hastaların %38.3'ünde 1-3 kat arası, %7'sinde 3-5 kat arası ALT-AST yüksekliği gelişirken; tüm hastaların %4.9'unda DILI gelişti. En yüksek DILI gelişim oranı %8.7 ile favipravir+antibiyotik alan gruptaydı. En düşük DILI gelişim oranı sadece favipravir alan gruptaydı. (%1.1) Dikkat çeken bir diğer nokta favipravir+antibiyotik alan hastaların sadece %28.1'inde karaciğer fonksiyonları normal kalabilmişti. Bu hastaların %71.9'unda değişen derecelerde ALT-AST yüksekliği saptandı.

Tartışma: Çalışmamız sonunda yaklaşık her iki Covid-19 hastasından birinde (%50.2) değişen derecelerde karaciğer enzim yüksekliği tespit ettik. Favipravirin diğer ilaç gruplarına kıyasla ciddi düzeyde enzim yüksekliği yapmadığını belirledik. Sadece favipravir alanlarda %1.1 oranında DILI gelişirken favipravir+antibiyotik alanlarda bu oran %8,7 idi. Bu durum bize ilaca bağlı ALT-AST yüksekliği ve DİLİ'nin favipravirden ziyade kullanılan antibiyotiklerle ve kullanılan ilaç sayısı ile ilişkili olduğunu gösterdi.Yine Covid-19 tedavisi alan 1301 hastanın 182 (13.9) tanesinde ALP yüksekliği gelişti. Favipravir+antibiyotik alan hastaların %8'inde ALP yüksekliği gelişirken sadece favipravir alan hastalarda bu oran %0.84 idi. GGT yüksekliği ise hastaların %48.1'inde tespit edildi. Yine favipravir+antibiyotik alan hastalarda bu oran %23.6 iken sadece favipravir alan grupta bu oran %7.9 olarak saptandı. ALT-AST karşılaştırmasında olduğu gibi kolestatik tip karaciğer hasarının da favipravir ve antibiyotik alan grupta daha fazla olduğu sonucuna ulaştık.

Anahtar kelimeler: İlaca bağlı karaciğer hasarı, Covid-19, favipravir

Kaynaklar

1. Centers for Disease Control and Prevention. Commercial Laboratory Seroprevalence Survey Data. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/commercial-lab-surveys.html
2. Dong L., Hu S., Gao J. (2020). Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). Drug Discoveries & Therapeutics, 14(1), 58-60. doi:10.5582/ddt.2020.01012
3. Sleeman K, Mishin VP, Deyde VM, Furuta Y, Klimov AI, Gubareva LV. In vitro antiviral activity of favipiravir (T-705) against drug-resistant influenza and 2009 A(H1N1) viruses. Antimicrob Agents Chemother. 2010;54:2517e2524.
4. Shannon A, Selisko B, Le N, et al. Favipiravir Strikes the SARSCoV-2 at its Achilles Heel, the RNA Polymerase. bioRxiv; 2020 May 15.
5. Nagata T, Lefor AK, Hasegawa M, Ishii M: Favipiravir: a new medication for the Ebola virus disease pandemic. Disaster Med Public Health Prep. 2015 Feb;9(1):79-81. doi: 10.1017/dmp.2014.151. Epub 2014 Dec 29. [PubMed:25544306]
6. Rosenke K, Feldmann H, Westover JB, Hanley PW, Martellaro C, Feldmann F, Saturday G, Lovaglio J, Scott DP, Furuta Y, Komeno T, Gowen BB, Safronetz D: Use of Favipiravir to Treat Lassa Virus Infection in Macaques. Emerg Infect Dis. 2018 Sep;24(9):1696-1699. doi: 10.3201/eid2409.180233. Epub 2018 Sep 17. [PubMed:29882740]
7. Pharmaceuticals and Medical Devices Agency: Avigan (favipiravir) Review Report [Link]
8. EASL clinical practice guidelines: drug-induced liver injury. J Hepatol. 2019;70:1222–611. https ://doi.org/10.1016/j. jhep.2019.02.014.

Tablo 1. Çalışmaya alınan Covid-19'lu hastaların gruplara göre dağılımı ve demografik verileri

	Favipravir almayan	*Sadece favipravir*	*Favipravir+antibiyotik*	*Total*
N	449	257	595	1301
Yaş	43.63±18.38 (8-97)	60.1±16.06 (21-90)	62.8±16.0 (21-100)	51.38±19.68 (8-100)
Kadın	220	111	276	607(%46.6)
Erkek	229	146	319	694(%53.4)

Tablo 2. Covid-19 tedavisi alan hastalarda tedavi sonrası gruplar arası ALT-AST yüksekliği gelişme oranları(Her 3 grup arasında 2 yönlü anova testi uygulanmıştır.)

ALT/AST	*Normal*	*1-3 kat*	*3-5 kat*	*>5 kat*	*P değeri*
Favipravir almayan (n:449)	292 (%65)	132(%29.4)	16(%3.6)	9(%2)	0.000
Sadece favipravir (n:257)	189(%73.6)	55(%21.4)	10(%3.9)	3(%1.1)	0.000
Favipravir+antibiyotik (n:595)	167(%28.1)	311(%52.3)	65(%10.9)	52(%8.7)	0.000
Toplam (n:1301)	648(%49.8)	498(%38.3)	91(%7)	64(%4.9)	0.000

Covid-19 tedavisi sırasında gelişen karaciğer enzim yüksekliğinin en sık nedeni tedavi sırasında verilen ilaçlardır. İlaçlar içinde karaciğer enzimlerini en sık yükselten ilaçlar ise antibiyotiklerdir. Özellikle kokteyl şeklinde birçok ilacın aynı anda kullanılması bu riski daha da artırmaktadır.

Karaciğer

SS - 058

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 16:45:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 16:55:00

KARACİĞER SİROZU TANILI HASTALARDA SARKOPENİ SIKLIĞI VE PROGNOZA ETKİSİ

Dilan Şirin[1], Göksel Bengi[2], Mesut Akarsu[2], Canan Altay[3], Hüseyin Odaman[3]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı
[3]İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyoloji Bilim Dalı

Amaç: Karaciğer sirozunda yüksek prevelansa sahip olan sarkopeni hastalarda diğer siroz komplikasyonlarını artırmakta, yaşam kalitesini ve sağ kalımı azaltmakta ve transplantasyon sonrası prognozu kötü etkilemektedir. Çalışmamızda karaciğer sirozu tanılı hastalarda sarkopeninin sıklığının belirlenmesi, sirozun komplikasyonlarıyla ve hastalığın prognozu ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda takipli, 01.01.2014 – 31.12.2019 tarihleri arasında karaciğer sirozu tanılı, abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) bulunan, laboratuvar ve görüntüleme verilerine tam olarak ulaşılabilen, 18 yaş ve üzeri 53 hasta dahil edilmiştir. Hastalar abdomen BT incelemelerinden hesaplanan L3-SMI verilerine göre sarkopeni saptanan ve saptanmayanlar şeklinde iki gruba ayrılmış ve sarkopeni varlığının belirlenen demografik, klinik, laboratuvar bulgular, nötrofil-lenfosit oranı(N-LR), siroz komplikasyonları, prognoz ve mortalite ile ilişkisi incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların sarkopeni prevelansı %50.9 olarak tespit edilmiştir. Sarkopeni saptananların %70.4'inin erkek olduğu görülmüştür. Erkeklerde sarkopeni oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) . Sarkopeni saptanan hasta grubunda saptanmayan gruba göre vücut kitle indeksi, SMI, albumin, serum sodyumu istatistiksel olarak anlamlı düşük (sırasıyla $p<0.004$, $p=0.005$, $p=0.014$, $p=0.010$); bilirubin, INR, MELD-Na skoru, Child Pugh skoru anlamlı yüksek görülmüştür (sırasıyla $p=0.002$, $p=0.005$, $p=0.001$, $p=0.007$) . MELD-NA skoru ≥ 15 hasta sayısı ($p=0.022$) ile Child-Pugh Skoru C olan hasta sayısı sarkopeni saptanan grupta saptanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0.026$) . Sarkopeni saptananlarda daha yüksek oranda hepatik ensefalopati, asit, spontan bakteriyel peritonit, özofagiyal ve/veya gastrik varis, varis kanaması, portal ven trombozu, hepatosellüler karsinom bulunmakla birlikte bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (sırasıyla $p=0.074$, $p=0.125$, $p=0.788$, $p=0.941$, $p=0.379$, $p=0.268$, $p=0.088$); sarılık açısından sarkopeni saptanan grup lehine anlamlı yükseklik görülmüştür ($p=0.041$) . Sarkopeni saptanan hastalarda daha yüksek oranda mortalite bulunmakla birlikte bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.196$) .

Sonuç: Çalışmamızda önemli klinik bir tablo olan sarkopeninin karaciğer sirozu tanısı bulunan hastalarda vücut kitle indeksinden bağımsız ve yüksek oranda var olduğu gösterilmiştir. Özellikle erkek hastaların sarkopeni açısından risk altında olduğu saptanmıştır. Dekompansasyon bulgusu olan sarılık ve mortalite prediktörleri olan yüksek Child–Pugh Skoru, yüksek MELD-Na skoru, hiponatremi, hipoalbuminemi ile ilişkisi bulunan sarkopeninin prognostik önemi ortaya konmuştur. Literatürde karaciğer sirozlu hasta grubunda sarkopeni ile NLR arasındaki ilişkiyi araştıran öncü çalışmalardan biri olmuştur.

Anahtar kelimeler: Siroz, Sarkopeni, SMI

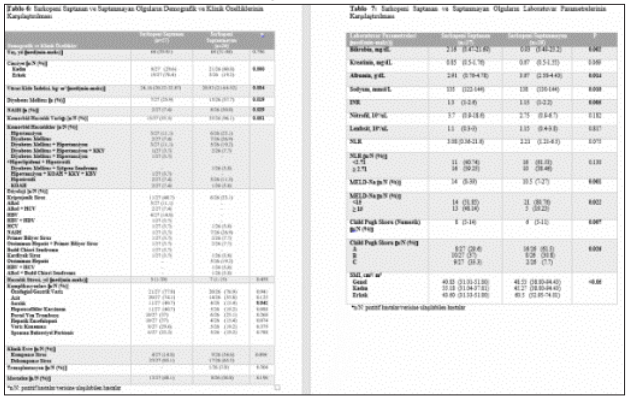
Kaynaklar

1. Alberino F, Gatta A, Amodio P, Merkel C, Di Pascoli L, Boffo G, et al. Nutrition and survival in patients with liver cirrhosis. Nutrition. 2001;17(6):445–50.
2. Periyalwar P, Dasarathy S. Malnutrition in cirrhosis: contribution and consequences of sarcopenia on metabolic and clinical responses. Clin Liver Dis. 2012;16(1):95–131.
3. Hanai T, Shiraki M, Nishimura K, Ohnishi S, Imai K, Suetsugu A, et al. Sarcopenia impairs prognosis of patients with liver cirrhosis. Nutrition. 2015;31(1):193–9.
4. Tsien CD, McCullough AJ, Dasarathy S. Late evening snack: exploiting a period of anabolic opportunity in cirrhosis. J Gastroenterol Hepatol. 2012;27(3):430–41.
5. Heymsfield SB. Development of imaging methods to assess adiposity and metabolism. Int J Obes. 2008;32(7): S76–82.
6. Montano-Loza AJ. Clinical relevance of sarcopenia in patients with cirrhosis. World J Gastroenterol. 2014;20(25):8061–71
7. Merli M, Giusto M, Giannelli V, Lucidi C, Riggio O. Nutritional Status and Liver Transplantation. J Clin Exp Hepatol. 2011;1(3):190–8.
8. Stickel F, Inderbitzin D, Candinas D. Role of nutrition in liver transplantation for end-stage chronic liver disease. Nutr Rev. 2008;66(1):47–54.
9. Bunchorntavakul C, Reddy KR. Review article: malnutrition/sarcopenia and frailty in patients with cirrhosis. Aliment Pharmacol Ther. 2020;51(1):64–77.
10. Dasarathy S. Myostatin and beyond in cirrhosis: all roads lead to sarcopenia. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017;8(6):864.

Karaciğer Sirozu Tanılı Olguların Demografik ve Klinik Özellikleri ile Laboratuvar Bulguları



Sarkopeni Saptanan ve Saptanmayan Olguların Demografik ve Klinik Özellikleri ile Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması



Karaciğer

SS - 059

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 16:55:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 17:05:00

KRONİK HEPATİT VE ETYOLOJİDEN BAĞIMSIZ KARACİĞER SİROZU HASTALARINDA FİBROMİYALJİ SIKLIĞININ VE FİBROMİYALJİNİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Yıldırım[1], Mehmet Ali Kösekli[2], Güray Can[2], Murat Taşçı[3]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı
[3]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bölümü

Amaç: Fibromiyalji (FM), yaygın ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu, kognitif işlevde bozukluk ile seyreden, kronik bir durumdur (1). FM prevalansı toplumun %1-4'ü olarak saptanmaktadır (2). FM, pek çok kronik hastalık ile ilişkilendirilmiştir (3,4). Kronik karaciğer hastalıkları esas olarak karaciğeri etkilemekle birlikte karaciğer dışı semptom ve belirtiye de neden olabilir. FM'nin kronik hepatit ve karaciğer sirozu (KCS) hastalarında sıklığı ile ilgili Türk toplumunda yapılmış kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Amaç, FM'nin KCS, kronik hepatit ve kontrol grubunda görülme sıklığını ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışma, 01.02.2019 – 01.06.2019 tarihleri arasında Gastroenteroloji Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran etiyolojiden bağımsız KCS'li 74 hasta, siroz olmayan kronik hepatitli (kronik hepatit B ve C) 85 hasta ile kronik karaciğer hastalığı olmadığı gösterilen 50 birey üzerinde yürütüldü. Akut klinik tablosu, inflamatuvar veya enfeksiyon tablosu olanlar, psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olanlar ve malignite hastaları dışlama kriteri olarak alındı. Birinci bölümde Yaygın Ağrı Skalası (YAS) ve Semptom Şiddet Skalası (SŞS), ikinci bölümde FM tanısı konulanlara Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) uygulandı (5,6). Gruplar arasında FM görülme sıklığı ve FEA'dan aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldı.

Bulgular: KCS, kronik hepatit ve kontrol gruplarına göre YAS (p=0,001), SŞS (p=0,006), Fibromiyalji Şiddet Skalası (FŞS) skoru (p=0,002) değer ortancaları arasında anlamlı fark saptandı. KCS'lilerde YAS, SŞS ve FŞS skoru değer ortancaları kronik hepatitlilere göre anlamlı düzeyde yüksekti. FM varlığı, KCS (20;%27), kronik hepatit (8;%9,4) ve kontrol grubu (6;%12) arasında karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı (p=0,007). KCS'lilerde FM, kronik hepatitlilere göre anlamlı düzeyde yüksekti. FM varlığı kadın bireylerde gruplar arası karşılaştırıldığında KCS kadınlarda diğer gruplara göre anlamlı yüksekti (p=0,012). FEA skor ortancaları, FM olan KCS (65,7), kronik hepatit (52,3) ve kontrol grubu (47,1) arasında karşılaştırıldığında benzer bulundu (p=0,181). KCS, kronik hepatit ve kontrol grubundaki fibromiyaljili olguların; cinsiyete göre FEA skoru ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (her bir p>0,05).

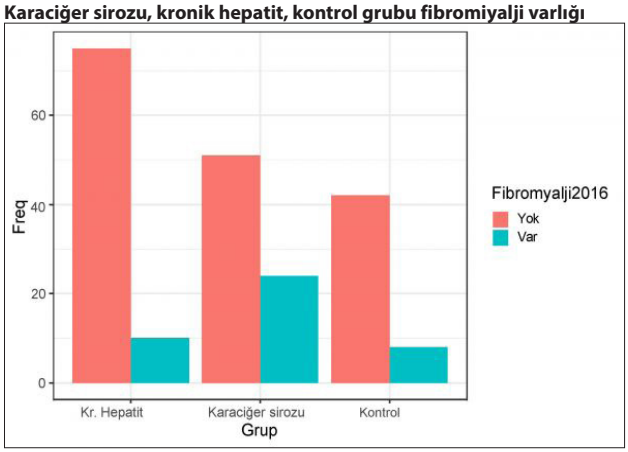
Sonuç: Türk toplumunda KCS, kronik hepatit hastalarında FM sıklığını gösteren en kapsamlı çalışmadır. FM varlığının, KCS'lilerde kronik hepatitlilere göre ve KCS kadınlarda, kronik hepatit ve kontrol grubu kadınlarına göre anlamlı yüksek olduğunu ve bu sonuçlara göre FM varlığı üzerinde en önemli etkenin KCS olduğunu göstermiştir. FEA skorunun; FM olguların gruplara göre karşılaştırmasında benzer saptanmasıyla, FM'nin KCS, kronik hepatit ve kontrol grubu bireyleri üzerinde benzer etki oluşturduğunu göstermiştir. KCS, kronik hepatit hastalarındaki FM sıklığı, genel popülasyona göre yüksek saptandığından bu hastalarda vücut ağrısı olanların izleminde FM araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: fibromiyalji, karaciğer sirozu, kronik hepatit

Kaynaklar

1. Evcik, D., Ketenci, A. & Sindel, D. 2019. The Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation (TSPMR) guideline recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 65, 111.
2. Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J. & Hebert, L. 1995. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 38, 19-28.
3. Heidari, F., M. Afshari, and M. Moosazadeh, Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. Rheumatology international, 2017. 37(9): p. 1527-1539.
4. Rogal, S. S., Bielefeldt, K., Wasan, A. D., Szigethy, E., Lotrich, F. & Dimartini, A. F. 2015. Fibromyalgia symptoms and cirrhosis. Digestive diseases and sciences, 60, 1482-1489.
5. Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J. & Walitt, B. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Seminars in arthritis and rheumatism, 201.
6. Bennett, R. 2005. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. Clinical and experimental rheumatology, 23, S154.

Karaciğer sirozu, kronik hepatit, kontrol grubu fibromiyalji varlığı



Tablo 1. Gruplara göre demografik özellikler ve klinik parametrelerin karşılaştırması

Parametreler	*Bütün olgular*	*Kronik hepatit*	*Karaciğer sirozu*	*Kontrol grubu*	*p değeri*
Sayı (n)	209	85	74	50	-
Cinsiyet (K/E), (n)	100/109	44/41	34/40	22/28	0,629
Yaş (yıl, ort)	53,2 ±13,6	51,4 ± 13,2	54,9 ± 14,0	53,8 ±13,7	0,252
Yaygın Ağrı Skalası (YAS), ortanca	1,0 [0,0-4,0]	1,0 [0,0- 2,0]	2,0 [1,0- 7,0]	1,0 [0,0-4,8]	0,001
Semptom Şiddet Skalası (SŞS), ortanca	3,0 [1,0-6,0]	2,0 [1,0- 5,0]	4,0 [2,0- 7,0]	3,0 [1,0-5,8]	0,006
Fibromiyalji Şiddet Skalası (FŞS), ortanca	5,0 [2,0-10,0]	4,0 [1,0- 6,0]	7,0 [3,2-13,0]	5,5 [1,2-10,8]	0,002
Fibromiyalji varlığı (n, %)	34 (16,3)	8 (9,4)	20 (27,0)	6 (12,0)	0,007

Tablo 2. Gruplarda fibromiyaljili olguların FEA skorlarının karşılaştırması

Parametreler	*Kronik hepatit*	*Karaciğer sirozu*	*Kontrol grubu*	*p değeri*
Toplam FEA skoru	52,3 [28,4 –59,5]	65,7 [45,7 –71,6]	47,1 [26,3 –61,8]	0,181
Kadın FEA skoru	52,3 [20,9 –58,5]	65,9 [45,8 –73,5]	59,3 [56,8 –61,8]	-
Erkek FEA skoru	48,2 [35,9 –60,4]	54,3 [32,6 –70,5]	31,8 [23,6 –60,8]	-
p değeri (cinsiyete göre)	0,739	0,501	0,355	-

Karaciğer

SS - 060

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 17:05:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 17:15:00

MAFLD SEYRİNDE HEPATİT B COR ANTİKOR SEROPOZİTİFLİĞİ VE ARTMIŞ SİROZ RİSKİ

Ergenç İ[1], Gökçen P[2], Adalı G[2], Kani T[1], Demirtaş C[1], Gündüz F[1], Çelikel Ç[3] Yılmaz Y[1,4]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji BD, İstanbul
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, İstanbul.
[4]Marmara Üniversitesi, Gastroenteroloji Enstitüsü, İstanbul

Giriş-Amaç: Kronik hepatit B seyrinde eşlik eden metabolik ilişkili yağlı karaciğer hastalığı (MAFLD) siroz gelişim riskini ve ilişkili komplikasyonları arttırmaktadır. [1] Benzer şekilde, yakın zamanda MAFLD seyrinde de hepatit B kor antijen (Anti-HBc) pozitifliği ile siroz ve HCC gelişimi arasında ilişki gösterilmiştir. [2] Bu çalışmada biyopsi kanıtlı MAFLD hastalarında Anti-HBc pozitifliğini ve fibrozis gelişimi/progresyonu, siroz ve HCC gelişimi arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Yöntem: Retrospektif olarak, iki ayrı merkezden anti-HBc antikor sonucu bilinen 242 biyopsi kanıtlı MAFLD, 130 klinik olarak tanı konulmuş MAFLD kaynaklı siroz ve 62 MAFLD kaynaklı veya kriptojenik Hepatoselüler Karsinom (HCC) tanılı hasta çalışmaya dâhil edildi. Anti-HBc pozitifliği ile fibrozis derecesinin korelasyonu incelendi. Çok değişkenli analizlerde siroz, HCC ve diğer siroz ilişkili komplikasyon gelişimi ile anti-HBc pozitifliği ilişkisi incelendi.

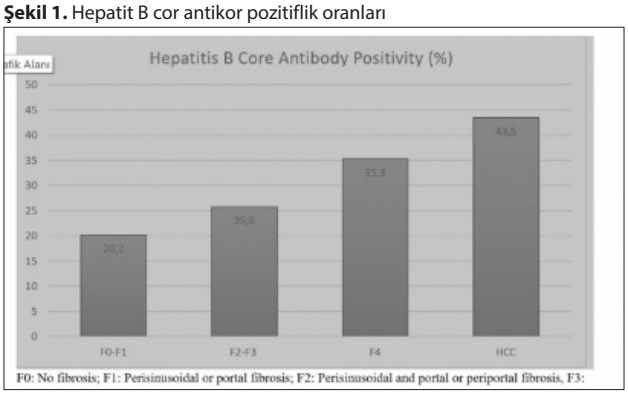
Sonuçlar: F1 fibrozisi olanların %20,2'sinde (n=19), F2 ve F3 fibrozisi olanların %25,8'inde (n=33), sirozu olanların (klinik tanılı veya biyopside F4) %35,3'ünde (n= 53), HCC tanılı olanların %43,5'inde (n= 27) anti-HBc pozitifti (Şekil 1). Anti-HBc pozitifliği ile artan fibrozis şiddeti arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0.005). Anti-HBc pozitif olan grupta biyopside hepatosteatoz şiddeti daha yüksekti (Grade 2 vs 3, p= 0.07). Multivariate analizde anti-HBc pozitifliği siroz gelişimi için bağımsız risk faktörü idi (OR: 0.511, p=0.035). Ancak anti-HBc pozitifliği biyopside anlamlı fibrozis (≥F2), HCC ve diğer siroz komplikasyonları gelişimi açısından risk faktörü değildi (Tablo 1).

Tartışma: Bu çalışmada MAFLD seyrinde anti-HBc pozitifliği siroz gelişimi açsından bağımsız bir risk faktörüydü. Uzak Doğu'dan bildirilen ilk çalışmanın aksine HCC ve diğer siroz ilişkili komplikasyon gelişimi açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Kaynaklar

1. Choi HSJ, Brouwer WP, Zanjir WMR, de Man RA, Feld JJ, Hansen BE, et al. Nonalcoholic Steatohepatitis Is Associated With Liver-Related Outcomes and All-Cause Mortality in Chronic Hepatitis B. Hepatology (Baltimore, Md) 2020;71(2):539-48.
2. Chan TT, Chan WK, Wong GL, Chan AW, Nik Mustapha NR, Chan SL, et al. Positive Hepatitis B Core Antibody Is Associated With Cirrhosis and Hepatocellular Carcinoma in Nonalcoholic Fatty Liver Disease. The American journal of gastroenterology 2020;115(6):867-75.

Şekil 1. Hepatit B cor antikor pozitiflik oranları



F0: Fibrozis yok; F1: Perisinozoidal veya portal fibrozis; F2: Perisinozoidal ve portal fibrozis veya periportal fibrozis, F3: Septal ve köprüleşme fibrozisi; F4: Siroz; HCC: Hepatoselüler Karsinom.

Tablo 1. İleri fibrozis ve siroz gelişmi ile ilşkili faktörler

	İleri Fibrosis (F3-F4)				Siroz (F4)			
	Univariate analiz	Multivariate analiz			Univariate analiz	Multivariate analiz		
	p*	Coef	OR (95%CI)	p*	p*	Coef	OR (95%CI)	p*
Anti-HBc pozitifliği	0.012			0.5430	0.001	0.671	0.511 (0.298-0.939)	0.035
Tanı yaşı	0.000	0.74	1.076 (1.052-1.102)	0.000	0.000	0.064	1.066 (1.038-1.095)	0.000
Kadın Cinsiyet	0.012			0.731	0.073			
BKİ	0.342				0.877			
Steatohepatit	0.172				**			
Trombositopeni	0.000	0.012	0.988 (0.985-0.991)	0.000	0.000	2.859	0.057 (0.030-0.109)	0.000
AST	0.141				0.502			
ALT	0.000			0.302	0.000	0.023	0.977 (0.968-986)	0.000
Metabolik Sendrom	0.138				**			
Bel Çevresi (E >102 cm, K >88cm)	0.077				**			
Hipertansiyon	0.417				0.247			
Diabetes Mellitus	0.000			0.242	0.000			0.420

*p < 0.05 istatistiksel olarak anlamlı
AST, aspartat aminotransferaz; ALT, alanin aminotransferaz; BKİ, Beden kitle indeksi
**DKlinik tanılı siroz hastalarında data mevcut değil

Karaciğer

SS - 061

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 17:15:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 17:25:00

PORTAL HİPERTANSİYONA BAGLI ASİTİN AYIRICI TANISINDA ASİT PRO-BNP VE ASİT KOLESTEROLUNUN ÖNEMİ

Selin Çakmak Demir[2], Bilger Çavuş[2], Aslı Çifcibaşı Örmeci[2], Melin Aydan Ahmed[1], Volkan Şenkal[2], Ziya İmanov[2], Aysun Yakut[2], Kadir Demir[2], Fatih Beşışık[2], Sabahattin Kaymakoğlu[2], Filiz Akyüz[2]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Asit batın içerisinde patolojik olarak sıvı birikmesidir. Portal hipertansiyon varlığında gelişebileceği gibi portal hipertansiyon dışı nedenlerle de görülebilmektedir. İki ana grubun ayırıcı tanısında serum – asit albümin farkı (SAAF) en sık kullanılan yöntemdir. SAAF'nın ≥ 1.1 g/dL olduğu durumlar portal tipte asit, SAAF'nın < 1.1 g/dL olduğu durumlar ise non-portal tipte asit olarak sınıflandırılır. Portal hipertansiyona bağlı asit, siroz gelişmeden konjestif kalp yetersizliğine bağlı veya vaskuler nedenlere bağlı olarak da gelişebilir. Öte yandan kardiyak nedenlere bağlı siroz da gelişebilmektedir. Bu çalışmada asitin ayırıcı tanısında hastalık etiyolojisini ve siroz varlığını öngörmede asit kolesterol ve asit pro-BNP seviyelerinin önemi araştırılmıştır.

Hastalar ve Yöntem: 2017 – 2020 yılları arasında İstanbul Tıp Fakultesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Polikliniği ve Servisi'nde asit nedeniyle takip edilen 114 hasta incelendi. Siroz tanısı klinik, biyokimya, karaciğer biyopsisi/radyolojik görüntülemeler ile konuldu. Hastaların demografik özellikleri, biyokimyasal parametreleri, pro-BNP, asit analizi (glukoz, total protein, albümin, LDH, kolesterol, trigliserit, pro-BNP) incelendi. Serum - asit albümin farkının (SAAF) <1.1 g/dL ve ≥ 1.1 g/dL olarak hastalar gruplandırıldı. Her iki grup karşılaştırıldı. Ayrıca sirotik ve non-sirotik olarak gruplandırılarak karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular: Hastaların 61'i (%53.5) erkek ve 71'i (%62.2) sirotikti. Ortalama SAAF sirotik hastalarda 2.0 ± 0.6 g/dL, non- sirotik hastalarda 1.5 ± 0.7 g/dL (p=0.000) idi. Sirotik hastalarda ortalama asit kolesterolü 27.0 ± 24.3 mg/dL ve non-sirotik hastalarda 60.0 ± 31.8 mg/dL (p=0.000) olarak saptandı. Sirotik asitte kolesterolünün eşik değeri %79.5 duyarlılık ve %75.0 özgülluk ile 50 mg/dL idi. Kardiyak hastalığı olanlarda ortalama asit pro-BNP 2365.9 ± 1903.7 pg/mL, kardiyak dışı portal hipertansiyona bağlı asitte 750.5 ± 3936.2 pg/mL ve portal hipertansiyona bağlı olmayan asitte 810.3 ± 2315.1 pg/mL idi (p=0.000). ROC analizinde eğri altında kalan alan (AUC) 0.898 ve eşik değer 720.8 pg/mL olarak hesaplandı (duyarlılık %85.7 ve özgulluk %73.3).

Sonuç: Sirotik asiti belirlemede asit kolesterol düzeyi (<50 mg/dL) ve kardiyak etiyolojiyi saptamada asit pro-BNP (>720 mg/dL) değerleri önemlidir. Rutin asit analizinde mutlaka bakılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Portal hipertansiyon, kardiyak asit, asit kolesterol, asit pro-bnp

Karaciğer

SS - 062

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-26 17:25:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-26 17:35:00

UZUN DÖNEM TAKİPTE İDİYOPATİK NON-SİROTİK PORTAL HİPERTANSİYON DOĞAL SEYRİ

İsmail İnci, Filiz Akyüz, Aslı Kara İnci, Bilger Çavuş, Aslı Çiftçibaşı Örmeci, Arzu Poyanlı, Mine Güllüoğlu, Kadir Demir, Fatih Beşışık, Sabahattin Kaymakoğlu

İstanbul Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: İdiyopatik non-sirotik portal hipertansiyon (INSPH) portal hipertansiyonun nadir bir sebebidir. Literatürde INSPH doğal seyri hakkında sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışmada, uzun dönem takipte INSPH'nin klinik seyri değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metod: 1990-2015 yılları arasında karaciğer biyopsi/laporoskopi portomezenterik venöz sistem görüntüleme, ve biyokimya sonuçları ile İNSPHT tanısı almış hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Kronik karaciğer hastalığı ve portal hipertansiyonun diğer bütün etiyolojileri dışlanmıştır. Takip döneminde klinik, biyokimyasal ve radyolojik görüntülemeler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Otuz dört hasta (ortalama yaş 45.7±13.8 yıl, %64.7 kadın) çalışmaya dahil edilmiştir. Ortalama takip süresi 8.2±6.2 yıl idi (1-24 yıl). Hastaların %38'i varis kanamasıyla başvurmuş ve bant ligasyonu yapılmıştır. Profilaktik bant ligasyonu 7 hastada uygulanmıştır. Takip sırasında, hastaların %38'inde (n=13) Portal ven trombozu ve %23.5'ünde (n=8) asit gelişmiştir. Koagülasyona eğilim yaratan faktörler tüm hastalarda araştırılmıştır. Takipte PVT gelişen 3 hastada protrombotik faktörler bulunmuştur (protrombin gen mutasyonu 200210A, MTHFR C677T heterozigot ve esansiyel trombositoz). Bir hastada da Factor V Leiden heterozigot mutasyon tespit edilmiştir. Takip sırasında PVT gelişen

hastalar dışlandığında, asit %19 (4/21) hastada gelişmiştir. Bazal ve takip sonu ortalama serum albumin, total bilirubin, INR değerlerindeki değişim sırasıyla 4.05±0.4 vs 4.2±0.4 g/dl, 1.2±0.9 vs 1.3±0.72 mg/dl, 1.3±0.5 vs 1.2±0.2 idi (p=0.05). Karaciğer komplikasyonları nedeniyle ölüm olmamıştır. Bir hastada karaciğer dışı nedenle bir ölüm olmuştur.

Sonuç: Idiyopatik non sirotik portal hipertansiyonun sağ kalımı iyidir. Takip süresi boyunca portal venöz sistem dikkatlice değerlendirilmelidir.Uzun dönem takipte hastaların dörtte birinde karaciğer fonksiyonlarında bozulma gelişebilir.

Anahtar kelimeler: Portal Hipertansiyon

Kaynaklar

1. Schouten JN, Garcia-Pagan JC, Valla DC, Janssen HL. Idiopathic noncirrhotic portal hypertension. Hepatology 2011; 54:1071.
2. Hwajeong Lee, Aseeb Ur Rehman, M.Isabel Fiel. Idiopathic Noncirrhotic Portal Hypertansiyon:An Appraisal Journal of Pathology and Translational Medicine 2016;50:17-25.
3. Riggio O, Stefania Gioia, Ilaria Pentassuglio,et al. Idiopathic noncirrhotic portal hypertension: current perspectivesnHepatic Medicine: Evidence and Research 2016:8 81–88
4. Dhiman RK, Chawla Y, Vasishta RK, et al. Non-cirrhotic portal fibrosis (idiopathic portal hypertension): experience with 151 patients and a review of the literature. J Gastroenterol Hepatol 2002; 17:6.
5. Sarin SK, Kumar A, Chawla YK, et al. Noncirrhotic portal fibrosis/ idiopathic portal hypertension: APASL recommendations for diagnosis and treatment. Hepatol Int 2007; 1:398.
6. Mahamid J, Miselevich I, Attias D, et al. Nodular regenerative hyperplasia associated with idiopathic thrombocytopenic purpura in a young girl: a case report and review of the literature. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005; 41:251.
7. Nakanuma Y, Hoso M, Sasaki M, et al. Histopathology of the liver in non-cirrhotic portal hypertension of unknown aetiology. Histopathology 1996; 28:195.
8. Naber AH, Van Haelst U, Yap SH. Nodular regenerative hyperplasia of the liver: an important cause of portal hypertension in non-cirrhotic patients. J Hepatol 1991; 12:94.

Karaciğer

SS - 063

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 10:30:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 10:40:00

ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED LIVER BIOPSY USING A 20-GAUGE FINE NEEDLE BIOPSY NEEDLE WITH THE WET-HEPARINIZED SUCTION TECHNIQUE

Gürhan Şişman[1], Erol Barbur[2], Didem Saka[2], Betül Piyade[2], Şevval Beşli[2], Can Boynukara[2], Hale Kırımlıoğlu[3]

[1]Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University School Of Medicine, Department Of Gastroenterology, Istanbul, Turkey
[2]Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University School Of Medicine, Istanbul, Turkey
[3]Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University School Of Medicine, Department Of Pathology, Istanbul, Turkey

Objective: To assess the efficacy and safety of 20 G fine needle biopsy (FNB) for endoscopic ultrasound-guided liver biopsy (EUS-LB).

Materials-Methods: Patients with parenchymal liver diseases were included. Using a 20-G FNB needle with heparin wet suction, one pass was made from each right and left lobe. The main outcome measure was the adequacy of the specimen for histology interpretation, and the secondary outcome was the safety of EUS-guided liver biopsy with a 20-G FNB needle.

Results: 40 patients (median age 44 years; 24 male) underwent for EUS-LB were included for the study. Samples per pass and per patient are analyzed. The median longest core fragment was 22 mm (1st quartile – 3rd quartile 20 mm – 25 mm, interquartile range [IQR] 5.0 mm) from the left lobe, 20 mm from the right lobe (1st quartile – 3rd quartile 17 mm– 22 mm, [IQR] 5.0 mm). The median cumulative core length per patient was 103 mm (91 mm– 108 mm, IQR 17 mm). The median cumulative number of complete portal triads (CPTs) per patient was 69.50 (52.25 – 82.25, IQR 30). The rate of diagnostic yield was 100%. Post-biopsy- self-limiting abdominal pain was reported only in 2 patients (5%). The most common diagnosis was fatty liver (25%).

Conclusion: EUS-LB using 20 Gauge FNB needle is a safe alternative method in clinical practice.

Anahtar kelimeler: Eus-guided liver biopsy, Fine needle biopsy

Pankreas

SS - 064

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 10:40:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 10:50:00

MÜSİNÖZ PANCREAS KİST ALT GURUPLARINDA KİST BOYUTLARININ VE KİST SIVI VİSKOZİTESİNİN MALİGNİTE AÇISINDAN BELİRLEYİCİLİĞİ VAR MIDIR ?

İbrahim Hakkı Köker, Hakan Şentürk

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bd;

Giriş: Müsinöz kist boyutları 3 cm'yi aştığında geçerli kılavuzlarda tedirgin edici özellikler arasında sınıflanmaktadır. Müsinöz kistler için diğer bir belirleyici olan kist sıvı viskozitesinin varlığı müsinöz alt tipler arasında hangi düzeylerde olabildiği tam olarak bilinmemektedir. Çalışmamızda müsinöz kistler içinde alt grupları oluşturan intraduktal papiller müsinöz neoplazi (IPMN)'ler, müsinöz kistik neoplazi (MCN)'ler ve kistik pankreatik duktal adenokarsinomlar (PDAC) arasında kist boyut ve viskozitesinin değişkenliğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Retrospektif değerlendirmemizde endoskopik ultrason ile ince igne aspirasyonu yapılmış 491 hastanın sito-patolojik kesin tanı alan 122'sini çalışmamıza aldık. IPMN alt gurubuna kist boyut değerlendirmesi için sadece yan dal (YD) ve mikst tip (MT) olanları aldık, ana kanal tiplerini çalışma dışında bıraktık. Viskozite değerlendirmesinde ise IPMN'lerde her üç gurubu da çalışmamıza aldık. Sito-patolojik tanıda düşük düzeyli ya da orta dereceli displazi içerenler düşük riskli (DR), yüksek dereceli ve invaziv karsinom içerenler ise yüksek riskli (YR) olarak sınıflandırıldı. Buna göre IPMN'ler DR ve YR olarak iki guruba ayrılırken, MCN'ler YR olanlar tespit edilmediğinden sadece DR olarak sınıflandırıldı

Bulgular: Sito-patolojik olarak kesin tanı almış olan 122 (62 E, median yaş 62) hastanın 5 ana kanal IPMN çıkarıldıktan sonra 117 hastada alt guruplar arasında kist boyutları karşılaştırıldı. Buna göre DR YD+MT-IPMN'lerde DR/YR (p<0.001) ve DR-YD+MT-IPMN'lerle kistik PDAC'lar (p=0.001) arasında kist boyutlarının DR- YD+MT-IPMN'lerde belirgin olarak küçük olduğunu saptadık. IPMN'ler içinde DR'lerle YR'liler arasında kist boyut eşik değerini 22 mm (AUROC 0.759 (0.634-0.858) <0. 0001) saptadık. Sensitivite: 89.2%, Spesifisite: 62.8%, Pozitif Prediktif Değer: 65.8%, Negatif Prediktif Değer: %88 olarak belirledik. Viskozite varlığı ise String Sign testi bakılabilmiş 78 müsinöz kistte değer-

lendirildi. String sign pozitifliğini %58.9 saptadık. IPMN DR/YR ve DR-MCN'ler arasında viskozite varlığında farklılık saptamadık. Bununla birlikte IPMN'lerle kistik PDAC'lar arasında kist sıvısı viskozite varlığı belirgin olarak IPMN'lerde daha fazlaydı (<0.001).

Sonuçlar: Düşük riskli YD+MT-IPMN'lerle YR'liler arasındaki kist boyut eşik sınırını 22 mm olarak saptadık. Kist sıvısında viskozite varlığı IPMN'lerle kistik PDAC'lar arasında ayırd edici olabilir.

Anahtar kelimeler: Pankreas Müsinöz Kistleri, String Sign, Kist Boyutları

Özofagus – Mide – Duodenum

SS - 065

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 10:50:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 11:00:00

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SUBEPİTELYAL LEZYONLARINDAN GİST İLE LEİYOMİYOM AYRIMINDA EUS ELASTOGRAFİ KULLANILABİLİR Mİ?

Ramazan Erdem Er, Zeynep Melekoğlu Ellik, Mehmet Bektaş
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş-amaç: Subepitelyal lezyonlar (SEL) gastrointestinal sistem (GİS) duvarının tabakalarından kaynaklanan, endoskopik incelemede çoğunlukla normal mukoza ile örtülü, mukozal kabarıklıklar şeklinde görünen lezyonlardır. EUS elastografi ile dokuların sertliği kalitatif (renk farkı) ve kantitatif (strain ratio) olarak değerlendirilir (1,2.) Giovannini skorlaması pankreas lezyonlarında kullanılan kalitatif EUS elastografi skorlama yöntemidir. Bu yöntemde lezyonlar elastografi modunda dokunun renklenmesine göre 5 skora ayrılır. Vasküleritesi fazla olan, daha sert ve malign özelliğe sahip solid lezyonlarda skorun arttığı görülmektedir (2). EUS elastografi özellikle pankreatik lezyonların değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmakta olup GİS'in SEL'ları için az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızda EUS-FNA yapılan ve sitolojik - İHK boyama ile tanı konulan üst GİS kaynaklı SEL'ların EUS elastografi ile değerlendirilmesi planlandı.

Materyal-metod: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü'nde Ocak 2016- Mart 2020 tarihleri arasında EUS-FNA yapılan ve öncesinde EUS elastografi yapılmış toplam 44 SEL retrospektif olarak değerlendirildi. Bu lezyonlar içinde EUS-FNA sonrası sitolojik değerlendirme ve İHK incelemeye göre kesin tanısı konulan 24 SEL çalışmaya dahil edildi. Lezyonların GİS duvarının hangi tabakasından kaynaklandığı radial skop ile değerlendirildi. Takiben lineer ekoendoskop (Preirus Hitachi-Pentaxpentax+hitachi) ile elastografik ölçümleri ve ardından EUS-FNA yapıldı. EUS-elastografi sırasında kalitatif olarak değerlendirme için Giovannini skorlaması yapıldı, yarı kantitatif değerlendirme için ise strain ratio ölçümü kullanıldı.

Bulgular: Sitopatoloji ve İHK bulgularına göre 24 lezyonun 10'u GİST, 8'i leiyomiyom, 2'si ektopik pankreas, 2'si lipom, 1'i schwannom ve 1'i nöroendokrin tümör tanılıydı. Lezyonların 6'sı 2 cm'nin altında, 18'i 2 cm ve üzerindeydi. Giovannini skorlamasına göre GİST tanısı olan lezyonların 8'i (%80) skor 4 ve 5 iken; leiyomiyom lezyonlarının 1'i (%12,5) skor 4 diğerleri skor 1,2 ve 3'tü (tablo-1). Giovanni skoru, skor 4 ve 5 için GİST ile leiyomiyom arasında anlamlı değildi (p=0,07). GİST ile leiyomiyom tanısı alan SEL'ların SR değerleri karşılaştırıldığında GİST'lerin SR değerleri leiyomiyoma göre anlamlı derecede yüksekti (median 110 (min-maks 10,6-312) - 4,95 (min-maks 2,5-70,6) (p=0,007).

Sonuç: Sindirim sisteminde 4. tabakadan kaynaklanan SEL'ların ayırıcı tanısının yapılması takip ve tedavinin planlanması açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda elastografik ölçümlerde GİST'lerin çoğunluğunun renk skalasının skor 4-5 leiyomyomlarda ise renklenme skorunun 4'ün altında olduğu gözlendi. Yine GİST'lerin SR değerleri leiyomyomlara göre daha yüksekti. Bu sonuçlara göre özellikle GİST ile leiyomiyom ayırımında SR ve Giovanni skorlaması kullanılabilecek non-invaziv bir yöntem olabilir. Ancak daha fazla hasta ile yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Subepitelyal lezyon, EUS elastografi, strain ratio, Giovannini skoru, GİST, leiyomiyom

Kaynaklar

1. Carrara S, Di Leo M, Grizzi F et al. EUS Elastography (strain ratio) and fractal-based quantitative analysis for the diagnosis of solid pancreatic lesions. Gastrointest Endosc. 2018 Jun;87(6):1464-73.
2. Giovannini N, Thomas B, Erwan B et al. Endoskopic ultrasound elastography for evaluation of lymph nodes and pancreatic masses: a multicenter study. World J. Gastroenterol 2009; 15:1587-93

Tablo-1. Lezyonların Giovanni skorlamaları

Giovannini Skor	*GİST (n=10)*	*Leiyomyom (n=8)*	*Schwannom (1)*	*Ektopik pankreas (n=2)*	*NET (n=1)*	*Lipom (n=2)*
Skor 1	-	1	-	-	-	-
Skor 2	-	4	-	-	-	1
Skor 3	2	2	-	2	-	1
Skor 4	2	1	-	-	-	-
Skor 5	6	-	1	-	1	-

Pankreas

SS - 066

Sunum Alanı: Salon 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 11:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 11:10:00

PANKREASIN MÜSİNÖZ-NON-MÜSİNÖZ KİSTLERİNİN AYRIMINDA STRİNG SİGN ÖLÇÜMÜ ÖNEMLİ Mİ?

Ramazan Erdem Er, Zeynep Melekoğlu Ellik, Mesut Gümüşsoy, Serkan Duman, Abdullah Mübin Özercan, Mehmet Bektaş
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Pankreas kist sıvısının vizkozitesi müsinöz-nonmüsinöz kist ayırımı için fikir verebilmektedir. String sign (SS) pankreatik kist sıvısında vizkozite hakkında yorum yapabilmek için ölçülebilen basit bir yöntemdir. Biz bu çalışmamızda pankreas kistlerinden aspire edilen kist sıvılarında ölçülmüş olan SS değerlerinin müsinöz-nonmüsinöz kist ayırımındaki sensitivite ve spesifitesinin değerlendirilmesini planladık.

Materyal-metod: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü'nde Mayıs 2010-Ocak 2020 tarihleri arasında pankreas kistine EUS–FNA yapılmış kist sıvısında string sign ölçümü yapılan ve sitolojik olarak tanı konmuş 96 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Baş parmak ve işaret parmağı birbirinden uzaklaştırılırken kist sıvısının parmaklar arasında en az 1 saniye kopmadan ip şeklinde uzadığı maksimum uzunluk SS

olarak değerlendirildi. Kistler tanılarına göre müsinöz (MKN ve IPMN) ve nonmüsinöz (psödokist, seröz kist) olarak sınıflandırıldı. Müsinöz ve nonmüsinöz ayırımında SS değerinin sensitivite ve spesifitesi değerlendirildi.

Bulgular: 96 kistin sitopatoloji sonucunda, %83,3 (80) kist müsinöz, %16.7 (16) kist non-müsinöz olarak rapor edilmişti. Müsinöz kistlerin ortalama çapı 23,1 mm, nonmüsinöz kistlerin ise 25,7 mm idi. Müsinöz kist sıvısının SS median değeri 5,5 mm (min-maks 1-50 mm), nonmüsinöz kistlerin SS median değeri ise 2 mm idi (min-maks 1-7 mm) (p=0,001). Müsinöz ve nonmüsinöz kistlerin CEA median değerleri sırasıyla 82,8 ng/ml (min-maks 0,1-178490 ng/ml) ve 1,32 ng/ml (min-maks 0,2-28,1 ng/ml) idi (p=0,001). SS değerlerinin, müsinöz kistlerin belirleyiciliğini değerlendirmek için yapılan ROC analizinde eğri altında kalan alan 0,814'tü (%95 CI 0,72-0,91, p=0,001). Dört mm üzerindeki SS değerlerinin müsinöz kist için sensitivitesi %78,8 spesifitesi %93,3 , pozitif prediktif değeri (PPD) %96,3 negatif prediktif değeri (NPD) %66,7 ve tanı doğruluğu %83,3'tü.

Tartışma: Pankreas kistlerinin müsinöz nonmüsinöz ayırımında string sign ölçümü kist aspirasyonu sonrası hemen bakılabilen basit ve ek masraf gerektirmeyen, spesifitesi yüksek bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: pankreas kistleri, string sign, müsinöz kist, EUS kist aspirasyonu

VİDEO BİLDİRİLER

Endoskopi

VS - 001

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 09:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 09:12:00

ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED PANCREATIC NECROSECTOMY IN A PATIENT WITH SLEEVE GASTRECTOMY

Gürhan Şişman[1], Erol Barbur[2], Didem Saka[2], Betül Piyade[2], Can Boynukara[2]

[1]Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University School Of Medicine, Department Of Gastroenterology, Istanbul, Turkey
[2]Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University School Of Medicine, Istanbul, Turkey

Endoscopic necrosectomies are associated with significantly reduced major complications compared with minimally invasive surgery [1] and a lower rate of mortality compared with open necrosectomy [2]. We hereby report a patient with sleeve gastrectomy who underwent endoscopic ultrasonography (EUS)-guided pancreatic necrosectomy for walled-off pancreatic necrosis (WOPN).

A 31-year-old male patient presented with severe abdominal pain, vomiting, and fever persisting for the past month. The patient had a history of a sleeve gastrectomy performed three years prior to his application. Decreased turgor pressure and generalised abdominal tenderness were the remarkable findings on his physical examination. A computed tomography (CT) of the abdomen without contrast, due to the patient's renal dysfunction, revealed generalised free fluid and a necrotic collection in the upper abdomen. The patient was diagnosed with acute necrotizing pancreatitis. Upon a lack of improvement in the clinical and laboratory findings, the patient's diagnosis was considered as WOPN. An EUS-guided necrosectomy was performed with the placement of a metal stent for drainage following balloon dilation. Three additional necrosectomies were performed with 6-day intervals. During the follow-up, CT of the abdomen revealed a disconnection of the pancreatic duct syndrome (DPDS), and a plastic stent was placed via endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for the treatment of the ductal leakage. Two 16-Fr sized drains were placed bilaterally in the retroperitoneal abdomen by an interventional radiologist. The left drain was removed for the final necrosectomy session and a pediatric gastroscope was directed percutaneously through the tract of the removed drain (Video 1). Following the final necrosectomy session, the patient's clinical and laboratory signs returned to normal and the patient was discharged. The patient is still being followed in our clinic without any complications.

EUS-guided pancreatic necrosectomy is a minimally invasive approach that offers a safe alternative to surgery [1, 2]. Results similar to our case have been reported previously in the literature [2, 3, 4]. The narrowed lumen of the stomach after sleeve gastrectomy constitutes a challenge by means of the available motion of the echoendoscope and altered arterial supply might result in the defective closure of the artificial lumen which is created by the EUS-guided necrosectomy procedure.

Key words: EUS-Guided Necrosectomy, Minimally Invasive Surgery, Walled-Off Pancreatic Necrosis

References

1. Bang JY, Arnoletti JP, Holt BA, Sutton B, Hasan MK, Navaneethan U, et al. An endoscopic transluminal approach, compared with minimally invasive surgery, reduces complications and costs for patients with necrotizing pancreatitis. Gastroenterology 2019;156: 1027-1040.e3.
2. van Brunschot S, Hollemans RA, Bakker OJ, Besselink MG, Baron TH, Beger HG, et al. Minimally invasive and endoscopic versus open necrosectomy for necrotising pancreatitis: A pooled analysis of individual data for 1980 patients. Gut 2018;67: 697-706.
3. Albers D, Toermer T, Charton JP, Neuhaus H, Schumacher B. Endoscopic therapy for infected pancreatic necrosis using fully covered self-expandable metal stents: combination of transluminal necrosectomy, transluminal and percutaneous drainage. Z Gastroenterol 2016;54: 26-30.
4. Braden B, Koutsoumpas A, Silva MA, Soonawalla Z, Dietrich CF. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic walled-off necrosis using self-expanding metal stents without fluoroscopy. World J Gastrointest Endosc 2018;10: 93-98.

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

VS - 002

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 09:12:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 09:24:00

ENDOSCOPIC CLOSURE OF A PERFORATED RECTUM WITH OVER-THE-SCOPE-CLIP FOLLOWING COLONOSCOPY

Erol Barbur[1], Gürhan Şişman[2]

[1]Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University, School Of Medicine, Istanbul (turkey)
[2]Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University, School Of Medicine, Department Of Gastroenterology, Istanbul (turkey)

Objective: To demonstrate the effectiveness of the over-the-scope clip (OTSC) in the treatment of acute iatrogenic perforations.

Case: A 77-year-old-woman with rectal bleeding underwent colonoscopy which revealed hemorrhoids. A day after the colonoscopy, the patient presented to our hospital's emergency department with severe lower abdominal pain. Computed tomography (CT) with rectal contrast revealed free air and extravasation of the contrast material into the abdominal cavity (Fig.1). As there was no abscess nor ascites; after discussion with the general surgeons, endoscopic closure of the perforation was decided upon. During the colonoscopy, the perforation of the rectum was confirmed but no edematous swellings or ulcerations were detected. Two endo-clips were used but failed to close the perforation. A decision was therefore made to proceed with an OTSC (12/6 t; Ovesco, Tübingen, Germany) in order to achieve secure closure of the defect. Following suctioning of the perforated area into the cap of the endoscope, the clip was released, and the perforation was repaired successfully (Video 1). The closure was confirmed by post-colonoscopy CT (Fig. 2). The patient was hospitalized and received intravenous antibiotics for 2 days. She had no complications and was discharged with a prescription for oral antibiotics.

Conclusion: The opposition forces of the OTSC provide strong securing which could be considered as an appropriate treatment of acute iatrogenic perforations with its advantages such as reducing costs, avoiding surgery, and shortening the length of hospitalization.

Key words: Colonoscopy, Intestinal Perforation, Minimally Invasive Surgery, Rectum



Figure 2

Endoskopi

VS - 003

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 09:24:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 09:36:00

GASTRİK FUNDAL VARİS KANAMASININ EUS YARDIMIYLA CYANOACRYLATE VE LİPİODOL ENJEKSİYONU İLE TEDAVİSİ

Serkan Doğan[1], Enes Fırat[1]
[1]*Kayseri Şehir Hastanesi*

Amaç: Gastrik fundal kanamaları mortalitesi yüksek, konvansiyonel skleroterapi ve bant ligasyonları ile durdurulması yetersiz, yeniden kanama şansı artmış zor endoskopik acillerin ilk sıralarında yer almaktadır. Endoskopik Ultrasonografi ile cyanoacrylate (CYA) ve Lipiodol enjeksiyonu daha güvenli ve efektif bir metod olarak belli merkezlerde uygulanmaktadır.

Olgu: 72 yaşında gastrointestinal hemoraji tanısı ile acil servise başvuran hastanın yapılan üst gastrintestinal sistem endoskopsinde fundal varisi olduğu ve buradan kanadığı tespit edilmiştir (Video 1). Sarin ve Kumar klasifikasyonuna göre izole gastrik varis tip 1 (IGV I) olarak kabül edilmiştir. Hasta lateral (yan) pozisyonunda derin sedasyonda işleme alınmıştır. Antibiyotik proflaksisi uygulanmıştır. Fujinon EG-58QUT model SU-1 ultrasound processor 3 mm çalışma kanalı 19 Gauge Boston Scientific ince iğne aspirasyon iğnesi (FNA) kullanılmıştır. Mide fundusu gastrik varisleri net görüntülemek ve acoustic coupling i ekrte etmek için su ile doldurulmuştur. Özofagus distaline kadar perforan venler takip edilmiştir. Öncesinde doppler ile varis içindeki kan akışı kontrol edilmiştir. Özofagus distalinden EUS iğnesi ile varis içine girildiği iğnenin ekojenitesi ile teyid edildikten sonra stile çekilip 20 mm lik enjektör ile negatif basınç uygulanmıştır. Kanın geldiği görülerek vasküler pake içerisinde olunduğu konfirme edildikten sonra olası pıhtılaşma için yeniden 5 mm erum fizyolojik ile 19 Ga FNA iğnesinin ucu flush edilmiştir. Verilen su ile eş zamanlı ultrasonda akım izlenmiştir. Ayrıca 10 mm lik enjektöre 2,5 ml CYA(G-lubran) ve 3,5 ml. Lipiodol hazırlanıp EUS eşliğinde varis içine yavaş yavaş enjekte edilmiştir. Varisin içindeki Doppler akımının neredeyse kaybolduğu gözlendikten sonra işlem sonlandırılmıştır. Sonraki gün enoskopi ile kanma kontrolü yapıldığında kanmanın olmadığı görülmüştür (Video 2).

Sonuç: EUS racılı fundal varis hemorojisinin durdurulması efektif bir metod olarak gerektiğinde kullanılmalı, olası yan etkiler açısından hastalar dikkatle izlenmelidir.

Anahtar kelimeler: EUS, gastrik varis, Lipiodol, cyanoacrylate

Pankreas

VS - 004

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 09:36:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 09:48:00

WİRSUNG KANALI İLE İLİŞKİLİ PANKREAS KİSTİNİN ERCP VE EUS İLE GÖSTERİMİ.

Serkan Doğan[1], Enes Fırat[1]
[1]*Kayseri Şehir Hastanesi*

Amaç: Karın ağrısı ile başvuran hastanın değerlendirilmesi sonucu pankreatik kist saptanmıştır.

Olgu: 86 yaşında bayan hasta acil servise karın ağrısı ile başvurmuştur. Çekilen MRCP de koledokta 20 mm ye varan taş olduğu rapor edilince ERCP yapılmaya karar verildi. Yapılan ERCP de geniş olan wirsung başlangıçta koledok sanılmasına rağmen işlem devamında Wirsung kanalı olduğu, kanalla ilişkili kontrast dolumunun pankreas kanalıyla ilişkili olduğu saptandı(Figür 1). Yeniden koleodk kanülasyonu sağlandığında koledok içinde 15 mmye varan taş izlendi (Figür 2).Koledoğa 12 cm 10F biliyer plastik stent yerleştirildi. Pankreas kisti EUS ile değerlendirildi. Kist içine 19 GA İİABx yapıldı. Patolojik tanımlamada reaktif hücrelerin olduğu, malign ya da müsinöz procesin saptanmadığı belirtildi. Hastanın özgeçmişinde pankreatit ile ilgili bir özellik belirtilmedi.

Sonuç: Pankreas kistleri görüntüleme yöntemlerinin artmasıyla sıklığı giderek artan bir antite olma yolunda ilerlemektedir. İzlemi, tanısı gastroenterologlar tarafından titizlikle yapılmalıdır. Vakamızda wirsung kanalı ile ilişkili pankreas kistinin tanısı ve evaluasyonu demonstre edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Pankreas, kist, wirsung, EUS



Figür 1. Wirsung kanalı ile ilişkili kist



Figür 2

Pankreas

VS - 005

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 09:48:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 10:00:00

PANKREAS BAŞI KİTLE VE WİRSUNG KANALINDA TAŞIN EUS İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Serkan Doğan[1], Enes Fırat[1]

[1]*Kayseri Şehir Hastanesi*

Amaç: EUS ile pankreasdaki kitlelerin değerlendirilmesi sırasında beraberinde olabilecek ek bulgular (wirsung kanalında dilatasyon ve wirsung kanalında taş) gözden kaçmaması gereken durumlardır.

Olgu: 80 yaşında kadın hasta hastanemiz acil servisine karın ağrısı ile başvurması üzerine bakılan transabdominal ultrasonografisinde pankreasında yaklaşık 4 cm çapında kitle olması üzerine bölümümüze yatırıldı. Labaratuar bulgularında TBil:0,4 mg/dl idi. Yapılan endoskopik ultrasonografisinde (EUS) transgastrik bakıda pankreas gövdesine uygun alanda 36x30 mm çapında hipoekoik kitle ve peripankreatik lenfoadenopatiler izlenmesi üzerine 22 Gauge iğne ile EUS eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı. Dikkatli bakıda wirsung kanalının ileri derecede dilate olduğu (10,6 mm) izlendi. İçinde 5 mm çapa ulaşan akustik gölge veren taş da izlendi. Kitle biyopsi sonucu adenokarsinoma ile uyumluydu. Hasta medikal onkololoji önerileriyle taburcu edildi.

Sonuç: Wirsung kanal dilatasyonu pankreas kanserlerinde bilinen bir bulgudur. Wirsung kanalında taş var olan pankreas kitlesiyle birlikte olabilmektedir. Olgumuzda kanaldaki dilatasyon ve akustik gölge veren taşın imajı net seçilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: EUS, wirsung, taş, İİAB

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

VS - 006

Sunum Alanı: Salon 2
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 10:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 10:12:00

ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED HEPATOGASTROSTOMY TO TREAT A BILIOCUTANEOUS FISTULA

Didem Saka[1], Erol Barbur[1], Can Boynukara[1], Betül Piyade[1], Gürhan Şişman[2]

[1]*Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University, School Of Medicine, Istanbul (turkey)*
[2]*Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University, School Of Medicine, Department Of Gastroenterology, Istanbul (turkey)*

Objective: Biliocutaneous fistulas are rarely seen but have been reported as a complication of trauma, cholecystitis and hepatobiliary surgery or interventions [1-5]. Endoscopic managements such as fistuloenteric or hepatogastrotomic anastomosis can be used in persisting cases after conservative treatment. We present the case of a 39-year-old woman with a biliocutaneous fistula and a history of surgery for metastatic colon cancer.

Case: The 39-year-old female patient had been treated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)-guided

insertion of an uncovered self-expandable metal stent (SEMS; 8-cm long) for obstructive jaundice caused by the metastasis to the liver. Post- procedural swelling appe red in the upper abdominal region and subsequently a fistula developed with bilious discharge from the skin over the right upper quadrant, which persisted for 3 months. She was referred to our clinic with fever; jaundice, abdominal distension, and tenderness were the notable findings on her physical examination. A computed tomography (CT) scan revealed a fistula tract from the left lobe of the liver to the skin, passing through the anterior abdominal wall, with inflammatory changes in the surrounding tissue. After clinical and radiological evaluation, ERCP was performed for the evaluation of the stent. However, it was unsuccessful owing to migration of the SEMS into the common bile duct. After she had completed 3 months of ciprofloxacin therapy, an endoscopic ultrasound (EUS)- guided hepatogastrostomy was performed. A puncture was done from the stomach to the left intrahepatic bile duct using a 19-gauge needle. The tract was dilated with a bougie, and then a drainage catheter to the stomach (7-Fr, 7-cm biliary plastic stent; Boston Scientific, Marlborough, Massachusetts, USA) was placed (Video 1). The fistula in the upper abdomen was noted to have healed 3 days after performance of the hepatogastrostomy.

Conclusion: Biliocutaneous fistulas are rarely seen, but very important since the morbidity and hence the mortality can rise due to its complications like malabsorption and sepsis [6]. Although many fistulas can close and heal spontaneously, the persisting ones are challenging for both surgeons and gastroenterologists. We show that EUS- guided hepatogastrostomy by gastroenterologists is a conventional method to treat the fistula and to prevent the further complications.

Anahtar kelimeler: Biliocutaneous fistula, EUS-guided hepatogastrostomy

References

1. Morris D, Ladizinsky D, Abouljoud M: Successful internalization of a chronic biliary cutaneous fistula after liver transplantation: deepithelializing the fistula tract. J Gastrointest Surg; 2007; 11(4): 538-541.
2. Urban CA, Urban LABD, Lima RS, Bleggi-Torres LF: Spontaneous combined internal and external biliary fistulae in association with gallstones and gliomatosis of the gallbladder. Revista Brasileira de Cancerologia; 2001; 47(3): 273-76.
3. Hatzidakis A, Petrakis I, Mantatzis M, Chamalakis C, Chalkiadakis G, Gourtsoyiannis N: Bilio-cutaneous fistula formation after percutaneous liver mass biopsy: embolization of the tract with a gelatin matrix. Int Surg; 2006; 91(6): 341-4.
4. Tsujino T, Sasahira N, Hirano K, Tateishi R, Isayama H, Tada M et al.: Endoscopic management of biliocutaneous fistula after percutaneous radiofrequency ablation therapy for hepatocellular carcinoma. Dig Endosc; 2010; 22(1): 53-5.
5. Tzias V, Psatha P, Stergiopoulos S, Lagoudakis M: Left hepatic duct cutaneous fistula after right hepatic lobe hydatid cyst operation treated with nasobiliary tube. Gastrointest Endosc; 1999; 50(5): 710-1.
6. Musher DR, Gouge T: Cutaneous bile fistula treated with ERCP-placed large diameter stent. Am Surg; 1989; 55: 653-655.

e-POSTER BİLDİRİLER

Endoskopi

EPS - 001

DUMPİNG SENDROMUNDA HEMOKLİPS İLE ALTERNATİF ENDOSKOPİK TEDAVİ

Arda Yavuz, Yaşar Çolak, İlyas Tuncer

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Dumping Sendromu (DS) gastrik bypass ve sleeve gastrektominin bir komplikasyonudur. Tedavide diyet modifikasyonu ilk öneridir. Guar Gum ve Pektin gastrik boşalmayı geciktirebilir. Akarboz ve somatostatin analogları hafif vakalarda yararlıdır. Diazoksid, nifedipin ve exendin 9-39'un DS tedavisinde kullanımı ile ilgili sınırlı bilgi mevcuttur. Dirençli vakalarda, transoral outlet reduction (TORe) cerrahiye alternatif olabilir. Biz de vakamızda TORe'deki gastrik sutür kullanımı yerine hemoklipsi pratik bir alternatif olarak kullandık.

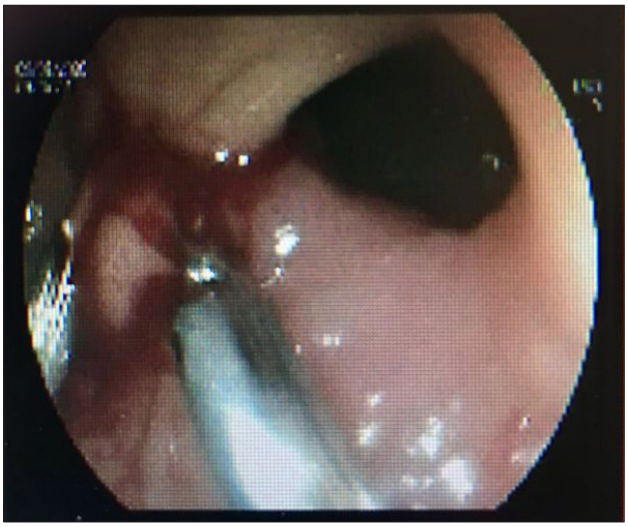
Anahtar Kelimeler: Dumping Sendromu, Obezite, Hemoklips, Argon Plazma Koagülasyon, Gastroskopi

Olgu: 2014 senesinde obezite cerrahisi uygulanmış olan 48 yaşında kadın hasta öğün sonrası belirginleşen hipoglisemi, dispne, halsizlik, baş ağrısı, bulantı, şişkinlik şikayetleri ile başvurdu. Cerrahi öncesi 127 kilo olan hasta sonrasında 62 kiloya kadar düşmüş fakat pilor disfonksyonu geliştikten sonra 78 kiloya kadar çıkmıştı. Sigstad skoru 17 idi. Gastroskopide piloru deforme ve belirgin açıktı. Pilorun anterior ve apikal yüzeyine yara iyileşmesi sırasında komşu duvarların yapışıklığını arttırarak iyileştirmesi nedenli argon plazma koagülasyon (APC) uygulandı. Sonrasında iki adet hemoklips ile pilor çapı 10 mm olacak şekilde daraltıldı. İşlemden hemen sonra hastanın semptomları düzeldi. 5. haftada kontrol gastroskopi uygulandı. Mukoza iyileşmişti ve Sigstad skoru 4'tü. Pilor çapı 10 mm idi. Böylece hemoklips kullanarak DS'unu tedavi ettik.

Tartışma: Refrakter DS'nda cerrahiye alternatif birkaç endoskopik tedavi yöntemi mevcuttur. Bunlardan biri APC'dur. APC sirkumferansiyel alanlarda yüksek proliferatif etkilidir. Tekrarlayan uygulamalar ise anastamoz çapını daraltır. DS tedavisinde diğer metodlar anastamoza endoluminal sodyum morrhuate enjeksiyonu[2], Bard Endocinch device[3], StomaphyX™ (EndoGastric Solutions, Inc., Redmond, WA, USA) [4], ROSE prosedürü[5], Overstitch™ (Apollo Endosurgery, Inc., Austin, Texas)[6] ve OTSC klips[7]tir. Bunların dışında, TORe uygulanan 115 hastada yapılan bir çalışmada tamamında prosedür teknik olarak başarılı bulunmuştur. Biz de vakamızda, öncelikle pilorun bir tarafına APC uygulayarak yara iyileşmesini indükledik. Sonrasında endoskopik hemoklipsler ile piloru daralttık. Birçok ülkede DS için spesifik ekipmanlar bulunmaması sebebiyle, uyguladığımız APC hemoklips kombinasyonu yukarıda bahsedilen metodlara güvenilir ve pratik bir alternatiftir. Maliyeti düşük olup ek uygulama da gerektirmemektedir. DS olan hastalarda cerrahi ihtiyacını azaltacağına inanmaktayız.

Kaynaklar

1 Giorgio APB, Helga CAWA. Argon Plasma Coagulation of Gastrojejunal Anastomosis for Weight Regain After Gastric Bypass. Obes Surg. 2014;25(1):72–79.
2 Spaulding L. Treatment of dilated gastrojejunostomy with sclerotherapy. Obes Surg. 2003;13(2):254–257.
3 Thompson CC, Slattery J, Bundga ME, et al. Peroral endoscopic reduction of dilated gastrojejunal anastomosis after Roux-en-Y gastric bypass: a possible new option for patients with weight regain. Surg Endosc. 2006;20(11):1744–1748.
4 Mikami D, Needleman B, Narula V, et al. Natural orifice surgery: initial US experience utilizing the StomaphyX device to reduce gastric pouches after Roux-en-Y gastric bypass. Surg Endosc. 2010;24(1):223–238.
5 Thompson CC, Jacobsen GR, Schroder GL, et al. Stoma size critical to 12-month outcomes in endoscopic suturing for gastric bypass repair. Surg Obes Relat Dis. 2012;8(3):282–287.
6 Neto MG, Rodriguez L, Zundel N, et al. Endoscopic revision of Roux-en-Y gastric bypass stomal dilation with a suturing device: preliminary results of a first Out-of-United-States series. Bariatric Times. 2011;8:1–34.
7 Heylen AMF, Jacobs A, Lybeer M, et al. The OTSC®-Clip in revisional endoscopy against weight gain after bariatric gastric bypass surgery. Obes Surg. 2011;21(10):1629–1633.
8 Vargas EJ, Abu Dayyeh BK, Storm AC, et al. Endoscopic management of dumping syndrome after Roux-en-Y gastric bypass: a large international series and proposed management strategy. Gastrointest Endosc. 2020; 92(1):91-96.



Resim 1, Endoskopik hemoklips kullanımı



Resim 2. Tedaviden 5 hafta sonra daralmış pilor açıklığı

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 002

NON-BİLİYER PANKREATİT İLE PREZENTE OLAN ALFA-FETOPROTEİN-ÜRETEN MİDE KANSERİ

Arda Yavuz[1], Büşra Güleç[2], Rabia Burçin Girgin[3], İlyas Tuncer[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Mide, akciğer, pankreas, kolon mesane ve over kanserinde yüksek AFP düzeyleri saptanabilir. 1970 yılında ilk kez Bourille tarafından AFP üreten mide kanseri tanımlanmıştır. Günümüzde bu alt grubun daha agresif seyirli olduğunu biliyoruz. Malignitelerde pankreas metastazı nadir olarak görülmektedir. Pankreas metastazı en sık renal hücreli karsinomda (RCC) görülmektedir. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri, kolon kanseri ve sarkomlar RCC'yi takip etmektedir.[1] Burada non-biliyer pankreatit ile prezente olan ve etiyolojide mide kanseri saptanan hastamızı anlattık.

Olgu: 33 yaşında erkek hasta acil servise şiddetli karın ağrısı ile başvurdu. Karın ağrısı şikayeti 1.5 ay önce başladı. 1 hafta önce pankreatit nedeni ile dış merkez başvurusu vardı. Son 3 ayda 3-4 kg kilo kaybı mevcuttu ve 3 paket flurbiprofen kullanımı vardı. Bilinen sistemik hastalığı yoktu. Aile öyküsünde özellik yoktu. 10 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde Virchow nodülü vardı. Amilazı 332 U/L, lipazı 414 U/L idi. İleri tetkik amaçlı değerlendirdiğimiz hastanın gastroskopisinde korpusun posteroinferior duvarında 15 mm boyutunda mide ülseri saptadık. AFP düzeyi 191 ng/mL idi. MRda karaciğerde multiple metastazları mevcuttu ve pankreas başında 80*60 mm boyutunda metastaz ile uyumlu lezyonu vardı. Mide patolojisi taşlı yüzük hücreli karsinom olarak sonuçlandı. Bulgular eşliğinde AFP-üreten non-hepatoid karsinom olarak kabul edildi ve onkolojiye konsulte edildi. Tanıdan 1 ay sonra hasta vefat etti.

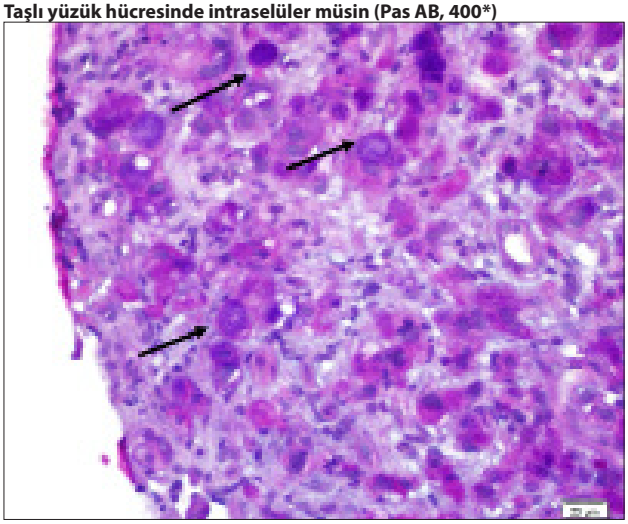
Tartışma: AFP-üreten mide tümörleri mide kanserinin agresif bir alt tipidir. 2014 yılında Tayvan'da yapılan bir çalışmada AFP düzeyleri 20-300 ng/mL olan AFP üreten mide kanserli hastaların 1, 3, 5 ve 10 yıllık survileri 46.7%, 28.9%, 17.8% ve 13.3% olarak bulunurken AFP düzeyi >300 ng/mL olan hastaların 1, 3, 5 yıllık survileri 15.4%, 7.7% ve 0% olarak saptandı. Bu çalışmadaki hastaların 2.2% papiller adenokarsinom, 41.3% tubuler adenokarsinom, 43.5% kötü diferansiye adenokarsinom, 6.5% taşlı yüzük hücreli karsinom, 2.2% adenoskuamöz karsinom iken, 2.2% undiferansiye karsinomdur.[2] Hirashima ve arkadaşları AFP üreten mide kanserinin sisplatine duyarlı fakat florpirimidin önilaçlarına (örn; kapisitabin) dirençli olduğunu belirtti.[3] AFP üreten mide tümörünün agresif seyirli olması nedeniyle erken müdahale ve agresif tedavi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: AFP, Mide Kanseri, Metastaz, Pankreatit

Kaynaklar

1. Robbins EG, Franceschi D, Barkin JS. Solitary metastatic tumors to the pancreas: a case report and review of the literature. Am J Gastroenterol. 1996;(91):2414–2417.
2. Lin HJ, Hsieh YH, Fang, WL. Clinical manifestations in patients with alpha-fetoprotein-producing gastric cancer. Curr Oncol. 2014;(21): 394–399.Lin HJ, Hsieh YH, Fang, WL. Clinical manifestations in patients with alpha-fetoprotein-producing gastric cancer. Curr Oncol. 2014;(21): 394–399.
3. Hirashima Y et al. Successful bi-weekly paclitaxel treatment of an AFP-producing gastric cancer patient with peritoneal dissemination and multiple liver metastasis. Gan To Kagaku Ryoho. 2006;(33): 517–519.

Taşlı yüzük hücresinde intraselüler müsin (Pas AB, 400*)



Virchow nodülü



Hastaneye kabulde kan testi sonuçları		
Test	*Normal değerler*	*Hastane başvurusunda*
AST	0-37 U/L	33
ALT	0-42 U/L	20
ALP	40-150 U/L	73
GGT	0-55 U/L	54
T.bil	0-1,2 mg/dL	0,36
D.bil	0-0,5 mg/dL	0,14
Wbc	4000-10000 /uL	6900
Hb	13,5-17 g/dl	10,4
MCV	80-100 fL	90,9
Amilaz	0-125 U/L	332
Lipaz	<78 U/L	414
AFP	<9 ng/mL	191,63
Ca-125	<35 U/mL	21,4
Ca-19-9	<37 U/mL	35,41
Ca-15-3	<30 U/mL	9,6
Trigliserid	<150 mg/dl	104

Karaciğer

EPS - 003

FATAL HEPATOSTEATOZİS İLE SEYREDEN GEÇ BAŞLANGIÇLI LİPİD BİRİKİM MİYOPATİSİ

Arda Yavuz[1], Gökçen Ünverengil[2], Ayşe Nur Toksöz Yıldırım[3], Hatice Şeyma Maraşlı[4], İlyas Tuncer[5]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[4]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Hepatosteatozis tipik olarak diyet, alkol tüketimi, obezite ile ilişkili olup prevalansı artmaktadır. Bazı vakalarda altta yatan patoloji genetik hastalıklar olabilir. Lipid birikim miyopatisi lipid metabolizma defektine bağlı nadir bir genetik hastalıktır. Karaciğer yetmezliği ile başvurup lipid birikim miyopatisi tanısı alan hastamızı anlatmayı amaçladık.

Olgu: 33 yaşında erkek hasta halsizlik şikayeti ile tetkik edilmeye başlandı. Karaciğer enzim yüksekliği olan hastanın annesi ile babası kuzen olup, hastanın kız kardeşi ve kuzeni 15 yaş civarında karaciğer yetmezliği ile vefat etti. O döneme ait doku tanısı olmayıp Wilson hastalığından şüphelenildiği belirtildi. Hastamızın seruloplazmin, serbest bakır ve 24 saatlik idrar bakırı normaldi. Kayser Fleischer saptanmadı. Kranial MR normaldi. Penisilamin challenge testi aile öyküsü nedenli uygulandı ve pozitif olarak sonuçlandı. Abdominal US'de evre 2 hepatosteatozu ve hepatomegalisi mevcuttu. Karaciğer biyopsisinde makroveziküler hepatosteatozu mevcuttu. Erken dönem Wilson hastalığı olabileceği düşünüldü. Hepatik bakır konsantrasyonu 47 μg/gün'dü. Aile öyküsü nedeniyle hastaya d-penisilamin ve çinko tedavisi başlandı. Fakat kas güçsüzlüğünde artış, hipoglisemi, CK düzeylerinde 1472 U/L'ye kadar artış gelişti. Akraba evliliği, hipoglisemi, kas güçsüzlüğü ve karaciğer yetmezliği bizi ayırıcı tanıda glikojen depo hastalıkları, yağ asidi oksidasyon defektleri ve diğer genetik hastalıklara yöneltti.

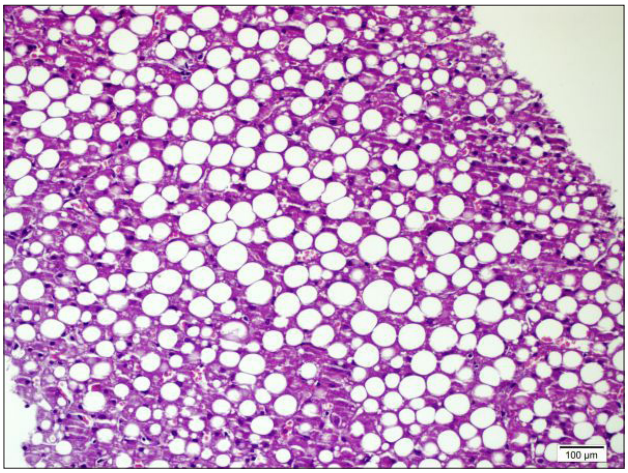
Serum aminoasit düzeyleri, idrar organik asit düzeyleri ve tandem MS tetkikleri normal olarak sonuçlandı. Kas gücü kaybı nedenli nöroloji kas biyopsisi önerdi. Biyopsisi masif lipid infiltrasyonu olarak sonuçlandı. Periferik yaymasında Jordans' anomalisi izlenmedi. Karnitin düzeyleri normaldi. Riboflavin ve Koenzim Q tedavisi başlandıktan 2 gün sonra hasta vefat etti.

Tartışma: Geç başlangıçlı lipid birikim miyopatisi düşük insidansı ve tanısal süreci nedenli tanısı zor bir hastalıktır. Hipoketotik hipoglisemi, hepatomegali, kas güçsüzlüğü ve konjestif kalp yetmezliği ile prezente olabilir.[1] Multiple acil-koA dehidrojenaz eksikliği riboflavin yanıtlıdır.[2] Nötral lipid birikim miyopatisi Jordans' anomalisi (sitoplazmik vakuoller) ile karakterizedir.[3] Bizim hastamız lipid birikim miyopatisinin alt gruplarına tipik olarak uymamaktaydı. Hipoglisemi, hepatosteatoz, düşük baş sendromu, kas güçsüzlüğü, solunum kaslarında güçsüzlüğü mevcuttu. Hastalığın spektrumunu daha iyi anlamak ve farkındalığı arttırmak amaçlı vaka bildirimlerinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

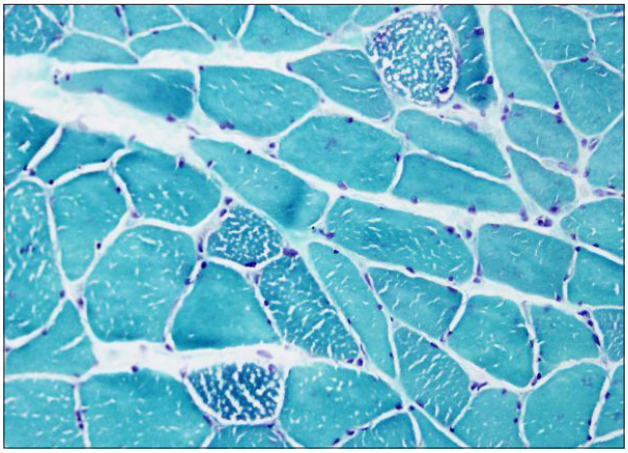
Anahtar Kelimeler: Hepatosteatozis, Geç başlangıçlı lipid birikim miyopatisi, lipid depo hastalığı

Kaynaklar

1. Fu L, Huang M, Chen S. Primary carnitine deficiency and cardiomyopathy. Korean Circ J 2013;43(12):785–792.
2. Behin A, Acquaviva-Bourdain C, Souvannanorath S. Multiple acyl-CoA dehydrogenase deficiency (MADD) as a cause of late-onset treatable metabolic disease. Rev Neurol 2016;172(3):231–241.
3. Tavian D, Colombo R. Improved cytochemical method for detecting Jordans' bodies in neutral lipid storage disease. J Clin Pathol 2007;60:956–958.



Resim 1. Karaciğer parenkiminde hepatosteatozis *200



Resim 2. Tip1 kas lifleri içinde multiple yağ damlacıkları ve diğer kaslardaki küçük yağ damlacıkları. trichrome stain 200*

Hastanın laboratuvar sonuçları								
	Normal değer	Hastaneye kabul	Hafta 1	Hafta 2	Hafta 5	Hafta 6	Hafta 7	Hafta 8
AST	<31 U/L	484	143	358	420	687	720	543
ALT	<37 U/L	297	364	707	669	802	984	552
ALP	40-150 U/L	65	59	108	82	72	146	217
GGT	<38 U/L	107	314	393	700	1034	2096	2974
T.Bil	<1.2 mg/dL	0.6	0.4	0.6	0.7	0.7	2.2	8.1
LDH	140-280 U/L	453	612	482	1007	1456	1896	1585
CK	22-198 U/L	299	159	110	682	1472	586	275

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 004

HIV İLİŞKİLİ KOLANJİOPATİ VE CMV ENFEKSİYONUNUN KOLANJİOKARSİNOM İLE İLİŞKİSİ

Arda Yavuz[1], Rabia Burçin Girgin[2], İlyas Tuncer[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: HIV günümüzde sıklığı artmakta olan bir enfeksiyon hastalığıdır. HIV ilişkili kolanjiyopati eskiden sık olarak gözükürken, günümüzde potent antiretroviral ilaçların kullanıma girmesinden sonra sıklığı azalmıştır. Günümüzde HIV ilişkili kolanjiyopati ilaç direncine veya HIV enfeksiyonunda progresyona işaret etmektedir. HIV kolanjiyopatisi ve CMV viremisi olup ERCP'de high grade displazi saptanan hastamızı anlattık.

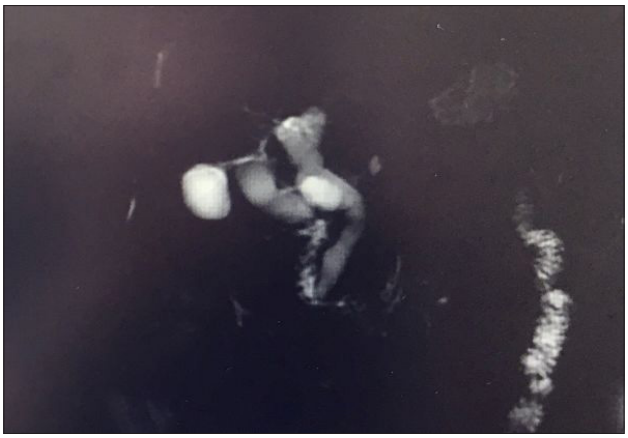
Olgu: 62 yaşında HIV (+) hasta lomber ağrı ve ikter ile başvurdu. 5 yıldır kombine antiretroviral tedavi almaktaydı. Laboratuvar parametrelerinde; AST 64 U/L, ALT 378 U/L, GGT 483 U/L, ALP 197 U/L, total bilirubin 6.2 mg/dL ve direk bilirubin 3.1 mg/dL idi. Abdominal US'de proksimal koledok 17 mm idi. MRCP'de koledoğun en geniş yeri 22 mm ve dolum defekti yoktu. Lomber ağrı nedenli çekilen vertebral MR'ında metastaz ile uyumlu lezyon mevcuttu. CA-125 ve CA 19-9 değerleri 50.7 ve 37.7 U/ml idi. PET-CT'de pankreas başı ile duodenum kesişim noktasında ve L2 vertebrada artmış tutulum mevcuttu. Aynı zamanda, HIV RNA negatif, CD4 64 hücre/mm^3 idi**.** Emtrisitabin ve tenofovir tedavisine devam edildi. CMV DNA kopya sayısı 534 kopya/ml idi. Tedavi önerilmedi. ERCP'de protrüde ve infiltre papilla normal pozisyondaydı, 10 Fr pigtail stent takıldı ve biyopsi alındı. Biyopsi high-grade displazi olarak sonuçlandı. Hastanın ECOG performans skoru nedenli cerrahi önerilmedi.

Tartışma: HIV ilişkili kolanjiyopati hastamızda da olduğu gibi genellikle karın ağrısı (90%) ve ikter ile prezente olur. CD4 düzeyi tipik olarak 100/mm altında olup prognostiktir. Kolanjiografi bulguları papiller stenoz (20%), intrahepatik sklerozan kolanjit benzeri patern (15-20%), papiller stenoz ve intrahepatik sklerozan kolanjit benzeri patern (50%), uzun segment ekstrahepatik safra yolu striktürü (15%)'dür.[1] Tedavi seçenekleri sfinkteretomi ve ursodeoksikolik asittir. Kronik safra yolu enflamasyonu displaziye sebep olur ve kolanjiokarsinomu tetikler.[2] HIV enfeksiyonunu da kolanjiokarsinom riski taşır.[3] Cryptosporidium parvum HIV kolanjiyopatisi olan hastalarda en sık izole edilen patojendir (20-57%).[4] İkinci en sık izole edilen patojen CMV'dir (10-20%). Primer sklerozan kolanjit benzeri sendroma ve interlobuler safra kanallarında hasara neden olur. CMV ve diğer patojenlere karşı antimikrobiyal tedavi ne yazık ki etkisizdir.[5] Sonuç olarak potent antivirallere rağmen klinisyenler HIV kolanjiyopatisi olasılığını göz ardı etmemelidir. HIV kolanjiyopatili hastaları neoplazi gelişimi açısından takip etmelidirler.

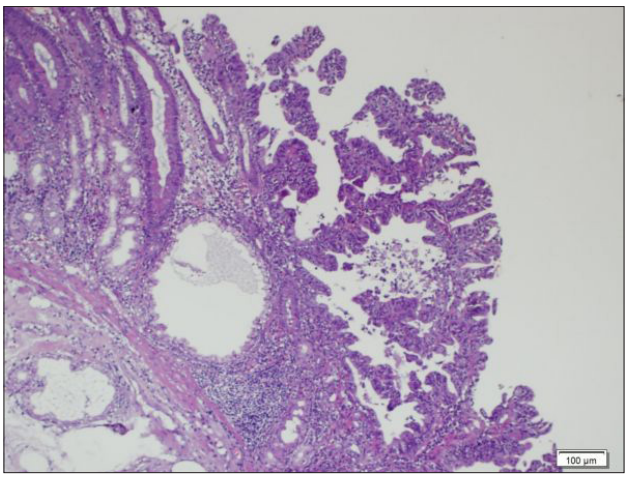
Anahtar kelimeler: Kolanjiyokarsinom, kolanjiyopati, HIV, CMV infeksiyonu

Kaynaklar

1. Cello JP, Chan MF. Long-term follow-up of endoscopic retrograde cholangiopancreatography sphincterotomy for patients with acquired immune deficiency syndrome papillary stenosis. *Am J Med.* 1995;99(6):600–603.
2. Lazardis KN, Gores GJ. Cholangiocarcinoma. *Gastroenterology.* 2005;128(6):1655–1667.
3. Shaib YH, El-Serag HB, Davila JA, Morgan R, McGlynn KA. Risk factors of intrahepatic cholangiocarcinoma in the United States: a case control study. *Gastroenterology.* 2005;128(3):620–626.
4. Wilcox CM, Mönkemüller KE. Hepatobiliary diseases in patients with AIDS: focus on AIDS cholangiopathy and gallbladder disease. *Dig Dis.* 1998;16(4):205–213.
5. Imai K et al. Progressive HIV-associated cholangiopathy in an HIV patient treated with combination antiretroviral therapy. *Intern Med.* 2016;55(19):2881–2884.



Resim 1. MRCPde safra kanalında dilatasyon



Resim 2. High grade displazi (H&E, *40)

İnce Bağırsak

EPS - 005

HIV POZİTİF HASTADA TEKRARLAYAN GİS KANAMA

Arda Yavuz[1], Ayşe Nur Toksöz Yıldırım[2], Kübra Akan[1], Yaşar Çolak[1], İlyas Tuncer[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Kaposi sarkomu (KS), HIV pozitif hastalarda HHV-8 koenfeksiyonu sonucu oluşan nadir bir anjiyoproliferatif hastalıktır. Kaposi sarkomu genelde mukokutanöz lezyonlar ile prezente olur. Visceral ve ekstrakutanöz tutulumlar da mümkündür. Gastrointestinal KS genelde asemptomatiktir (75%). Semptomatik hastalarda abdominal kramp, bulantı, diare, kanama görülebilir. Potent antiretroviral çağında da KS ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Olgu: 55 yaşında erkek hasta melena ile başvurdu. 10 senedir HIV(+) olup takipsizdi. Bel ağrısı nedenli 15 tane NSAİİ kullanımı mevcuttu. Hafif yüksek olan kreatinin ve potasyum seviyeleri hidrasyon ile normale geldi. CD4 7/mm idi. Hastaya tenofovir, emtrisitabin ve dolutegravir başlandı. Gastroksopisinde temiz tabanlı erozyon vardı, ek kanama odağı görülmedi. Öneriler ile taburculuğu planlanan hasta 5 hafta sonra acil servise hematokezya ile başvurdu. Hb 6 g/dL tansiyonu 90/60 mmHg idi. Gastroskopisinde kanama odağı görülmedi. Transfüzyona rağmen Hb seviyesinde artış olmayan hastanın kolonoskopisinde kolonik lümen kan ile doluydu. 4 gün boyunca hastaya 20 U eritrosit süspansiyonu verildi fakat kanaması durmadı. BT anjiyografide kanama odağı görülmedi. Kapsül endoskopi ve double-balon enteroskopi imkanı olmadığından hastaya laparotomi uygulandı. Patolojide hafif orta derecede atipili iğsi hücreler, yarıklanma gösteren damarlar mevcuttu. İmmunhistokimyada HHV-8, CD 34, ve CD 31 pozitifti. İleri tedavi planı için hasta onkolojiye konsulte edildi.

Tartışma: Gastrointestinal KS mide ve ince bağırsakta kolon ve özofagusa göre daha sıktır. Çoğu lezyon asemptomatiktir. Gastrointestinal kanama, protein kaybettiren enteropati, diare, intusepsiyon, intestinal obstrüksiyon, perforasyon görülebilir.[1] Submukozal kitle veya kırmızı-mor renkli lezyon KS için tipiktir. En sık radyolojik bulgusu gastrointestinal traktta multiple submukozal kitlelerdir. Buna santral ülserasyon eşlik edebilir. (target veya bull's eye lezyonu).[2] Yaygın cilt tutulumu, organ tutulumu gibi hızlı seyirli agresif hastalıkta pegile lipozomal doxorubisin, daunorubisin sitrat lipozom, adriamisin-bleomisin-vinkristin, bleomisin-vinkristin, paklitaksel, INF-alfa çeşitli tedavi seçenekleridir.[3]

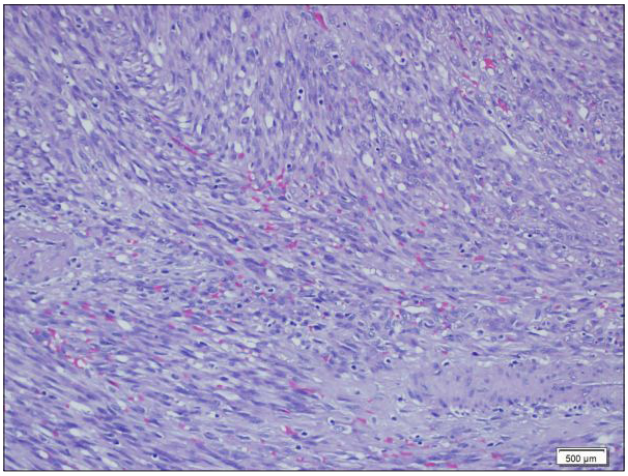
Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal kanama, HIV, Kaposi sarkomu

Kaynaklar

1. H. S. Rose, E. J. Balthazar, A. J. Megibow, L. Horowitz, and L. J. Laubenstein, "Alimentary tract involvement in Kaposi sarcoma: radiographic and endoscopic findings in 25 homosexual men," American Journal of Roentgenology, vol. 139, no. 4, pp. 661–666, 1982.
2. L. Pantongrag-Brown, A. M. Nelson, A. E. Brown, P. C. Buetow, and J. L. Buck, "Gastrointestinal manifestations of acquired immunodeficiency syndrome: radiologic-pathologic correlation," RadioGraphics, vol. 15, no. 5, pp. 1155–1178, 1995.
3. A.Facciola et al. Kaposi's sarcoma in HIV-infected patients in the era of new anti retrovirals. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2017; 21: 5868-58-79.



Resim 1. ince bağırsakta vasküler lezyonlar



Resim 2. eritrositlerle dolu yarık şekilli damarlar ve iğsi hücreler (H&E *200)

Pankreas

EPS - 006

TİP 1 DİYABETES MELLİTUSLU ÇOCUKLARDA EKZOKRİN PANKREAS FONKSİYONLARININ ARAŞTIRILMASI

Ahmet Baştürk[1], Yusuf Çürek[2], Gamze Çelmeli[2], Rasih Felek[4], Reha Artan[3]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Bd
[2]Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Bölümü
[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Bd
[4]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Abd

Giriş-Amaç: Tip 1 diyabetes mellitus, çocukluk çağında en çok görülen, pankreatik beta hücrelerinin yıkımı ile giden otoimmün bir süreçtir. Tip 1diyabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde olgu-kontrol çalışmasıyla ekzokrin pankreas fonksiyonlarını girişimsel olmayan bir gösterge ile değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışmamıza yaz kampına katılmış olan 67 hasta alındı. Aynı zamanda çölyak hastalığı ve kistik fibrozis tanılı dokuz hasta çalışmadan dışlandı. Benzer yaş grubunda 19 sağlıklı çocuk kontrol grubu olarak belirlendi. Fekal pankreatik elastaz, ELİSA yöntemi kullanılarak belirlendi. 200μg/g üzeri yeterli ekzokrin pankreas fonksiyonu, 100-200μg/g hafif düzeyde ekzokrin pankreas yetmezliği, 100μg/g altındaki değerler ağır ekzokrin pankreas yetmezliği olarak kabul edildi**.**

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 13,02(±3.00), ortalama diyabet yılı 7.36(±3.5), HbA1C ortalaması 9.3(±1.8) idi. Fekal elastaz 158.38 μg/g(±59.67) bulundu. Hastalar bu düzeylere göre üç gruba ayrıldı. Fekal elastaz düzeyi yeterli olan 13 hastaya karşın (%22), hafif derecede eksiklik 36 hastada (%62), ağır derecede eksiklik dokuz hastada (%16) saptandı. Kontrol grubunun yaş ortalaması 11.58±2.33, fekal elastaz 305.63μg/g ±77.89 bulundu. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi bakımından anlamlı bir farklılık yoktu. Hastalar ile kontroller arasında fekal elastaz, amilaz, lipaz, çinko düzeyleri anlamlı farklı bulundu (p<0,001). Ekzokrin pankreas yetersizliği derecelerinde, yalnızca diyabet süreleri anlamlı bir farklılık gösterdi (p=0,037). Yaş, boy, vücut kitle indeksi, HbA1C, 25 OH vitamin D düzeyi, amilaz, lipaz, serum çinko düzeylerinde anlamlı bir fark yoktu. Hipoglisemik ataklara, ağır pankreatik yetmezlik grubunda daha sık rastlandığı bulundu.

Sonuçlar: Sindirim bozukluğu, kan glukoz düzeyleri dalgalanmaları, hipoglisemik semptomları sık olan diyabetik hastaların ekzokrin pankreas yetmezliği yönünden değerlendirilmesini sentetik pankreatik enzim replasmanı ile tedavisinin araştırılmasını öneriyoruz.

Anahtar kelimeler: Çocuk, fekal elastaz, pankreatik elastaz, tip 1 diyabetes mellitus

Pankreas

EPS - 008

GROOVE PANKREATİT

Vedat Göral

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü

Groove pankreatit, groove alan olarak adlandırılan pankreas başı, duodenum ve koledok arasındaki anatomik bölgeyi etkileyen kronik segmental pankreatittir. Alkol kullanım öyküsü olan genç erkek hastalarda sıklıkla görülmektedir. Bu vakada, nadir olarak görülen Groove pankreatit olgusu sunulmuştur.

Hastanın (39 yaş, erkek) öyküsünde nekrotizan pankreatit atağı mevcut olup, başvuruda karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri mevcut idi. Kan tetkiklerinde, ALT, AST ve GGT hafif yüksek, lipaz ve amilaz düzeyleri normal idi. Yapılan EUS ve üst gastrointestinal sistem endokopisinde duodenum 2. segmente geçişte darlık ve Brunner gland adenomu saptandı. Öyküsünde hala alkol kullanıyordu ve DM vardı. Üst batın MR ve MRCP'de, duodenum 2.kıtası lokalizasyonda pankreatikoduodenal groove lokalizasyonda duodenal duvar kalınlık artışı, duodenum duvarında kistler, duvar ödemi ve yağlı planlarda kirlenme nedeni ile groove pankreatit tanısı kondu. Endikasyon olmadığından, ERCP yapılmadı. Duodenumda lümende ileri derecede darlık ve genç olması nedeni ile hastaya operasyon (pankreatiko-duodenektomi) önerildi.

Sonuç olarak, alkol kullanım öyküsü olan erkek hastalarda kronik pankreatitin bir formu olan groove pankreatit akılda tutulmalıdır. Groove pankreatit ile pankreas kanseri ayrımı iyi yapılmalı ve takipte mutlaka akılda tutulmalıdır. Konservatif olarak alkol yasaklanmalı, metabolik hastalıklar regüle edilmelidir. Tedavi seçenekleri, hastanın yakınma ve radyolojik/endoskopik bulgularına göre seçilmelidir.

Anahtar kelimeler: Groove Pankreatit, Karın ağrısı, Bilgisayarlı Tomografi

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 009

CA 19-9 YÜKSEKLİĞİNİN NADİR BİR SEBEBİ: PSÖRİAZİS

Vedat Göral

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü

Kanser antijeni (CA) 19-9; pankreas, safra kanalı, kolon, mide, over, hepatosellüler, özofagus kanserleri gibi malign durumlarda yüksek seviyelerde görülebilen bir tümör göstergesidir. Ancak, tümör markerları, her zaman malign hastalıklar için spesifik olmayıp, bazı benign durumlarda da yüksek olabilmektedir. Bazen bu nedenle, gereksiz klinik, radyolojik ve laboratuvar tetkiklerine neden olabilmekte ve kişide korku, panik, endişe ve anxietye neden olabilmektedir. Burada, Ca 19-9 yüksekliği neden ile başvuran hastada, neden olarak, psöriazis tanısı konulan vaka sunulmaktadır.

Hasta (erkek, 44 yaş), karnın sol tarafında ağrısı nedeni le başvurduğu başka bir merkezde; CA 19-9 yüksekliği saptanması üzerine, batın tomografisi, batın MR ve MRCP tetkikleri yapılmış, ancak CA 19-9 yüksekliğine neden olabilecek organ (pankreas dahil) patolojisi saptanmamış. Hastanın, başvuruda kilo kaybı, iştahsızlık ve karın ağrısı şikayeti yoktu, barsak düzensizliği şikayeti (anxiety ne-

deni ile) vardı. Dışkılama düzensiziliği, keçi pisliği şeklinde defekasyon mevcut olması nedeni ile kolonoskopi yapıldı ve irritabl barsak sendromu (İBS) düşünüldü. Hastanın extremite muayenesinde psöriazis olduğu ve takipte olduğu saptandı. Psöriazis olgularında da CA 19-9 olabileceği hastaya anlatıldı.

Sonuç: Kanda Ca 19-9 yüksekliği önemli bir bulgudur. Aksi ispat edilmedikçe, pankreas ve safra bölgesinin tümörleri akla gelir ancak, her zaman malign hastalıkta yükselmediği, bazı benign durumlarda da yüksek olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle, gereksiz yere ve sadece karın ağrısı için tümör markerı istenmemesi, ancak radyolojik veya diğer görüntüleme ile tümör saptandığında, tümör marker'ına bakılması daha yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: CA 19-9, Psöriazis, Tümör markerı

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 010

PEMFİGUS VULGARİS'DE ÖZOFAGUS TUTULUMU

Vedat Göral

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü

Pemfigus vulgaris, mukoz membranı ve cildi tutan, keratinosit hücre yüzeyine karşı yönlendirilmiş IgG antikorlarının yol açtığı akantoliz (keratinosit-keratinosit adezyon kaybı) sonucu intraepitelyal vezikül ve bül oluşumu ile karakterize otoimmün ve yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Bu vakada, pemfigus vulgarisli bir hastada, disfaji yönetimi anlatılmıştır.

Hasta disfaji nedeni ile (32 yaş, bayan) kliniğimize başvurdu. Yapılan üst GİS sistem endoskopik tetkikte, özofagus mukozasında, yaklaşık 20 cm civarında başlayan, sirküler tarzda, yaygın, erozyone, hemorajik ve alt bölgede hafif daralma gösteren görünüm saptandı. Buradan 2 adet biyopsi alındı. Patolojik analizde; DIF incelemesinde spesifik bulgu görülmemekle birlikte, fokal C3 birikimi ve immünhistokimyasal inceleme ile seyrek C4d pozitifliği, IgG, IgA ve fibrinojende negatiflik, immünolojik mekanizma düşündürmektedir. İntraepidermal suprabazal ayrışma, pemfigus vulgaris lehine değerlendirildi. Tedavis olarak dermatolojide, kortizon ve azothiopürin tedavisi ve uygun diyet başlandı. 10 gün sonraki endoskopik tetkikte, eski endoskopik bulgularda tama yakın belirgin düzelme saptandı.

Pemfigus vulgaris, deri ve muköz membranlarda gelişmiş gevşek büller ve erozyonlarla karakterize, yaşamı tehdit eden bir grup büllöz hastalığı kapsar. Özellikle, göğüs ağrısı, odinofaji ve disfaji gibi semptomları bulunan PV'li hastalarda rutin olarak özofagus endoskopi yolu ile incelenmelidir. Özofagus tutulumu olan PV olgusu az sayıda bildirilmiş olmakla birlikte, gerçek tutulum sıklığının daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte özofagus tutulumu olan hastalar asemptomatik olabilirler. Özofagiyal şikayetleri olmayan hastalara endoskopi çoğunlukla uygulanmadığı için, birçok özofagiyal tutulumun tespit edilemediği düşünülmektedir. Bu nedenle erken endoskopi yapılması, oldukça yararlıdır.

Anahtar kelimeler: Pemfigus vulgaris, Özofagus, Endoskopi

Karaciğer

EPS - 011

MELKERSON R SENDROMU

Vedat Göral

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü

Melkerson R sendromu (MRS) nadir görülen bir hastalıktır. İnsidansı %0,08 olarak tespit edilmiştir. Genelde 20-40 yaş arasında kadınlarda daha sıktır. Rekürrens periferik paralizi, orofasiyal ödem ve fissürlü dil, üçlü semtomundan oluşmaktadır. Monosemptomatik ya da oligosemptomatik olmaları daha yaygındır. Bu üç kriterin birlikteliği hastaların %25'inde vardır. Hastalık, nervöz sistem, kas-iskelet sistemi, karaciğer, kemik, dalak, kemik iliği, tükrük bezi, kalp ve diğer bazı organları da tutmaktadır. Bu vakada, karaciğer enzim yüksekliği olan bir MRS vakası sunulmuştur.

Hastamız, erkek hasta, 25 yaşında ve nörolojide takip edilen bir hasta olup, 2014 yılından beri, ataklar halinde ateş, yüz ve gözde şişlik nedeniyle çeşitli tetkikleri yapılmış ve Melkerson R sendromu tanısı almıştı. FMF gen: heterozigot mut +, V 72 6A mut.olup, son 1 yıldır ataklar halinde olan bacaklarında kasılmalar vardı. ALT 153 IU/ml, AST 172 IU/ml, ALP 574 IU/ml, GGT 155 IU/ml, T. bilirübin 3.295 mgr/dl, D. bilirübin 2.6 mgr/dl, iNR: 2.59, albümin ve T. protein ve albümin hafif düşük, PTZ uzun (20.8 sn) idi. KC biyopsisi, 2018 yılında EÜTF'de yapılmış, primer KC hastalığı saptanmamış idi. Hastada, NSAİİ ve alkol kullanımı yoktu, HBV, HDV, HCV, karaciğere yönelik otoantikorlar, çöliyak testi negatif, seruloplazmin, demir Fe++ BK normal düzeyde idi. Hastaya tekrar KC biyopsisi istendi ancak hasta kabul etmedi. Karaciğer enzim profilinin, hastalığın karaciğer tutulumu olarak değerlendirildi.

MRS hastalığının etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Başta HSV olmak üzere bakteriyel ve viral nedenler, granülamatöz hastalıklar, katkı maddeleri, proteinler ve ağır metallere karşı gelişen hipersensitivite, genetik yatkınlık ve birçok otoimmün hastalık sorumlu tutulmaktadır. Hastamızın tedavisi, nöroloji kliniği tarafından yapılmakta olup, takip önerildi. Bu vaka, çok nadir ve ilginç olması nedeni ile sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Melkerson R sendromu, Karaciğer, Nöroloji

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 012

NARROW-BAND IMAGING (NBI) ENDOSKOPİ İLE PROKSİMAL ÖZOFAGUSDA INLET PATCH SIKLIĞI

Vedat Göral

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü

Genellikle inlet patch (İP) ya da servikal İP olarak adlandırılan özofagusun heterotopik gastrik mukozası (ÖHGM), proksimal özofagusta yerleşmiş ektopik gastrik mukozanın bir adasıdır. Heterotopik gastrik mukoza, ayrıca, duodenum, safra kesesi, rektum, duktus sistikus ve ampulla vateride de bulunmaktadır. Genelde, proksimal özofagus, rutin endoskopide yeterli incelenmemekte, hızlı geçilmekte ve İP bazen gözden kaçabilmektedir. Bu çalışmada, pyrozis ile gelen hastalarda, proksimal inlet patch sıklığı NBI ile araştırıldı.

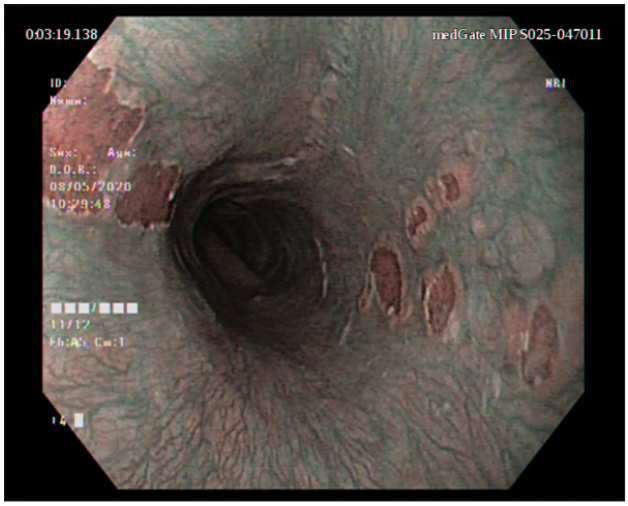
Çalışmaya, 34-60 yaş arsında, 28 kişi alındı. Bu hastalarda proksimal özofagusda inlet patch sıklığı, NBI (narrow band imaging) ile

araştırıldı. İP sıklığı %3.8 oranında bulundu. Vakalarda, İP yaklaşık 15. cm civarında (12-17 cm), tek bir yerde, 6 mm büyüklüğünde olabileceği gibi, 7 adet, 3-10 mm arasında değişen lezyonlar halinde de İP saptandı (Resim). Tüm hastalarda, reflü özofajit saptandı, ancak inlet patch vakalarında Barrett özofagus görülmedi. Hp ile İP arasında ilişki saptanmadı. Hastalarda, klasik olarak anti reflü tedavisi başlandı (PPI + H2 reseptör antgonisti).

İP oluşumunda en çok kabul edilen teoriye göre embriyonik dönemde üst özofagus mukozasının skuamöz epitelyuma dönüşümündeki defekttir. Reflü hastaları, dispeptik hastalarda da İP'e rastlanılmaktadır. Malignite olasılığının olmadığı belirtildiğinden, takip ve tedavide özel guideline önerilmediğinden, takip gerekmez. Rutin endoskopi esnasında, gastroözofageal reflü olguları ve NERD olgularda da, mümkün ise, NBI ile İP sıklığı araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Inlet patch, Özofagus, Narrow Band Imaging (NBI)

Inlet Patch



Karaciğer

EPS - 013

NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU:VON MEYENBURG KOMPLEKSİ

Derya Soylu[1], Ali Bilgen[2], Mesut Akarsu[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi-iç Hastalıkarı Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi- Gastroenteroloji Bilimdalı

Giriş:"Von Meyenburg kompleksleri"(VMC),ilk kez 1918'de Von Meyenburg tarafından tanımlanmıştır.Konjenital safra kanalı malformasyonu olup embriyolojik gelişim esnasında küçük intrahepatik safra duktuslarının yeniden şekillenmesinde bozulma sonucu ortaya çıkan,kistik dilate safra yolları ile karakterize,iyi huylu karaciğer(KC) malformasyonlarıdır.Görüntülemede KC'e dağılmış çok sayıda lezyon olarak bulunurlar.Nadirdirler ve çoğunlukla asemptomatik olmasına rağmen KC metastatik hastalığını ve klinik olarak önemli diğer hastalıkları taklit edebilirler.VMC'nin prevalansı,tanı için otopside görülen yetişkinlerde %0.6 ila 5.6 ve KC lezyonunun iğne biyopsisinde%0.35 arasında değişmektedir. Çoğu hasta 35 yaşın üzerindedir ve kadınlarda erkeklerden üç kat daha fazla görülür.Çoğu hasta normal laboratuvar sonuçlarına sahip olsa da AST ve GGT de hafif yükselmeler görülebilir. Tipik olarak bu lezyonlar başlangıçta farklı bir nedenle yapılan USG veya BT üzerinde bulunur.VMC'lerin intrahepatik kolanjiyokarsinoma(ICC) veya hepatoselüler karsinoma(HCC) malign dönüşümü yaşayan küçük hasta alt grupları vardır.VMC tespit edilen hastalarda cerrahi gerekliliği konusunda görüş birliği henüz sağlanamıştır.

Olgu:45 yaşında Tip-2 Diyabet Mellitus ve Hipertansiyon tanılı kadın hasta,iki gündür olan,bulantının eşlik ettiği,tok iken artan,epigastrik bölgede başlayıp sırta yayılan karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet dışında bulgu yoktu.Tetkiklerinde;ALT:106 U/L, AST:144 U/L, ALP:124 U/L,-GGT:82U/L T.BİL:0,4 D.BİL:0,9 mg/dl,LİPAZ:1680 saptandı. USG'si gaz artefaktı sebebiyle net değerlendirilememiş olup,intrahepatik safra yolları normal olarak değerlendirildi.Ön planda Akut Pankreatit düşünülen hastaya etyolojiyi belirlemek adına MRCP yapıldı.KC'de milimetrik boyutlarda hiperintens nodüler lezyonlar olmakla birlikte safra yolları olağan ve taş saptanmadı,-Safra kesesi ödemli ve duvar kalınlığı artmıştı.KC'deki lezyonlara yönelik kontastlı MRG yapıldı.KC parankiminde T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens,T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, ağırlıklı olarak segment 6 ve 7 de yerleşim gösteren milimetrik boyutta multipl lezyonlar izlendi.Pankreatit açısından tetkik ve tedavisi tamamlandıktan sonra taburcu edildi.

Tartışma: Hastamızda da olduğu gibi VMC genellikle rastlantısal olarak saptanır.Olası malign dönüşüm için risk faktörleri arasında uzun süreli tütün kullanımı, büyük safra kanalı hamartomları ve safra stazı bulunur.Malign dönüşümü olan hastaların 5 yıllık surveyi %15 ila 40 civarındadır.Önceden düzenli olarak takip edilmesi gereken benign bir KC tümörü olarak kabul edilirken ICC ve HCC'ye dönüşebileceğini gösteren çalışmalar yayınlanmıştır. Oldukça nadir görülen bir hastalık olsa da mortalitesi,malign progresyona yol açabileceği düşünüldüğünde hastaların tanısı ve takibi konusunda dikkat çekmek amacıyla tesadüf olarak saptadığımız VMC tanısı alan hastamızı paylaştık.

Anahtar kelimeler: von meyenburg,hepatoselüler karsinom,safra yolu hamartom

Kayraklar

1. Y W Kim,Y K Park,J H Park,J Lee,S M Lee,S W Hong,M H Yang.A case with intrahepatic double cancer: hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma associated with multiple von Meyenburg complexes. Yonsei Med J.doi:10.3349/ymj.1999.40.5.506.
2. Parekh,Vishwas MD; Peker,Deniz MD Malignant Transformation in Von-Meyenburg Complexes, Applied Immunohistochemistry & Molecular Morphology.doi: 10.1097/PAI.0000000000000132
3. Bhalla A,Mann SA,Chen S,Cummings OW,Lin J. Histopathological evidence of neoplastic progression of von Meyenburg complex to intrahepatic cholangiocarcinoma.Hum Pathol. 2017;67:217-224.
4. Sugawara T,Shindoh J,Hoshi D,Hashimoto M.Intrahepatic cholangiocarcinoma and portal hypertension developing in a patient with multicystic biliary microhamartomas.Malays J Pathol. 2018;40(3):331-335.
5. Lanser HC,Puckett Y. Hamartoma,Biliary Duct. In: StatPearls.reasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 14, 2020.
6. Torbenson MS.Hamartomas and malformations of the liver.Semin Diagn Pathol.2019 Jan;36(1):39-47.
7. Jáquez-Quintana JO,Reyes-Cabello EA,Bosques-Padilla FJ.Multiple Biliary Hamartomas, The Von Meyenburg Complexes Ann Hepatol. 2017 Sep-Oct;16(5):812-813
8. Yang XY,Zhang HB,Wu B,Li AJ,Fu XH. Surgery is the preferred treatment for bile duct hamartomas.Mol Clin Oncol.2017 Oct;7(4):649-653.
9. Lee AJ,Chun YS.Intrahepatic cholangiocarcinoma: the AJCC/UICC 8th edition updates.Chin Clin Oncol.2018 Oct;7(5):52.

Hastanın abdomen MRI T1 sekansında görünümü



Hastanın abdomen MRI T2 sekansında görünümü



Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 014

YAŞLI HASTALARDA PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ DENEYİMİMİZ

Mustafa Zanyar Akkuzu, Enver Üçbilek, Serkan Yaraş, Osman Özdoğan, Fehmi Ateş, Engin Altıntaş, Ferzan Aydın, Hatice Rızaoğlu Balcı, Siad Muhammed Adam, Orhan Sezgin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), çeşitli nedenlerle oral yoldan beslenemeyen ancak gastrointestinal sistem fonksiyonları normal olan olgularda beslenme amaçlı uygulanabilecek bir yöntemdir. Bu çalışmada PEG taktığımız 65 yaş üstünde hastalardaki etyolojik sebepleri, PEG için yönlendiren bölümleri, kısa ve uzun vadeli sonuçları ve hastaların yaşam sürelerini saptamayı amaçladık.

Materyal ve Metod: 2015-2019 yılları arasında birimimizde PEG takılmış 65 yaş ve üstü olguların verileri geriye dönük incelendi. Hastaların demografik bilgileri, takip edilmekte oldukları birimler, altta yatan hastalıkları, varsa ek hastalıkları, işleme bağlı gelişmiş komplikasyonlar ve ortalama yaşam süreleri değerlendirildi.

Bulgular: Bu süreçte 140 hastaya PEG takılmıştı. Hastalarımızın %51'i erkek olup erkeklerin yaş ortalamaları 73,7±9,2 ve %49'u kadın olup kadınların yaş ortalaması 76±7,2 idi. En sık nörolojik hastalığı olanlara PEG takılmıştı. En sık %39 oranıyla serebrovasküler olaylarda PEG takılması birinci sıradaydı. %30 Alzeimer ve %14 hastada malign sebeblerle PEG takılmıştı. Hastaların %28'i bir aydan az yaşamıştı. Toplamda hastaların %76'sı ölmüştü. Ölen hastaların PEG takıldıktan sonraki ortalama yaşam süreleri 221,3±330,7 gün idi.

Tartışma ve Sonuç: PEG tüpü takılması teknik olarak kolay, morbidite ve mortalitesi düşük, hastanede kalış süresini kısaltan, ekonomik, güvenli pratik bir beslenme yöntemidir. Bu nedenlerle PEG uzun süreli enteral beslenmede gastrointestinal sistem fonksiyonları normal olan olgularda altın standarttır. Fakat yaşam beklentisi 1 aydan az olan hastalarda PEG takılma veya takılmama kararı özenle verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG), Beslenme, Yaşlılık

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 015

GASTRİK POLİPLER: DOĞU AKDENİZDE 3. BASAMAK GASTROENTEROLOJİ MERKEZİ SONUÇLARI

Mustafa Zanyar Akkuzu, Osman Özdoğan, Serkan Yaraş, Enver Üçbilek, Fehmi Ateş, Engin Altıntaş, Hatice Rızaoğlu Balcı, Ferzan Aydın, Orhan Sezgin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Üst gastrointestinal sistem endoskopilerinde mide polibi saptadığımız hastaların demografik verileri ve poliplerin özelliklerini değerlendirmek.

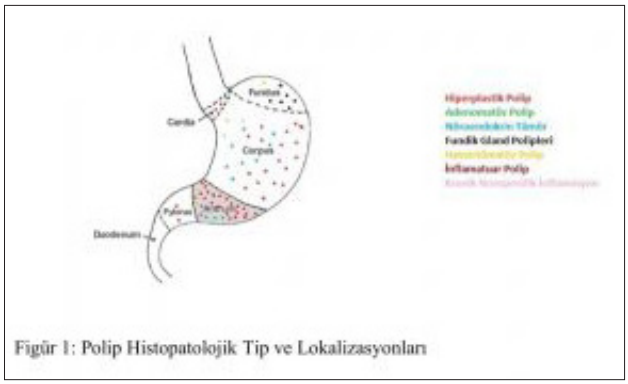
Materyal ve Metod: Geriye dönük olarak, 2014-2018 yılları arasında hastanemiz Gastroenteroloji bilim dalında, üst gis endoskopilerinde mide polibi saptadığımız hastalar veri kayıt sisteminden tespit edildi. Hastaların demografik özellikleri, poliplerin lokalizasyonları, büyüklükleri, polibin alınma şekli ve gelişmişse komplikasyonları, histopatolojik özellikleri ve malignite potansiyelleri değerlendirildi.

Bulgular: Bu süre içerisinde toplam 13905 hastaya endoskopi yapılmıştı. Çalışmaya alınan 70 hastanın midesinde toplam 100 polip saptanmıştı. Hastaların %61'i kadın olup yaş ortalaması 63,1±24,6 yıl idi. %49 erkek olup yaş ortalamaları 61,7±17,3 yıl idi. Polipler biyopsi forsepsiyle ya da koter kullanılarak polipektomiyle çıkarılmışlardı. İşleme bağlı komplikasyon gelişmemişti. Poliplerin ortalama büyüklüğü 1,87±0,87 cm idi. Polipler %41,4 hastada antrumda, %40 hastada korpusta, %10 hastada fundusta, %5,7 hastada kardiada, %2,9 hastada pilorda saptanmıştı. Poliplerin %60'ı hiperplastik polip olup, %10'u adenomatöz polip, %8,6'sı fundik gland polibi, %7,1'i nöroendokrin tümör, %5,7'i hamartamatöz polip, %4,2'i inflamatuar fibroid polip idi. Hiperplastik poliplerin %9,5'unda düşük dereceli displazi mevcuttu. Hastalarımızdan sadece tübülovillöz adenom, yüksek dereceli displazi şeklinde olan hastanın takibinde mide adenokanseri gelişmişti.

Tartışma ve Sonuç: Hastalarımızda en sık görülen gastrik polip tipi hiperplastik poliplerdi. Mide polipleri kadınlarda ve orta ileri

yaşlarda daha yaygındı. Poliplerinin çoğu 1 cm'den küçük olup çoğunlukla antrum ve korpusta lokalize idi.

Anahtar kelimeler: Gastrik Polip, Endoskopi, Histopatoloji



Figür 1: Polip Histopatolojik Tip ve Lokalizasyonları

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

EPS - 016

TÜM ÖZELLİKLERİ İLE KOLON POLİPLERİ: DOĞU AKDENİZDE ÜÇÜNCÜ BASAMAK MERKEZ DENEYİMİ

Mustafa Zanyar Akkuzu, Serkan Yaraş, Enver Üçbilek, Osman Özdoğan, Fehmi Ateş, Engin Altıntaş, Ferzan Aydın, Hatice Rızaoğlu Balcı, Orhan Sezgin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kolon polipleri mukoza ve submukozadan köken alan ve lümen içine doğru çıkıntı yaparak kitle oluşturan proliferatif ve neoplastik olabilen lezyonlardır. Bu çalışma ile üçüncü basamak üniversite kliniğimizde 4 yıllık kolononoskopik polipektomi sonuçlarını değerlendirerek bölgemizde kolon polibi saptanan hastaların demografik verilerini, histopatolojik özelliklerini, malignite potansiyellerini ve özelliklerini ortaya koymayı amaçladık.

Materyal ve Metod: Hastanemizde 2014-2019 yılları arasında kolonoskopide saptanmış ve polipektomi ile çıkarılmış polip olan 18 yaş üstü hastaların raporları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, poliplerin lokalizasyonları, büyüklükleri, sayıları ve histopatolojik özellikleri ve kontrol kolonoskopi sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Bu süre içinde kliniğimizde polipektomi yapılmış 180 hastanın 240 polibinin verileri incelendi. Hastaların yüz yirmi beşi (%69) erkek ve elli beşi (%31) kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması 59,2±14,4, kadınların yaş ortalaması ise 57,2±11,3 idi. 137 kişide tek polip varken, 43 kişide birden çok polip vardı. Polipler lokalizasyonlarına göre incelendiğinde; %27 sigmoid kolonda, %24 rektumda ve %15'i çıkan kolonda idi. Poliplerin %82'si adenomatöz polip, %10 hiperplastik polip, %3 adenokarsinom, %3 inflamatuar polip idi. Adenomatöz poliplerin %67si tübüler adenom, %27 tübülovillöz adenom, %0,5 villöz adenom idi. Adenomotöz poliplerin %71'inde düşük dereceli displazi, %23'ünde yüksek dereceli displazi vardı. Olguların 8'inde adenokarsinom, ayrıca adenomatöz polip saptanan hastaların %6'sında intramukozal karsinom tespit edilmişti. Olgularda kolonoskopi kontrolleri periyodik olarak yapılmış olup %52'sinde tekrar polipler ve 2 hastada adenokanser gelişimi saptanmıştı.

Tartışma ve Sonuç: Bölgemizde saptadığımız kolon polipleri 5.,6. dekatta ve erkeklerde daha sık gördüğümüz, tek veya birden fazla sayıda olabilen sıklıkla neoplastik oluşumlardı. En sık sol kolonda yerleşmektedir ve %9 oranında kanserleşmiş olarak saptanmıştır. Kanser öncüsü poliplerin saptanması ve polipektomi ile çıkarılması kolon kanseri tarama programlarının ve kolonoskopinin önemini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Kolon Polipleri, Adenomatöz Polipler, Kolonoskopi

Endoskopi

EPS - 017

GAİTADA GİZLİ KAN POZİTİFLİĞİ NEDENİYLE KOLONOSKOPİ YAPILANLARDA KOLOREKTAL MALİGNİTE SIKLIĞI

Mustafa Zanyar Akkuzu, Enver Üçbilek, Osman Özdoğan, Serkan Yaraş, Fehmi Ateş, Engin Altıntaş, Hatice Rızaoğlu Balcı, Ferzan Aydın, Orhan Sezgin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Kolorektal kanserlerin erken evrede belirlenmesi, prognozun iyileştirilmesindeki en önemli kısımdır. Bunun yolu etkili tarama programlarından geçmektedir. Gaitada gizli kan (GGK) testi tarama yöntemlerinin başında gelmektedir. Bu çalışmada endoskopi ünitemizde GGK testi pozitifliği nedeniyle kolonoskopi yapılan hastalarda kolonoskopik bulguları değerlendirmeyi, polip sıklığını, histopatolojik tiplerini ve kolorektal malignite sıklığını saptamayı amaçladık.

Materyal ve Metod: 2018 Aralık ve 2019 Temmuz ayları arasında GGK pozitif olup etyoloji araştırılması nedeniyle kolonoskopi yaptığımız hastalarımızı çalışmaya aldık. Kolonoskopi uygun hazırlık sonrası terminal ileum da değerlendirilecek şekilde uygulanmıştı. Hastaların yaş, cinsiyet, anamnez bilgileri, kolonoskopi ve patoloji sonuçlarına dosya bilgileri araştırılarak geriye dönük olarak ulaşıldı.

Bulgular: Bu sürede GGK pozitifliği nedeniyle 70 hastaya kolonoskopi yapılmıştı. Hastaların 36 (%51)'sı erkek, 34 (%49)'ü kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması 50,1±14,8, kadınların yaş ortalaması 54,6 ± 13,9 idi. Olguların 13 (%19)'ünde adenomatöz polip, 4 (%5,7)'ünde adenokarsinom ve birinde (%1,4) malign melanom tespit edildi. Polip tespit edilen 7 erkek ve 6 kadın hastanın yaş ortalamaları 61,5±9 idi. Poliplerin %76'sı sol kolonda, malignitelerin %80'i rektosigmoid kolonda idi. Olguların %74'ünde GGK pozitifliğini açıklayacak bir patoloji saptanmamıştı. Poliplerin tamamı kolonoskopik yöntemlerle başarıyla çıkarılmıştı.

Tartışma ve Sonuç: GGK pozitifliği nedeniyle kolonoskopi yapılan olguların %7'sinde kolorektal malignite ve %19'unda adenomatöz polip saptanması GGK testi pozitifliğinin önemini göstermektedir. Tarama programları sayesinde kolorektal kanserler ve prekanseröz lezyonların erken teşhis edilip, sağ kalım oranlarının artabileceği görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Gaitada gizli kan pozitifliği, Kolonoskopi, Tarama

Endoskopi

EPS - 018

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ NEDENİYLE ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ YAPILAN HASTALARDA MALİGNİTE SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Zanyar Akkuzu, Osman Özdoğan, Serkan Yaraş, Enver Üçbilek, Fehmi Ateş, Engin Altıntaş, Ferzan Aydın, Hatice Rızaoğlu Balcı, Orhan Sezgin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Anemilerin çoğu gibi demir eksikliği anemisi de kendi başına bir hastalık değildir ve etyolojinin her hastada araştırılıp ortaya konması gerekmektedir. Demir eksikliği anemisi yaş gruplarına göre etyolojik nedenlerin sıklığı değişmektedir. Demir eksikliği anemisinin en önemli sebebi premenapozal kadınlarda menstrüel kanamalar iken; postmenapozal kadınlar ve erişkin erkeklerde ise gastrointestinal sistemden olan kronik kan kayıpları oluşturmaktadır. Biz bu çalışmada demir eksikliği nedeniyle endoskopi ve kolonoskopi yaptığımız hastaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: 2018 Aralık ve 2019 Temmuz ayları arasında demir eksikliği anemisi etyoloji taraması nedeniyle kolonoskopi ve endoskopi yaptığımız hastalarımızı çalışmaya aldık. Kolonoskopi uygun hazırlık sonrası terminal ileum da değerlendirilecek şekilde uygulanmıştı. Hastaların yaş, cinsiyet, anamnez bilgileri ve işlem sonuçlarına dosyaları araştırılarak geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Bu sürede demir eksikliği anemisi nedeniyle 142 hastada kolonoskopi yapılmıştı. Bunların 130'una endoskopi de yapılmıştı. Hastaların 75 (%52,81)'i erkek hasta, 67 (%47,18)'si kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması 61,4±11,8, kadınların yaş ortalaması 55,2 ± 13,6 idi. Bunlardan %15,5 hastada kolonda polip saptandı ve bunların %80,5'i adenomatöz polipti. %7 hastada kolonda karsinom saptandı. Bu hastaların toplam %57,7'ünde de mide adenokanseri, ülser, gastrit, özofajit, özofagus varisi, polip ve özofafit gibi anemiyi açıklayabilecek patoloji saptandı. Toplam %64,8 hastada anemiyi açıklayabilecek ya endoskopik bulgu ya da kolonoskopik bulgu mevcuttu.

Tartışma ve Sonuç: Demir eksikliği anermisi labaratuar çalışmaları ile doğrulandıktan ve diyete bağlı demir eksikliği, demir ihtiyacında artış ve gastrointestinal sistem dışı kan kaybına bağlı anemi dışlandıktan sonra, gastrointestinal traktüsün endoskopik incelemesine geçilmelidir. Biz kendi hastalarımızda %15,5 hastada kolonda polip, %7,04 hastada da adenokarsinom tespit ettik. Midede %0,7 adenokarsinom tespit edildi. Bu da demir eksikliği anemisi etiyolojisinde endoskopi ve kolonoskopinin önemini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Demir eksikliği anemisi, Kolonoskopi, Endoskopi, Tarama

Endoskopi

EPS - 019

GASTROİNTESTİNAL STENT UYGULAMALARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Mustafa Zanyar Akkuzu, Serkan Yaraş, Osman Özdoğan, Enver Üçbilek, Fehmi Ateş, Engin Altıntaş, Ferzan Aydın, Hatice Rızaoğlu Balcı, Orhan Sezgin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Gastrointestinal (Gİ) stentler gastrointestinal kanaldaki malign veya benign darlıklarda ve akciğer kanseri gibi komşu organ malignileri ile ilişkili bası veya fistüllerde ya da operasyonlardan sonraki darlık veya kaçaklarda palyatif amaçla kullanılmaktadır. Biz kliniğimizde taktığımız Gİ stentlerin takılma nedenlerini ve seyrini değerlendirerek Gİ stentlerle ilgili klinik deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: 2014-2019 yılları arasında kliniğimizde çeşitli nedenlerle Gİ stent takılan olgular çalışmaya dâhil edilmiştir. Retrospektif olarak stent takılma nedeni, stent çeşidi, komplikasyon olup olmaması, komplikasyonların yönetimi ve hastaların yaşam süreleri incelendi. Özellikle ileri evre kanserlerde stentlerin palyatif tedavide etkinliği ve yaşam süresine katkısı değerlendirildi.

Bulgular: Bu süreçte toplam 36 hastaya Gİ stent takılmıştı. Hastalarımızın 24 (%67)'ü erkek ve 12 (%33)'si kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması 67±13,8, kadınların yaş ortalaması 45,6±11,5 idi. Malign sebeplerle stent takılanların; %44,5'i özofagus kanseri, %19,5'i mide kanseri, %16,6'sında akciğer kanseri ve %5,5'una da rektum kanseri nedeniyle stent takılmıştı. Benign nedenlerle stent takılanların %11,1'ine fistül, %2,8'ine de evre d özofajit nedeniyle stent takılmıştı. Hepsine SEMS takılmıştı. Hastalarımızın %27'si halen yaşamaktaydı. Hastalarımızın %73'ü ölmüş olup ortalama yaşam süresine baktığımızda 109,6±101 gün olarak saptadık.

Tartışma ve Sonuç: Sonuç olarak, ameliyat edilemeyen sindirim sistemi darlığı olan hastaların palyasyonunda stent kullanımının, mortalitesinin olmaması ve sınırlı morbiditesi ile kısa dönemde kaliteli bir palyasyon için etkin bir yöntem olduğu kanısındayız. Kendiliğinden genişleyen metal stentler kullanılarak malign ve benign disfajinin hafiflemesi sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal stentler, Kendiliğinden genişleyen stentler, SEMS, Palyatif destek

Pankreas

EPS - 020

LİTERATÜRDE DAHA ÖNCE GÖRÜLMEYEN VE EUS-FNA İLE TANI KONULAN MALİGN MELANOTİK SCHWANNOMANIN PANKREAS METASTASI

Serkan Doğan, Macide Deniz Erdoğan, Enes Fırat, Ebru Akay

Kayseri Şehir Hastanesi

Amaç: Malign melanotik schwannoma (MMS) çok nadir görülen, değişik şekillerde melanin üreten, schwann hücrelerinden köken alan ve metastaz potansiyeli olan bir sinir kılıfı tümörüdür[1-2]. Tüm sinir kılıfı tümörlerinin %1'inden azını oluşturur [3-4]. Ama-

cımız literatürde daha önce görülmeyen MMS pankreasa metastasını dökümente etmek ve EUS (endoskopik ultrasonografi) un tanı koymada kullanılan bir metod olduğunu belirtmektir.

Olgu: MMS genç yetişkinlerde görülen ve cinsiyet seçilimi olmayan bir tümördür[5]. Bilinen coğrafik, ırksal ya da etnik bir dağılımı yoktur. Periferik sinir sisteminin olduğu her yerde görülebilir ancak sıklıkla paraspinal sempatik zincir ve gastrointestinal sistemi (özefagus ve mide) seçer[1-6]. Daha seyrek tuttuğu bölgeler arasında serebellum, orbita, kalp, trakea, bronşlar, serviks, kemik, yumuşak doku ve deri bulunur[7-11]. Semptomlar anatomik bölgeye ve büyüme hızına bağlı değişik karakterde olabilir. Çoğu vaka ağrı ve nörolojik semptomlarla ilşkili lokal bir kitle ile karşımıza çıkar. Lezyonlar insidental olarak da tespit edilebilir[12]. En sık kullanılan görüntüleme yöntemleri Magnetik Rezonans, Computerize Tomografi, Pozitron-Emisyon-Tomografisi dir. Bilindiği gibi son yıllarda EUS primer malignitenin ve organ metastazlarının tespitinde sıklıkla kullanılmaktadır. Biz bu vakada sol submandibuler kitle ile kulak burun boğaz hastalıklarına başvuran ve MMS tanısı ile opere edilen, takiplerinde bilirübin yüksekliği ve karaciğer fonksiyon testlerinde anormallik olması üzerine yapılan usg'de pankreas başında kitle tespit edilen hastayı irdeledik. Bu kitleden EUS eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı (Figür 1). Histopatoloji malign melanotik schwannoma metastazı ile uyumlu olarak geldi. Malign melanotik schwannomalar lokal rekürrense ve metastaza yatkındır [1,12-13]. Metastazlar primer olarak akciğer ve plevrada bulunur ancak nadir olarak mediasten, diyafram, perikard, endokard, kemik, karaciğer ve dalakta da görülmüştür [1,12-14]. Grdtz arkadaşları MMS nin pankreasa metastas yaptığını makalelerinde ileri sürmüşlerdir. Ancak var olan kitleden histopatolojik tanıları bulunmamaktadır[15].

Sonuç: Yaptığımız literatür taramasına göre malign melanotik schwannomanın pankreas metastazı bulunmamaktadır. Vakamız pankreasa metastaz yapan ve endoskopik ultrason ile doku tanısı konulan literatürdeki ilk malign melanotik schwannoma vakasıdır.

Anahtar kelimeler: EUS, pankreas, metastas, schwannoma

Pankreas başında düzensiz sınırlı hipoekoik kitle, EUS görüntüsü



Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 021

MİDENİN SPORADİK MULTİPL GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

Başak Şaşmazer[1], Onur Keskin[2], Ömer Arda Çetinkaya[3], Erkan Parlak[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bilim Dalı
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Giriş: Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), Cajal hücrelerinin prekürsörlerinden kaynaklandığı düşünülen mezenkimal neoplazmlardır. Gastrointestinal sistemin her yerinde gelişebilirler ancak sıklıkla mide ve ince bağırsaklarda lokalize olurlar. GİST'ler en sık 60'lı yaşlarda tespit edilirken, 40 yaş altındaki kişilere nadiren tanı konulmaktadır. Sporadik GİST'ler tipik olarak soliter lezyonlardır. Multipl GİST'ler ise oldukça nadirdir ve genellikle ailesel GİST ile ilişkilidir.

Olgu: Demir eksikliği anemisi nedeni ile tetkik edilen 42 yaşında kadın hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde midede submukozal olabileceği düşünülen lezyonlar görüldü. Bunun üzerine yapılan üst gastrointestinal endoskopide mide antrum, korpus ve pilor komşuluğunda, yüzeyden kabarık, kimisinin üzeri ülsere, büyüğü yaklaşık 2-2,5 cm submukozal lezyon (SML) ile uyumlu olabilecek çok sayıda lezyon izlendi. Ardından hastaya endoskopik ultrasonografi (EUS) planlandı. EUS'ta midede multipl GİST ile uyumlu olabilecek lezyonlar saptanması üzerine hasta genel cerrahiye yönlendirildi. Operasyon sırasında midede çok sayıda lezyon görüldüğü için hastaya total gastrektomi yapıldı. Total gastrektomi materyalinde tümoral lezyonda CD117 ve CD34 ile diffüz kuvvetli pozitiflik, DOG1 ile orta şiddette pozitiflik ve Ki67 ile %1 proliferasyon indeksi izlendiği; histopatolojik incelemede ise mide duvarında multipl kitleler oluşturan tümörün epiteloid tipte olduğu, mukozada ülserasyon oluşturduğu, bazı tümör nodüllerinde kistik dejenerasyon alanları izlendiği belirtildi. İmmunohistokimyasal ve histopatolojik değerlendirmenin neticesinde GİST tanısı konuldu.

Tartışma: Demir eksikliği anemisi etiyolojisine yönelik yapılan ileri incelemeler nadir görülen bazı patolojilerin tanısına ulaşmamızı sağlamaktadır. Bu patolojik durumlardan birisi de midenin multiple GİST'leridir. GIST'ler bazı vakalarda kanamalı mukozal ülserlere ve böylece anemiye neden olabilmektedir. Bu vakada da mukozal ülserasyon oluşturan tümoral lezyon hastanın demir eksikliği anemisinin nedenini açıklamaktadır. Sonuç olarak, demir eksikliği anemisi etiyolojisinde nadir görülse de GIST ve diğer SML'ler açısından, endoskopik inceleme dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. EUS'ta multiple GIST tespiti operasyon sırasında cerrah için de yol gösterici olacaktır.

Anahtar kelimeler: Multipl GİST, Anemi, Sporadik



Resim 1. Midenin Multiple Gastrointestinal Stromal Tümörü

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 022

BAŞKA HASTALIKLARLA KARIŞABİLECEK BİR MİDE PATOLOJİSİ: GASTRİK SERRATED NEOPLAZİ

Berşan Özcan[1], Onur Keskin[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Gastroenteroloji Bd

Amaç: Gastrik serrated adenomlar, ender görülen ve gastrik invaziv kansere dönüşme potansiyeli taşıyan bir gastrik adenom alt grubudur. Bu hasta grubunda, hastalık nadir görüldüğü için, endoskopik işlemler sırasında saptanan bulgular ön planda başka hastalıkları düşündürebilmektedir. Takdim edilecek hasta, yapılan incelemeler sonucunda öncelikle gastrointestinal stromal tümör (GIST) olarak değerlendirilmiş, ameliyata yönlendirilmiş ve patolojik inceleme ile tanısı konmuş bir vakadır.

Olgu: 63 yaşında kadın hasta, 4 aydır devam eden karında şişkinlik ve mide bulantısı şikayeti ile birimimize ayaktan başvurdu. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde korpus proksimalinde, fundus komşuluğunda yaklaşık 1 -1,5 cm boyutunda yüzeyden kabarık üzerinde ülser içeren dokunmakla hareketli submukozal lezyon (SML) görüldü. Bunun üzerine yapılan endoskopik USG tetkikinde fundus-korpus bileşkesi arka duvarda 16mm büyüklüğünde, histolojik olarak submukozadan kaynaklanan kistik ve solid komponentleri olan subepitelyal lezyon izlendi. Abdomen BT tetkikinde ise bu bölge mide küçük kurvatür kesiminde yaklaşık 1 cm'lik şüpheli bir alan olarak değerlendirildi ve perigastrik ve periçölyak lenfadenopati izlenmedi. GIST ön tanısı ile hastaya laparoskopik subtotal gastrektomi (wedge rezeksiyon) yapıldı. Patoloji sonucu 1,9x1,1x0,7cm boyutlarda "inverted" gelişim paterni sergileyen gastrik tip "serrated"/papiller ve tübüler yapılar yapan epitelyal adenom/düşük dereceli neoplazm olarak raporlandı. Perinöral ve lenfovasküler invazyon saptanmadı.

Sonuç: Serrated adenomlar, invaziv kolon kanseri ile ilişkisi gösterilmiş olan ve sıklıkla kolonda görülen bir adenom tipidir ve üst gastrointestinal sistemde nispeten yeni tanımlanmaya başlamıştır. Gastrik serrated adenomların, gastrik invaziv adenokansere dönüşme ve adenokanser ile senkron olarak görülme ihtimali vardır. Nadir görülen bu lezyonun, endoskopist tarafından bilinmesi ve işlem sırasında tanınması, erken ve doğru tanı konulmasını ve uygun tedavilerin planlanmasını sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: gastrik serrated neoplazi, mide, SML

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 023

MASİF GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASINDA NADİR BİR ETYOLOJİ: DİSTAL DUODENAL GIST

Tolga Düzenli[1], Hüseyin Köseoğlu[1], Behice Hande Erenler[2]

[1]Hitit University Erol Olcok Training and Research Hospital, Department of Gastroenterology, Corum, Turkey.
[2]Hitit University Erol Olcok Training and Research Hospital, Department of Pathology, Corum, Turkey.

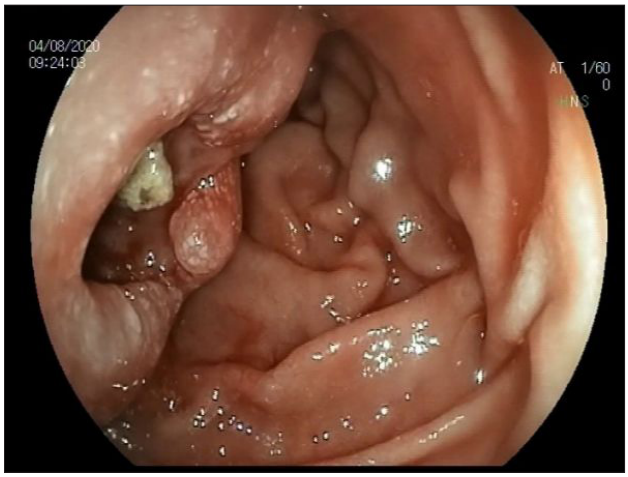
Giriş: Gastrointestinal stromal tümörler (GIST'ler), son derece nadir olmakla birlikte, gastrointestinal (GI) traktta en yaygın mezenkimal tümörlerdir. GIST'ler genellikle asemptomatiktir ve görüntüleme veya endoskopide tesadüfen gözlenir, nadiren GIS kanaması, ileus ve perforasyon ile prezente olabilir. Biz burada duodenal GIST kaynaklı başarı ile müdahale ettiğimiz masif GIS kanama olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu raporu: 76 yaşında erkek hasta melena, hematemez ve baş dönmesi şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede arteriyel kan basıncı 100/60 mmHg, nabız: 110 / dk ve rektal muayenede melena mevcuttu. Laboratuvar testlerinde hemoglobin 6.6 g / dL, hemotokrit %19.5, üre 65 mg / dL ve kreatinin 0.9 mg / dL idi. Hasta takip ve tedavisi için yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Tıbbi tedaviler planlandı. Endoskopide duodenum 3. segment proksimalinde 2 cm çapında derin ülser ve medial duvarında lümene doğru çıkıntı yapan kanamalı bir damar görünümü izlendi. Ülserin etrafına skleroterapi uygulandı ve damare klips yerleştirilerek müdahale edildi. Kanama kontrol altına alındı, ancak damarın üst kısmında ülser tabanından sızıntı vardı. Bu bölge de argon plazma ile koagüle edildi ve kanamanın durduğu gözlendi. Kontrol endoskopisinde ülserin kenarlarından biyopsi alındı (Resim 1).

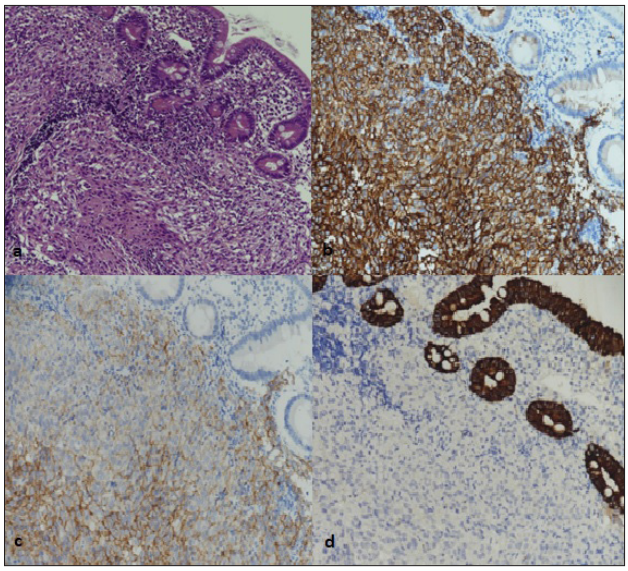
Histopatolojik incelemede duodenal lamina propriada oval milli çekirdekli hafif pleomorfik hücrelerden ve bol eozinofilik sitoplazmadan oluşan tabaka benzeri infiltrasyon görüldü (Resim 2) ve hastaya distal duodenumun GI stromal tümörü (GIST) tanısı kondu. İmmünohistokimyasal analiz, CD117, DOG1 ve SMA için pozitif boyama izlendi. Pan-Cytokeratin, S100 ve CD34 ise negatifti. Proliferasyon indeksi (ki-67)%3 idi. Bilgisayarlı tomografide duodenum distalinde 4x4 cm çapında kitle saptandı. Hastaya ameliyat planlandı.

Sonuç: GIST'ler, nadir görülen ve GIS organlarının duvarlarından köken alan mezenkimal kökenli tümörlerdir. GİS kanaması bu hastalardaki bulgulardan biridir, ancak yaşamı tehdit eden GİS kanaması ile ortaya çıkan distal duodenal GIST çok daha nadirdir. Duodenal GİS kanamasına yaklaşımda GIST'in akılda tutulması gerektiğine inanıyoruz.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal Hemorrhage, Gastrointestinal Stromal Tumor, Duodenum



Resim 1. Duodenumun 3. kıtasının proksimal kısmındaki 2 santimetre çapındaki derin ülserin kontrol endoskopisi. Medial duvarında lümene doğru çıkıntı yapan damar görünümü izlenmektedir.



Resim 2. Duodenal lamina propriada bol miktarda eozinofilik sitoplazmadan ve oval iğ çekirdeklerine sahip hafif pleomorfik hücrelerden oluşan tabaka benzeri infiltrasyon. a) GIST infiltre duodenal lamina propria (H&E x100), b) CD117 (x200) için difüz membranöz boyama, c) DOG1 (x200) için düzensiz membranöz boyama, d) Negatif pan-Sitokeratin boyama (x200).

Karaciğer

EPS - 024

KARACİĞER TRANSPLANTLI HASTALARDA HEPATİT E VİRÜS IGG SEROPREVELANSI: RETROSPEKTİF TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ferit Çelik[1], Ali Şenkaya [1], Nalan Gülşen Ünal[1], Seymur Aslanov[1], Alper Uysal[1], İlker Turan [1], Ulus Salih Akarca[1], Ahmet Ömer Özütemiz[1], Ayşın Zeytinoğlu[2], Murat Zeytunlu[3], Zeki Karasu [1], Fulya Günşar [1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bornova/İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bornova/İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bornova/İzmir, Türkiye

Amaç: Hepatit E virüsü (HEV) fekal-oral yolla bulaşan, akut viral hepatite ve yüksek mortaliteye neden olan bir virüstür. Solid organ nakli alıcılarında kronik karaciğer hastalığına neden olabilir. Bu çalışmada amaç karaciğer nakli alıcılarında HEV seroprevalansı ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Ocak 2019 ile Ocak 2020 arasında karaciğer nakli polikliniğinde izlenen hastalar, HEV serolojisi (HEV immünoglobulin M [IgM] ve HEV IgG) açısından retrospektif olarak taranmıştır. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 150 hastanın (erkek / kadın, 104/46; yaş, 55.4 ± 13.2 yıl) 31'inde (%20.7) anti-HEV IgG pozitif saptanırken, tümünde anti-HEV IgM negatif saptanmıştır. Karaciğer naklinden sonraki ortalama süre (72 [%48] kadavra ve 78 [%52] canlı donör) 81 ± 78.5 aydı. En sık etiyoloji kronik hepatit B virüs enfeksiyonu saptanmıştır (38 hasta,%25,3). İçme suyu kaynağı, 88 hastada (%58,7) damacana suyu iken 62 hastada (%41,3) musluk suyuydu. Hastaların 120'si (%80) kentte, 30'u (%20) kırsal alanda yaşıyordu. Anti-HEV IgG pozitif ve Anti HEV IgG negatif gruplar karşılaştırıldığında yaş, doğum yeri, su kaynağı ve donör tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p = 0,007, p = 0,000, p = 0,034 ve p = 0,049, sırasıyla).

Sonuç: HEV seroprevalansı, karaciğer nakli alıcılarında normal popülasyona göre daha sık saptanmıştır. Karaciğer nakli alıcılarında HEV enfeksiyonu göz ardı edilmemelidir. İleri yaş, su kaynağı ve doğum yeri HEV seroprevalansı için risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer nakli, seroprevalans, anti-HEV IgG

Kayraklar

1. M.S. Khuroo, Study of an epidemic of non-A, non-B hepatitis. Possibility of another human hepatitis virus distinct from post-transfusion non-A, non-B type, Am. J. Med. 68 (1980) 918-824, https://doi.org/10.1016/0002-9343(80)90200-4.
2. H.R. Dalton, N. Kamar, S.A. Baylis, D. Moradpour, H. Wedemeyer, F. Negro, EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis E virus infection, J. Hepatol. 68 (2018) 1256-1271, https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.005.
3. M.S. Khuroo, M.S. Khuroo, Hepatitis E: An emerging global disease - From discovery towards control and cure, J. Viral Hepat. 23(2) (2016) 68-79. https://doi.org/10.1111/jvh.12445.

Table 1. HEV seroprevelance and sociodemographic and clinical characteristics of the liver transplant recipients included in the study between January 2019 and January 2020 in Ege University Liver Transplantation Department

Age in years (mean ± SD)	***55.4 ± 13.2***
Time after LT in months (mean ± SD)	81 ± 78.5
Sex	
Female	46 (30.7)
Male	104 (69.3)
Type of donor	
Deceased donor	72 (48)
Living donor	78 (52)
Etiology of liver disease before LT	
HBV	38 (25.3)
Alcohol abuse	27 (18.0)
HBV+HDV	18 (12.0)
HCV	13 (8.7)
Cryptogenic cirrhosis	9 (6.0)
Others*	45 (30)
Presence of HCC during LT	
Yes	35 (23.3)
No	115 (76.7)
Immunsupressive treatment	
Tacrolimus	37 (24.7)
Tacrolimus+MMF	29 (19.3)
Everolimus+MMF	23 (15.3)
Tacrolimus+Everolimus+MMF	22 (14.6)
Everolimus	16 (10.7)
Others**	23 (15.0)
Source of drinking water	
Carboy water	88 (58.7)
Tap water	62 (41.3)
Type of living area	
Urban	120 (80.0)
Rural	30 (20.0)
Anti-HEV-IgG	
Positive	31 (20.7)
Negative	119 (79.3)

Table 2. Seroprevalence of hepatitis E virus in liver transplant recipients according to sociodemographic characteristics, liver function tests, and risk factors.

	Anti-HEV IgG-positive n (%)	***Anti-HEV IgG-negative n (%)***	***p***
Sex			***ns***
Female	11 (35.5)	35 (29.4)	
Male	20 (64.5)	84 (70.6)	
Age (mean ± SD)	60.10 ± 9.74	54.12 ± 13.7	0.007
Time after transplantation in months (mean ± SD)	93.77 ± 90.19	77.72 ±75.18	ns
Type of donor			0.049
Deceased donor	10 (32.3)	62 (52.1)	
Living donor	21 (67.7)	57 (47.9)	
Presence of HCC during LT			ns
Yes	9 (29.0)	26 (21.8)	
No	22 (71.0)	93 (78.2)	
Source of drinking water			0.034
Carboy water	13 (42)	75 (63)	
Tap water	18 (58)	44 (37)	
Place of birth			<0.001
East and Southeast Anatolia	22 (70.9)	27 (22.7)	
Others*	9 (29.1)	92 (77.3)	
Type of living area			ns
Urban area	25 (80.6)	95 (79.8)	
Rural area	6 (19.4)	24 (20.2)	
Number of household members	3.26 ± 1.59	2,98 ±1.54	ns
Liver function tests (median, range)			ns
AST (U/L)	19 (10 - 47)	18 (8 - 328)	
ALT (U/L)	19 (5 - 109)	19 (6 - 388)	
ALP (U/L)	97 (39 - 415)	113 (42 - 889)	
GGT (U/L)	37 (5 - 387)	32 (7 - 878)	
T. Bilirubin (mg/dL)	0.47 (0.14 - 1.66)	0.47 (0.14 - 13)	

H. Pylori

EPS - 025

HELİCOBACTER PYLORİ ERADİKASYONUNDA SIRALI, HİBRİT VE DÖRTLÜ TEDAVİ PROTOKOLLERİNİN BÖLGEMİZDEKİ GÜNCEL DURUMU

Ersin Kuloğlu[1], Bülent Albayrak[2], Hakan Dursun[2], Fatih Albayrak[2], Ömer Yılmaz[2]

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları/gastroenteroloji Bölümü

Giriş: Helicobacter pylori (Hp) eradikasyon tedavisinde birçok tedavi protokolü kullanılmaktadır; antibiyotik direnci, ilaç yan etkileri, hasta uyumu, bölgesel farklılıklar gibi etkenler çerçevesinde; farklı protokoller arasında ve aynı protokollerin farklı bölgelerdeki eradikasyon oranları değişmektedir.

Materyal metod: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Gastroenteroloji endoskopi ünitesinde üst gastrointestinal sistem endoskopik biyopsi ile histopatolojik olarak Hp tanısı konulan; 18 yaş üstü, daha öncesinde Hp eradikasyon tedavisi almamış, gebelik-laktasyon döneminde olmayan ve karaciğer-renal yetmezliği olmayan, 229 hasta üç gruba ayrılarak ve üç farklı Hp eradikasyon tedavi protokolü verilerek prospektif olarak değerlendirildi (tablo 1).

Bulgular: Çalışmaya tedaviyi tamamlayan 229 hasta dahil edildi. 186 hastada Hp eradikasyonu sağlandı, 43 hastada Hp eradikasyonu sağlanamadı. Çalışmamızın Hp eradikasyon başarısı %81,2 saptandı. Grup 1'deki 84 hastanın; 67'sinde Hp eradikasyonu sağlanırken, 17'sinde sağlanamadı. Bizmutlu dörtlü tedavinin eradikasyon başarısı %79,8 saptandı. Grup 2'deki 68 hastanın; 55'inde Hp eradikasyonu sağlanırken, 13'ünde sağlanamadı. 14 günlük hibrit tedavinin eradikasyon başarısı %80,9 saptandı. Grup 3'deki 77 hastanın; 64'ünde Hp eradikasyonu sağlanırken, 13'ünde sağlanamadı. 10 günlük ardışık tedavinin eradikasyon başarısı %83,1 saptandı.

Sonuç: Hp eradikasyonu, çoklu antibiyotik kullanımı, kullanılan antibiyotiklerin yan etkilerinin fazla olması ve antibiyotik direnci nedeniyle güncelliğini korumaktadır. Yapılan birçok çalışmada eradikasyon oranlarının farklı olmasının en önemli nedeni bölgesel faktörlerdir

Anahtar kelimeler: Helicobacter pylori, bölgesel veri, antibiyotik direnci,

Kayraklar

1. Eshraghian A. Epidemiology of Helicobacter pylori infection among the healthy population in Iran and countries of the Eastern Mediterranean Region: A systematic review of prevalence and risk factors. World J Gastroenterol 2014 Dec 14; 20 (46): 17618-25.
2. Hu Y, Wan JH, Li XY, et al. Systematic review with meta-analysis: the global recurrence rate of Helicobacter pylori. Aliment Pharmacol Ther 2017; 46 (9): 773-9.
3. Özaydin N, Türkyılmaz SA, Cali S. Prevalence and risk factors of helicobacter pylori in Turkey: a nationally-representative, cross-sectional, screening with the 13 C-Urea breath test. BMC Public Health 2013; 13 (1): 1215.
4. Şimşek İ, Binicier Ö. Helicobacter pylori. İç Hastalıkları Dergisi 2011; 18: 13-26.
5. Özden A. Hp'nin 30. Yılı (1983-2013) Helicobacter pylori Eradikasyonunda Proton Pompa İnhibitörlerinin Yarattığı Mucize!! Güncel Gastroenteroloji 2013; 17 (2): 119-31.
6. Malfertheiner P, Megraud F, O'morain C, et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence consensus report. Gut 2017; 66 (1): 6-30.
7. Özden A. Proton Pompa İnhibitörlerinin Helicobacter pylori Enfeksiyonu Tedavisindeki Etkinlikleri. Güncel Gastroenteroloji 2014; 18 (1): 59-66.

Hasta grupları ve tedavi protokolleri

	Sayı (yüzde)	Tedavi protokolu
Grup 1	84 (36.7)	ilk 5 gün: pantoprazol 40 mg tb 2x1 + amoksisilin 1 gr tb 2x1; sonraki 5 gün: pantoprazol 40 mg tb 2x1 + klaritromisin 500 mg tb 2x1 + metronidazol 500 mg tb 2x1
Grup 2	68 (29.7)	ilk 7 gün: pantoprazol 40 mg tb 2x1 + amoksisilin 1 gr tb 2x1 ; sonraki 7 gün: pantoprazol 40 mg tb 2x1 + amoksisilin 1 gr tb 2x1 + klaritromisin 500 mg tb 2x1 + metronidazol 500 mg tb 3x1
Grup 3	77 (33.6)	bizmut subsalisilat tb 2x2 + pantoprazol 40 mg tb 2x1 + metronidazol 500 mg tb 3x1 + tetrasiklin 500 mg tb 4x1

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

EPS - 026

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARINDA VEDOLİZUMABIN ERKEN VE BİR YILLIK DÖNEMDEKİ ETKİNLİĞİ

Fehmi Ateş, Serkan Yaraş, Osman Özdoğan, Enver Üçbilek, Mustafa Zanyar Akkuzu, Hatice Rızaoğlu Balcı, Ferzan Aydın, Engin Altıntaş, Orhan Sezgin

Mersin Üniversitesi Gastroenteroloji Bd

Amaç: Bu çalışmada orta dereceli veya şiddetli aktif ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn (CH) hastalalarında vedolizumab (VDZ) tedavisinin etkinliğinin ve etki başlangıç zamanının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. VDZ yanıtları, tümör nekroz faktörü antagonistleri (anti-TNF) deneyimi olan ve olmayan hastalarda araştırılmıştır.

Yöntem: Mersin Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği'nde izlenen, VDZ tedavisi alan, 18 yaşından büyük inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) hastaları retrospektif olarak değerlendirildi.

Hastalık aktivitesi değerlendirmeleri ÜK için MKS ve CH için CHAİ ile yapıldı. Hastaların bildirdiği MKS bileşenleri rektal kanama (RK) ve dışkı sıklığı (DS), CHAİ bileşenleri ise karın ağrısı (KA) ve gevşek dışkı sıklığı (GDS) idi. Tedavinin 2, 4 ve 6. haftalarda hasta tarafından bildirilen semptomlar: ÜK'li hastalar için rektal kanama ve dışkı sıklığı, CH'li hastalar için karın ağrısı ve gevşek dışkı sıklığı verileri toplandı ve etki başlangıç belirteçleri olarak değerlendirildi.

Klinik anlamlı yanıt; doktor global değerlendirme indeksine göre, İBH semptom aktivitesinde >%50 azalma, remisyon ise İBH ile ilişkili tüm semptomların tamamen kaybolması olarak kabul edildi. Mukozal iyileşme, ÜK hastalarında Mayo endoskopik alt skorunun <2, CH hastalarında ise CH basit endoskopik skorunun (CH-BES)<4 olması olarak tanımlandı.

Bulgular:Çalışmaya 28'i ÜK, 27'si CH olan, toplam 55 İBH hastası alındı. ÜK hastalarının %50'si erkek, medyan takip süreleri 30.2 aydı. CH hastalarının %52'si erkek, medyan takip süreleri 34.6 ay idi. Toplam 6, anti-TNF naif hastanın 3'ü ÜK, 3'ü CH hastasıydı. VDZ tedavisi verilen, daha önce anti-TNF tedavisi almamış ÜK ve CH hastalarının daha önce anti-TNF tedavisi almış hastalara göre, 2, 4 ve 6. haftalardaki birleşik semptom skorları daha iyiydi.

Vedolizumabın 2. Haftadan itibaren başlayan hızlı etkinliği özellikle anti-TNF naif hastalarda artarak devam etmekteydi. Benzer şekilde 6. Ve 12. ayda, ÜK ve CH hastalarından anti-TNF naif olanlar, anti-TNF deneyimli olanlara göre klinik yanıt, klinik remisyon, steroidsiz remisyon ve mukozal iyileşme bakımından da daha iyi sonuçlara sahipti (Tablo. 1 ve Tablo. 2).

Ülkemizde VDZ tedavisi, anti-TNF ilaçlar denenmeden, sadece anti-TNF kullanımının sakıncalı olduğu durumlarda ve sosyal güvenlik kurumuna özel başvuru yapılarak uygulanabilmektedir.

Sonuç: Vedolizumab tedavisiyle UK ve CH hastalarının önemli bir kısmında 2. haftadan itibaren erken klinik yanıt alınabilir ve 12 ay boyunca yüksek oranda klinik remisyon, steroidsiz remisyon ve mukozal iyileşme elde edilebilir. Yanıtlar özellikle anti-TNF-naif hastalarda daha hızlı ve daha fazladır. Bu nedenle, orta dereceli veya şiddetli İBH hastalarında vedolizumab ilk seçenek tedaviler arasında yer almalıdır.

Anahtar kelimeler: Vedolizumab, erken etki

Tablo. 1 Ülseratif kolit hastalarının 6. ve 12. aylarda VDZ yanıtları

	6.ay			12.ay		
	Tüm ÜK hastaları	Anti-TNF deneyimsiz	Anti-TNF deneyimli	Tüm ÜK hastaları	Anti-TNF deneyimsiz	Anti-TNF deneyimli
Klinik yanıt	%64	%67	%57	%75	%100	%72
Klinik remisyon	%46	%67	%44	%57	%67	%56
Steroidsiz remisyon	%32	%33	%32	%46	%67	%44
Mukozal iyileşme	%32	%33	%32	%64	%67	%64

Tablo. 2 Crohn hastalarının 6. ve 12. aylarda VDZ yanıtları

	6.ay			12.ay		
	Tüm CH hastaları	Anti-TNF deneyimsiz	Anti-TNF deneyimli	Tüm CH hastaları	Anti-TNF deneyimsiz	Anti-TNF deneyimli
Klinik yanıt	%63	%67	%62	%70	%100	%67
Klinik remisyon	%44	%67	%42	%48	%67	%46
Steroidsiz remisyon	%30	%33	%29	%44	%67	%42
Mukozal iyileşme	%33	%33	%33	%63	%67	%62

VDZ kullanım kısıtlamamız nedeniyle, anti-TNF naif hasta sayımız azdır. Ancak çalışmamızın sonuçları, VDZ tedavisinin birinci basamakta kullanılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu konuda ülkemizde yapılmış başka çalışma olmaması çalışmamızı dikkate değer kılmaktadır.

Karaciğer

EPS - 027

AMOKSİSİLİN-KLAVULANATA BAĞLI KARACİĞER HASARI İLE EŞZAMANLI AKUT EBV HEPATİTİ

Oktay Bulur, İlknur Şeker, Yavuz Özden, Kemal Deniz, Şebnem Gürsoy

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Epstein-Barr virüsü (EBV), enfeksiyöz, otoimmün, nörolojik, hematolojik ve malign hastalıklarla ilişkilidir. EBV öncelikle ateş, orofarenjit ve simetrik lenfadenit üçlüsü ile karakterize enfeksiyöz mononükleoza neden olur. Akut hepatit, EBV'nin nadir bir sonucudur. İlaca bağlı karaciğer hasarı (DILI), idiyosenkratik ve non idiyosenkratik olarak sınıflandırılabilir. DILI için predispozan faktörler; ilaç dozu, ilaç lipofilisitesi, yaş, cinsiyet, altta yatan karaciğer hastalığı varlığı ve genetik (HLA) yatkınlıktır. Biz bu olgu sunumnda amoksisilin-klavulanat kaynaklı karaciğer hasarı ile eşzamanlı ilk Akut EBV hepatit vakasını sunuyoruz.

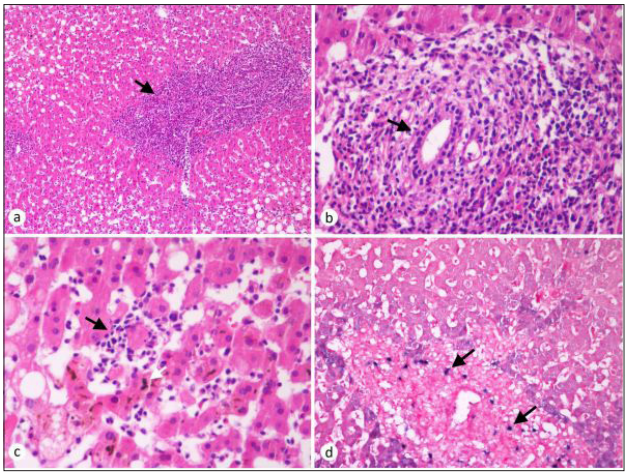
Olgu: 36 yaşında erkek hasta, ateş sonrası başlayan 5 gündür olan yorgunluk, ateş, koyu renkli idrar ve boğaz ağrısı şikayetleri ile hastaneye başvurmuş, geçmiş tıbbi geçmişinde başka bir hastaneye başvurduğunu belirtmiştir. Hastaneye yatışından 20 gün önce 5 gün süresince Amoksisillin-Klavulanat almış, herhangi bir kronik hastalığı, bitkisel ilaç kullanımı, alerji, ilaç veya alkol bağımlılığı öyküsü yoktu.Anormal fizik muayene bulguları şöyleydi: Ateşi: 38 °C, cilt ve skleralar ikterik, Tonsiller bilateral hipertrofik ve üzerinde membranöz plak gözlendi. Hastanın Covid-19 PCR (Polymerase chain reaction) testi negatifti. WBC 15.330 / mm3, nötrofil sayısı 3740, lenfosit sayısı: 8940, total bilirubin 4,65 mg / dL, direkt bilirubin: 3,49 mg / dL, AST: 172 IU / L, ALT: 418 IU / L, ALP 141 IU / L, GGT 524 IU / L, LDH 463 IU / L, C- reactive protein 10,3mg / dL idi. PT, INR ve aPTT normaldi. HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgM / IgG, anti- HAV IgM / IgG, anti- HCV, CMV IgM / IgG, HSV IgM / IgG, HBV-DNA, HCV-RNA negatifti. İdrar, kan ve boğaz kültürleri negatifti. Otoimmün belirteçler arasında sadece Anti düz kas antikoru(ASMA) pozitifti. Abdomen ultrasonunda hepatomegali ve karaciğerde artmış parankimal ekojenite izlendi. Hastada bilateral hipertrofik tonsiller ve bu tonsillerin üzerinde membranö plaklar olması nedeniyle hasta EBV enfeksiyonu şüphesiyle KBB (kulak, burun, boğaz) ve enfeksiyon hastalıkları kliniklerine danışıldı. Her iki klinik hastada yüksek olasılıkla EBV enfeksiyonu düşündü.EBV ye yönelik serolojik testler istendi. EBV testleri şu şekilde sonuçlandı: EBV-VCA IgM / IgG pozitif, EBV-EBNA IGG (serum) negatif, EBV-EA IGG (serum) negatif, yüksek serum EBV aviditesi. 7 günlük takip sonrasında karaciğer fonksiyon testleri normalleşmediğinden ve önceki Amoksisilin-Klavulanat kullanım öyküsü olan hastaya karaciğer biyopsisi yapıldı. Karaciğer biyopsisinde yoğun portal inflamasyon, sinüzoidlerde artmış atipik lenfosit sayısı, safra kanalı hasarı, zone 3 de kolestaz ve EBER in situ hibridizasyon ile pozitif boyanma saptandı (Şekil -1). Hastaya EBV ve Amoksisilin- Klavulanat ilişkili senkron akut hepatit tanısı konuldu.Takiplerinde 10 gün sonunda semptomatik ve destekleyici tedaviden sonra hasta normal karaciğer fonksiyon testleri ile taburcu edildi.

Sonuç: Epstein-Barr virüsü, çok çeşitli klinik belirtilerle ilişkilidir ve enfeksiyöz mononükleoz özellikleriyle birlikte veya bunlar olmadan hepatite neden olabilir. İlaca bağlı karaciğer hasarı, hepatite bağlı diğer nedenlere eşlik edebilir. Klinisyenlerin akut hepatitin ayırıcı tanısında eşzamanlı viral ve ilaca bağlı karaciğer hasarını akılda tutmalarını öneriyoruz.

Anahtar kelimeler: Hepatit, Epstein-Barr virüsü, İlaca bağlı karaciğer hasarı

Kaynaklar

1. Lennon P, Crotty M, Fenton JE. Infectious mononucleosis. BMJ. 2015;350:h1825.
2. Fugl A, Andersen CL. Epstein-Barr virus and its association with disease - a review of relevance to general practice. BMC family practice. 2019;20(1):62.
3. Mellinger JL, Rossaro L, Naugler WE, Nadig SN, Appelman H, Lee WM, Fontana RJ. Epstein-Barr virus (EBV) related acute liver failure: a case series from the US Acute Liver Failure Study Group. Digestive diseases and sciences. 2014;59(7):1630-7.
4. Raul J. Andrade GPA, Einar S. Bjornsson, Neil Kaplowitz, Gerd A. Kullak-Ublick, Dominique Larrey. EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injuryClinical practice guidelines panel. Journal of Hepatology. 2019
5. Leise MD, Poterucha JJ, Talwalkar JA. Drug-induced liver injury. Mayo Clinic proceedings. 2014;89(1):95-106.
6. deLemos AS, Ghabril M, Rockey DC, Gu J, Barnhart HX, Fontana RJ, Kleiner DE, Bonkovsky HL, Drug-Induced Liver Injury N. Amoxicillin-Clavulanate-Induced Liver Injury. Digestive diseases and sciences. 2016;61(8):2406-16.



a) Light microscopy showimg dense portal inflammation(arrow) and sinusoidal lymphocytes (HE x 100), b) Bile duct in the portal tract (HE x 400), c) Higher magnification showing typical lymphocytes in sinusoids (black arrow) and centrozonal cholestasis (white arrow) (HE x 400), d) Positive staining with EBER in situ hybridization in atypic lymphocytes (arrow) (HE x 200)

Karaciğer

EPS - 028

BÖBREK NAKİLLİ HEPATİT B HASTALARINDA TENOFOVİR ALAFENAMİD TEDAVİSİNE GEÇİŞİN BÖBREK FONKSİYONLARI VE SERUM FOSFOR SEVİYELERİNE ETKİSİ

Mete Akın, Haydar Adanır, Dinç Dinçer

Akdeniz Üniversitesi Tıpfakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

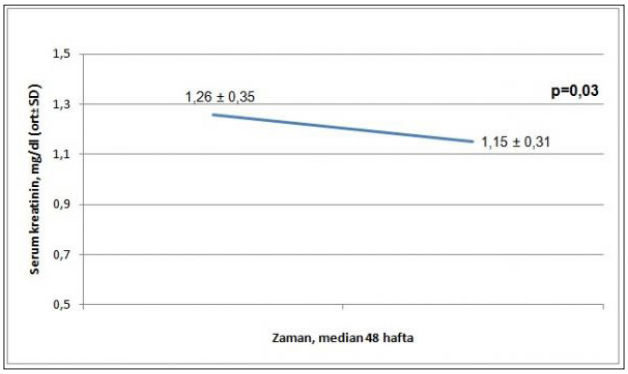
Giriş: Hepatit B virüs (HBV) infeksiyonu böbrek nakli hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olabilmektedir. Dolayısıyla tüm Hbs Ag pozitif hastalara proflaktik ya da tedavi amacıyla oral antiviral tedavi önerilir. Bu hasta grubunda kullanılan tedavinin böbrek güvenliği açısından etkileri oldukça önemlidir. Tenofovir alafenamid (TAF) bir çok çalışmada böbrek ve kemik üzerine olumlu etkileri gösterilmiş bir oral antiviraldir. Bu çalışmada oral antiviral kullanmakta olan HBV'li böbrek nakli hastalarında tedavinin TAF'a değiştirilmesinin böbrek fonksiyonları ve serum fosfor seviyeleri üzerine etkisi araştırılmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde takip edilen, böbrek nakilli, HBV DNA seviyesi baskılı, oral antiviral tedavi almaktayken tedavisi TAF'a değiştirilen 19 hepatit B hastası dahil edildi. TAF tedavisi sonrası hastaların serum kreatinin, tahmini glomeruler filtrasyon hızı (eGFR) ve serum fosfor seviyeleri bazal değerlerle karşılaştırılarak değişimi değerlendirildi. Rejeksiyon gelişmesi nedeniyle hemodiyalize girmekte olan bir hasta bu analizlere dahil edilmedi. İstatistiksel analiz için SPSS programı kullanıldı.

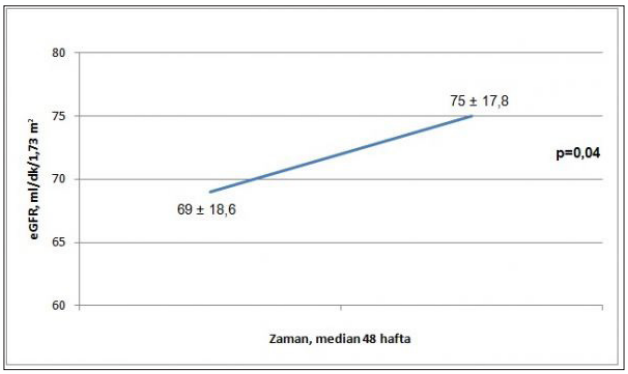
Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 18'i erkek 1'i kadın olup ortalama yaş 47,7 ± 11,8 /yıldı. 14 hasta canlı, 5 hasta kadavra donörden nakil yapılmıştı ve nakil sonrası median süre 96 (21-80) ay idi. 4 hastada rejeksiyon öyküsü mevcuttu. TAF tedavisine geçilmeden önce hastaların 11'i tenofovir disoproksil fumarat (TDF), 6'sı lamivudin, 2'si entekavir kullanmaktaydı. Tedavi değişikliğinden sonra median TAF kullanım süresi 48 (24-80) haftaydı. Hastaların demografik ve klinik bulguları tablo 1'de verilmiştir. Tüm hastalar birlikte değerlendirildiğinde TAF tedavisine geçiş sonrası hastaların ortalama serum kreatinin seviyelerinde bazale oranla anlamlı oranda azalma saptandı (1,26±0,35'den 1,15±0,31'e, p=0,03) (Şekil 1). Ortalama eGFR seviyelerinde de bazale göre anlamlı oranda düzelme olduğu gözlendi (69±18,6'dan 75±17,8'e, p=0,04) (Şekil 2). Ortalama serum fosfor seviyesinde de yine bazal değerlere göre anlamlı artış tespit edildi (3± 0,85'den 3,3± 0,75'e, p=0,01). Sadece başlangıçta TDF almakta olan hastalar göz önüne alındığında da TAF tedavisine geçildikten sonra hastaların ortalama serum kreatinin (1,18 ± 0,26'dan 1,10 ± 0,25'e), eGFR (72 ± 14,7'den 76 ± 14,8'e) ve serum fosfor seviyelerinde (2,9 ± 0,66'dan 3,3± 0,35'e) başlangıca oranla anlamlı düzelme olduğu gözlendi (sırasıyla p=0,03, p=0,04 ve p=0,01). Bulgular tablo 2'de verilmiştir.

Sonuç: Böbrek nakilli hepatit B hastalarında hem oral antiviral kullanmakta olan hem de sadece TDF tedavisi almakta olan hastalar değerlendirildiğinde tedavinin TAF'a değiştirilmesi böbrek fonksiyonlarını düzeltmekte ve serum fosfor seviyesini iyileştirmektedir.

Anahtar kelimeler: Böbrek nakli, hepatit B, tenofovir alafenamid



Şekil 1. Median 48 hafta TAF kullanımı sonrası ortalama serum kreatinin seviyesindeki değişim (Tüm hastalar)



Şekil 2. Median 48 hafta TAF kullanımı sonrası ortalama eGFR değerindeki değişim (Tüm hastalar)

Tablo 1. Tedavisi TAF'a değiştirilen böbrek nakli hastalarının özellikleri

	n=19
Yaş, yıl (ort ± SD)	47,7 ± 11,8
Cinsiyet, n	
- Erkek	18
- Kadın	1
Nakil tipi (n)	
- Canlı	14
- Kadavra	5
Nakil sonrası süre (ay) (median, min-maks)	96 (21-80)
Rejeksiyon öyküsü (n)	4
Osteopeni/Osteoporoz (n)	7
İlaçlar (n)	
- Steroid	18
- Tacrolimus	15
- Siklosporin	6
- Everolimus	14
Önceki antiviral tedavi (n)	
- Tenofovir disoproksil fumarat	11
- Lamivudin	6
- Entekavir	2
TAF kullanım süresi (hafta) (median, min-maks)	48 (24-80)

Tablo 2. TAF tedavisi sonrası serum kreatinin, eGFR ve serum fosfor seviyelerindeki değişim

	TAF başlangıcı	*TAF sonrası*	*p değeri*
Tüm hastalar (n=18)			
-Serum kreatinin, mg/dL (ort ± SD)	1,26 ± 0,35	1,15 ± 0,31	0,03
-eGFR, ml/dk/1,73 m^2 (ort ± SD)	69 ± 18,6	75 ± 17,8	0,04
-Serum fosfor, mg/dL (ort ± SD)	3 ± 0,85	3,3 ± 0,75	0,01
TDF alan hastalar (n=11)			
-Serum kreatinin, mg/dL (ort ± SD)	1,18 ± 0,26	1,10 ± 0,25	0,03
-eGFR, ml/dk/1,73 m^2 (ort ± SD)	72 ± 14,7	76 ± 14,8	0,04
-Serum fosfor, mg/dL (ort ± SD)	2,9 ± 0,66	3,3 ± 0,35	0,01

Endoskopi

EPS - 029

İLERİ EVRE MALİGNİTE AÇISINDAN TETKİK EDİLEN VE DOUBLE BALON ENTEROSKOPİ İLE TANISI KONULAN BURKİTT LENFOMA OLGUSUNUN TANI TEDAVİ VE YÖNETİMİ

Mustafa Ünal[1], Emrullah Dengeşik[2], Ali Erkan Duman[2], Zerrin Düzgören[1]

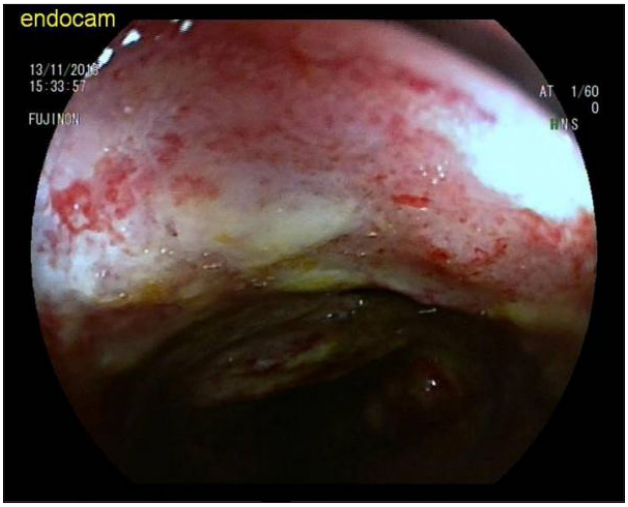
[1]Kocaeli Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Kocaeli Üniversitesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı

Amaç: Burkitt lenfoma (BL)oldukça agresif bir B hücreli non-Hodgkin lenfomadır.Burkitt lenfoma'nın sporadik formu;genellikle distal ileum,mide,çekum ve/veya mezenter,böbrek,testis,over,-meme, kemik iliği veya merkezi sinir sistemini içeren,çoğunlukla yaygın hastalık ve assit ile birlikte abdominal bir prezantasyona sahiptir. Biz bu vakada;daha nadir yerleşim yeri olan ve dominant olarak jejunumda yerleşim gösteren ön tanı olarak ileri evre malign hastalıklar tetkik edilerek double balon enteroskopi aracılığıyla endoskopik biyopsi ile tanısını koyduğumuz bir burkit lenfoma vakasını sunduk.

Olgu: Kliniğimize 35 yaşında erkek hasta, 2 haftadır olan batında şişlik, iştahsızlık ve bulantı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen komorbid kronik hastalık yoktu. Fizik muayenesinde;inspeksiyonda batında distansiyon ve bombe görünüm, batın perküsyonunda açıklığı yukarı bakan matite saptandı.Batında asitle uyumlu fizik muayene bulguları nedeni ile hasta assit tetkik amaçlı takibe alındı. Yapılan örnekleyici parasentezde; serum assit-albumin gradienti :0.8 g/dl olarak non portal tipte assit lehine sonuçlandı.Assit etiyolojisini araştırmak amaçlı çekilen Batın Tomografisi sonucunda; batın içi tüm kadranlarda sıvı, proksimal jejunal ansta 16 cm'lik segmentte 3 cm'e ulaşan duvar kalınlık artışı, peritonitis karsinomatoza ile uyumlu görünüm, ayrıca tüm kolonik anslarda duvar kalınlık artışı tespit edildi. Ayırıcı tanı amaçlı yapılan Gastroskopide normal üst gastrointestinal sistem bulguları, pankolonsokopide ise normal kolonoskopik bulgular saptandı. Batın tomografisi sonucunda saptanan ve primer odak olarak düşünülen proksimal jejunumdaki duvar kalınlık artışı nedeni ile hastaya double balon enteroskopi yapıldı. Double balon enteroskopide; postbulber bölgeden itibaren yaklaşık 100 cm'lik mesafede ve 15cm'lik segment boyunca mukozanın ileri derecede ödemli, frajil ve yer yer ülsere olduğu görüldü, tanısal amaçlı çoklu biyopsiler alındı (Resim-1, Resim-2).Alınan biyopsi sonucunda; cd20(+),cd10(+),bcl-6(+),bcl-2(-),mum1 (+), cd21(+),cd5(+), ki-67 polferatif indeks çok yüksek (%95-100), C-myc (++) şeklinde sonuçlandı ve burrkit lenfoma ile uyumlu olarak değerlendirildi.Burkitt lenfoma tanısı konulan hastaya Hiper-CVAD:(hiperfraksiyone siklofosfamid,vinkristin,doksorubisin,deksametazon,metotreksat, sitarabin.)kemoterapi protokolü başlandı. Kemoterapi sonrası yapılan takiplerde peritonitis karsinomatoza dahil olmak üzere tüm tutulum yerlerinde tam yanıt alındı.

Sonuç: İleri evre malign hastalıklar tetkik edilirken ayırıcı tanıda agresif seyirli lenfomalar da yer almalıdır. Özellikle seçilmiş zor vakalar başta olmak üzere hastalığın primer tanısının konulması ve diğer tanıya yaklaşım teknikleri arasında nisbeten daha az invaziv ve tanıya daha kesin varılması açısından double balon enteroskopi seçeneği uygun yaklaşım olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Double Balon Enteroskopi, burkitt lenfoma, peritonitis karsinomatoza



Resim 1



Resim 2

Karaciğer

EPS - 031

NADİR GÖRÜLEN BİR HEPATİK ADENOMATOZİS OLGUSU

Nurettin Coşkun [1], Selcan Cesur[1], Tufan Teker[1], Nesrin Uğraş[2], Ömer Yerci[2], Macit Gülten[1]

[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Epigastrik yanma ve şişkinlik yakınmalarıyla dış merkeze başvuran 20 yaşında erkek hastanın Haziran 2020 tarihinde çekilen üst abdomen BT'sinde karaciğerde yaygın multipl metastaz ile uyumlu görünümü olması nedeniyle hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastanemize yönlendirilmiş.

Hasta, polikliniğimize başvurduğunda genel durumu iyiydi. Fizik muayenesinde patolojik özellik yoktu. Yapılan tetkiklerinde Hgb:11,8 g/dl, Wbc:10,8 K/μl, CEA:<0,5 μg/L, CA 19-9: 2 U/mL, AFP: <1 μg/L saptandı, karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Diğer kan tetkiklerinde anlamlı bir özellik yoktu. Hastanemizde yapılan görüntüleme tetkiklerinde ;

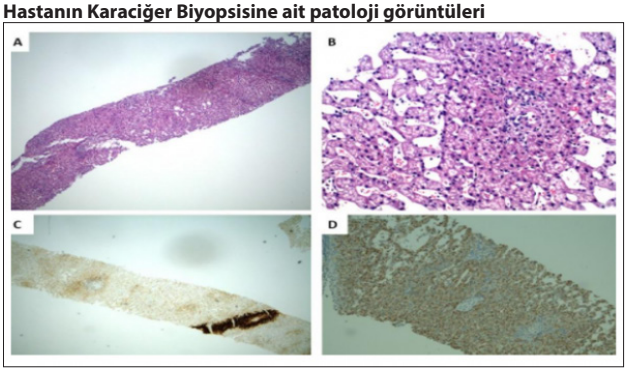
Üst abdomen BT'de Karaciğerde çok sayıda hipervasküler görünümde dağınık odaklar olup kitleler multipl olduğu için metastatik yayılım olabileceği fakat ayırıcı tanıda hepatik adenomatozis ve noduler rejeneratif hiperplazi gibi benign tabloların düşünülmesi gerektiği belirtildi.

Hastanın yaşı, kliniği ve tetkikleri bütüncül bir şekilde değerlendirildiğinde ön planda BT'deki multipl kitleler malign metastaz ile uyumlu bir görünüm sergilese de lezyonların benign karakterde olabileceği de düşünülerek ayırıcı tanı açısından karaciğer biyopsisi planlandı. Karaciğerden alınan multipl biyopsilerin patoloji sonucu "hepatik adenom" ile uyumlu olarak geldi. Hastada tanı olarak hepatik adenomatozis düşünüldü.

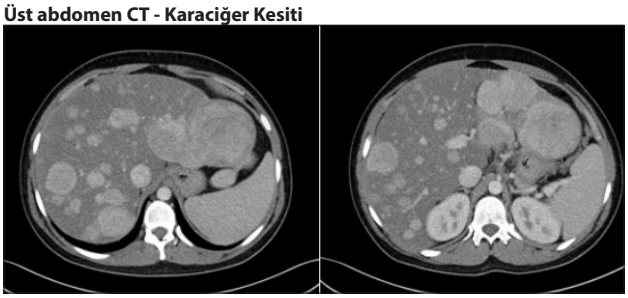
Hepatik adenom sıklıkla oral kontraseptif veya androjen kullananlarda görülür. Çoğunlukla asemptomatik olup benign ve nadir bir tümördür. Tipik olarak soliterdir. Adenomatozisde multipl lezyonlar halinde olabilir. Bu lezyonların kanama ve maligniteye dönüşme riskleri vardır. Genellikle iyi sınırlıdırlar. İç yapısındaki kanama ve nekroz alanlarına bağlı olarak heterojen alanlar içerebilirler. 15 cm'ye kadar varabilen büyüklükleri olabilir. Kanama ve uzun yıllar içinde malignite gelişme potansiyelleri nedeni ile dikkatle izlenmelidirler.

Anahtar kelimeler: hepatik adenomatozis

Hastanın Karaciğer Biyopsisine ait patoloji görüntüleri



Üst abdomen CT - Karaciğer Kesiti



Endoskopi

EPS - 032

GASTRİK SUBEPİTELYAL LEZYONU TAKLİT EDEN SPLENİK ARTER ANEVRİZMASI

Mete Akın, Bülent Yıldırım

Akdeniz Üniversitesi Tıpfakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Splenik arter anevrizması aorta ve iliak arter anevrizmalarından sonra üçüncü sıklıkta görülen abdominal anevrizmadır. Sıklıkla asemptomatik olmasına rağmen bazı hastalarda karın ağrısı ve bulantı gibi nonspesifik semptomlar görülebilir. Burada dispeptik şikayetleri nedeniyle yapılan üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisinde midede subepitelyal lezyon rapor edilen ve bu lezyonun endoskopik ultrasonografi (EUS) incelemesi ile splenik arter anevrizması tanısı konulan bir hasta bildirilmiştir.

Olgu: Kırk altı yaşında kadın hasta dispeptik şikayetleri olması ve Dermatoloji bölümünce dermatitis herpetifoprmis tanısı konulması nedeniyle gluten enteropatisi araştırılması amacıyla gastroenteroloji polkliniğine yönlendirilmişti. Özgeçmişinde bir hastalık öyüsü ve kullanmakta olduğu ilaç yoktu. Fizik muayenesinde anlamlı patoloji saptanmadı. Üst GİS endoskopisinde mide korpus-fundus birleşimi arka duvara yakın lokalizasyonda yaklaşık 2 cm çaplı, üzeri normal mukoza kaplı, polipoid subepitelyal lezyon görünümü rapor edildi (Resim 1). Radial EUS incelemede bu seviyede mide duvar katları arasında bir patoloji yoktu ancak yaklaşık 20x16 mm çaplı, yuvarlak, anekoik, Doppler US incelemede içerisinde pulsatil tarzda vasküler akım alınan, splenik hilusa komşu ve splenik arter ile ilişkili olduğu düşünülen vasküler lezyon (anevrizma?) ve bu seviyede mideye bası oluşturduğu tespit edildi (Resim 2). Dinamik batın tomografisinde de lezyonun kısa bir boyun ile splenik arter ile ilişkili anevrizma olduğu doğrulandı.

Sonuç: Splenik arter anevrizmaları 5. ve 6. dekatta daha sık olmakla birlikte bütün yaş gruplarında görülebilir ve kadınlarda daha sıktır. Genellikle asemptomatik olsa da %75'e varan oranda mortalite ile sonuçlanabilecek rüptür gibi komplikasyonları görülebilir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir. Mideye yakın komşuluğu nedeniyle bizim vakamızda olduğu gibi endoskopik incelemede gastrik subepitelyal lezyonu taklit edebilecek dış bası bulgusuna yol açabilir.

Anahtar kelimeler: Splenik arter anevrizması, endoskopi, endoskopik ultrasonografi



Resim 2. Radial EUS incelemede splenik hilusa komşu, splenik arter le ilişkili anevrizmanın görünümü



Resim 1. Üst GİS endoskopide mide korpus proksimali fundus birleşiminde subepitelyal lezyon düşündüren görünüm

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 033

KOLEDOĞUN EKTOPİK AÇILIM ANOMALİSİ: KLİNİK DENEYİMLER

Ümit Karabulut, Ali Üzel, Ramazan Yolaçan, Feyzullah Uçmak, Muhsin Kaya

Dicle Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Koledoğun gastrointestinal kanalda ektopik açılımı, çok nadir görülen konjenital bir anomalidir. Bu hastaların klinik ve endoskopik özellikleri yeterince bilinmemektedir. Biz bu çalışmada geriye dönük, 12 yıllık zaman diliminde, ERCP yapılan 3872 hastadan, koledok açılım anomalisi saptanan 29 hastanın klinikopatolojik verilerini değerlendirdik.

Yöntem: Koledoğun ektopik açılım anomalisi ile ilgili veriler, 12 yıllık dönemde (Ekim 2008-Ekim 2020) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji kliniğinde yapılan ERCP kayıtlarından elde edildi. Koledoğun duodenum ikinci kısmı dışında mide, pilor kanalı, duodenal bulbus, duodenum üçüncü veya dördüncü kısma açılması anormal açılım olarak sınıflandırıldı. Hastalarla ilgili demografik ve klinik veriler, laboratuar bulguları, endoskopik bulgular, ERCP bulguları, retrospektif olarak gözden geçirildi.

Bulgular: 12 yıllık zaman diliminde kliniğimizde ERCP yapılan 3872 hastanın 29'unda koledok açılım anomalisi saptandı(%0,74). Hastaların 21'i Erkek (%72), 8'i kadındı(%28). Hastaların yaş aralığı; 17-86 olup, yaş ortalaması;62 idi. Hastaların %68'inde(20 hasta) tekrarlayan kolanjit öyküsü, %48 hastada (14 hasta) kolesistektomi öyküsü vardı. %37 hastada(11 hasta) tekrarlayan duodenal ülser, %6,8 hastada (2 hasta) hastada tekrarlayan gastrik ülser kliniği vardı. %72'sinde(21 hasta) duodenum lümeninde darlık olup, 10 hastada duodenal ülser olmamasına rağmen duodenal darlık izlendi. Hastaların %86'sında(25 hasta) koledoğun bulbusa açıldığı izlendi. %3,4 hastada(1 hasta) koledoğun pilora, %3,4 hastada(1 hasta) koledoğun mideye(antrum), %3,4 hastada da (1 hasta) koledoğun duodenum üçüncü kısma açıldığı izlendi. Hastaların %79'una(23 hasta) koledokta genişleme ve koledokolitiyasis endikasyonuyla ERCP yapılırken, %6,8 hastaya(2 hasta) koledokta genişleme, %3,4 hastaya(1 hasta) bilioma nedeniyle ERCP yapıldı. Hastaların tamamında, koledok açılım yerinde sfinkterotomi yapılmasını gerektirecek sfinkter yapısının olmadığı, yarık benzeri bir çizgi görünümünde papil olduğu saptandı.

Sonuç: Koledok açılım anomalileri daha çok ileri yaş erkeklerde görülen, en fazla bulbusa açılım gösteren anomalilerdir. Bu hastaların büyük çoğunluğunda apikal darlık mevcut olup, hastalar akut kolanjit ataklarıyla hastaneye başvururlar.

Anahtar kelimeler: Koledok, ektopik açılım, kolanjit, apikal darlık

Endoskopi

EPS - 034

MİDEDE NADİR GÖRÜLEN BİR YABANCI CİSMİN ENDOSKOPİK ÇIKARILMASI: BİR KALEM

Ali Üzel[1], Ümit Karabulut[1], Ramazan Yolaçan[1], Serkan Arslan[2], Feyzullah Uçmak[1]

[1]Dicle Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Çocuk Cerrahisi Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Gastrointestinal sistemde yabancı cisimler sıklıkla özofagusa lokalize olmaktadırlar. Mide ve ince barsaklara geçen yabancı cisimler çoğunlukla kendiliğinden atılırken, bir kısmı ise endoskopik veya cerrahi tedavi gerektirir. Bizim amacımız; midede yabancı cisim tespit edilen, mide distaline geçemeyecek büyüklük ve karakterde olan bir yabancı cismin endoskopi ile çıkarılıp tedavi edilen bir olgu sunmaktır.

Olgu: 16 yaşında kadın hasta yabancı cisim yutma nedeniyle acil servise getirildi. Öykü sorgulamasından yabancı cismin kalem olduğu öğrenildi. Hastanın kalemi bilinçli yutup yutmadığı bilinmemektedir. Hastanın karın ağrısı ve bulantı şikayetleri mevcuttu. Hastanın çekilen direk karın grafisinde yabancı cismin mide lojunda lokalize olduğu görüldü, grafide perforasyon bulgusu izlenmedi(resim1). Hastanın yapılan fizik muayenesinde akut batın tablosunu düşündürecek bulguya rastlanmadı. Yapılan laboratuvar incelemeleri normaldi. Hastaya genel anestezi uygulandı ve özofagogastroduodenoskopi yapıldı. Endoskopide mide antrumunda serbest halde bulunan kalem görüldü. Kalem, yakalama forsepsi ile açık olan ucundan yakalanarak mideden çıkarıldı. Yabancı cisim, 17 cm uzunluğunda ve 4 mm çapında, bir ucu açık plastik bir kalemdi(Resim2). Hemen ardından yapılan kontrol endoskopide kanama, perforasyon bulgusuna rastlanmadı. Daha sonraki vizitlerde, hasta psikatriye konsülte edildi. Yapı-

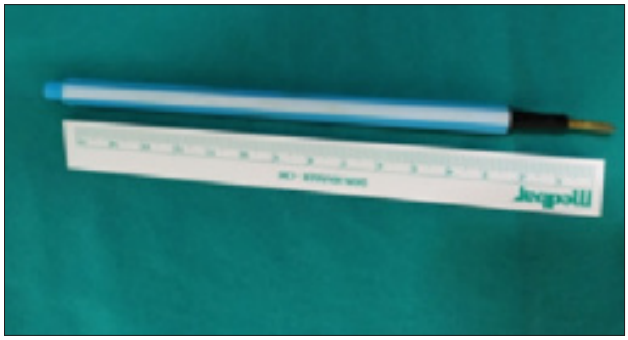
lan psikiyatrik değerlendirme sonucu hastada psikiyatrik patoloji saptanmadı. Genel durumu iyi olan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Midede piloru geçemeyecek büyüklükte delici, kesici karakterdeki yabancı cisimler endoskopi ile çıkarılabilir. Düşük morbidite, mortalite ve işlem kolaylığı nedeniyle endoskopi en güvenilir yöntem olmaya devam ediyor.

Anahtar kelimeler: mide, yabancı cisim, kalem



Resim 1. Ayakta direkt karın grafisinde yabancı cismin görünümü



Resim 2. Çıkarılan yabancı cisim

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 035

HEMOFİLİ A HASTASINDA DİEULAFOY LEZYONUNA BAĞLI GASTROİNTESTİNAL KANAMA

Ümit Karabulut[1], Ramazan Yolaçan[1], Ali Üzel[1], Şengül Yerlikaya[2], Feyzullah Uçmak[1]

[1]Dicle Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Hematoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Dieulafoy lezyonu, gastrointestinal sistem kanamalarının nadir görülen, sık tekrarlayan, mide mukozasının yüzeyel vasküler lezyonudur. Dieulafoy lezyonuna bağlı gastrointestinal kanamalar, özellikle hemofili gibi pıhtılaşma bozukluğu ile beraber olduğunda daha ölümcül seyredebilir. Amacımız; hemofili A(Faktör VIII eksikliği) tanısı olan, dieulafoy lezyonuna bağlı masif gastrointestinal kanaması olan olan bir vaka sunmaktır.

Olgu: 19 Yaşında erkek hasta acil servise son üç saat içerisinde iki kez kanlı kusma şikayeti olması üzerine acil servise başvurdu. Hastanın hemofili tanısı mevcut olup düzenli olarak faktör VIII tedavisi aldığı öğrenildi. Daha önce çok kez tekrarlayan hemartoz öyküsü vardı. Hastanın daha önce gis kanaması geçirmediği, nsaii kullanımı, epigastrik ağrı, kilo kaybı, sarılık gibi şikayetleri olmadığı öğrenildi. Hasta alkol, sigara kullanmıyordu. Yapılan fizik muayenede hastada hipotansiyon (100/60), taşikardi(120/dk) izlendi, sistemik muayene normal sınırlar içindeydi. Hastanın başvuru esnasında bakılan laboratuvar parameterlerinde: hemoglobin: 6.1 g/dL, PT(Protrombin zamanı): 12,8 sn, APTT(aktive parsiyel tromboplastin zamanı):41 sn, kreatinin: 0,71 mg/dL olarak izlendi. Hastanın oral alımı kesildi ve Hastaya İntravenöz Ringer laktat ve pantoprazol infuzyon tedavisi başlandı. Hastaya faktör VIII tedavisi verildi. Hastaya üst endoskopi yapıldı. Endoskopide; Bulbus poterior duvarda bir adet dieulafoy lezyonu izlendi. Lezyona salin- adrenalin ile skleroterapi yapıldıktan sonra bir adet hemoclip atıldı. Hastanın takiplerinde toplan 4 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite taze donmuş plazma verildi. Yatışının dördüncü gününde kanaması olmayan oral beslenmesi başlayan hasta poliklinik kontrolüyle taburcu edildi.

Sonuç: Hemofili A tanılı hastalarda dieulafoy lezyonuna bağlı gastrointestinal kanaması nadir görülür. Bu hastalarda kanama ölümcül seyredebilir. Bu kliniğe sahip hastalarda faktör VIII tedavisi dışında uygulanan tedavi protokolu diğer hastalarla aynıdır.

Anahtar kelimeler: Dieulafoy, gastrointestinal kanama, hemofili

Karaciğer

EPS - 036

KARACİĞERDE KİTLESEL LEZYON VE İZOLE HİPEREOZİNOFİLİ İLE TANI ALAN KİST HİDATİK VAKASI

Çisem Kızıldağ[1], Erdinç Gülümsek[2], Hüseyin Ali Öztürk[1], Fatih Necip Arıcı[1], Dilan Damla Öztürk[1], Hilmi Erdem Sümbül[1], Banu Kara[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Adana
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Adana

Giriş: Hidatik kistler genelde belli bir büyüklüğe ulaştıklarında semptom verirler. Rutin laboratuar testlerinde spesifik değişiklikler görülmez. Karaciğer fonksiyon testleri normal olabileceği gibi kolestaz enzimleri veya transaminazlar yüksek bulunabilir. %30 olguda eozinofili görülür.

Olgu: Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan 33 yaşında erkek hasta 2 gündür olan nonspesifik karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Batın sağ üst kadranda hassasiyeti olup diğer sistem muayeneleri normal idi. Laboratuar incelemesinde; lökosit: 7.5 10^3/ u/L, hemoglobin: 16.1 g/dl, trombosit: 188 10^3/ u/L, eozinofil: 1.8 10^3/ u/L, glukoz: 116 mg/dl, üre: 33 mg/dl, kreatinin: 0.8 mg/dl, potasyum: 4.0 mmol/l, sodyum: 139 mmol/l, direkt bilirubin: 0.3mg/dl, total bilirubin:1.1 mg/dl, aspartat transaminaz : 45 U/L, alanin transaminaz : 43 U /L, albumin: 35 g/dL, INR:1.0 saptandı. Batın USG'de karaciğer sağ lob segment 7 de 100x70mm boyutunda heterojen ekojenite gösteren kitle saptandı. Daha sonra ileri görüntüleme amacıyla hastaya üst batın MR çekildi. Üst batın MR'da karaciğer sol lobda T2A serilerde içerisinde membranlar bulunan,T1A hipointens,T2A hiperintens sinyal özelliğinde 4,4x6,2cm çapta kist hidatik ile uyumlu kistik kitlesel lezyon saptandı. Tariflenen lezyon kontrastlanma göstermemişti. Karaciğer

segment 7-8 bileşkesinde ise yaklaşık 7,5x9,7cm çapta,T1A hipointens,T2A hiperintens sinyal özelliğinde T2A serilerde multikistik septalı heterojen kitlesel lezyon saptandı. Ayrıca lezyonun anterior inferior komşuluğunda benzer görünüm özelliğinde büyüğü 4 cm çapta iki adet daha kistik kitlesel lezyon saptandı. Hastanın kist hidatik İHA 1/1280 ölçüldü. Hastaya karaciğer kist hidatik tanısı konuldu.

Tartışma: Hidatik kistlerin klinik bulguları çok değiken olup semptomlar tutulan organlara, kistin büyüklüğü ve organdaki yerleşimine bağlıdır. Bir çalımada asemptomatik vakaların tüm vakaların %38-60'ını oluşturduğu gösterilmiştir. Hayli değişken bir inkübasyon döneminden sonra kısmen kistin büyümesine, komşu dokulara baskı yapmasına ve komplikasyonlara bağlı olarak kistler semptomatik konuma geçebilirler. Vakamızda da kistler kitle oluşturacak kadar büyümelerine rağmen son 2 güne kadar semptom vermemiştir. Kistlerin safra yollarına açılması kolestatik enzimlerin hızla ve geçici olarak yükselmesine neden olabilir. Vakamızda da bilirubin değerleri normal saptanmıştır. Bu bize hastanın bilirubin değerleri düştükten sonra tarafımıza başvurduğunu düşündürdü. Çünkü daha sonra bakılan alkalen fosfataz ve gama glutamil transferaz değerleri yüksek saptanmıştı. Nonspesifik karın ağrısı ile gelen ve eozinofil yüksekliği dışında laboratuvar bulgusu olmayan bu olgunun radyolojik değerlendirilmesinde karaciğerin neredeyse yarısını kaplayan kist hidatik lezyonları saptandı. Hipereozinofili ve karın ağrısı ile gelen hastalarda ayrıcı tanılar arasında karaciğer kist hidatiğinin de düşünülmesi gereklidir.

Anahtar kelimeler: Kist hidatik, hipereozinofili, karaciğerde kitle

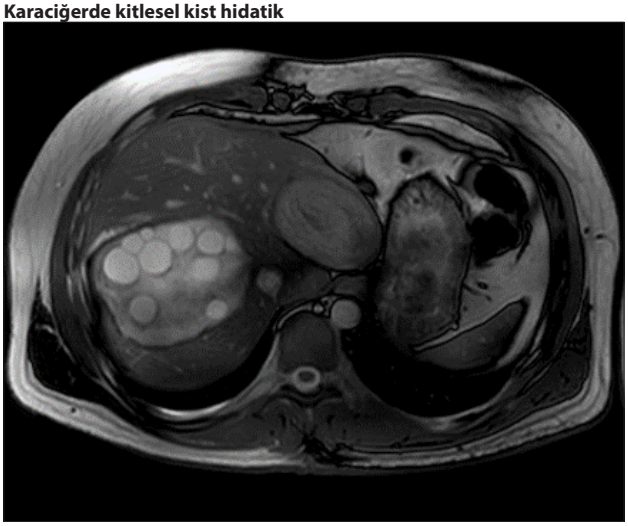
Kayraklar

1. Ammann RW, Eckert J. Cestodes: Gastroenterol Clin North Am 1996;25:655689.
2. Pawlowski ZS, Eckert J, Vuitton DA, et al. Echinococcosis in humans: clinical aspects, diagnosis and treatment. In: WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. Eckert J, Gemmell MA, Melsin FX, Pawlowski ZS (eds) World Organization for Animal Health, Paris, France 2001: 20-68
3. Garcia LS. Tissue cestodes. In: Diagnostic Medical Parasitology. Garcia LS (ed), 4th ed. ASM Press, DC. 2001: 386-412.
4. Teggi A, Divico B. The natural history of human cystic echinococcosis by imaging methods. In: Cestode zoonoses: echinococcosis and cysticercosis, an emergent and global problem. Craig P and Pawlowski Z, (eds). IOS Press, Amsterdam, The Netherlands 2002:125-34
5. Eckert J, Deplazes P. Biological, Epidemiological, and Clinical Aspects of Echinococcosis, a Zoonosis of Increasing Concern. Clin Microbiol Rev 2004;17:107-135.

Karaciğerde kitlesel kist hidatik



Karaciğerde kitlesel kist hidatik



Pankreas

EPS - 037

İPMN ŞEKLİNDE PREZENTE OLAN MÜSİNÖZ KİSTİK NEOPLAZMLI VAKA

Çağatay Ak[1], Süleyman Sayar[1], Hüseyin Aykut[1], Nermin Bilgiç[1], Tolga Canbak[2], Kamile Altundal[3], Itır Ebru Zemheri[3], Zuhal Çalışkan[1], Resul Kahraman[1], Gupse Adalı[1], Hamdi Levent Doğanay[1], Kamil Özdil[1]

[1]Sbü Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği
[2]Sbü Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
[3]Sbü Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü

Giriş: Pankreasın kistik hastalıkları inflamatuvar psödokistler, nonmüsinöz (seröz kistadenomlar, solid psödopapiller neoplazi) ve müsinöz kistler (müsinöz kistadenomlar, müsinöz kistadenokarsinom ve intraduktal papiller müsinöz neoplaziler (İPMN) dir. Pankreas kistlerinin teşhisi ve malign transformasyon riskinin değerlendirilmesinde anamnez fizik muayne bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve son yıllarda kullanımı artan endoskopik ultrasonografi kullanılmaktadır. EUS, kistin detaylı görüntülenmesine izin verir ve EUS kılavuzluğunda ince iğne aspirasyonu yoluyla kist duvarı ve sıvısından örnek alınmasına izin verir. Radyolojik görüntüleme yanında aspirasyonun değerlendirilmesi kistin tanısında çok değerlidir fakat kesin tanı cerrahi ile mümkündür. Biz İPMN şeklinde prezente olan musinöz kistik neoplazımlı bir vakayı bildireceğiz.

Vaka: Otuz üç yaşında kadın hasta non- bilier pankreatit sonrası pankreas kuyruk kesminde kistik lezyon olması nedeni ile tarafımıza yönlendirildi. Hastanın MR görüntülemesinde pankreas kuyruk lokalizasyonunda yaklaşık 41x43 mm boyutlarında cidarı kalın ve hafif düzensiz içerisinde yer yer ince ve yer yer kalın inkomplet septasyonel görünümler seçilen periferal kontrastlanma gösterdiği izlenen ve wirsung ile ilişkili olabileceği düşünülen kompleks kistik görünüm izlendi. Hastaya yapılan EUS da pankreas gövde kuyruk bölgesinde pankreatik kanal geniş olup 6.3 mm olarak ölçüldü. Pankreas kuyruk bölgesinde pankreatik kanal ile ilişkili 48x43 mm boyutlu içerisinde milimetrik mural nodül bulunan hipoekoik kistik oluşum görüldü. İİAB ile kistten sıvı örneklemesi yapıldı. Hastanın kist sıvısında amilaz seviyesi 18114 U/L, CEA seviyesi 72,6 ng/ml olarak saptandı. Ana kanal ilişkili İPMN ön tanısı ile

ve malign transformasyon riski nedeni ile hastaya distal pankreatektomi+ splenektomi operasyonu yapıldı. Hastanın patolojisi pankreasın müsinöz kistik neoplazisi olarak raporlandı.

Tartışma: Müsinöz kistik neoplazm (MKN) genellikle pankreatit öyküsü ile ilişkisizdir. Pankreas gövde ve kuyrukta daha sık yerleşirler. Radyolojik olarak makrokistik, kalın duvarlı, septa veya papiller yapılar içeren lezyonlar görülür. Kist sıvısında amilaz seviyesi düşük, CEA seviyesi yüksektir. İntraduktal papiller müsinöz neoplazmda (IPMN) da pankreatit öyküsü olabilir. Endoskopik retrograd kolanjiopakreatografi (ERCP), manyetik rezonans kolanjiopakretografi (MRCP) yada EUS da ana pankreatik kanalda kistik dilatasyon görülür. Kist sıvısında amilaz seviyesi yüksek CEA seviyesi yüksektir fakat MKN de CEA seviyesi IPMN ye göre daha yüksektir. MKN de kist sıvısında CEA seviyesi genellikle 200 U/L üzerindedir. Bizim vakamızda kistin radyolojik, EUS görüntülemesi ve sıvı analizi değerlendirildiğinde ön planda İPMN düşünülse de cerrahi sonrası patolojisi MKN olarak sonuçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: pankreas kistik lezyon, müsinöz kistik neoplazi, intraduktal papiller müsinöz neoplazi

Pankreatik kistin EUS ve MR görüntüleri.



Makroskopik görünüm ve X100 H&E Tek sıralı kolumnar müsinöz tip epitel ile döşeli kistin ovarian tip stroması



Karaciğer

EPS - 038

NONSİROTİK HASTADA GELİŞEN DEV ADRENAL METASTAZ İLE PREZENTE OLAN HEPATOSELÜLER KARSİNOM

İlker Şen

Şişli Hamidiye Etfal Eah, Gastroenteroloji Kliniği

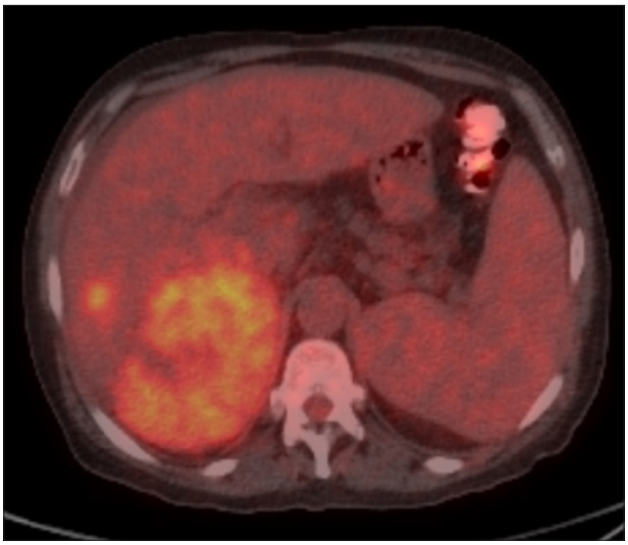
Giriş: Hepatosellüler karsinom (HCC) karaciğerin en sık görülen primer malign tümörüdür. Viral ve diğer etyolojilere bağlı karaciğer sirozu gelişen hastalar artmış HCC riski ile karşı karşıyadırlar. Bu nedenle bu hasta grubu artmış HCC riski açısından takip edilmektedir. Nonsirotik karaciğerde HCC gelişimi çok az görülen bir durumdur. En sık metastaz alanları ise akciğer, intraabdomina lenf nodları, kemik ve adrenal bezlerdir. Glikoprotein yapıda olan Alfa fetoprotein (AFP) sıklıkla tümör belirteci olarak kullanılır, %60 sensitivite, %80 spesifiteye sahiptir. Küçük boyutlu HCC'lerde %40'a varan oranlarda normal saptanabilir, boyut arttıkça düzeyin yükseldiği bildirilmiştir.

Olgu: 61 yaşında erkek, hasta, özgeçmişinde KOAH dışında bilinen hastalığı olmayan hasta, başka bir nedenle yapılan kesitsel incelemesinde, Karaciğer segment 6 da 30 mm boyutunda T1 hipointens,T2 heterojen hiperintens,santrali kistik-nekrotik karakterde,difüzyon kısıtlayan komponent bulunan, IVKM sonrası periferik heterojen kontrast tutulumu izlenen lezyon izlendi. Sağ böbrek üst polü düzeyinde sağ sürrenal lojda, 75x91x86 mm boyutta yer kaplayan solid lezyont izlenmiştir. Tarfi edilen lezyonda difüzyon ağırlıklı serilerde difüzyon kısıtlaması mevcuttu. Karaciğer parankimi ve konturları normaldi. FDG-PET incelemede ise adrenal bezdeki lezyonun SUVmax:7.8, karaciğer segment 6'daki lzeyonun ise:3.6 olarak saptandı. Laboratuar testlerinde Trombositleri:340.000/μl, AST:34U/L, ALT:36 U/L, T.Bil:0,9 mg/dl, D.Bil: 0,3 mg/dl, Albumin:3,9 g/dl, Protrombin zamanı:12 sn, HBsAg (-), HbsAg (-), Anti-HCV (-), AFP: 7 ng/ml saptandı. Hastaya adrenal tümör+ karaciğer metastazı ön tanısı ile girişimsel radyololoji tarafından her iki lezyona biyopsi yapıldı. Patolojik inceleme sonucu; her iki lezyonda hepatoselüler karsinom olarak rapor edildi. İmmunohistokimyasal olarak tümöral hücrelerde heppar, ck8/18, arginaz ve pcea ile yaygın pozitif; p53 ve glipikan 3 ile fokal pozitif reaktivite saptandı. Cd34 ile sinüzoidal patternde boyanma görüldü. Ck7 ve ck19 ile eşlik eden biliyer proliferasyon odaklarında boyanma mevcutken, tümörde immunreaktivite izlenmedi. Kalretinin, melan-a, bcl-2, vimentin, inhibin, sinaptofizin ve ck20 ile boyanma görülmedi. Retikülin histokimyasal incelemesinde oryantasyon kaybı izlenen üç hücre kalınlığını aşan bozulmuş retiküler çatı değerlendirildi.

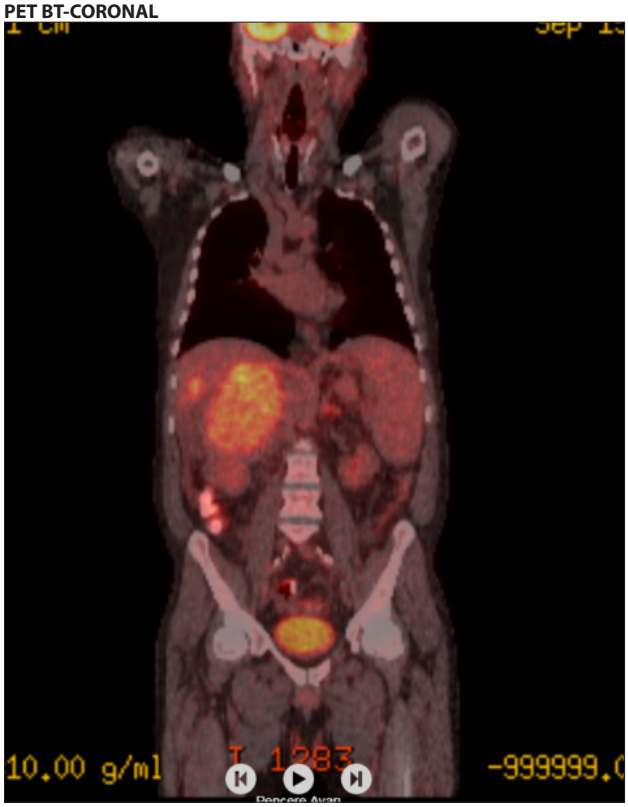
Sonuç: Hastamız bilinen HCC risk faktörlerini taşımayan bir hasta idi. Böyle bir hastada ilk incelemede saptanan lezyonlar öncelikle, sürrenal kitle ve karaciğere metastaz olarak değerlendirilmişti. Biyopsi sonucu ise az rastlanan - Non sirotik karaciğerde, normal AFP, primer tümöre göre oldukça büyük metastaz ile prezente olan HCC - tablosunu ortaya koydu.

Anahtar kelimeler: hepatoselüler kanser, adrenal metastaz, nonsirotik

PET BT-AXİAL



PET BT-CORONAL



Endoskopi

EPS - 039

DİSFAJİSİ OLAN HASTADA ÖZOFAGUSTA SÜRPRİZ MATERYAL

Ufuk Avcıoğlu, Müge Ustaoğlu, Talat Ayyıldız, Ahmet Bektaş

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Özofagusta oluşan malign darlıkların en sık nedeni özofagus kanseri ve gastrik kardia kanseri iken benign darlıkların en sık nedeni uzun süreli gastroözofageal reflüye bağlı gelişen peptik striktürlerdir(1,2). Özofagus darlıkları özofagus klirensini bozarak yutulan maddelerin lümende birikmesine yol açar. Uygun diyet ve hazırlığa rağmen bir çok darlık hastasında endoskopik işlem esnasında lümeni dolduran gıda artıkları nedeniyle optimal görüntü sağlanamaz ve lümenin içeriği değerlendirilemez. Aspirasyon riskinden korunmak için overtüp ile dilatasyon işlemi yapılabilir, ancak lümen içeriği mide ye geçtiğinde toksik etkilere neden olabilecek sürprizlere sahip olabilir. Dilatasyon vakalarında lümen içeriği temizlendikten sonra işlem yapılmasının ve akalazya ayırıcı tanısının önemine dikkat çekmek içi bu vakayı sunmaya karar verdik.

Vaka: 86 yaşında erkek hasta yutma güçlüğü ve kilo kaybı şikâyetleriyle polikliniğe başvurdu. Anamnezinde 3 aydan beri giderek artan, katılarda daha belirgin olan disfajisi, 20 kg kilo kaybının olduğu ve dış merkezde akalazya ön tanısı ile nifedipin tablet başlandığı öğrenildi. Fizik muayenede kaşektik ve düşkün görünümdeydi. Rutin laboratuar tetkikleri normaldi. Özofagogastroduodenoskopi(ÖGD)'de özofagus lümeni gıda artıkları ile dolu görüldü ve özofagus distal kesimde ön kesici dişlerden itibaren 35-37. cm ler arası endoskopun geçişine izin vermeyen lümeni çepeçevre saran darlık tespit edildi. Overtüp yerleştirildikten sonra fileli snare yardımıyla lümendeki gıda temizlendikçe lümende çok sayıda yuvarlak şekilli kırmızı renkte yabancı cisimler belirmeye başladı(Resim 1). Bunlarda fileli snare yardımı ile tutularak çıkarıldı. Çıkarılan materyal incelendiğinde özofagus lümeninden 19 adet nifedipin 30 mg kontrollü salınımlı tablet çıkarıldığı görüldü(Resim 2). Daha sonra darlık bölgesine buji dilatasyonu uygulandı ve bu bölgeden biyopsiler alındı. Biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinoma ile uyumlu geldi.

Tartışma: Disfaji kliniği ile gelen hastalara oral formda ilaç başlarken ilaçların darlık bölgesinden geçemeyip lümende birikebileceğini göz önünde bulundurarak sıvı formda veya kolay çözünebilir ilaçları tercih edilmelidir. Oral yolla alınan ilaçlar endoskopik işlem esnasında gıda artıkları arasında görülemeyebilir. Özofagus lümeni gıda artıkları ile dolu iken dilatasyon işlemi yapılmamalıdır(3). Aksi halde yapılan dilatasyon işlemi sonrası biriken gıda artıkları ve ilaçlar toplu halde mide lümenine geçerek terapötik doz aralığının çok üstünde ilaç maruziyetine bağlı toksik etkiler gösterebilir. Özofagus darlıklarında dilatasyon gelişimi ve lümendeki gıda artıkları endoskopik tetkik esnasında optimal değerlendirmeyi güçleştirmekte ve hatalı tanı olasılığını artırmaktadır. Bu nedenle özofagus lümeninde gıda artıkları olan bir hastaya dilatasyon işlemi uygulanmadan önce gıda artıkları dışında hastanın kullandığı ilaçlarında birikebileceği düşünülmeli ve mutlaka lümen temizliği yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Dilatasyon tedavisi, İlaç retansiyonu, Özofagus darlığı

Kayraklar

1. Tracey JP, Traube M. Difficulties in the diagnosis of pseudoachalasia. Am J Gastroenterol. 1994 Nov;89(11):2014-8.
2. Marks RD, Richter JE. Peptic strictures of the esophagus. Am J Gastroenterol. 1993 Aug;88(8):1160-73.
3. Standards of Practice Committee, Egan JV, Baron TH, Adler DG, Davila R, Faigel DO, Gan SL, Hirota WK, Leighton JA, Lichtenstein D, Qureshi WA, Rajan E, Shen B, Zuckerman MJ, VanGuilder T, Fanelli RD. Esophageal dilation. Gastrointest Endosc. 2006 May;63(6):755-60.

Özofagus lümenide biriken gıda artıkları temizlendikten sonra ortaya çıkan tabletlerin görüntüsü



Dışarı alınan tabletlerin görüntüsü



Karaciğer

EPS - 041

LİTERATÜR EŞLİĞİNDE OTOİMMUN HEPATİT HASTALARIMIZIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Cihat Yıldırım[1], Ramazan Yolaçan[2], Ümit Karabulut[2], Ali Üzel[2], Feyzullah Uçmak[2], Muhsin Kaya[2]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Otoimmün hepatit (OİH); karaciğer enzim ve serum immunglobülin düzeylerinin yükseldiği, sıklıkla otoantikorların yüksek titrede pozitifleştiği, tipik histolojik özelliklere sahip, etyolojisi net bilinmeyen ve diğer karaciğer hastalıklarının dışlanmasıyla tanısı konulan bir hastalıktır. Çalışmamızda kliniğimizde OİH tanısı konulmuş olan hastaların tanı anındaki demografik, klinik özelliklerini, laboratuvar parametrelerini, verilen tedavileri ve tedavi yanıtlarını araştırmayı ve bunları literatür verileriyle karşılaştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 1 Ocak 2010-1 Ocak 2020 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde OİH tanısı konulmuş 62 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya alınan hastaların tanı anındaki genel özellikleri, laboratuvar değerleri, otoantikor düzeyleri, ek otoimmün hastalık varlığı, karaciğer histolojisi, tedavi durumu ve tedavi yanıtları, ortalama takip süresi, ortalama ve ortanca sağkalım süreleri araştırıldı.

Bulgular: Hastaların 57'si (%91,9) kadın 5'i (%8,1) erkekti. Kadın erkek oranı 11,4/1 idi. Hastalarımızın yaş ortalaması 34,76±14,9 idi. Hastaların ortalama izlem süresi 31,4 ay (±24) olarak saptandı. Tip 1 OİH %61,2, Tip 2 OİH %5, overlap sendromlar %12,8 ve seronegatif OİH %21 olarak saptandı. Otoantikolardan en sık ANA (%71,6) pozitif olarak saptandı. OİH hastalarımıza eşlik eden diğer otoimmün hastalıklardan en sık otoimmün tiroidit eşlik etmekteydi (%11,3). ALT ve/veya AST'nin 10 kattan fazla arttığı hasta sayısı 34 (%54,8) idi. Aminotransferaz düzeylerinin 10 kattan fazla artışı istatistiksel olarak anlamlı şekilde kadınlarda daha fazla görüldü ($p<0,05$). Histolojik olarak interface hepatit %100, lenfoplazmositer infiltrasyon %59,5, rozet formasyonu %19,4 olarak görüldü. Ayrıca biliyer değişikliklerin de %22,6 oranında eşlik etmekteydi. Tanı esnasında 19 (%30,6) hastada karaciğer sirozu saptandı. Tedavi verilen hastaların %58'i (36) komplet yanıt verirken %22,5'i (14) kısmi yanıtlı, %9,6'sı (6) yanıtsızdı. Komplet yanıt elde edilen hastaların tam remisyona ulaşma süresi ortalama 11,78 aydı. Komplet yanıt elde edilen 36 hastanın 22'sinde (%61) relaps gözlendi. Hastaların ALT, AST, ALP ve IgG'de 1. ayın sonunda anlamlı düşüş saptanırken, total bilirubinde anlamlı düşüş 3. ayın sonunda saptandı ($p<0,05$). Tedavi öncesi ve sonrası kesin ve muhtemel tanılı hastaların istatistiksel olarak anlamlı şekilde birbirine dönüştüğü saptandı ($p<0,05$). Çalışmaya alınan hastaların 2'sinin (%3,2) vefat ettiği 60'ının (%96,8) sağ olduğu saptandı. Hastaların ortalama sağkalım süresi 105 idi. Hastaların 5 yıllık sağkalım oranı %92 olarak bulundu.

Sonuç: Bizim çalışmamızdaki OİH olgularının en önemli özelliği seronegatif vakaların literatür ile uyumlu olarak yüksek oranda saptanmasıdır. Bu nedenle günlük pratikte otoantikorların negatif olmasının OİH tanısını dışlamadığını klinisyenin mutlaka göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Otoimmün hepatit, ANA, siroz

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 042

MİDEDE ÇİFT DİEULAFOY LEZYON KANAMASI

Ramazan Yolaçan, Ali Üzel, Ümit Karabulut, Feyzullah Uçmak, Muhsin Kaya

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Dieulafoy lezyonu (DL) gastrointestinal sistem kanama nedenleri arasında nadir görülen, sıklıkla tekrarlayan ve hayatı tehdit eden vasküler bir lezyondur. Burada midede aynı anda çift DL kanaması olan olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen bir hastalığı olmayan 31 yaşında erkek hasta bulantı ve kusma şikayeti olması nedeniyle gastroenteroloji kliniğine yatırıldı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sigara, alkol ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde soluk görünümlü, tansiyon arteriyel:110/70 mm Hg, nabız:76/dk, solunum sayısı:14/dk, ateş:36,8°C idi. Rutin laboratuvar tetkikinde; hemoglobin:10.29 g/dl, hematokrit:%30.61 dışında anormallik yoktu. Kliniğe yatışından 1 gün sonra hastada ani hipotansiyon ve taşikardi tablosunun gelişmesi, ağzından taze kan gelmesi, melena olması nedeniyle yapılan acil endoskopik incelemede mide taze kan ile dolu idi, irrigasyon ve aspirasyon sonrası değerlendirmede mide fundus-korpus bileşkesinde DL izlendi. Hemostatik klips uygulanarak kanama kontrolü sağlandı. IV pantoprazol tedavisi (80 mg bolus ardından 72 saat boyunca 8 mg/saat infüzyon) verildi. Eritrosit transfüzyonu ve sıvı desteği sağlandı. Takiplerinde hastanın hemoglobin değerlerinde düşme olması nedeniyle yapılan kontrol endoskopisinde mide taze kan elemanları ile dolu idi. Daha önce midede izlenen DL'na atılan klipslerin yerinde olduğu izlendi. Lezyonun etrafına 1/10000'lik adrenalin ile skleroterapi uygulandı. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın hematemez tekrarı ve takiben hemoglobin değerlerinde düşme olması üzerine hastaya üçüncü kez endoskopi yapıldı. Taze kan elemanlarının olduğu midede daha önce klips atılan DL'ndan kanama olmadığı izlendi. Bu lezyonun 2.5 cm proksimalinde başka bir DL

izlendi. Lezyonun etrafına 1/10000'lik adrenalin ile skleroterapi yapıldıktan sonra hemostatik klips uygulandı. IV pantoprazol tedavisine devam edildi. Hastaya toplamda 6 ünite eritrosit transfüzyonu yapıldı, sıvı desteği sağlandı. Takiplerinde vital bulguları normal seyreden ve hemoglobin: 11.07 g/dl, hematokrit: %30.08 olan hasta yatışının 8.gününde taburcu edildi.

Tartışma: DL kanamalarında endoskopik işlem sırasında kanamanın durmuş olması, lezyonun küçük boyutlu olması ve midede yoğun miktarda kan bulunabilmesi nedeniyle lezyon gözden kaçabilir. Massif ve/veya tekrarlayan üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvurup, endoskopik olarak kanama odağı saptanamayan hastalarda DL hatırlanmalı ve midenin proksimali endoskopik olarak ayrıntılı incelenmelidir. Müdahale edilip ilk planda hemostazın sağlandığı DL' ı olan hastalarda kanamanın tekrarlaması halinde vakamızda olduğu gibi ikinci bir DL' nun olabileceği akla gelmelidir. Vakamızı normal DL kanamasından ayıran özelliği literatürde oldukça nadir bildirilen aynı anda çift DL lezyonunun izlenmesidir. Endoskopi tanı ve tedavi yöntemlerinin uygun kullanımı ile erken ve etkin hemostaz sağlanması bu hastalardaki morbidite ve mortalite oranında belirgin azalma sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Dieulafoy lezyonu, gastrointestinal kanama, endoskopik tedavi

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

EPS - 043

MASİF ALT GIS KANAMA İLE PREZENTE OLAN REKTAL DİEULAFOY LEZYONU

Anıl Kumaş[1], Tolga Düzenli[1], Murat Bulut Özkan[1], Hüseyin Köseoğlu[4]

[1]Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü
[3]Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[4]Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Dieulafoy lezyonu, sıklıkla midenin proksimalinde gözlenen, mukozayı erode ederek masif ve rekürren kanamalara neden olan büyük, aberran submukozal bir arterdir. Dieulafoy lezyonuna sekonder kanamanın tanı ve tedavisinde gecikildiğinde yüksek mortalite oranı mevcuttur. Endoskopi tanı ve tedavisinde kullanılan güvenilir ve etkin bir yöntemdir.

Olgu: Bilinen diyabetes mellitus ve buna bağlı diyabetik ayak, demans ve periferik arter hastalığı tanıları olan ve yakın zamanda subaraknoid kanama geçirme öyküsü bulunan ve buna bağlı olarak takipte olan 79 yaşında erkek hasta yeni gelişen hematokezya şikayeti nedeniyle tarafımıza danışıldı. Başvuru anında hasta soluk görünümlüydü, masif hematokezyası mevcuttu. Tansiyon arteriyel :80/50 mm hg, nabız:95 iken Hb:6,4 htc:18,5 plt:95000 INR:1,12 idi. Hastaya yapılan kolonoskopide rektum distalinde anal kanalın hemen bitiminde bir adet mukozadan lümene protrüde, çevre mukozası normal, dieulafoy lezyonu ile uyumlu damar görünümü izlendi (Resim 1). Lezyona 2 adet klips ile müdahale edildi. İşlem sonrası kanama kontrol altına alınan hastanın takibinde tekrar hematokezya gelişti ve ciddi düzeyde hemoglobin düşüşü gözlendi. Bunun üzerine hastaya tekrar rektoskopi yapıldı ve müdahale edilen lezyonun tabanından sızıntı şeklinde kanama izlendi. Lezyona tekrar klips ile müdahale edildi. Kısa süreli kanama kontrolü sağlanan hastada tekrar kanama geliştiği için hasta operasyona alındı lezyona sütür ile müdahale edildi. Kanaması duran ve hemoglobin stabilizasyonu sağlanan hasta taburcu edildi.

Tartışma: Dieulafoy lezyonu, gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesinde görülebilse de çoğunluk olguda mide kökenlidir. Patogenezi tam olarak bilinmemesine rağmen, bu lezyonun dejeneratif orijinden ziyade malformasyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Dieulafoy lezyonunun karakteristik görünümü submukozal bir defektten lümene doğru protrude olmuş, büyük, kıvrıntılı bir damardan arteriyel kanama veya kanama yokluğunda etrafında ülseri olmayan damardır. Etrafındaki mukozada inflamasyon, eksuda veya ekimoz bulunmaz. Vakamızın kolonoskopik görünümünde mukozaya protrüze, çevre mukozası normal görünüm izlenmiştir (Resim 1).

Rektumda Dieulafoy lezyonu oldukça nadir izlenen bir durum olup literatürde sınırlı vaka sunumları mevcuttur. Bizim olgumuzda masif hematokezya şikayetiyle başvurmuş olan rektal Dieulafoy lezyonu sunulmuştur. Endoskopik tedavi etkili ve güvenli bir yöntem olup, mortalite oranını belirgin şekilde azaltmaktadır. Vakamızda lezyona öncelikle endoskopik olarak müdahale edilmiş ancak endoskopik tedavi ile kanama kontrol altına alınamayınca cerrahi uygulanmıştır. Bizim vakamızda olduğu gibi cerrahi de uygun hastalarda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Hematokezya, Dieulafoy lezyonu, Endoskopik müdahale, Cerrahi

Dieulafoy lesyonunun endoskopik görünümü



Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 044

DUODENAL BURKİTT LENFOMA: NADİR BİR VAKA

Ümit Karabulut[1], Ramazan Yolaçan[1], Ali Üzel[1], Bekir Kaya[2], Feyzullah Uçmak[1], Muhsin Kaya[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Burkit lenfomanın duodenum tutulumu son derece nadirdir ve tüm lenfomaların %1'den azını oluşturur. Duodenal burkitt lenfomalar en fazla duodenumun ikinci kısmında görülür. Biz burada kilo kaybı, karın ağrısı nedeniyle kliniğimize başvuran, duodenumda burkitt lenfoma saptanan bir vakayı sunuyoruz.

OLGU: 15 yaşında erkek çocuk yaklaşık bir aydır başlayan kilo kaybı, karın ağrısı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Eşlik eden kronik hastalığı yoktu. Yapılan fizik muayenesi normaldi. Başvuru anında bakılan laboratuvar parametrelerinde; wbc:8960/mm^3 hemoglobin: 13,6 g/dL, tombosit: 462000/mm^3, ALT: 9 U/L, AST: 16 U/L, LDH: 278 U/L, Total bilirubin: 2,5 mg/dL, kreatinin: 0,7 mg/dL olarak izlendi. Hastaya bakılan HİV testi negatif olarak raporlandı. Hastaya yapılan üst endoskopide: Duodenum bul-

bustan başlayıp duodenum ikinci kısmına kadar uzanan, lümeni çepeçevre invaze eden, uzun çapı 7-8 cm boyutunda olan kitlesel lezyon izlendi, bu lezyondan biyopsiler alındı. Patoloji tarafından değerlendirilen biyopsi örneklerinde; Burkitt lenfoma tanısı konuldu (İmmunohistokimyasal çalışma: LCA, CD 10, CD 20, BCL-6 Pozitif, Pan CK, BCL-2, CD 5, CD3, Tdt negatif izlendi). Hasta, tedavisine başlanmak üzere Pediatrik onkoloji kliniğine yönlendirildi.

Sonuç: Erken yaşlarda kilo kaybı, karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal, kabızlık gibi spesifik olmayan semptomlarla başvuran hastalarda, çok nadir görülen duodenal burkitt lenfoma tanı ya da ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Burkitt lenfoma, Duodenum

Karaciğer

EPS - 045

KARACİĞER KİST HİDATİĞİ'NİN SAFRA YOLLARINA SPONTAN RÜPTÜRÜ

Emre Sönmez[1], Tolga Düzenli[2], Hüseyin Köseoğlu[3]

[1]Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü
[3]Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Echinocochus Granulosus'un neden olduğu kist hidatik hastalığı, çoğunlukla karaciğerde olmakla birlikte akciğeri ve nadir olarak diğer organları tutabilir. Genellikle asemptomatik olan hastalık insidental olarak saptanmakla birlikte, bazen de gelişen komplikasyonlar sonrası tanı alır. Bu hastalığın en önemli komplikasyonları kistin infekte olması, karaciğeri işgal ederek yetmezliğe, bası veya intrabiliyer rüptür ile tıkanma sarılığına neden olması, peritona rüptüre olması ve diğer organlara yayılmasıdır. Olguların 1/3'ünde bu türde komplikasyonlar görülmektedir. Safra yollarına rüptür sık ve önemli komplikasyonlardan olup, %1.3-25 olguda rastlanmaktadır. Ülkemizdeki kist hidatik prevalansı 50-400/100.000, insidansı ise 3-4/100.000'dir.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı-kusma şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın başvuru anında AST:350 ALT:480 T.BİL:8,5 D.BİL :5,3 olarak saptanmış ve hastaya çekilen batın bilgisayarlı tomografide; Karaciğer sol lobunda yaklaşık 7.5 cm çaplı multiloküle görünümde hipodens kistik lezyon izlendi. Söz konusu kistik lezyonun basısına bağlı intrahepatik safra yolları sol lobda daha belirgin olmak üzere genişlemiş olarak saptandı.

Hastaya bu bulgular ile ERCP yapıldı ve ERCP'de; slektif kanulasyon sonrası koledok lümeninde dolma defektleri izlendi. Papillotom ile EST yapıldı. Balon ile koledok sıvazlanarak kist hidatik membran ve skoleksleri çıkartıldı (Resim 1). Kliniği düzelen hastanın medikal tedavisi düzenlenerek operasyon yapılması amacı ile genel cerrahi polikliğine başvurması önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Echinocochus Granulosus'un neden olduğu kist hidatik insanlarda sıklıkla karaciğeri etkiler. Safra yollarına rüptür sonucunda sarılık dışında, kolesistit, kolanjit, karaciğer absesi, pankreatit ve hatta septisemi gelişebilmektedir. Sağ üst kadran ağrısı en sık görülen semptom olup, sarılık, ateş, iştahsızlık, bulantı-kusma, sırt ağrısı, kaşıntı, batında şişlik, taşikardi, üşüme ve titreme diğer semptomlardandır.

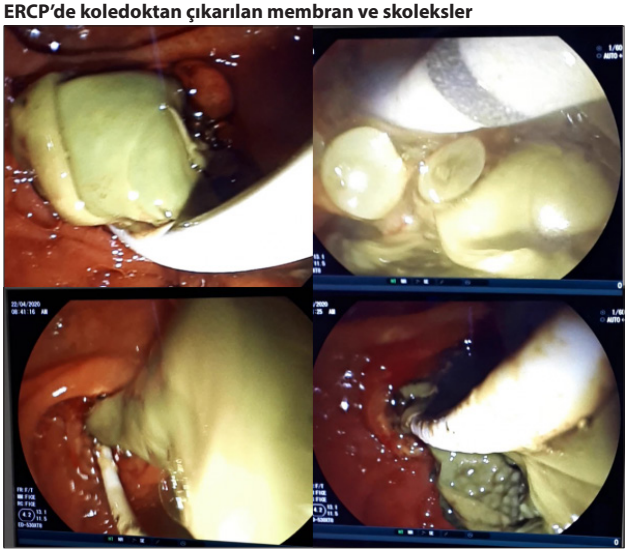
Safra yollarına rüptür olgularında lökositoz görülmekte, alkalen fosfataz, bilirübin (direkt bilirübin) ve karaciğer transaminaz değerleri yükselmektedir.

ERCP'nin biliyer rüptür olgularının tanısında ve tedavisinde tercih edilmesi gerekn yegane yöntemdir. Sfinkterotomi ile cerrahi girişime gerek duyulmadan tedavi yapılabileceği belirtilmektedir.Ayrıca kist hidatik nedeniyle yapılan operasyonların komplikasyonlarının tedavisinde (safra kaçağı, biliyer fistül, sklerozan kolanjit) yararlı olduğu bildirilmektedir.

Sonuç: Hidatik kistin karaciğerdeki gelişimi süresince safra yollarına rüptür nadir görülen bir durum olmasına rağmen, ciddi komplikasyonlara yol açması nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gerektirmektedir. ERCP ve sfinkterotomi tanı ve tedavi amacıyla ilk planda düşünülmesi gereken ve oldukça etkin önemli bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Echinocochus Granulosus, Kist hidatik, Kolestaz, ERCP

ERCP'de koledoktan çıkarılan membran ve skoleksler



Pankreas

EPS - 046

BİFİD PANKREAS: PANKREASIN NADİR BİFÜRKASYON ANOMALİSİ

Coşkun Özer Demirtaş, Cavanşir Vahabov, Erkan Parlak

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Pankreatik gelişim anomalileri, tekrarlayan akut pankreatit (AP) ataklarının sebebi olarak azımsanmayacak sıklıkta karşımıza çıkabilmektedir. Başta pankreas divisum olmak üzere, anuller pankreas ve ektopik pankreas en iyi tanımlanmış embriyolojik pankreatik varyasyonlardır. Çok nadiren ''bifid pankreas'' adı verilen bir anatomik varyantın, genellikle asemptomatik ve insidental olarak saptansa da, AP'e sebep olabileceği öne sürülmüştür. Bu yazıdaki hedefimiz, tekrarlayan AP atakları olan bir vakanın takdimi üzerinden bifid pankreas ile AP gelişimi arasındaki ilişkinin tartışılmasıdır.

Vaka: 66 yaşında erkek hasta, 9 yıldır tekrarlayan AP atakları geçiren hasta ileri araştırma ve tedavi amaçlı hastanemize refere edildi. Medikal öyküsünde 9 yıl önce koledok taşı sebebiyle Endoskopik Retrograd KolanjioPankreatikografi (ERCP) yapıldığı, ve işlemden sonra ilk AP atağını geçirdiği öğrenildi. 2 ay sonrasında kolesistektomi operasyonu geçirmiş olmasına rağmen, o dönem-

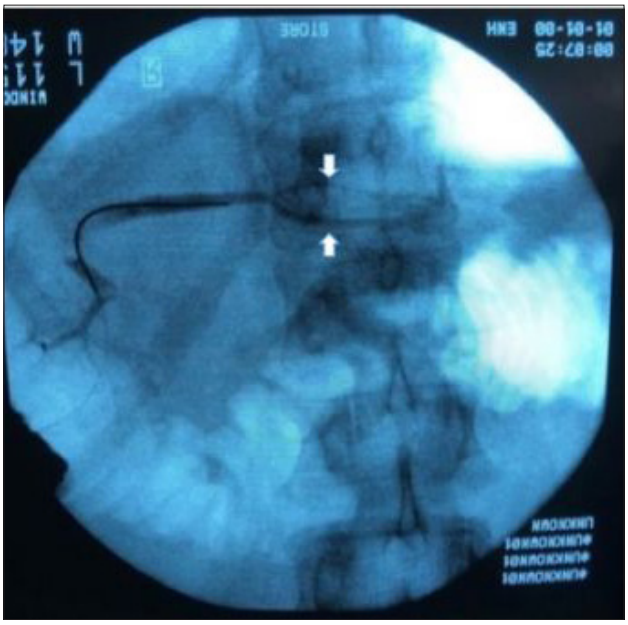
den beri senede 3 ile 4 arası tekrarlayan ve frekansı değişmeyen AP atakları geçirdiği öğrenildi. Sorgulamasında herhangi bir ilaç, alkol, madde kullanımı veya hastalık saptanmadı. Tekrarlayan AP atakları esnasında çekilen BT ve MRCP görüntülemelerinde safra yollarında herhangi bir darlık, taş veya varyasyon görülmediği, ancak pankreasın yaygın ödemli göründüğü öğrenildi. AP ataklarında azalma olmaması sebebiyle 4 yıl önce pankreatik enzim replasman tedavisinin başlandığı, ancak hastanın AP ataklarının aynı frekansta ve şiddette devam ettiği öğrenildi. Atak dönemleri ve ara dönemlerde tekrar tekrar bakılan trigliserid ve kalsiyum düzeylerinin referans aralığında olduğu görüldü. Son 4 yıl içinde biliyer drenajın arttırılması hedefi ile 2 kez biliyer sfinkterotomi işlemi uygulanmış, ancak hastanın kliniğinde herhangi bir değişiklik olmamış. Tarafımızca yapılan ERCP işleminde pankreatik kanal selektif kanüle edildikten sonra, kanalın dilate olduğu ve kuyruk kısmında iki dala ayrılarak duplike olduğu görüldü (Figür 1). Hastaya floroskopik görüntüsü ile bifid pankreas teşhisi konuldu. Takiben pankreatik sfinkterotomi uygulandı ve duplikasyonun orijin noktasına kadar uzanacak şekilde 7 Fr çapında 10 cm uzunluğunda stent pankreatik kanala yerleştirildi.

Tartışma: İlk defa 1983 yılında tarif edilmiş olan bifid pankreasın, kanalın akışını bozarak tekrarlayan akut pankreatit ataklarına sebep olabileceğini bildiren birkaç adet vaka mevcuttur. Bizim vakamızda ilk atağın ERCP işleminden sonra gelişmiş olması ve öncesinde hiç AP öyküsü olmaması sebebiyle AP atakları direkt olarak bifid pankreas ile ilişkilendirilemese de, literatürde bildirilen vakalar da göz önünde bulundurularak bifid pankreasın AP ataklarına katkı sağlamış olabileceği varsayılabilir. Bifid pankreas saptanan ve AP atakları geçiren bir hastada; pankreatik stent takılarak kanalın drenajının sağlanması, veya AP ataklarının kuyrukta lokalize olduğu tespit edilirse pankreas kuyruk cerrahi rezeksiyonu düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Bifid pankreas, ERCP, İdiopatik, Pankreatik stent

Kayraklar

1. Kahramanoglu Aksoy E, Koklu S, Özturk Ö, Karcaaltincaba M. An Unusual Cause of Recurrent Acute Pancreatitis. Pancreas. 2016 Jan;45(1):e11-2. Doi: 10.1097/MPA.0000000000000422.
2. Koyasu S, Isoda, H, Nakase H, Kodama Y, Chiba T, Togashi K. Bifid tail of the pancreas with localized acute pancreatitis. Magn Reson Med Sci. 2013 Dec 25;12(4):315-8. Doi: 10.2463/mrms.2013-0033. Epub 2013 Oct 29.
3. Krishnamurty VS, Rajendran S, Korsten MA. Bifid Pancreas. An unusual anomaly associated with acute pancreatitis. In J Pancreatol. Oct-Dec 1994;16(2-3):179-81.



Figür 1. Pankreas kuyruk kısmında iki dala ayrılarak duplike olan bifid pankreas (balık kuyruğu pankreas) floroskopik görüntüsü

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

EPS - 047

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA BİYOLOJİK AJAN TEDAVİSİNİN KLİNİK VE ENDOSKOPİK REMİSYONU SAĞLAMA ORANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Metin, Tuncer Temel, Selçuk Dişibeyaz, Erkin Öztaş, Ayşegül Özakyol Harmancı, Murat Sarıçiçek, Dilay Demirayak

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: İnflamatuar bağırsak hastalıkları (İBH), Crohn Hastalığı (CH) ve Ülseratif Kolit (ÜK) olmak üzere iki klinik başlık altında tanımlanır. Bu hastalıklar gastrointestinal traktı etkileyen, kronik, tekrarlayıcı ve progresif olan inflamatuar durumlardır. İnfamatuar bağırsak hastalığının etiyolojisi büyük ölçüde bilinmemekle birlikte, son araştırmalar bireyin genetik duyarlılığının, dış ortamının, bağırsak mikrobiyal florasının ve immun sistem yanıtının İBH patogenezine dahil olduğunu göstermiştir. Crohn Hastalığı, tüm gastrointestinal sistemi (çoğunlukla terminal ileum ve perianal bölge) ağızdan anüse kadar etkileyebilir, apse ve fistül gibi komplikasyonlara neden olabilir. Ülseratif Kolit ise esas olarak kolon mukozasını etkiler. Ülseratif kolitteki inflamatuvar cevap genellikle mukoza ve submukozaya sınırlıdır ancak Crohn hastalığındaki inflamasyon, mukozadan serozaya kadar tüm duvar boyunca yayılır ve bu durum sıklıkla darlıklar ve penetran komplikasyonlarla da sonuçlanmaktadır. İBH'da tedavinin amacı, indüksiyon oluşturup bunun devamını sağlamak ve komplikasyonları önlemektir. Biyolojik ajanlar, remisyonun sağlanması ve idame ettirilmesinde çok etkilidirler. Tez çalışmasında amacımız, 52 haftalık biyolojik ajan kullanımı sonrası hastalarda klinik ve endoskopik remisyon oranlarının tayinidir.

Metod: Bu çalışmaya Ocak 2012-Haziran 2019 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı tarafından takipli biyolojik ajan tedavisi (infliximab,

adalimumab, vedolizumab ve sertolizumab) alan 113 İBH tanılı erişkin hasta dahil edilmiştir. Yanıt değerlendirmede Crohn Hastalığı için kullanılan klinik skorlama; Crohn Hastalık Aktivite İndeksi (CDAI) ve endoskopik skorlama Crohn Hastalığı Endoskopik Aktivite Skorlamasıdır (CDEIS). Ülseratif Kolit için kullanılan klinik skorlama Truelove - Witts ve endoskopik skorlama Ülseratif Kolit Endoskopik Aktivite İndeksidir (UCEIS).

Bulgular: Bu hastaların 68'i Crohn, 45'i Ülseratif Kolit tanılıdır. Hastalık tanı yaşları Crohn hastalarında 30,62 (min-maks:10-66), Ülseratif kolit hastalarında 37,80 (14-67) olarak hesaplanmıştır. Crohn hastalarının %45,6'sı (n=31) kadın; %54,4'ü (n=37) erkektir. Ülseratif Kolit hastalarının %42,4'si (n=19) kadın; %57,8'i (n=26) erkektir. Tez çalışmamızda 113 hastadan 83'ü tedavi sonrası klinik remisyondaydı (%74,7). Crohn hastalarında klinik remisyon oranı %77,2 (n=51) ve Ülseratif kolit hastalarında klinik remisyon oranı %71,1 (n=32) olarak ölçüldü. Tez çalışmamızda 113 hastadan 63'ünün endoskopi verilerine ulaşıldı. Bu hastaların 32'si CH, 31'i ÜK idi. 63 hastadan 17'si tedavi sonrası endoskopik olarak remisyondaydı (%26,9). Endoskopik remisyon oranı Crohn hastalarında %34,3 (n=11), Ülseratif kolit hastalarında %19,3 (n=6) olarak ölçüldü.

Sonuç: Çalışmamızda orta ve şiddetli inflamatuar bağırsak hastalıklarında anti-TNF tedavisinin etkin ve güvenilir olduğu gösterilebilmiştir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuar Bağırsak Hastalığı, Crohn Hastalığı, Ülseratif Kolit, Biyolojik Ajan

Kayraklar

1. Kaser A, Zeissig S, Blumberg RS. Inflammatory bowel disease. Annu Rev Immunol. 2010;28:573-621.
2. Wehkamp J, Götz M, Herrlinger K, Steurer W, Stange EF. Inflammatory Bowel Disease. Dtsch Arztebl Int. 2016;113(5):72-82.
3. Zhang YZ, Li YY. Inflammatory bowel disease: pathogenesis. World J Gastroenterol. 2014;20(1):91-9.
4. Sandborn WJ. Current directions in IBD therapy: what goals are feasible with biological modifiers? Gastroenterology. 2008;135(5):1442-7.

Demografik Bulgular

Özellikler	*Crohn Hastalığı*	*Ülseratif Kolit*
Yaş ortanca (min-maks)	38,93 (20-68)	46,53 (20-72)
Hastalık başlangıç yaşı	30,62 (10-66)	37,80 (14-67)
Hastalık başlangıcından ilaç başlanana kadar geçen süre (yıl)	6,04	7,31
Kadın	%45,6'sı (n=31)	%42,4'si (n=19)
Erkek	%54,4'ü (n=37)	%57,8'i (n=26)

Sonuçlar

Remisyon	*Ülseratif Kolit*	*Crohn Hastalığı*	*Toplam Yanıt*	*Toplam Hasta Sayısı*
Klinik Remisyon	32 (%71,1)	51 (%77,2)	83 (%74,7)	111
Endoskopik Remisyon	6 (%19,3)	11 (%34,3)	17 (%26,9)	63

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 048

MİDEDE BİR YABANCI CİSİM: TOPLU İĞNE

Berk Baş, Talat Ayyıldız

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Üst gastrointestinal sistemde (ÜGİS) yabancı cisim çocukluk çağında sık karşılaşılan acil bir durumdur. Yetişkinlerde bilinçli veya bilinçsiz olarak daha nadir görülür. Ancak çocuklara nazaran daha çok morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Kazara toplu iğne yutma öyküsü ile başvuran bir hastada overtüp ve kep kullanılarak iğnenin endoskopik olarak mideden çıkarılması bu sunumda takdim edilmeye çalışılmıştır. Kullanılan yardımcı araçlarla işlemde meydana gelebilecek komplikasyonların minimalize edilmesi olgunun dikkat çekici tarafını oluşturmaktadır.

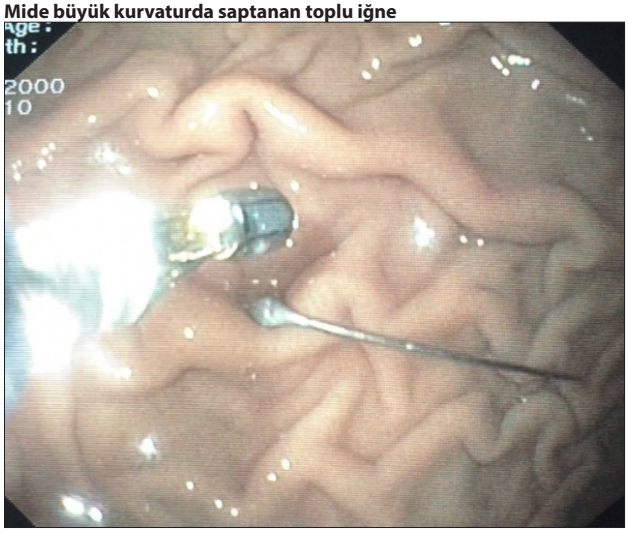
Olgu: Yirmidokuz yaşında bir kadın acil servise yarım saat önce ağzında tuttuğu toplu iğneyi kazara yutma öyküsü ile başvurdu. Hasta iğneyi yutarken herhangi bir ağrı, acı takılma hissi duymadığını belirtti. Başvuruda vital bulgular stabil idi. Genel durum iyi bilinç açık oryantasyon kooperasyon tamdı. Fizik muayenesinde batın rahat defas rebound yoktu krepitasyon tespit edilmedi. Akciğer grafisi çekildi.Yabancı cisim tespit edilmemesi üzerine batın tomografisi çekildi; mide lümeninde 34 mm uzunluğunda lineer hiperdens yabancı cisim tespit edildi. Bunun üzerine hastaya başvurunun birinci saatinde gastroskopi işlemi yapıldı. Korpus büyük kurvatur proksimalde serbest halde bir adet toplu iğne görüldü. Mide mukozasında herhangi bir anormallik izlenmedi. Tespit sonrası çıkıldı hastaya anestezi eşliğinde özofagus alt uca uzanacak şekilde overtüp yutturuldu, ayrıca endoskopun ucuna kep takıldı ve tekrar mideye girildi. Toplu iğne yabancı cisim forsepsi ile yakalandı, kep içerisine alındı ve herhangi bir komplikasyon olmadan overtüp içerisinden başarı ile dışarı alındı (resim 1-2).

Tartışma ve Sonuç: ÜGİS'teki yabancı cisimlerin tedavisinde endoskopik veya cerrahi yöntemler tercih edilir. Erken endoskopi yöntemin başarı şansını arttırmaktadır. Yabancı cismin gastrointestinal yoldaki hareket hızını belirleyen en önemli unsur lezyonun boyutu ve şeklidir. Amerikan gastrointestinal endoskopi derneği başvuran hastaların ancak %10-20'sinde endoskopik olarak yabancı cismin çıkarılmasına ihtiyaç duyulduğu ve yalnızca %1'inin ameliyat ihtiyacı olduğunu bildirmiştir.

İşlem esnasında en çok kullanılan 2 malzeme forceps (%46.6) ve snare (%23) olarak tespit edilmiştir. Endoskopik başarı oranı %98.8 olarak tespit edilmiştir. Endoskopik başarının en düşük olduğu maddeler dental protezler ve aşırı uzun materyallerdir. İşlemlerde en sık karşılalaşılan komplikasyonlar mukozal laserasyon, kanama ve perforasyondur. Mukozal laserasyon gelişmesi halinde derhal endoskopik olarak müdahele edilmeli ve en az 48 saat antibiyotik tedavisi verilmelidir. Keskin uçlu cisimlerde dikey pozisyon verilerek keskin kenarın mukozayla temasının engellenmesi önemlidir. Bizim olgumuzda uzun boylu overtüp ve kep'in beraber kullanılması komplikasyon riskini oldukça düşürmüş ve işlem başarılı şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu vurgunun yapılması ve dikkate alınması adına sunumun katkı sağlayacağı inancındayız

Anahtar kelimeler: Mide, overtube, yabancı cisim, toplu iğne

Mide büyük kurvaturda saptanan toplu iğne



Topluiğne'nin mideden overtüp aracılığıyla çıkarılması



İBH (Mikroskopik kolit dahil)

EPS - 049

CROHN HASTALIĞINDA ORBİTA TUTULUMU: NADİR GÖRÜLEN BİR EKSTRAİNTESTİNAL TUTULUM ÖRNEĞİ

Esma Ünal Ayrancı[1], Talat Ayyıldız[2]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: İnflamatuar barsak hastalıkları (İBH), kronik, tekrarlayıcı, inflamasyon ile karakterize idiopatik hastalıklardır. Tanı almadan önce veya sonra ekstraintestinal bulgularla karşımıza çıkabilirler. İBH'da üveit, episklerit ve sklerit daha sık görülmekle birlikte nadiren de olsa orbital psodotümör, orbital miyozit şeklinde göz tutulumu olabilmektedir. Orbital miyozit tanısı konan bu olgunun sunumu ile Crohn hastalığında nadir de olsa göz bulguları ile seyredebilen ekstraintestinal tutulumun olabileceğini göstermeyi ve vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Otuzsekiz yaşında bir kadın hasta,polikliniğimize, ishal ve perianal akıntı ile başvurdu. Anamnezinde 2010 yılında crohn tanısı aldığı ve sosyoekonomik nedenlerden dolayı son 1 yıldır tedavi alamadığı öğrenildi. Görüntülemelerinde perianal apse tespit edilen hasta tedavi amacıyla gastroenteroloji servisine yatırıldı. Yatış sırasında bakılan tetkiklerinde hemoglobin:13,2 gr/dl, albümin 3,8 gr/dl, CRP:21.5mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı:16 mm/saat, elektrolitler dengeli idi. TSH:2,2 μIU/ml olup normal aralıkta idi. Enfeksiyon kontrolü sağlandıktan sonra immunsupresif tedavi başlanması planlanan hastaya uygun antibiyoterapi başlanarak girişimsel apse drenajı sağlandı. Tedavi sırasında çift görme tarifleyen ve sağ gözde tek taraflı pitoz gelişen hasta olası nörolojik ve paraneoplastik nedenler açısından araştırıldı. Sol gözde superior-lateral bakış kısıtlılığı saptandı (Resim1,2). Diplopi ve pitoz dışında nörolojik muayenesi normal olan hastada kranial ve orbita görüntülemeleri yapılarak, kitle, trombüs, kranial sinir hasarı olmadığı gösterildi. Horner sendromu toraks görüntüleme ile dışlandı. Normal olduğu görüldü. Psodotümör serebri ekarte edildi. Göz hastalıkları ile konsülte edilen hastanın monooküler diplopisi yok iken binokuler hem yakın hem uzak diplopisi olduğu belirlendi. Üveit tespit edilmedi. Görme alanında sağda fiksasyon kaybı ve solda periferik daralma olduğu görüldü. Hasta mevcut kliniği ile Crohn hastalığının orbital tutulumu olarak değerlendirildi. Enfeksiyon tedavisinin ardından immunsupresif tedavi ve eğitim verilen hasta takipte kalmak üzere taburcu edildi.

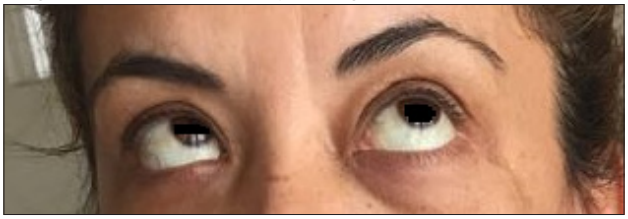
Tartışma ve Sonuç: İnflamatuar barsak hastalıklarında sık görülen artropati, piyoderma gangrenosum, eritema nodosum, sakroileit, perikardit gibi ekstraintestinal bulguların dışında orbita tutulumu ile giden ekstraintestinal manifestasyonlarda olabilmektedir. Oftalmik inflamatuar hadiselerin sıklığı %0.3-%13 arasında olup üveit, sklerit, episklerit dışında posterior episklerit ve orbital miyozit de görülebilmektedir. Çok nadir görülen ekstraintestinal bulgular arasında orbital miyozit olabileceği de unutulmamalıdır. Nadir bir durum olması nedeniyle sunumunun değerli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Crohn hastalığı, ekstraintestinal bulgular, orbital myozit

Sol gözde superior-lateral bakış kısıtlılığı



Sol gözde superior-lateral bakış kısıtlılığı



Hemşire

EPS - 050

ENDOSKOPİ ÜNİTESİNDEKİ RİSKLERİN ANALİZİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Aslıgül Şen[1], Sibel Utku Özcan[1], Şule Poturoğlu[1], Asım Saldamlı[2]

[1]Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği
[2]Nişantaşı Üniversitesi, Sağlık Yönetimi

Giriş ve Amaç: Endoskopik işlemler, hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan önde gelen yöntemlerden biridir. Endoskopi bölümlerinde de başta hasta ve çalışanlar açısından olmak üzere birçok risk vardır.

Risk yönetimi ise işyerlerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin; çalışanlara, işyerine ve çevresine verebileceği zararların ve bunlara karşı alınacak önlemlerin belirlenmesi amacıyla yapılması gerekli çalışmaları ifade etmektedir.

Bu çalışmada endoskopi bölümünde risk faktörlerini tanımlamak ve örnek risk analizini gerçekleştirerek risk yönetimi planlaması yapılması amaçlanmıştır.

Materyel ve Metod: İlk aşamada endoskopi bölümündeki risk faktörleri belirlenmiştir ve endoskopi bölümlerinde gözlem yapılmıştır. İkinci aşamada ise Kinney risk analiz metodu ile analiz gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Toplam 10 farklı grupta toplanmış 24 risk tespit edilmiştir ve birimin risk haritası oluşturulmuştur. Bu risklerin 5 tanesi tolerans gösterilemez risk, 21 tanesi en kısa sürede giderilecek risk, 9 tanesi esaslı risk, 17 tanesi önemli risk grubundadır. Ana başlıklar altında yapılan değerlendirmede; Enfeksiyon/kesici delici alet yaralanmaları riski, hemşire/ebe/yardımcı personelde, tehlikeli/tıbbi atıklardan kaynaklı riskler, hemşire/ebe/yardımcı personel ve temizlik personelinde, radyasyon riski, doktor ve hemşire/ebe/yardımcı personelde, tehlikeli ve kimyasal maddelere bağlı riskler hemşire/ebe/yardımcı personelde, ergonomik riskler doktor ve hemşire/ebe/yardımcı personelde, iletişimden kaynaklı riskler ve şiddet görme riski doktor ve hemşire/ebe/yardımcı personelde en yüksek, elektrik kaynaklı ve olağanüstü durum riskleri ise herkes için eşit bulunmuştur.

Sonuç: Endoskopi bölümünün yüksek riskli alan olduğu, bölüm hemşirelerinin en fazla riske maruz kaldığı saptanmıştır. Tüm çalışanların düzenli aralıklarla eğitilmesi ile mevcut riskleri büyük oranda önlemenin mümkün olacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Endoskopi, Endoskopik İşlem, Risk, Risk Yönetimi, Risk Faktörleri, Hemşire, Hemşirenin Rolü

Kayraklar

1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2012),(2016), SKS Işığında Sağlıkta Kalite, 1. Baskı, Pozitif matbaa, Ankara.
2. WHO (2001), The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management. Eds. Whitaker S, Boguslaw B. http://www.who.int/occupational_health /regions /en/oeheurnursing.pdf.
3. Aksay, Kadir (2003), Hastanelerde Risk Yönetimi ve Bağlantılı Fonksiyonlar: İstanbul Memorial Hastanesi Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
4. Kirilmaz, Harun (2009), T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Turunç Yayım, Ankara.
5. Gül, G., Bol, P. ve Erbaycu, A.E. (2013), "Hasta ve Çalışan Güvenliğinde Risk Yönetimi: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Yapılan Risk Analizi ve İyileştirme", Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Yıl 2013, sayı 1, s. 1-16.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 051

PAPİL EST'LE MASİF KANADIYSA SEMS İLK TERCİH OLABİLİR Mİ?

Murat Sarıçiçek, Selçuk Dişibeyaz, Erkin Öztaş, Tuncer Temel, Dilay Demirayak

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: ERCP sırasında EST (Endoskopik sfinkterotomi) kanaması görülme sıklığı hastanın kanama diyatezi, endoskopistin tecrübesi ve kliniğin birim zamanda yaptığı ERCP sayısı ile ilişkili değişen oranda görülebilen bir komplikasyondur (1). Kanama kontrolünde epinefrin enjeksiyonu, balon tamponadı, termal koagulasyon ve klip; uygulanan endoskopik hemostaz yöntemlerdir (2). Tam kaplı kendiliğinden açılır metalik stentler de (SEMS) EST kanamasında bir alternatiftir; maliyeti ve endoskopik hemostaz yöntemlerinin başarısı nedeniyle daha az sıklıkta gereksinim duyulmaktadır (3,4). Biz bu olgumuzda masif kanama nedeniyle görsel değerlendirmenin mümkün olmadığı EST kanamasında ilk aşama olarak SEMS ile hemostazın sağlandığı bir hastayı sunmaktayız.

Olgu: Otuz iki yaşında erkek hasta bir haftadır sağ üst kadranda olan karın ağrısı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Laboratuvar testleri biliyer obstrüksiyon ile uyumluydu. MRCP de koledok genişti, koledok distalinde düzensiz daralma görüldü ve ERCP planlandı. ERCP sırasında yapılan kolanjiogramda koledok proksimalde dilatasyon, koledok distalde darlık ve opak akışının yetersiz olduğu görüldü. Koledokta kılavuz tel bulunurken sfinkterotom ile EST yapıldı ve hastanın masif kanaması gelişti (Resim-1). Kanamanın şiddetli olması ve kanama lokalizasyonunun görsel değerlendirmesinin bozulması üzerine koledokta bulunan kılavuz tel üzerinden 10 mm x 8 cm SEMS koledok proksimaline uzanacak şekilde yerleştirildi ve kanama kontrolü sağlandı. SEMS içerisinden sağ dala uzanacak şekilde nazobiliyer dren yerleştirildi (Resim-2). Biliyer obstrüksiyon semptomları ve laboratuvar bulguları geriledi. Vital stabilite bozulmadı ve 1 hafta sonra SEMS çıkartıldı, koledoktan taş ve çamurlar temizlendi.

Sonuç: SEMS; EST kanamalarında daha az başarı ve daha çok komplikasyonla ilişkili olabilecek anjiografik-cerrahi yöntemler ile ilk aşama endoskopik hemostaz yöntemleri arasında halihazırda uygulanmaktadır. Hastanın kanama riski, kanamanın şiddeti gibi başarılı hemostaz olasılığının azalabileceği ve tekrar kanama kontrolü gerektirebilecek durumlarda SEMS endoskopik hemostaz yöntemlerinden önce uygulanarak morbiditeyi ve komplikasyonları azaltabilir.

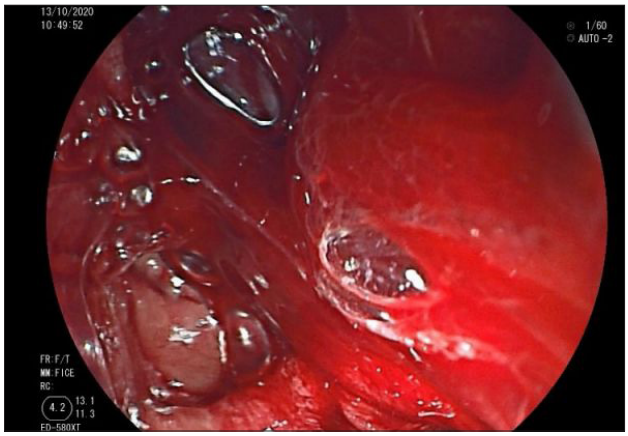
Anahtar kelimeler: SEMS, ERCP, kanama

Kayraklar

1. Schmitz D, Weller N, Doll M, Werle S, Mees C, Prinz P, John B, Schmidt D, Günther A, Weiß C: Is insertion of a plastic stent better and safer than epinephrine injection in post sphincterotomy bleeding? European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2020, 32(4):484-489.
2. Ferreira LE, Baron TH: Post-sphincterotomy bleeding: who, what, when, and how. Am J Gastroenterol 2007, 102(12):2850-2858.
3. Di Pisa M, Tarantino I, Barresi L, Cintorino D, Traina M: Placement of covered self-expandable metal biliary stent for the treatment of severe postsphincterotomy bleeding: outcomes of two cases. Gastroenterol Res Pract 2010, 2010:138748.
4. Cochrane J, Schlepp G: Comparing endoscopic intervention against fully covered self-expanding metal stent placement for post-endoscopic sphincterotomy bleed (CEASE Study). Endoscopy international open 2016, 4(12):E1261.



Resim 1. EST sonrası masif kanama



Resim 2. SEMS ve NBD sonrası floroskopi görüntüsü

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 052

AKALAZYALI OLGULARDA ÜST ÖZOFAGUS SFİNKTERİNİN BASINÇ VE AKIM PARAMETRELERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ; YENİ BİR SINIFLAMA

Ezgi Tuğçe Karaoğuz[1,2], Serhat Bor[1,2]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı*
[2]*Ege Reflü Çalışma Grubu*

Giriş-Amaç: Akalazya, peristaltizm bozukluğu ve alt özofagus sfinkter (AÖS) relaksasyonunda yetersizlik ile karakterize, primer özofagus motilite hastalığıdır. Hastalığın üst özofagus sfinkter (ÜÖS) fonksiyonunu etkileyip etkilemediği hala net değildir. Basınç-Akım Analizi (Pressure –Flow Analysis (PFA)), ÜÖS ve faringeal alanı basınç-impedans metriklerini kullanarak ayrıntılı bir şekilde değerlendiren yeni bir tanısal yaklaşımdır. Bu çalışmanın amacı akalazyalı olgularda ÜÖS ve farenksi, farengeal manometri ve PFA ile değerlendirmek ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

Method: Tüm hastalara akalazya tanısı yüksek çözünürlüklü manometri, baryumlu özofagus grafisi ve üst gastrointestinal endoskopi ile koyuldu. Tiplendirmede Chicago III sınıflandırması kullanıldı. Akalazya tanısı alan 27 (16 erkek; 55,6 ± 15,6 yıl) naiv hasta ve 12 (2 erkek; 36,5 ± 9,1 yıl) sağlıklı gönüllüye yüksek çözünürlüklü farengeal manometri uygulandı. 36 basınç ve 16 impedans kanallı solid state kateter ve Medical Measurement Systems yazılım v9.4 veritabanı kullanıldı. İşlemler yarı oturur pozisyonda 3 kez 5 ml ve 3 kez 10 ml izotonik sıvı yutturularak yapıldı. ÜÖS ve farenks değerleri kaydedildi. Manometri traseleri, basınç-impedans ölçümlerini birlikte kaydedildiklerinden kombine bir şekilde incelemeye olanak sağlayarak PFA metriklerini değerlendiren, internet üzerinden çalışan açık erişimli analiz sistemi Swallow Gateway'e yüklendi. Basınç-akım metrikleri değerlendirildi.

Bulgular: Üst özofagus sfinkter gevşeme basıncı (U-IRP), hipofarengeal intrabolus basıncı (H-IBP) ve faringeal basınçlar (PHCI) akalazya hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. UES Max. Admittance (Max. Adt.) ve Bolus Presence Time (BPT) metrikleri değerlendirildiğinde her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (tablo).

Sonuç: Akalazyalı hastalarda kontrol grubuna göre ÜÖS gevşemesi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yetersizdi. Bu bulgularla ÜÖS'nde gevşeme zorluğuna karşı bolus geçişini kolaylaştırmak için farengeal basınçların ve intrabolus basıncın arttığı speküle edilebilir. ÜÖS gevşemesindeki yetersizlik iki olasılıkla açıklanabilir; 1) yeterli gevşemeyi kısıtlayan ÜÖS sinir ve kaslarında AÖS ile benzer ancak daha az etkileyen bir patoloji varlığı 2) özofagus içinde yemek ve sekresyon birikiminin intraözofageal basıncı artırması ve bunun da içeriğin aspirasyonunu kolaylaştırması. Artan U-IRP, üst hava yolları koruma mekanizmasının bir yansıması olabilir. İleride yapılacak tedavi öncesi ve sonrası ÜÖS basınç-akım metriklerini karşılaştıran çalışmalar açıklayıcı olabilir.

Anahtar kelimeler: üst özofageal sfinkteri, akalazya, yüksek çözünürlüklü farengeal manometri, basınç-akım analizi, yutma bozuklukları

Bulgular

		Akalazyalı Olgular (mean±SD)	*Sağlıklı Kontrol (mean±SD)*
5 ml	Max. Adt. (mmHg)	2.94±0.84	4,59±0,75
5 ml	H-IBP (mmHG)	10,12±10,72*	3,32±6,30
5 ml	U-IRP (mmHg)	8,58±10,91*	-1,42±8,12
5 ml	BPT (sn)	0,57±0,11	0,57±0,07
5 ml	PHCI (mmHg*s*cm)	497,70±210,00*	334,58±120,71
10 ml	Max. Adt (mmHg)	5,81±0,01	5,56±0,56
10 ml	H-IBP (mmHg)	10,11±10,92*	3,15±7,01
10 ml	U-IRP (mmHg)	3,15±7,01	-,17±7,76
10 ml	BPT (sn)	0,64±0,23	0,61±0,12
10 ml	PHCI (mmHg*s*cm)	516,43±222,8*	331,79±109,50

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 053

NADİR GÖRÜLEN ÜST GİS KANAMA NEDENİ: DUODONAL DİEULAFOY LEZYONU (DL)-İKİ OLGU SUNUMU

Dilay Demirayak, Selçuk Dişibeyaz, Erkin Öztaş, Tuncer Temel, Murat Sarıçiçek

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Amaç: Dieulafoy lezyonu (DL) sıklıkla midenin proksimalinde gözlenen, nadiren ekstragastrik bölgelerde de rastlanabilen, masif ve rekürren kanamalara neden olan nadir bir gastrointestinal sistem (GİS) kanaması nedenidir. Tanı ve tedavide gecikildiğinde yüksek mortalite oranına sahiptir. Hemoklip uygulaması, enjeksiyon tedavisi, termal prob uygulaması, lazer tedavisi ve endoskopik bant ligasyonu tedavide kullanılan endoskopik tekniklerdir. Endoskopik mekanik yöntemler, DL tedavisi için etkili, güvenli, basit ve ucuz bir yöntemdir.

Çalışmamızda, duodenumda DL'dan kaynaklanan, APC ve hemoklip uygulaması ile tedavi edilen iki masif üst GIS kanama olgu deneyimizi sunmayı amaçladık.

Olgu sunumları: Yetmiş sekiz yaşında kadın hasta, acil servise 2-3 gündür olan halsizlik ve siyah dışkılama nedeniyle başvurdu. Hasta AF nedenli kumadin kullanıyordu. Klinik muayenede solukluk dışında anlamlı bulgu yoktu. Hemoglobini 6,78 gr/ dl, INR' si 5,5 idi. Endoskopisinde duodenum 2. Kıtada aktif kanayan dialefoy lezyonuna rastlandı. Kanayan artere argon plazma koagülasyon uygulandı. Kanama kontrolü sağlandıktan sonra 3 adet hemoklip konuldu. Taburculuk sonrası poliklinik kontrollerinde kanama ile ilgili semptom ve bulguya rastlanmadı.

Doksan yaşında erkek hasta, bir gündür devam eden siyah dışkılama nedeniyle acil servise başvurdu. Yakın zamanda GİS kanama nedeniyle yatış öykülerinin olduğu öğrenildi. Hemoglobini 4,8 gm / dl ve hematokriti%15 idi. Pıhtılaşma parametreleri normaldi. Klinik muayenede solukluk ve taşikardi dışında anlamlı bulgu yoktu. Endoskopide duodenum 3. kıta distalinde yüksek debili, pulsatil kanama olduğu görüldü. Kanama alanının etrafına dilue adrenalin enjeksiyonu,argon plazma koagülasyonu uygulandı. Sonrasında APC uygulanan alana 3 adet hemoklip konullarak kanama kontrolü sağlandı. Taburculuk sonrası yapılan endoskopide aktif kanama odağına rastlanmadı.

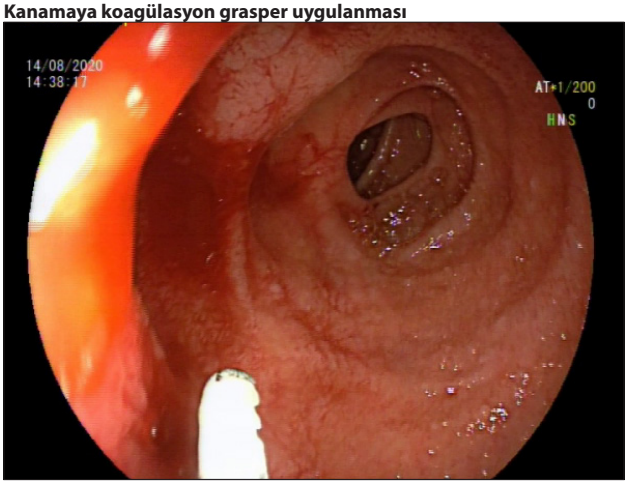
Sonuç: Sonuç olarak, duodenal DL, tekrarlayan ve belirgin üst GI kanamalarının nadir fakat önemli bir nedenidir. Doğru teşhis için kanama döneminde erken farkındalık ve endoskopi şarttır. Endoskopik adrenalin enjeksiyonu ve mekanik yöntemler kanamayı kontrol altına almakta oldukça başarılıdır.

Anahtar kelimeler: Duodonal Dieulafoy Lezyonu, masif kanama

Kayraklar

1. Mcgrath K, Mergener K, Branch S. Endoscopic band ligation of dieulafoys lesion: Report of two cases and, review of the literature. Am J Gastroenterol 1999;94:1087-90.
2. Norton ID, Peterson BT, Sorbi D, et al. Management and long term prognosis of dieulafoy lesion. Gastrointest Endosc 1999;50:762
3 Al-Mishlab T, Amin AM and Ellul JM Dieulafoy's lesion: an obscure cause of GI bleeding. J R Coll Surg Edinb 1999, 44:222-225
4. Arora A, Mehrotra R, Patnaik PK, Pande G, Ahlawat S and Bhargava DK Dieulafoy's lesion: a rare cause of massive upper gastrointestinal haemorrhage. Trop Gastroenterol 1991, 12:25-30
5. Sueoka N, Koizumi N, Inokuchi K and Wakabayashi I Combined endoscopic clipping and ethanol injection for treatment of Dieulafoy's lesions in the duodenum. Gastrointest Endosc 1997, 46:574-575

Kanamaya koagülasyon grasper uygulanması



Aktif kanayan artere endoskopik hemoklip uygulaması



Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 054

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI KOLEDOK İÇERİSİNE YABANCI CİSİM MİGRASYONU, İKİ OLGU SUNUMU

Murat Sarıçiçek, Selçuk Dişibeyaz, Erkin Öztaş, Tuncer Temel, Dilay Demirayak

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Laparoskopik kolesistektomi sırasında sistik kanal ve sistik artere uygulanan klipler ve cerrahi sütur materyalleri safra yolları içerisine migre olarak komplikasyonlara yol açabilmektedir. Burada operasyon sırasında uygulanmış olan cerrahi klip ve ipek sütur materyalinin koledok içerisine geçmesiyle operasyon sonrası sırasıyla 5 ve 4 yıl sonra biliyer komplikasyonlar gelişmiş iki farklı olgu sunmaktayız.

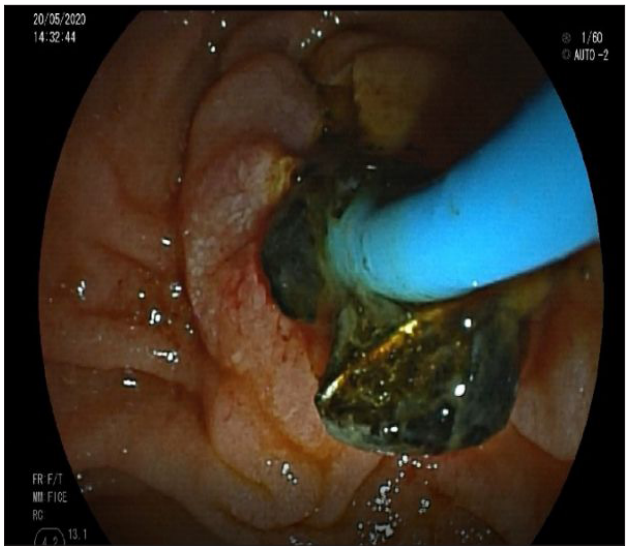
Olgu sunumu: Elli yaşında erkek hasta sağ üst kadran ağrısı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Beş yıl önce laparoskopik kolesistektomi operasyonu öyküsü mevcuttu. Transaminaz, kolestatik enzim ve bilirübin yüksekliği olan hastanın yapılan Abdomen BT görüntülemesinde koledok geniş olup koledok distalde 10x3 mm metalik konfigürasyonda yabancı cisim olduğu tespit edildi. Bili-

yer obstrüksiyon tanısıyla hastaya ERCP yapıldı, koledoktan taş çıkarıldı ve bu taş dışarıya alındı. Fragmente edildiğinde ortasında cerrahi metalik klip mevcuttu (Görsel-1,2). ERCP sonrası karın ağrısı geçen hastanın biliyer obstrüksiyon ilişkili laboratuvar değerleri normale döndü.

Elli yedi yaşında erkek hasta kolanjit kliniği ile acil servise başvurdu. Altı aydır aralıklarla karın ağrısı şikâyeti olduğu öğrenildi. Kolelitiyazis ve koledokolitiyazis nedeniyle 4 yıl önce ERCP ve laparoskopik kolesistektomi yapılmış olan hastanın transaminaz ve kolestatik enzim yüksekliğine lökositoz, CRP ve prokalsitonin yüksekliği eşlik etmekteydi. Abdominal BT'de koledok ve intrahepatik safra yolları dilateydi, ve distalde taş ile uyumlu dolum defekti saptandı. ERCP yapılan hastadan koledokta etrafında taş izlenen iki adet sütur ipliği çıkartıldı (Görsel-2). Antibiyoterapi ve drenajla hastanın klinik ve laboratuvar parametreleri hızla düzeldi.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi sonrası cerrahi klip ve sütur materyalleri operasyon sonrası koledok içerisine geçerek biliyer obstruksiyondan kolanjite kadar geniş yelpazede komplikasyonlar oluşturabilir. ERCP bu komplikasyonlarda başarılı ve etkin bir tedavi yöntemidir.

Anahtar kelimeler: kolesistektomi, komplikasyon, ERCP



Resim 1. Taşın bir kenarında metalik klip izlenmekte.



Resim 2. Çıkartılmış olan klip ve cerrahi sütur materyalleri.

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 055

İKİZ OLGUDA ÇÖLYAK HASTALIĞINA EŞLİK EDEN LENFOSİTİK GASTRİT

Fatih Eren, Macit Gülten, Murat Kıyıcı, Enver Dolar, Selim Giray Nak, Selim Gürel

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji

Amaç: Lenfositik gastrit yüzey ve foveolar epitelde çok sayıda matür lenfositin birikimi ve lamina propriada lenfosit infiltrasyonu ile karakterize bir durumdur. Tanı için 100 gastrik epitel hücresine karşılık en az 25 lenfosit birikimi gereklidir. Helicobacter pylori enfeksiyonu ve Çölyak hastalığı ile güçlü birliktelik gösterir. Lenfositik gastrit, gastrik adenokarsinom ve gastrik lenfoma ile ilişkili bulunmuştur. (1,2) Bu yazıda, lenfositik gastrit ve çölyak hastalıklı ikiz olgu sunulmuştur.

Olgu 1: 39 y kadın hasta halsizlik, karında şişkinlik, ara sıra olan ishal ve kronik demir eksikliği ile takipte. Laboratuvar tetkiklerinde Hgb: 12,8 g/dL (11,5-15), MCV: 83,7 fL, Ferritin: 6 μg/L (5-120), Vitamin B12: 267 ng/L, 25-OH-VitD: <8 μg/L olarak saptanmıştı. Ttg-IgA: 404 U/mL olarak ölçülmesi üzerine yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide antrumda mukozada artrofi ve mozaik görünüm mevcuttu (Resim 1). Duodenumda mukozada atrofi, duodenal pililerde taraklanma mevcuttu. Mide ve duodenumdan biyopsiler alındı. Mide biyopsileri lenfositik gastrit ve duodenum biyopsisi Modifiye Marsh Sınıflamasına göre Tip 3 (Flat-Destrüktif Tip) ile uyumluydu. HLA-DQ2 alleli pozitif saptandı. Glutensiz diyet önerildi.

Olgu 2: İkiz kardeşinde halsizlik ve kronik demir eksikliği anemisi mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde Hgb: 10,9 g/dL (11,5-15), MCV: 71,7 fL, Ferritin: 30 μg/L (5-120), Vitamin B12: 237 ng/L, 25-OH-VitD: <8 μg/L olarak saptanmıştı. Ttg-IgA: 342 U/mL olarak ölçülmesi üzerine yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide antrumda mukozada artrofi ve mozaik görünüm kardeşi ile benzerdi (Resim 2). Duodenumda mukozada atrofi, duodenal pililerde taraklanma mevcuttu. Mide ve duodenumdan biyopsiler alındı. Mide biyopsileri lenfositik gastrit ve duodenum biyopsisi Modifiye Marsh Sınıflamasına göre Tip 3 (Flat-Destrüktif Tip) ile uyumluydu. HLA-DQ2 alleli pozitif saptandı. Glutensiz diyet önerildi.

Sonuç: Çölyak hastalığının güçlü bir genetik komponenti vardır ve genetik risk faktörleri iyi bir şekilde tanımlanmıştır. HLA-DQ2 veya DQ8 allelleri ile ilişkilidir. Monozigotik ikizlere göre dizigotik ikizlerde daha yüksek konkordansa sahiptir (83–86%vs 11%). (3) Çölyaklı hastalarda lenfositik gastrit prevelansı yaklaşık %7,3 olup villus atrofisinin derecesi ile doğrudan korelasyon göstermektedir. (4) Bu iki olguda duodenumda tip 3-destrüktif tipte şiddetli tutulum mevcut olup lenfositik gastrik eşlik etmektedir. İki olguda da genetik alleller, endoskopik görünümler, gastrik ve duodenal tutulum benzerdir.

Gastrik adenokarsinomlu hastaların %12,3'ünde, gastrik lenfomalı hastaların %13,7'sinde lenfositik gastrit saptanmış olup seçilmemiş hastalarda yapılan endoskopilerde %2,5 saptanmıştır. (1) Lenfositik gastrit helicobacter pylori enfeksiyonu ile de ilişkilidir. Bununla birlikte çölyaklı hastalarda gastrik kanser sıklığı normal popülasyondan yüksek bulunmamıştır. (5)

Anahtar kelimeler: Lenfositik gastrit, çölyak hastalığı, ikiz

Kayraklar

1. Puderecki M, Wronecki L, Cięszczyk K, Szumiło J. Lymphocytic gastritis. Pol J Pathol. 2019;70(3):155-161. doi: 10.5114/pjp.2019.90391. PMID: 31820858.
2. Griffiths AP, Wyatt J, Jack AS, Dixon MF. Lymphocytic gastritis, gastric adenocarcinoma, and primary gastric lymphoma. J Clin Pathol. 1994;47(12):1123-1124. doi:10.1136/jcp.47.12.1123
3. Greco L, Romino R, Coto I, Di Cosmo N, Percopo S, Maglio M, Paparo F, Gasperi V, Limongelli MG, Cotichini R, D'Agate C, Tinto N, Sacchetti L, Tosi R, Stazi MA. The first large population based twin study of coeliac disease. Gut. 2002;50:624–628. doi: 10.1136/gut.50.5.624.
4. Lebwohl B, Green PH, Genta RM. The coeliac stomach: gastritis in patients with coeliac disease. Aliment Pharmacol Ther. 2015;42(2):180-187. doi:10.1111/apt.13249
5. Elfstrom P, Granath F, Ekstrom Smedby K, et al. Risk of lymphoproliferative malignancy in relation to small intestinal histopathology among patients with celiac disease. J Natl Cancer Inst. 2011;103:436–44.



Olgu 1. antrum lenfositik gastrit endoskopik görünüm.



Olgu 2. antrum lanfositik gastrit endoskopik görünüm.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 056

HEPATİT A İLİŞKİLİ AKALKÜLOZ KOLESİSTİT - PRIMUM NON NOCERE

Murat Sarıçiçek, Erkin Öztaş, Selçuk Dişibeyaz, Tuncer Temel, Dilay Demirayak, Aida Shikhaliyeva

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Hepatit A virüsü (HAV), gelişmekte olan ülkeler ve sosyo-ekonomik olarak düşük seviyede bölgelerde oldukça sık görülmektedir. Akut Hepatit A çoğunlukla hafif şiddette semptomlarla seyretmektedir (1). Hepatit A ile ilişkili çok sayıda ekstrahepatik bulgu tanımlanmıştır (2). Akut akalküloz kolesistit HAV'ın nadir görülen bir ekstrahepatik komplikasyonudur ve çoğunlukla semptomatik tedavi ile düzelir (3). BuradaHAV ilişkili kolesistit gelişen ve komplike kolesistit açısından şüphe uyandıran bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi iki yaşında erkek hasta iki gündür olan karın ağrısı, sarılık ve idrarda koyulaşma şikâyetiyle acil servise başvurdu. Karın ağrısının başlangıçta tüm karın kadranlarında yaygınken başvuru sırasında sağ üst kadranda lokalize olduğunu belirtti. Laboratuvar tetkiklerinde AST: 1097 U/L, ALT: 1757 U/L GGT: 179 U/L ALP: 250 U/L total bilirübin: 8 mg/dL, direkt bilirubin: 6.7 mg/dL amilaz: 26 U/L, INR: 1,55 olarak görüldü. Abdominal ultrasonografide karaciğer büyük ve konturları düzenliydi. Safra kesesi duvar kalınlığı artmıştı safra kesesi etrafında sıvı koleksiyonları görüldü, safra kesesinde taş veya çamur izlenmedi. Sonografik murphy testi pozitifti. Komplike kolesistit ön tanısıyla yapılan Bilgisiyarlı Tomografide (BT) safra kesesi duvar kalınlığı artmıştı ve safra kesesi kollabeydi. Belirgin periportal ödem izlenmekteydi. Safra kesesi etrafında sıvı koleksiyonları BT'de de gözlendi (Resim1,2). Hasta yatırılarak oral alımı kesildi, antibiyotik tedavisi başlandı. Viral hepatit serolojisi dahil olmak üzere biyokimyasal ve mikrobiyolojik laboratuvar tetkikleri istendi. Yatışının ikinci gününde karın ağrısının geçmemesi üzerine hastaya Endoskopik Ultrasonografi (EUS) yapıldı. EUS'ta safra kesesi mukoza kalınlığı normal olup muskuler tabaka 25 mm ölçülerek ileri derecede kalınlaşmış izlendi. Safra kesesi lümeni kollabeydi, içinde taş ve çamur izlenmedi. Hastadan istenmiş olan viral serolojide Anti HAV IgM pozitif olduğu görüldü ve HAV ilişkili akalküloz kolesistit tanısı konuldu. Hastanın destek tedavisi ile karın ağrısı geçti laboratuvar değerleri geriledi ve yatışının 5. gününde taburcu edildi. Taburculuktan 7 gün sonra yapılan abdominal USG'de safra kesesi tamamen normal görünümdeydi, Bir ay sonra poliklinik kontrolünde hastanın yüksek olan laboratuvar değerlerinin tamamen normale döndüğü görüldü.

Sonuç: Akut Hepatit A enfeksiyonu oldukça sık görülmesine rağmen HAV ilişkili kolesistit oldukça nadir saptanmaktadır. Daha nadir olan durum ise HAV ilişkili kolesistitin cerrahi tedavi gerektirebilecek komplikasyon yaratmasıdır. HAV,ilişkili akalküloz kolesistit tedavisi çoğunlukla sadece semptomatik tedavidir. Kolesistektomiden kaçınmak en önemli köşe taşıdır.

Anahtar kelimeler: kolesistit, Hepatit A

Kayraklar

1. Aggarwal R, Goel A: Hepatitis A: epidemiology in resource-poor countries. Curr Opin Infect Dis 2015, 28(5):488-496.
2. Bakkali O, Asermouh, A., Benbrahim, F., Elhafidi, N., Mahraoui, C., & Benchekroun, S.: Acute Alithiasic Cholecystite, A Rare Complication of Viral Hepatitis A: About the Two Moroccan Children. Asian Journal of Research and Reports in Gastroenterology 2020, 2(1):4.
3. Mourani S, Dobbs SM, Genta RM, Tandon AK, Yoffe B: Hepatitis A virus-associated cholecystitis. Ann Intern Med 1994, 120(5):398-400.



Resim 1. BT'de kolesistit bulguları.



Resim 2. BT'de kolesistit bulguları.

Karaciğer

EPS - 057

MALİGNİTE TANILI PORTAL VEN TROMBOZLU HASTALARDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI (NLO) İLE PLATELET/LENFOSİT ORANI (PLO) İLİŞKİSİ

Talat Ayyıldız[1], Mustafa Emre Duygulu[2], Burçin Şeyda Zorlu[3]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstatistik Anabilim Dalı

Amaç: Portal ven trombozu (PVT) gelişmesinde, koagülasyona yatkınlık oluşturabilecek durumlar önem taşır. Başta hepatoseller kanser olmak üzere maligniteler de bu durumlardandır. Nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ile platelet/lenfosit oranı (PLO) inflamasyon belirteci olarak kabul edilerek birçok hastalık ile ilişkisi araştırılmıştır. Tromboz da vasküler düzeyde inflamasyona neden olan bir durumdur. Çalışmamızda portal ven trombozu olan malignite tanılı hastalarda NLO ile PLO arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Materyal ve Methot: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesine Ocak 2006 ile Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran, portal ven trombozu (PVT) tanısı almış olan ve malignite tanısı bulunan 18 yaş üstü 44 hasta çalışma kapsamına alındı. Kontrol grubu hastaları sistemik hastalığı olmayan vakalardan seçildi. Verilerin analizi IBM SPSS 22 istatistik paket programından yararlanılarak yapılmıştır ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 13'ü (%29,5) kadın, 31'i (%70,5) erkek idi. Yaşları 20-86 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 66,07±13,18' idi.

20 hastada (%45) akut pıhtı trombüslü, 15 hastada (%34) kronik pıhtı trombüsü, 9 hastada (%20) tümör trombüslü var idi.

Hastalar malignite türlerine göre incelendiğinde en sık hepatoseller kanser (%31.8) ve pankreas kanseri (%15.9) saptanmıştır.

Hastaların platelet, lenfosit, nötrofil değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların 33' ünde (%75) sadece portal ven trombüsü (PVT), 3'ünde (%6.8) portal ven trombozu (PVT) ve splenik ven trombozu (SVT), 4 'ünde (%9.1) portal ven trombozu (PVT) ve süperior mezenterik ven trombozu (SMVT), 4'ünde ise portal ven trombozu (PVT) splenik ven trombozu (SVT) ve süperior mezenterik ven trombozu (SMVT) bulunmakta idi.

Malignite tanılı hastaların nötrofil/lenfosit oranları 0,33-26,89 bin/uL arasında değişmekte olup ortalaması 5,08±4,50'bin/uL dir. Platelet/lenfosit oranları ise 30833,33-483544,30 bin/uL arasında değişmekte olup ortalaması196708,41±95588,60'bin/uL dır.

Hastaların tanılarına göre platelet, lenfosit ve nötrofil değerlerinin tanımlayıcı istatistikleri ve tanılarına göre bu değer ortalamaları arasında fark olup olmadığının test sonucuna göre grupların her bir kan değeri ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 2).

Kontrol grubu ile PVT hastalarının NLO ortalaması karşılaştırıldığında %95 güven aralığında aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,791$).

Kontrol grubu ile PVT hastalarının PLO ortalaması karşılaştırıldığında %95 güven aralığında aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,967$).

Sonuç: Malignite tanılı PVT hastalarınn NLO, PLO değerleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.05$). Çalışmamızın kısıtlılığı retrospektif çalışma olmasıdır. Gelecekte yapılacak olan çalışmalara kaynaklık oluşturacaktır.

Anahtar Sözcükler: Portal ven trombozu, NLO, PLO

Tablo 1. Portal ven trombüsü olan hastaların, nötrofil, lenfosit, platelet değerleri

Değişken	*En düşük değer*	*En yüksek değer*	*Ortalama*	*Standart Sapma*
Nötrofil (bin/Ul)	0,60	24,20	5,62	4,58
Lenfosit (bin/uL)	0,36	3,98	1,24	0,74
Platelet (bin/uL)	37000	569000	225613,64	130636,40

Tablo 2. Portal ven trombozu ile platelet, lenfosit, nötrofil değerleri arasındaki ilişki.

Değişken	*Tanı*	*Anlamlılık Düzeyi*
Platelet	PVT	p=0,538
	PVT+SMVT	
	PVT+SVT+SMVT	
	PVT+SVT	
Lenfosit	PVT	p=0,176
	PVT+SMVT	
	PVT+SVT+SMVT	
	PVT+SVT	
Nötrofil	PVT	p=0,877
	PVT+SMVT	
	PVT+SVT+SMVT	
	PVT+SVT	

Pankreas

EPS - 058

AKUT PANKREATİT İLE BAŞVURAN GARDNER SENDROMLU VAKA

Çağatay Ak[1], Hüseyin Aykut[1], Emin Pala[1], Süleyman Sayar[1], Büşra Ünal[3], Nihat Buğra Ağaoğlu[3], Ebru Tarıkçı Kılıç[2], Resul Kahraman[1], Hamdi Levent Doğanay[1], Kamil Özdil[1]

[1]Sbü Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği
[2]Sbü Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Anestezi Ve Reanimasyon Kliniği
[3]Sbü Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genetik Bölümü

Giriş: Ailevi Adenomatoz Polipozu, kolondaki yüzler ile binlerce arasında çoklu poliplerle karakterize bir kanser yatkınlık sendromudur (1). Kolondaki poliplere santral sinir sistemi, ince bağırsak, pankreas, tiroid, karaciğer ve midede adenom veya karsinomlar ile benign ekstraintestinal bulgular eşlik edebilir (2). Gardner sendromu, kolon poliplerine ek olarak osteoma, yumuşak doku tümörleri (epidermoid kistler, fibromlar, desmoid tümörler) varlığı ile tanımlanan FAP'nin bir alt sınıfı olan otozomal dominant bir sendromdur (3). 5q 22.2 kromozomunda yer alan Adenomatoz Polipozisi Coli (APC) genindeki patojenik varyantlar, sendrom patogenezinde rol oynar (4). Bildiğimiz kadarı ile Gardner sendromu ile akut pankreatit arasında bir ilişki yoktur. Biz akut pankreatit ile kliniğimize interne ettiğimiz bir hastada Gardner Sendromu tanısı koyduğumuz vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 27 yaş kadın hasta iki gündür olan iştahsızlık, mide bulantısı ve sırta vuran epigastrik ağrı ile acile başvurdu. Fizik muaynesinde epigastrik bölgede derin palpasyonda hassasiyet dışında bir bulgusu yoktu. Tetkiklerinde wbc:7.650 u/L hb:13.1 g/dl plt:198.000 u/L alt:217 U/L ast:227 U/L alp:126 U/L ggt:244 U/L amilaz:8160 U/L lipaz:11820 U/L tespit edildi akut pankreatit tanısı ile yatırıldı. Özgeçmişinde 3 yıl önce kolonoskopisinde multipl polip olması nedeni ile proflaktik kolektomi, 1 yıl önce desmoid tümör nedeni ile operasyon öyküsü mevcuttu. Akut pankreatit etyolojisi için yapılan tetkiklerinde kalsiyum seviyesi: 9.4 mg/dl trigliserit seviyesi:70 mg/dl tespit edildi, düzenli kullandığı ilaç bulunmayan hastanın alkol kullanımı yoktu. MRCP si çekildi koledok ve safra kesesi doğal tespit edildi, pankreas divisium dışlandı, özgeçmişi değerlendirildiğinde Gardner Sendromu ön tanısı düşünülen hastanın periampüller bölge patolojisi değerlendirilmesi için gastroskopisi yapıldı periampüller patoloji saptanmadı. Hastanın periferik kan örneği ile yapılan moleküler genetik değerlendirmede APC geninde NM_000038.5 c.1370C> A p (Ser457 *) heterozigot varyasyon tespit edildi. Bu varyasyon, ACMG kriterlerine göre yapılan değerlendirme sonucunda Gardner Sendromu için patojen olarak değerlendirildi.

Tartışma: Olgumuzda akut pankreatit'in etiyolojik nedeni bulunamamıştır. Literatürde Gardner sendromulu bir vakada yaygın safra kanalı adenomları nedeni ile geçirilmiş akut pankreatit vaka bildirimi mevcuttur (5). Başka bir çalışmada Gardner sendrom tanılı 8 hasta akut pankreatit ile değerlendirilmiş olup 5 hastada ampullar bölgede adenomatöz patoloji, iki hastada pankreas divisium ve koledokalitiazis tespit edilmiş bir hastada da akut pankreatit in etiyolojik bir nedeni tespit edilememiştir (6). Olgumuzda; akut pankreatit etiyolojik tüm nedenleri ekarte edilmiş olup Gardner Sendromunun akut pankreatitte etiyolojik bir neden olabileceğini düşünüyoruz. Bu konu ile ilgili ilerde daha fazla vaka bildirimine ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Akut Pankreatit, Gardner Sendromu

Kayraklar

1- Jasperson, K. W., Patel, S. G., & Ahnen, D. J. (2017). APC-associated polyposis conditions. In GeneReviews®[Internet]. University of Washington, Seattle.
2- Charifa, A., Jamil, R. T., & Zhang, X. (2019). Gardner Syndrome. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
3- Wijn, M. A., Keller, J. J., Giardiello, F. M., & Brand, H. S. (2007). Oral and maxillofacial manifestations of familial adenomatous polyposis. Oral diseases, 13(4), 360–365.
4- Yu, D., Benjamin, N. G., Zhu, H., Liu, J., & Lin, Y. (2018). Bone and dental abnormalities as first signs of familial Gardner's syndrome in a Chinese family: a literature review and a case report. médecine/sciences, 34, 20-25.
5- Futami, H., Fututa, T., Hanai, H., Nakamura, S., Baba, S., & Kaneko, E. (1997). Adenoma of the common bile duct in Gardner's syndrome may cause relapsing acute pancreatitis. Journal of gastroenterology, 32(4), 558-561.
6- Wright, B. E., Kozarek, R. A., Traverso, L. W., Wechter, D., Thirlby, R., & Raltz, S. L. (1999). Recurrent pancreatitis in Gardner variant familial polyposis: etiology, diagnostic approach, and interventional results. Archives of Surgery, 134(3), 311-315.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 059

KOLANJİTİ OLAN BİR OLGUDA AŞIRI YÜKSEK CA 19-9 DÜZEYİNİN İRDELENMESİ

Gökhan Aydın, Halil Rakıcı, Remzi Adnan Akdoğan

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Karbonhidrat antijeni 19-9 (CA19-9) başta pankreatik duktal epitel, biliyer epitel hücreleri olmak üzere glandüler epitel hücreleri tarafından salgılanır. CA19-9 antijeninin en yüksek seviyeleri daha çok ilerlemiş pankreas ve safra yolu kanseri olan kişilerde görülür. Ayrıca kolorektal, mide, karaciğer, akciğer, meme, over ve uterus kanserlerinde normalden daha yüksek seviyelerde tespit edilebilir. Siroz, hepatit, pankreatit veya safra kanalı tıkanıklığı gibi malign olmayan hastalıklarda da normalden daha yüksek olabilir. Ancak bu durumlarda değerler genellikle 1.000 U / mL'nin altındadır. Cut off değeri 37 U/mL olarak alındığında biliyer sistem kanserleri için duyarlılığı %60-70, üst sınır 1000 U/mL olarak alındığında ise pankreas kanseri için özgüllüğünün %100'lere yaklaştığı görülmüştür. Biz burada yüksek CA19.9 yüksekliği ile giden ve tedaviyle normal seviyelere inen rekürren kolanjit atağı geçiren olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 75 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, ateş, titreme şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde kolesistektomi, gastrik cerrahi, altı kez geçirilmiş kolanjit atağı ve koledokojujenostomi cerrahisi mevcuttu. Başvuru sırasındaki tetkiklerinde CA 19-9 1692.30 U/mL, yapılan görüntülemede intrahepatik safra yolları dilate, koledok transvers çapı proksimalde 24 mm ve koledokojejunostomi hattında darlık mevcuttu. Kolanjit olarak tanı konan hastaya medikal tedavi ve koledokojejunostomi hattına stent yerleştirilmesi planlandı. Tedavi sonrasında kontrol CA 19-9 değeri 182.65 U/mL, taburculuk sonrası poliklinik kontrolünde CA 19-9 normal referans sınırlar içerisinde izlendi.

Tartışma: Yapılan çalışmalarda CA19-9 'un akut kolanjitli vakalarda önemli ölçüde yükseldiği, ancak diğer iyi huylu safra yolu hastalığı formlarına sahip hastalarda düzeylerinin yükselmediği sonucuna vurgu yapılmıştır. Koledokolitiazise bağlı kolanjit geçiren diğer bir olguda ise yüksek olan CA 19-9 seviyelerinin taşın ekstraksiyonu sonrası normalleştiği ancak taş sayısı ve boyutu ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Kolestaz ve kolanjit şüpheli pankreas kanserinin değerlendirildiği başka bir olguda ise çok yüksek CA 19-9 seviyelerinde bile ayırıcı tanıda her zaman iyi huylu nedenleri basitçe göz önünde bulundurması sonucuna varılmıştır. Bizim sunduğumuz olguda da tedavi sonrası normale gerileyen CA 19-9 seviyesi kolanjitle ve kolestazla ilişkili olduğu kanısına varılmıştır.

Sonuç: Yüksek CA 19-9 seviyelerinin kolestatik durumlar ve kolanjit ile ilişkili olduğu görülmektedir. Tedavi ile paralel olarak CA 19-9 seviyelerinde düşme ve normalleşme izlenmektedir. Kolestatik durumlarda eğer tabloya kolanjit eşlik ediyorsa yüksek CA 19-9 düzeyleri malign nedenlere bağlı olabileceği gibi benign patolojilerde de karşımıza çıkabilmektedir. Bu tip olguların ayırıcı tanısı esnasında bu durumun akılda tutulmasının önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Kolestaz, Kolanjit, CA 19-9

Kayraklar

1. Elevated serum levels of tumor marker CA19-9 in acute cholangitis, M B Albert 1, W M Steinberg, J P Henry, PMID: 3168694, DOI: 10.1007/BF01536670
2. Extremely elevated CA19-9 in acute cholangitis, Shyr-Ming Sheen-Chen 1, Cheuk-Kwan Sun, Yei-Wei Liu, Hock-Liew Eng, Sheung-Fat Ko, Chung-Huang Kuo. PMID: 17404889 DOI: 10.1007/s10620-006-9164-7
3. Relationship of CA 19-9 with choledocholithiasis and cholangitis. Ümit Bilge Doğan, Yüksel Gümürdülü, Necmettin Gölge, Banu Kara, Turk J Gastroenterology PMID: 21796554 DOI: 10.4318/tjg.2011.0186
4. Extremely elevated CA 19-9 levels in a patient with choledocholithiasis. Mahmood, Omar S; Mahdi, Ali A; Al hemyari, Bashar; Mohammadi, Sahar E.Journal of Medical Discovery; Philadelphia Vol. 4, Iss. 2, (2019): 1-5. DOI:10.24262/jmd.4.2.19006

Pankreas

EPS - 060

COVID-19 PCR POZİTİF HASTADA GELİŞEN AKUT NEKROTİZAN PANKREATİT OLGUSU

Gökhan Aydın, Halil Rakıcı, Remzi Adnan Akdoğan

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Akut nekrotizan pankreatit kliniği şiddetli pankreatit seyrinde karşımıza çıkabilir. COVID-19 akut solunum yolu sendromu SARS-CoV-2' nin sebep olduğu solunum yolu hastalığı olarak tanımlanmıştır. Gastrointestinal belirtiler arasında iştahsızlık, karın ağrısı, ishal, bulantı ve kusma ile gastrointestinal kanama rapor edilmiştir. Olgumuzda akut pankreatit ve viral pnömoni tanısı konarak hospitalize edilen, takibinde nekrotizan pankreatit gelişen hastayı sunmak ve COVID-19 enfeksiyonun akut pankreatite ve nekroza ilerlemesinde etkisinin olabileceğini sunmayı amaçladık.
Olgu Sunumu: 82 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvuruyor. Muayenesinde akciğer bazalinde inspiratuar raller ve batında hassasiyet mevcuttu. Batın tomografisinde peripankreatik lokalizasyonda kirli görünüm ve serbest sıvı, toraks tomografisinde bilateral plevral efüzyon, posterobazal segment düzeyinde konsolüde alan ve buzlu cam-la uyumlu alanlar mevcuttu. Akut pankreatit ve viral pnömoni ön tanısı konan hastanın tedavisi planlanarak hospitalize edildi. Yatışında alınan PCR testinin pozitif gelmesi üzerine tedavisine oral azitromisin, plaquanil ve oseltamivir eklendi. Takiplerinde karın ağrısında şiddetlenme gelişen hastanın çekilen tomografisinde pankreas çevresinde yoğun hava dansiteleri, yeryer kolleksiyonun olduğu, kapsül bütünlüğünün bozulduğu ve nekrotizan pankreatit ile uyumlu olduğu tespit edildi.

Sonuç-Tartışma: COVID-19 virüsü daha çok solunum sistemi patojeni olarak bilinmesine rağmen gastrointestinalde belirti ve bulgularla ile prezente olabilmektedir. Takip ettiğimiz COVID-19 PCR + olan hasta solunum şikayetlerinden daha çok gastrointestinal şikayetlerle başvurmuştu. Yapılan çalışmalarda; SARS-CoV-2 reseptörü olan ACE2'nin pankreasta adacıklarında yüksek oranda ekprese edildiği bu yolla pankreas hasarına neden olabileceği gösterilmiş ve akut pankreatitin COVID-19 ile ilişkili bir komplikasyon olabileceği vurgulanmaktadır. Diğer bir çalışmada COVID-19 pnömonisi olan hastalarda pankreas hasarı değerlendirilmiş ve daha yüksek AST, GGT seviyeleri tespit edilmiştir. Ayrıca COVID-19 pnömonisi olan hastalarda virüsün sadece akciğer dokusunda değil aynı zamanda pankreasta da tespit edildiği ifade edilmiştir. Öte yandan pankreatik hasarı olanlarda SARS-CoV-2 enfeksiyonunun zararlı bağışıklık yanıta neden olabileceği, bununda birden fazla organda sistemik hasara yol açabileceği ve mevcut hasarın ilerleyebileceği belirtilmiştir. Mevcut verilere ve bulgulara dayanarak, gastrointestinal semptomlarla tarafımıza başvuran hastalarda etyolojide COVID-19' un olabileceği görülmektedir. Ayrıca COVID-19 enfeksiyonunu kanıtlanan hastalarda solunum sistemi dışında atipik prezentasyon olarak akut pankreatit, nekrotizan pankreatit gibi farklı sistemlere ait patolojilerin etyolojisinde de yer alabileceği görülmüş olup, kanıt ve değerlendirme için daha büyük serileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Akut Pankreatit, Nekrotizan pankreatit, COVID-19

Kayraklar

1. Acute Necrotizing Pancreatitis, Todd H. Baron, M.D., and Desiree E. Morgan, M.D. N Engl J,MedMay6,1999;340:14121417.Doi:10.1056/NEJM199905063401807
2. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. World Health Organization (WHO).
3. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. World Health Organization (WHO). 11 March 2020.
4. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China - JAMA, Wang et al., February 7, 2020;323(11):1061-1069. Doi:10.1001/jama.2020.1585
5. Review Article: Gastrointestinal Features in COVID-19 and the Possibility of Faecal Transmission, Yuan Tian, Long Rong, Weidong Nian, Yan He. PMID: 32222988, Doi: 10.1111/apt.15731.
6. Highly ACE2 Expression in Pancreas May Cause Pancreas Damage After SARS-CoV-2 Infection, Furong Liu, Xin Long, Wenbin Zou, Minghao Fang, Wenjuan Wu, Wei Li, Bixiang Zhang, Xiaoping Chen. Doi:https://doi.org/10.1101/2020.02.28.20029181.
7. Yang JK, et al. Acta Diabetol 2010; 47:193–199
8. Coronavirus Disease-19 (COVID-19) associated with severe acute pancreatitis: Case report on three family members, Amer Hadi, Mikkel Parsberg Werge, Klaus Tjelle Kristiansen. Pancreatology. 2020 May 5.Doi: 10.1016/j.pan.2020.04.021
9. Pancreatic injury patterns in patients with COVID-19 pneumonia, Fan Wang, Haizhou Wang, Junli Fan, Yongxi Zhang. DOI:https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.055

Pankreatik nekroz görüntüsü



Pnömoni görüntüsü



Karaciğer

EPS - 061

ÇOK İLERİ YAŞTA TANI ALAN AKUT BAŞLANGIÇLI OTOİMMUN HEPATİT OLGUSU

Ayse Bengu Kandemir[1], Zeki Karasu[2], Fulya Günşar[2], Deniz Nart[3]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Otoimmun hepatit; yüksek serum globülin düzeyi, otoantikor pozitifliği ile karakterize kronik inflamatuvar bir karaciğer hastalığıdır. Hastalık her yaşta (9 ay-77 yaş) ve tüm etnik gruplarda ortaya çıkmakla birlikte, sıklıkla kadınları etkiler. İleri yaş grubunda başvuru anında asemptomatik prezentasyon, hepatik fibroz ve siroz yaygındır.

Sunacağımız olgu; 98 yaşında olup literatürde bildirilen en yaşlı otoimmün hepatit tanılı olgudur. Bir haftadır sağ üst kadranda belirgin fakat tüm karına yayılan ağrı, iştahsızlık gözlerde ve ciltte sararma, idrarda koyulaşma şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvurmuştu. Hastanın bilinen kronik hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç yoktu.20 yıl önce kolesistektomi olmuştu. Son 3 ay içinde kas ve eklem ağrıları nedeni ile birkaç kez non-steriod antiinflamatuar (etodalak) kullanımı dışında ilaç kullanımı tarifle-

miyordu.Fizik bakıda skleralar ve cilt ikterik görünümdeydi. Hemogram normal sınırlarda, biyokimyasal tetkiklerinde ALT:847 U/L AST:936, ALP:137, GGT:217 U/L total bilirubin: 23,03 mg/dl, D. bilirubin:20,05 mg/dl, albümin:29.6g/l, globülin:38 g/l (:25-35g/lm) PT: 18.8 sn (10.9 - 14.7 sn), INR: 1,8,amilaz, lipaz normal, böbrek fonksiyon testleri olağan sınırlardaydı. IgG: 19.8 g/L, normalden yüksek saptandı. Anti HAV IgG, Anti HBc IgG, Anti HBs hastada pozitif olarak sonuçlandı. Batın ultrasonu normaldi. BT de safra kesesi operasyona sekonder lojunda izlenmedi ve koledok çapı en geniş yerinde 9 mm saptandı, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yolları normal izlendi. ANA: sitoplazmik 1/80 (+) di. Karaciğer biyopsisinde portal alanlarda lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu, interface hepatit, piecemeal nekroz, köprüleşme nekrozları, hepatositlerde rozet formasyonu ve değişik derecelerde fibrozis saptandı. Hastaya otoimmün hepatit tanısı konarak, steroid tedavisi 60 mg/gün metilprednizolon monoterapi 1 hafta alacak şekilde başlandı. 2. hafta 40 mg/gün e düşüldü, 3. haftada 32 mg/gün tablet e doz azaltılarak tedaviye azatioprin 50 mg/gün eklendi. Steroid tedavisi başlanması ile karaciğer fonksiyon testlerinde ve bilirubin değerlerinde belirgin iyileşme izlendi. Tanı anından 3 ay sonraki hepatoloji poliklinik kontrolünde transaminaz düzeyleri ve bilirubin normal sınırlarda görüldü. Çok ileri yaşta ve akut başlangıçlı hepatitlerde de otoimmün hepatit tanısı akla gelmeli ve karaciğer biyopsisi ile tanı kesinleştirilerek uygun tedavi verilmelidir.

Anahtar kelimeler: otoimmun hepatit, ileri yaş

Kayraklar

1. Johnson PJ, McFarlane IG.Meeting report: International Autoimmune Hepatitis Group.Hepatology 1993;18:998.
2. Wang Q, Yang F, Miao Q, et al. The clinical phenotypes of autoimmune hepatitis: A comprehensive review. J Autoimmun 2016;66:98.
3. Kessler WR,Cummings OW, Eckert G, et al. Fulminant hepatic failure as the initial presentation of acute autoimmune hepatitis. Clin Gastroenterol Hepatol 2004;2:625.
4. Bower WA,Johns M,Margolis HS, et al. Population-based surveillance for acute liver failure. Am J Gastroenterol 2007; 102:2459 5.Anand L,Choudhury A,Bihari C, et al. Flare of Autoimmune Hepatitis Causing Acute on Chronic Liver Failure: Diagnosis and Response to Corticosteroid Therapy. Hepatology 2019;70:587.6.Donaldson PT. Genetics of autoimmune and viral liver diseases; understanding the issues. J Hepatol 2004;41:327-32.
7. Werner M, Prytz H, Ohlsson B, et al. Epidemiology and the initial presentation of autoimmune hepatitis in Sweden: a nationwide study. Scand J Gastroenterol 2008;43:1232.
8. Ngu JH, Bechly K, Chapman BA, et al. Population-based epidemiology study of autoimmune hepatitis: a disease of older women? J Gastroenterol Hepatol 2010;25:1681.
9. Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. Hepatology 2010; 51:2193.
10. Lee YM, Teo EK, Ng TM. Autoimmune hepatitis in Singapore: a rare syndrome affecting middle-aged women. J Gastroen Hepatol 2001;16:1384–9.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 062

İKTER VE MELENA İLE PRESENTE OLAN PLAZMOSİTOM OLGU SUNUMU

Dilay Demirayak, Selçuk Dişibeyaz, Erkin Öztaş, Tuncer Temel, Murat Sarıçiçek

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Multipl myelom tüm kanserlerin %1'ini ve hematolojik kanserlerin %10'unu oluşturur. Atipik plazma hücrelerinden oluşan hematolojik malign bir tümördür.Ekstramedüller plazmositom tüm plazma hücreli neoplazilerin %3'üdür. Yaklaşık %90 oranında baş ve boyun bölgesinde ortaya çıkmaktadır. Bu sunumda,,ikter ve melena

ile başvuran 54 yaşında, erkek, periampuller bölge tutulumu ile seyreden emp olgusu bildirilmiştir.

Emp, kolestaz veya gis kanama ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında nadir sebepler arasında akılda tutulmalıdır.

Olgu Sunumu: Elli dört yaşında erkek hasta, 2-3 gündür bulantı karın ağrısı, ikter şikayetleri ile acil kliniğine başvurmuş. Son 2 hafta içinde 6 kg kaybı olduğu ifade eden hastanın laboratuar tetkiklerinde; hemoglobin 14.3 g/dl, lökosit 2260 /μl, trombosit229 000 /μl, ast:95 alt:119 t.bil:7,99 d.bil:4,52 amilaz:85 lipaz:200 crp:23 mg/dl, kalsiyum 9.2 mg/dl, BUN 24 mg /dl, kreatinin 0,6 mg/dl, total protein 5 g/dl, albumin 2,81 g/dl, tam idrar tetkikinde ise protein (–),eritrosit sedimantasyon hızı 89 mm/saat saptandı.

Yapılan ultrasonografik görüntülemesinde intrahepatik safra yollarının minimal dilate olduğu görüldü. Hasta GİS kanama ve kolanjit nedenli gastroeneroloji kliniğine yatırıldı. Kolonoskopisinde odak saptanmadı. Gastroskopisinde periampuller bölgede malign görünümlü, ülsere, frajil kitle izlendi. Biyopsisi sonucunda maligniteye rastlanmadı. Üst abdomen tomografisinde duodenum 2.ve 3.kıtayıda içine alan, pankreas baş kesiminde ekspansiyona neden olan,smv ile yaklaşık olarak 90 derece komşuluğunun izlendiği periampuller tümör ile uyumlu kitle lezyonu görüldü. (şekil 1).

İzlem sırasında kolestazı artarak devam eden hastaya ERCP yapıldı. İşlem sırasında alınan biyopsi sonucu plazmositoma olarak degerlendirildi.

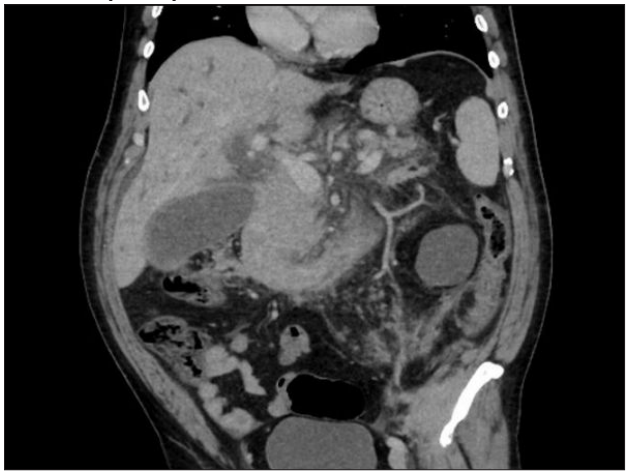
Plazmositoma olarak degerlendirilen hastada sistemik tarama için vertebra, kafa, pelvis ve femur direk grafileri, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Bu sonuçlarla hasta EMP olarak degerlendirildi. Tedavisi planladı. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: Extramedullar plasmositom, Kolanjit, Melena

Kayraklar

1. Susnerwala SS, Shanks JH, Banerjee SS, et al. Extramedullary plasmacytoma of the head and neck region: Clinicopathological correlation in 25 cases. Br J Cancer 75: 921-927, 1997.
2. Rodriguez A, Montgomery W, Weber AL. Extramedullary laryngeal plasmacytoma. Ann Otol Rhinol Laryngol 105: 483-486, 1996.
3. Holland J, Trenker DA, Wasserman TH, Fineberg B. Plasmacytoma: treatment results and conversion to myeloma. Cancer 69: 1513- 1517, 1992.
4. Wax MK, Yun KJ, Omar RA. Extramedullary plasmacytomas of the head and neck. Otolaryngol Head Neck Surg 109: 877-885, 1993.

Duodenumu infiltre eden pankreas baş kesiminde ekspansiyona neden olan periampuller tümör



İBH (Mikroskopik kolit dahil)

EPS - 063

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA ENTAMOEBA HİSTOLYTİCA VE CYTOMEGALOVİRUS ENFEKSİYONU GÖRÜLME SIKLIĞI

Seray Çırkın Korgan[2], Hale Akpınar[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
[2]İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi

Amaç: İBH teşhisi ve yönetimi, bazı enfeksiyonların İBH'nı taklit edebileceği ve yanlış tanıya götürebileceği için zor olabilir. Akut ameboik kolit İBH'nı taklit edebilir veya İBH üzerine eklenebilip semptomların daha da kötüleşmesine sebep olabilir.1 Bu çalışmada amacımız merkezimizdeki İBH tanılı hastalarda E.histolytica ve CMV enfeksiyonunun görülme sıklığını saptamak, aktivasyon ve hastalık progresyonundaki rollerini göstermek ve saptanan veriler doğrultusunda klinik pratik yaklaşımımızı gözden geçirip literature katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji BD'da Ocak 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında İBH tanısı olup, poliklinik başvurusu olan veya servis yatışı yapılan 769 hasta dahil edilmiştir. Hastalara ait demografik veriler, klinik veriler (Dışkı sayısı, vücut ısısında yükselme öyküsü), laboratuvar incelemeleri (CRP, lökosit değeri, Plazmada CMV-DNA PCR), dışkı incelemeleri (Dışkı direk bakısı ve kültürü, dışkıda E.histolytica adezin antijeni), abdomen görüntülemesi, kolon biyopsi örnekleri (Histopatolojik inceleme, İHK ile CMV varlığı) değerlendirilmiştir.

Bulgular: CMV'si pozitif 61 (%14.15) hasta bulunmaktadır. 61 hastanın 37 (%60.7) tanesi ÜK tanılı, 24 tanesi (%39.3) CH tanısı ile izlenmektedir. Hastaların %70.5'i CMV pozitifliği saptandığı dönemde immünsupresif tedavi ile izlenmektedir. CMV pozitif Crohn hastalarında immünsupresif tedavi kullanımı ÜK tanılı hastalara kıyasla anlamlı olarak fazla bulunmuştur. (p=0.019) (Crohn hastalarında %87.5, ÜK tanılı hastalarda %59.5 oranı ile). Hastaların %16.4'ünün geçirilmiş cerrahi öyküsü bulunmaktadır. Bu hastaların %30'u ÜK, %70'i Crohn tanılıdır. Cerrahi öyküsü Crohn hastalarında daha fazladır. (p=0.04) CMV pozitif Crohn tanılı hastalarda ÜK tanılı hastalara göre daha fazla infliksimab kullanımı olduğu görülmüştür. (p=0.02) Hastaların %41'i azatiyoprin tedavisi almaktadır. E. Histolytica pozitifliği hastaların %5.8'inde saptanmıştır. E. histolytica pozitif 60.9'u ÜK, %39.1'i Crohn tanılıdır.

Sonuç: CMV enfeksiyonu büyük oranda ÜK'li hastalarda görülür. CMV pozitif hastaların çoğu immunsupresif ilaçlar ile tedavi edilmektedir ve CMV pozitif Crohn tanılı hastalarda immunsupresif tedavi kullanımı ÜK tanılı hastalara kıyasla anlamlı olarak fazla bulunmuştur. (p=0.019) Hastalar immunsupresif tedavilerden en yüksek oranda azatiyopirin ile izlenmektedirler, azatiyoprini kortikosteroid kullanımı izlemektedir. CMV pozitif Crohn tanılı hastalarda ÜK tanılı hastalara göre daha fazla infliksimab kullanımı olduğu görülmüştür. (p=0.02) Geçirilmiş cerrahi öyküsü Crohn tanılı hastalarda ÜK tanılı hastalara göre daha fazladır. (p=0.04) İBH'da hastalığı taklit edebilecek ve hastalık seyrini olumsuz etkileyecek CMV ve E.histolytica gibi enfeksiyonların saptanması önemlidir. Tanı ve tedavi açısından belirlenecek standartlar, bu konuda yapılacak araştırmalar ve klinik uygulamalara kılavuz olması açısından gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: İBH, İnflamatuar Bağırsak Hastalığı, Ülseratif Kolit, Crohn Hastalığı, CMV, E.Hystolitica

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

EPS - 064

İMMÜNSÜPRESİF HASTADA ÖNEMLİ BİR MORTALİTE NEDENİ: CMV KOLİTİ

Gökhan Aydın[1], Hüseyin Aydoğan[2], Hatice Beyazal[2], Melek Doğancı[3], Halil Rakıcı[1], Remzi Adnan Akdoğan[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Hücrelerde latent kalabilen sitomegalovirüs (CMV), immünsupresif hastalarda en yaygın viral fırsatçı enfeksiyon nedeni olarak bilinmektedir. CMV koliti karın ağrısı, diare, hematokezya, melena ve ateş gibi semptomlar ile karşımıza çıkmaktadır. Olgumuzda immünsupresif kişilerde mortilitenin önemli bir nedeni olan CMV kolitinin erken teşhisi ve tedavisi için gerekli önemin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 47 yaşında bayan hasta, bir ay önce başlayıp giderek şiddetlenen günde 10-12 kez sulu ishal ve halsizlik şikayeti ile acile servise başvuruyor. Ampirik siprofloksasin ve metranidazol tedavisi verilmiş fakat semptomlarında gerileme olmaması nedeniyle gastroenteroloji kliniğine yönlendirilmiş. Özgeçmişinde Non-Hodgin Lenfoma, splenektomi, interstisyel akciğer hastalığı mevcuttu. Hasta aralıklı i.v. immunglobulin, 2 ay önce rituksimab bazlı R-DHAP protokolü almış ve halen intersitel akciğer hastalığına bağlı 4 mg metilprednizolon alıyordu. Genel durumu kötü, hipotansif ve taşikardik olan hasta yoğun sıvı tedavisi başlanarak yatırıldı. Gaita tetkiklerinde; mikroskopide lökosit ve eritrostit yoktu, C.difficile toksin a/b ve E.histolytica saptanmadı. Tomografisinde kolonik segmentlerde diffüz duvar kalınlaşması tespit edildi. Kolonoskopide ise tüm kolonda yaygın ülsere lezyonlar, eksüda ve pseudomembran görünümü izlendi. Multiple biopsi, tüberküloz ve sitomegalovirüs PCR için örnekler alındı. Patoloji sonucu lamina propriada eozinofil ve nötrofil infiltrasyonu, kriptit, endotelyal hücrelerde CMV düşündüren inklüzyon varlığı mevcuttu. Eş zamanlı CMV PCR testinin pozitif gelmesi üzerine gansiklovir tedavisi başlandı. Genel durumu kötüleşen, hipotansif şok ve solunum yetmezliği gelişen hasta yoğun bakımda takip edildi. Sonrasında mekanik ventilasyonda inotropik tedavi ve i.v sıvı desteğine rağmen kardiyopulmoner arrest nedeniyle kaybedildi.

Tartışma: CMV'ye bağlı ishalde hastalar mukuslu sulu ishal ve kanlı ishalle başvurabilirler(1). Endoskopide ülserasyon, nekroz, psödomembran, kanama ve inflamatuar kitleler görülebilir(2). Yapılan çalışmalarda komorbid hastalıkları olup CMV koliti tanısı alan hastalarda gansiklovir tedavisine rağmen mortalite %71.4 gibi yüksek oranlardadır(3). Semptomları gastrointestinal kanalda lokalize olan CMV enfeksiyonunun hemen hemen her zaman komorbidit durumlara bağlı göreceli immünosupresyonu olan hastalarda ortaya çıktığı görülmüştür(4). CMV kolitinin özellikle immunsupresif kişilerde en yaygın semptomunun ishal olduğu belirtilmiş, kabul edildiğinden daha yaygın ve ölümcül olduğuna, erken teşhis ve tedaviye erken başlanmasının sağkalımı iyileştirdiğine vurgu yapılmıştır(5).

Sonuç: İmmünsupressif tedavi almış hastalarda dirençli gastrointestinal semptomlar ve enterit durumunda etyolojide CMV koliti ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Bu hastalığın kendini gösterebileceği farklı yollara karşı uyanık olmak erken tanıyı mümkün kılacak, erken tedavi ile mortalite önemli ölçüde azaltılabilecektir.

Anahtar kelimeler: İmmünsupresyon, CMV koliti, mortalite

Kayraklar

1) Hinds R, Brueton MJ, Francis N, Fell JM. Another cause of bloody diarrhoea in infancy: Cytomegalovirus colitis in an immunocompetent child. J Paediatr Child Health 2004;40:581-2
2) S. Jacob and N. R. Zayyani. Cytomegalovirus colitis masquerading as rectal malignancy in an immunocompetent patient. Indian Journal of Pathology & Microbiology, vol. 58, no. 1, pp. 80–82, 2015.
3) Cytomegalovirus colitis in immunocompetent critically ill patients, Author links open overlay panel. Rinaldo F.Siciliano, Jussara B.Castelli, Bruno A.Randi, Ricardo D.Vieira.,Tânia M.V.Strabelli. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.11.008
4) A Practical Review of Cytomegalovirus in Gastroenterology and Hepatology. Ali Y., Fakhreddine, Catherine T. Frenette, and Gauree G. Konijeti Gastroenterology Research and Practice / 2019 / Article https://doi.org/10.1155/2019/6156581
5) Clinical characteristics of cytomegalovirus colitis: a 15-year experience from a tertiary reference center. Puo-Hsien Le, Wey-Ran Lin, Chia-Jung Kuo, Ren-Chin Wu, Jun-Te Hsu, Ming-Yao Su..Ther Clin Risk Manag. 2017; 13: 1585–1593.

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 065

LİKEN PLANUS'A BAĞLI ÖZOFAGUS DARLIĞININ KORTİKOSTEROİD ENJEKSİYONU İLE TEDAVİSİ

Mukaddes Tozlu[1], Ahmet Tarık Eminler[1], Mustafa Sadeçolak[1], Şencan Acar[1], Cengiz Karacaer[2], Mustafa İhsan Uslan[1], Aydın Şeref Köksal[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü
[2]Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Abd

Giriş: Liken planus (LP) deri ve mukozaların tutulduğu kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Oral, kutanöz veya mukokutanöz formları vardır. Özofageal liken planus (ÖLP) nadir görülen bir hastalıktır. Literatürde vaka rapor ve serileri bildirilmiştir (1). Burada LP'a bağlı özofagus darlığı olup intralezyonel triamsinolon enjeksiyonları ile tedavi edilen bir hastayı sunuyoruz.

Olgu: 64 yaşında kadın hasta katı gıdalarla yutma güçlüğü ve son birkaç yılda 20 kg kaybı şikayetleri ile başvurdu. Alkol ve sigara kullanımı yoktu. Fizik muayene normaldi. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek testleri gibi laboratuvar bulguları normaldi. Viral hepatit C ve B için serolojik testler negatifti. Hastanın öyküsünde, yutma güçlüğünün 8 yıl önce başladığı ve defalarca dilatasyon işlemleri yapıldığı öğrenildi. Yine ara ara oral aftlarının olduğu, ayrıca ağız kuruluğu nedeniyle yapılan tükrük bezi biopsisi ile Sjögren tanısı konduğu öğrenildi. Hastanın Eckardt skoru 9 idi. Kliniğimizde yapılan üst endoskopide; oral kesicilerden itibaren 20. cm'de başlayan, yalnızca slim endoskopla geçilebilen, 7-8 cm'lik segmentte devam eden özofagus darlığı, frajil mukozanın soyulması ve beyaz plaklar şeklinde lezyonlar görüldü (Şekil 1a). Distal özofagusda reflü bulgusu izlenmedi. Biopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde, rejeneratif epitel fragmanları, ülser, inflamatuar granülasyon dokusu ve band tarzı lenfoplazmositer infiltrasyon izlendi. Özofagusdaki darlık bölgesi 5-7-9 nolu bujilerle 2 kez, 7-9-11 nolu bujilerle 3 kez dilate edildi. Dilatasyonlar sonrası endoskopide proksimal özofagusdan başlayarak tüm özofagusda çepeçevre, deskuame, eksudatif, darlığa yol açan görünüm izlendi (Şekil 1b). Bu klinik ve histopatolojik bulgularla, Dermatoloji ile konsülte edilerek liken planus düşünüldü. Triamsinolon asetat 40 mg, 23G skleroterapi iğnesi ile intralezyonal olarak 4 kadrana enjekte edildi. İlk uygulamadan sonra hastanın şikayetlerinde %50 düzelme mevcuttu. 3 hafta sonraki kontrolde; özofagusdaki darlık alanı endoskopla geçilebildi. Darlık alanına 4 kadrana toplam 40 mg dozla ikinci bir triamsinolon enjeksiyonu yapıldı. Daha sonra darlığın proksimali geçilerek, distal kısmına,

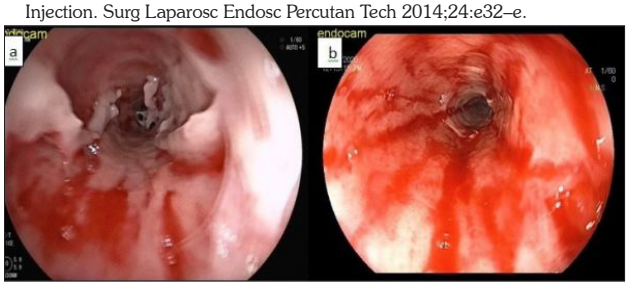
1 ay arayla 2 kez daha enjeksiyon yapıldı. Semptomlar ve endoskopik görünümde belirgin düzelme izlendi (Şekil 2). Eckardt skoru 3'e geriledi.

Tartışma ve Sonuç: Özofagus darlığının ayırıcı tanısında, özellikle lezyon özofagusun üst kısmında ise ve dilatasyon sonrası lezyonlarda alevlenmeler izleniyorsa, ÖLP akla gelmelidir. Özofageal tutulum; frajil eritematöz alanlar, soyulan psödomembran şeklinde lezyonlar, beyaz renkli plak ve papüller, yüzeyel erozyon ve ülserlerle karakterizedir. Lezyonlar tipik olarak, gastroözofageal bileşke korunarak, üst ve orta özofagusu etkiler. Lokal kortikosteroid enjeksiyonları etkilidir ve LP'ye bağlı özofagus darlığının birinci basamak tedavisi olarak düşünülmelidir.

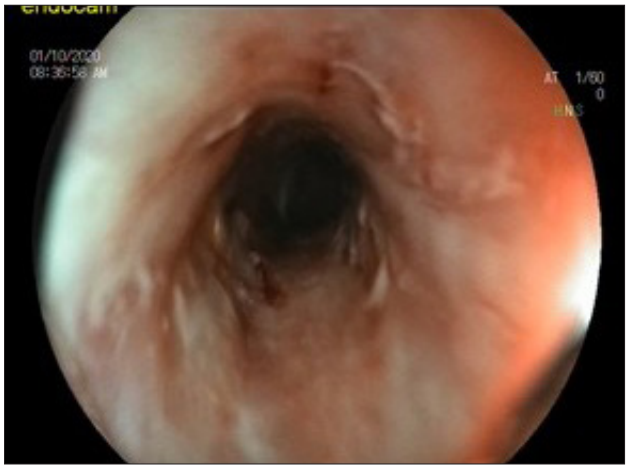
Anahtar kelimeler: Özofagus darlığı, liken planus, kortikosteroid

Kayraklar

1. Aydın S¸. Köksal, Hakan Yıldız, Bülent Ödemiş, Ayşegül Şengül. Treatment of Esophageal Stricture Due to Lichen Planus With Intralesional Corticosteroid Injection. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2014;24:e32–e.



Şekil 1. a) Üst endoskopide kesici dişlerden itibaren 20. cm'de özofagus darlığı, frajil eritemli alanlar ve soyulan psödomembranlar. b)Buji dilatasyonu sonrası özofagus.



Şekil 2. Triamsinolon enjeksiyonundan 2 ay sonraki kontrol endoskopide özofagus darlığında kısmi düzelme.

Karaciğer

EPS - 066

NADİR BİR ASİT NEDENİ: BURKİTT LENFOMA

Şencan Acar[1], Enes Zafer[2], Şeyma Yeğenoğlu[2], Zeynep Kahyaoğlu Akkaya[3], Mustafa Sadeçolak[1], Mukaddes Tozlu[1], Ahmet Tarık Eminler[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Giriş: Burkitt lenfoma (BL) yüksek proliferasyon indeksine sahip, B hücre kökenli agresif davranış gösteren non-Hodgkin lenfomalardandır. BCL-2 (-) ve MUM-1 (-) saptanırken, Ki-67 proliferasyon indeksi >%95'dir. Çoğunlukla endemik olarak Afrikalı çocukların özellikle çenelerinde görülen ve agresif seyirli olan bir lenfoma türü olarak ortaya çıksa da, yıllar içerisinde sporadik ve immun yetmezlik ile ilişkili formları da tanımlanmıştır.

Olgu: Bilinen ek hastalık ve ilaç kullanımı olmayan 26 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 gündür olan karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde taşipne ve batında yaygın asit dışında anlamlı özellik saptanmadı. Hastanın yatışında yapılan tetkikleri tablo-1'de özetlenmiştir. Hastanın yapılan abdomen ultrasonografi görüntülemesinde, sağ akciğer bazalinde 7.5 cm, sol akciğer bazalinde 4.5 cm kalınlığa ulaşan plevral effüzyon ve batında yaygın serbest peritoneal sıvı ile uyumlu olarak değerlendirildi. Portal venöz yapının değerlendirilmesi açısından portal ven doppler ultrasonografi incelemesi yapıldı ve normal olarak değerlendirildi. Hastanın asit örneklemesinde non-portal hipertansif vasıftaydı. Asit glukozu düşük olarak saptandı. Peritonit bulgusu yoktu ve periton mayii kültüründe üreme saptanmadı. Gönderilen asit sitolojisi benign sitoloji, abse içeriği ile uyumlu olarak değerlendirildi. Periton sıvısından çalışılan örnekte M.tuberculosis kompleks DNA'sı saptanmadı. Gönderilen asit mayi adenozin deaminaz aktivitesi 143,78 U/L olarak saptandı. Hastaya ateş yüksekliğinin eşlik etmesi nedeniyle geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Kontrol asit örnekleminde glukoz değerinin normale döndüğü gözlendi. Hastanın boyun bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde servikal zincirlerde milimetrik boyutta birkaç adet lenf nodu izlendi. Abdomen ve toraks BT görüntülemelerinde asit ve plevral effüzyon dışında patoloji saptanmadı. Hastanın PET-CT görüntülemesinde torakoabdominal yaygın malign LAP'lar, karaciğerde segment 5-6'da hafif hiperdens görünümlü fokal patolojik artmış FDG tutulumu ve kemik iliği düzeyinde yoğun-orta düzeyde artmış FDG tutulumu izlendi. Hastanın periton biyopsisi yapıldı. Bu süreçte hidrasyon uygulanan hasta patolojik olarak tanısı konulamadan ve tedavisine başlanılamadan kaybedildi. Periton biyopsi örneğinin immunohistokimyasal boyanması sonrası high grade matür b hücreli lenfoma ile uyumlu, bulguların yaygın Bcl-2 ekspresyonu gösteren Burkitt Lenfoma ile uyumlu olduğu belirtildi.

Yorum: Sporadik BL'da en sık tutulan bölge abdomendir. Yaygın karın tutulumu olan hastaların çoğunda mezenter, retroperitoneal lenf bezleri, böbrek, overler ve periton düzeyi de tutularak sıklıkla malign asit oluşur. Asit ile prezente olmuş bir vakada hematolojik malignite olabileceği akılda bulundurulmalı ve erken teşhis ve tedavinin hayat kurtarıcı olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: asit, hematoloji malignite, taşipne

Tablo 1. Vakanın biyokimyasal verileri.			
Üre	***36 mg/dL***	***ALT***	***53 U/L***
Kreatinin	0,96 mg/dL	AST	112 U/L
Ürik Asit	14,9 mg/dL	GGT	19 U/L
LDH	3063 U/L	ALP	51 U/L
Na	137 mmol/L	T. Bil	0,59 mg/dL
K	4,5 mmol/L	D.Bil	0,15 mg/dL
Ca	9,1 mg/dL	Albumin	35,8 g/L
Mg	1,8 mg/dL	Globulin	24,2 g/L
P	3,6 mg/dL	Fe	26 µg/dL
WBC	11 K/uL	TDBK	208 µg/dL
Neut	8,52 K/uL	Ferritin	316,48 µg/dL
Hb	15 g/dL	ESR	21/saat
MCV	91,5 fl	CRP	58 mg/L
PLT	320 K/uL	Anti-HIV	(-)

Karaciğer

EPS - 067

ASİT AYIRICI TANISINDA NADİR BİR NEDEN: SİNOVİYAL SARKOM

Şencan Acar[1], Şeyma Yeğenoğlu[2], Gözde Çakırsoy Çakar[3], Mustafa Sadeçolak[1], Mukaddes Tozlu[1], Ahmet Tarık Eminler[1], Mustafa Kösem[3]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Giriş: Sinoviyal sarkom (SS) nadir görülen bir yumuşak doku tümörüdür. Nedeni net olarak bilinemediği için tanısı aşamasında da zorluklar olabilmektedir. SS, genelde gençlerde görülmekte ve ekstremitelerden köken almaktadır. Burada asit nedenli başvuran ve yapılan incelemeler sonucunda sinoviyal sarkom tanısı konulan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta 2 aydır var olan karında şişkinlik nedeniyle başvurdu. Hastanın başvuru laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Batın US'de; intraabdominal yaygın serbest sıvı ve peritonda düzensiz kalınlaşma (peritonit?) mevcuttu. Parasentez örnekleminde peritonit lehine bulgu saptanmamış olup periton mayi kültüründe de üreme saptanmadı. Gönderilen sitoloji materyalinde lenfosit ağırlıklı benign effüzyon bulguları tespit edildi. Serum asit-albümin gradiyenti non-portal hipertansif tip olarak değerlendirilen hastanın asit mayi hücresi lenfosit ağırlıklı olup asit proteini 3,2 g/dl idi. Gönderilen asit mayi ADA düzeyi 26,48 U/L olarak saptandı. Tümör markerları normaldi. Malignite tarama amaçlı yapılan gastroskopi ve kolonoskopide özellik yoktu. Çekilen BT'de; peritoneal yüzeylerde özellikle karaciğer ve dalağa komşu kesimde düzensizlik ve kalınlaşmalar ve büyüğü 10 mm çapında nodüler yapılar (infektif peritonit? peritonitis karsinomatoza??) olabileceği belirtildi. Yapılan PET/CT'de; sağ hemitoraks plevral yüzeylerde, diyafragmatik krusta, abdominopelvik mezenterik peritoneal yüzeylerde orta düzeyde artmış metabolizma gösteren yer yer nodüler, yer yer diffüz karakterde kalınlaşmalar (mezotelyoma?) olduğu belirtildi. Hastaya omentum biyopsisi yapıldı, histopatolojik ve immünohistokimyasal boyanma bulguları sonucunda solid epiteloid sinovyal sarkom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Metastatik evrede tanı konulan hasta onkoloji polikliniğine yönlendirildi.

Yorum: Sinoviyal sarkomlar, yaygın translokasyonlarına rağmen, geniş biyolojik davranışa sahip heterojen bir dizi tümörden oluşur. Asite neden olabilecek nadir bir hastalık olarak sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: asit, mezotelyoma, sinoviyal sarkom

Tablo 1. Hastanın başvuru biyokimyasal değerleri.			
Üre	23 mg/dL	LDH	333 U/L
Kreatinin	0,56 mg/dL	FT4	15,41 pmol/L
ALT	9 U/L	TSH	5,05 mIU/L
AST	24 U/L	CEA	<0,50 ng/dL
GGT	21 U/L	Ca 19-9	2,58 U/ml
ALP	79 U/L	Ferritin	369,31 µg/L
T.Bil	0,33 mg/dL	Ürik asit	6.7 mg/dL
D.Bil	0,08 mg/dL	WBC	8.52 K/uL
T.protein	55.6 g/L	Neut	6.93 K/uL
Albumin	28.8 g/L	Lymp	1.02 K/uL
Na	133 mmol/L	Hb	13.8 g/dL
K	3.8 mmol/L	Hct	41.5 %
CRP	4,93 mg/L	PLT	360 K/uL

Karaciğer

EPS - 068

OTOİMMÜN HEPATİT TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN YAN ETKİLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Taylan Kav, Muhammed B Jaiteh, Onur Keskin, Erkan Parlak, Bülent Sivri

Hacettepe Üniversitesi Gastroenteroloji Bd

Otoimmün hepatit (OİH), etiyolojisi tam olarak bilinmeyen; hipergamaglobulinemi, otoantikor pozitifliği ve "interface—arayüz" hepatiti ile karakterize ileriyici bir karaciğer inflamasyonudur. Otoimmun hepatit immünosüpresif tedaviye iyi yanıt veren bir hastalıktır. Güncel tedavi şemaları genelde steroid ve thiopurin analaoglarını içermekle birlikte gerektiğinde geleneksel olmayan immünsupresifler de kullanılabilmektedir.

Amaç: Güncel tedavi şemaları ile gelişen ilaç yan etkilerinin gözden geçirilmesidir.

Yöntem: Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda takip edilen 69 hastanın klinik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan 69 hastanın %69,6'si kadın olup tanı anındaki ortanca yaş 42 saptandı. Büyük çoğunluğu (%92,8) Tip 1 OİH olduğu anlaşıldı. Ortalama takip süresi 56 aydı (1- 120 ay). İlk basamak tedavi olarak en sık (%73.5) prednizolon ve azatiyopürin ile yapılan kombinasyon tercih edildi. İkinci sırada ise budezonid ile yapılan kombinasyonlar yer almaktaydı (11.6). Takip süresi içinde 20 hastada (%29) ilaç rejiminde değişiklik yapılmıştı. En sık yapılan ise kullandığı ilaç rejiminin optimize edilmesi olarak bulundu (n=5, %25). Aşağıdaki tabloda sık görülen yan etkiler sıralanmaktadır. Myelosupresyon 8 hastada saptanmıştır

ve 7 hastanın Azathoprine kullandığı görülmüştür. Yapılan tedavi değişikliğinin aşağıda belirtilen yan etkilerin gelişiminde etkili olmadığı (p>0.05) olduğu görülmüştür.

Tartışma: OİH tedavisinde kullanılan steroid ve immünsupresiflere bağlı yan etkiler çok sık görülmektedir. Bizim hasta kohortumuzda en sık görülen yan etkiler steroid kullanımına bağlı metabolik etkilerdir. Tedavi rejiminde değişiklik yapılması yan etki sıklığını artırmamaktadır. Hastaların sık görülen yan etkiler açısından yakın takip edilmeleri gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Otoimmün hepatit, tedavi, yan etki, metabolik

Tablo 1. Takipte gelişen ilaç toksistesi/yan etkileri ve sıklığı

İLAÇ TOKSİSTESİ KATEGORİSİ (n=68)	n	%
Metabolik yan etkiler	**32**	**47,1**
Kilo artışı	15	22,1
Osteopeni	8	11,8
Yeni tanı DM	5	7,4
Osteoporoz	4	5,9
Kan şekeri regülasyonu bozukluğu	3	4,4
Kan basıncı regülasyonu bozukluğu	2	2,9
Miyelosüpresyon		
Sitopeni	8	11,8
Diğer yan etkiler		
Hirsutizm	4	5,9
Enfeksiyon	3	4,4
Cilt değişiklikler	3	4,4
Malignite*	1	1,5
Diğer**	8	11,8

*lenfoproliferatif hastalık (n=1)

**dislipidemi (n=1), steroid miyopatisi (n=1), optik nörit (n=1), depresyon (n=1), psikoz (n=1), gözde skleral kanama (n=1), gastrit (n=1), non-spesifik allerjik reksasyon (n=1),

Karaciğer

EPS - 069

ASEMPTOMATİK OİH GENEL ÖZELLİKLERİ VE STANDART TEDAVİYE YANITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Taylan Kav, Muhammed B. Jaiteh, Onur Keskin, Erkan Parlak, Bülent Sivri

Hacettepe Üniversitesi Gastroenteroloji Bd

Otoimmün hepatit (OİH) ilerleyici bir karaciğer hastalığıdır. Tedavinin etkin ve erken verilmesi karaciğer hastalığının seyri açısından çok önemlidir. Bazı hastaların karaciğer hastalığı bulguları olmadan insidental olarak OİH tanısı aldığını bilmekteyiz. Asemptomatik OİH adı verilen bu grubun klinik, laboratuvar özellikleri ve standart birinci basamak tedaviye yanıtı değerlendirilmiştir.

Amaç: Asemptomatik ve semptomatik OİH arasında genel özellikler açısından değerlendirilmesi ve tedavi yanıtının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda takip edilen 69 hastanın prezentasyon anındaki özellikleri değerlendirilerek asemptomatik OİH ve semptomatik OİH olarak kaydedilmiş olan hastaların geliş klinik özellikleri ve ilk tedaviye yanıtları değerlendirildi.

Sonuçlar: Toplam 69 hastanın 14 ü (%20.3) asemptomatik OİH olarak kaydedilmişti. Hastalar gelişlerinde klinik özelliklerine göre değerlendirildiğinde karaciğer hastalığı ile ilişkili değerlendirilebilecek olan semptomlar ki bunlar; halsizlik ve yorgunluk, karında rahatsızlık/ağrı hissi, kaşıntı semptomatik grupta daha belirgindi (p<0.05). Ancak konstitusyonel diyebileceğimiz; iştahsızlık, kas ağrısı, eklem ağrısı, adet düzensizliği, cilt bulguları, kilo değişimi, bulantı – kusma ve ishal şikayetlerinin sıklığı açısından fark yoktu (p>0.05). Hastaların tanı anındaki ALT, AST, ALP, GGT, T. Biuribin, IG G düzeyleri ve otoimmün belirteç varlığı açısından fark yoktu (p>0.05). Birinci basamak tedavi sonrasında tam remisyon oranı asemptomatik grupta %57.1, semptomatik grupta ise %69.0, p>0.05 olarak bulundu. Tedavi seçimleri arasında iki grup arasında fark yoktu (p>0.05)

Tartışma: Asemptomatik hastalarda konstitusyonel olarak sınıflanan şikayetlerin semptomatik olanlar kadar sık olduğu görülmektedir. Klinik açıdan bakıldığında hasta grubumuzla semptomatik OİH arasında belirgin bir farklılık olmadığını gördük. Tedavi yanıtları asemptomatik grubta sayısal olarak daha az gibi görünmekle birlikte arada istatistiksel bir fark olmaması; bu hastaların kliniği hafif olarak değerlendirildiği için tedavi başlamada gecikme olabileceğinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Aslında bu hasta grubunun asemptomatik değil, sistemik bulguların daha yoğun olduğu bir grup olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Otoimmün hepatit, asemptomatik, tedavi, klinik özellikler

İnce Bağırsak

EPS - 070

ERİŞKİNDE İNTUSUSEPSİYONUN NADİR BİR NEDENİ: İLEUMDA LİPOM

Elif Sitre Koç[1], Suna Yapalı[2], Arzu Tiftikçi[2], Nurdan Tözün[2]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Yetişkinlerde intususepsiyon,esas olarak intestinal kitlelerin neden olduğu nadir bir durumdur. 1 yıl ara ile tekrarlayan şiddetli karın ağrısı ve kanlı ishal ile başvuran ve ileum yerleşimli büyük lipom nedeniyle intususepsiyon gelişen olgu sunulmuştur.

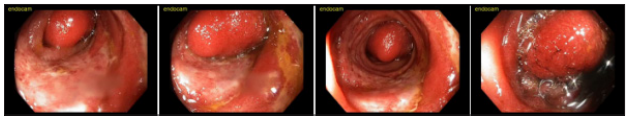
Olgu Sunumu: 65 yaşında kadın hasta siddetli karın ağrısı, kusma, kanlı ishal ile acil servise başvurdu. Öyküde 1 gün önce dışarıda balık yediği ve 1 yıl önce Kanada'da yine balık yedikten sonra kanlı ishalin eşlik ettiği benzer karın ağrısı atağı ile hospitalize edildiği, gastroskopi ve kolonoskopi yapıldığı, patoloji saptanmadığı ve hastanın 1 yıldır benzer yakınmasının olmadığı öğrenildi. Bilinen kronik bir hastalığı, NSAID, sigara ve alkol kullanımı yoktu. Soygeçmişinde ailede inflamatuar bağırsak hastalığı ve gastrointestinal sistem kanser hikayesi yoktu. Fizik muayenede epigastriumda hassasiyet mevcuttu, batında defans ve rebound yoktu. Laboratuar tetkiklerinde lökosit: 7.96x10^3/uL ile normaldi, diğer tetkikleri CRP: 4,7 mg/dL, Total protein: 5,7 g/dL, albumin: 3 g/dL dışında normal aralıktaydı. Abdominal ultrasonda bağırsak ansları arasında serbest sıvı tespit edildi.

Dirençli epigastrik ağrı nedeniyle yapılan endoskopide midede dilatasyon sıvısı gözlendi, sıvının aspirasyonu sonrasında yapılan inceleme nodüler antral gastrit ile uyumlu idi. Midede dilatasyon sıvısı olması nedeniyle ileus açısından yapılan kontrastlı abdomen BT'de ileumda muhtemel lipomu düşündüren 22*17 mm boyutlarında, yoğunluğu yağ dokusuyla benzer (yaklaşık 80 HU), intraluminal, düzgün sınırlı bir lezyona ek olarak, distal bağırsakta 10 cm uzunluğundaki bir segmentte inflamasyon veya intususepsiyonu düşündüren duvar kalınlaşması görüldü. Kolonoskopide terminal ileum lümenini çepeçevre saran yaklaşık 2.5-3 cm'lik submukozal kitle gözlendi, ayrıca intestinal peristaltizm ile kitlenin invajine olduğu görüldü, invajinasyona bağlı yaklaşık 10 cm'lik terminal ileum mukozasında ödem ve ülserasyon izlendi (Şekil 1). Lezyon çevre-

sinde spot marker ile enjeksiyon uygulandıktan sonra laparoskopik rezeksiyon uygulandı. Patolojisi 2.8 cm çapında submukozaya infiltre lipom olarak rapor edildi.

Tartışma: Açıklanamayan karın ağrısı ve kanlı ishal yakınması olan hastalarda ince bağırsak patolojilerine ait ileri inceleme yapılması gereklidir. Olgumuzda intestinal peristaltizmin artışıyla karın ağrısı ve kanlı ishal ile prezente olan ve atak dışında asemptomatik olan büyük bir lipomun neden olduğu intususepsiyon bildirilmistir. İntususepsiyon, 3 yaş altı çocuklarda ileusun en sık nedeni iken, tüm erişkin bağırsak obstruksiyonlarının %1'ini oluşturmaktadır. Lipomlar çoğunlukla soliter, benign, asemptomatik kitleler olup gastrointestinal sistemde her yerde bulunabilirler. Bağırsakta ise ikinci en sık görülen benign tümörlerdir. Semptomatik olduğu durumlarda cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: İleum, Obstrüksiyon, Lipom, İntususepsiyon



Şekil 1. Terminal ileum lümenini çepeçevre saran submukozal kitle, ayrıca invajinasyona bağlı yaklaşık 10 cm'lik terminal ileum mukozasında ödem ve ülserasyon

İBH (Mikroskopik kolit dahil)

EPS - 071

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA DERİ BULGULARI: 2 OLGU SUNUMU

Elif Sitre Koç[1], Gamze Erfan[2], Hülya Hamzaoğlu[3], Nurdan Tözün[3]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
[3]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: İnflamatuar bağırsak hastalıkları (İBH) olarak adlandırılan Crohn hastalığı ve ülseratif kolit (ÜK), bağırsaklarda inflamatuar değişiklikler ile karakterize idiyopatik, kronik ve immun aracılı bir hastalıktır. Klinik prezentasyonu asemptomatik gastrointestinal semptomlardan, cerrahi gerektiren komplike hastalığa kadar değişebilir. İntestinal bulgulara ek olarak, hastaların %4-40'ında ekstraintestinal bulgulara (EİB) rastlanır. Bazı EİB'ler hastalık alevlenmesinden önce bazıları ise İBH tanısından önce ortaya çıkar; bu nedenle, bu bulguların erken teşhisi İBH yönetiminde büyük öneme sahiptir.

Olgu 1: 65 yaşında kadın hasta rektal kanama ve kabızlık ile başvurdu. Fizik muayenesinde internal hemoroid saptandı, yapılan kolonoskopide ÜK ile uyumlu çekal ve rektal aftöz ülserler görüldü. Lezyon biyopsileri ÜK ile uyumlu olarak değerlendirildi, mesalamin tedavisi başlandı. Takiplerde, artralji ve ekstremitelerde çok sayıda, düzgün sınırlı, eritematöz lezyonlar görüldü (Şekil 1). Öyküsünde, bazen kanlı ishal ve pretibial bölgede eritemli lezyon şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Deri biyopsisinde, Sweet Sendromu ile uyumlu bulgular olan hafif ödem ve papiller dermiste yoğun nötrofilik infiltratlar izlendi. Ara ara kortikosteroid (KS) gerektiren kolit atakları ve deri lezyonları ile başvuran hastaya KS bağımlılığı nedeniyle adalimumab başlandı, ancak iyileşme gözlenmedi. Refrakter ÜK için bağırsak rezeksiyonu planlandı ve rezeke kolon patolojisi ÜK'yi doğruladı.

Olgu 2: 39 yaşında kadın hasta rektal ağrı ve ishal ile başvurdu. Rektal muayene ve pelvik MR'da sırasıyla anal fissür ve 8 mm boyutlarında abse izlendi. Medikal tedavi ile şikayetleri düzeldi ancaj takiplerinde tibiada subkutan, ağrılı ve şiş, nodüler lezyon görüldü. Biyopside, eritema nodozum ile uyumlu interstisyel dermatit ve nötrofilik septal pannikülit izlendi. 2 yıl sonra, rektal ve abdominal ağrı ile alt ekstremitelerde eritematöz papüler lezyon şikayetleri ortaya çıktı (Şekil 2). Bu sürede meme kanseri tanısı ile kemoradyoterapi aldığı ve deri lezyonları ile intestinal semptomların alevlenmesine bağlı KS dışında herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Kolonoskopide Crohn hastalığını düşündüren hiperemik mukoza ve ülseratif lezyonlar görülürken, deri lezyonlarının histopatolojik incelemesi süpüratif folikülit olarak raporlandı. Yeterli tedaviye rağmen yaraları düzelmeyen hastaya Vedolizumab tedavisi başlandı. Kısa süre sonra hastanın cilt lezyonları düzeldi ve bağırsak lezyonlarında remisyon sağlandı.

Tartışma: İBH'nın deri bulguları hafif lezyonlardan şiddetli formlara kadar geniş bir spektruma sahiptir. İBH'den yıllar önce, aynı anda ya da daha sonra ortaya çıkabilirler. Bu durumda, lezyonların erken teşhisi ve KS, metotreksat, TNF-α inhibitörleri gibi çeşitli terapötik ajanlarla tedavisi İBH'yi kontrol etmeye yardımcı olabilir. Sonuç olarak; İBH'nin extraintestinal bulgularını yönetmek için multidispliner bir yaklaşım gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuar bağırsak hastalıkları, Ekstraintestinal manifestasyonlar, Ülseratif Kolit, Crohn hastalığı



Şekil 1. Düzgün sınırlı papüler görünümlü lezyonlar ve psödoveziküler, ülsere lezyon



Şekil 2. Alt ekstremitelerde eritematöz papüler lezyonlar

Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 072

İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE UYGUNSUZ PROTON POMPA İNHİBİTÖRÜ KULLANIMININ ARAŞTIRILMASI

Efe Cem Erdat, Rıza Gökhan Baykal, Taylan Kav

Hacettepe Üniversitesi Gastroenteroloji Bd

Giriş / Amaç: Proton pompa inhibitörleri dünya üzerinde en sık kullanılan ilaç gruplarından biridir. Bunun nedeni sadece etkin oldukları için değil, aynı zamanda uygunsuz kullanımın çok yoğun olmasından kaynaklanmaktadır. Endikasyonsuz ilaç başlanması özellikle bu sorunu büyütmektedir. Son zamanlarda İç hastalıkları yataklı servislerinde neredeyse gelen her hastaya yatış sırasında uygunsuz bir şekilde PPİ başlandığını görmekteyiz. İç hastalıkları servisine yatan hastalar arasında sorunun büyüklüğünü belirlemek ve olası nedenleri araştırmak için bu çalışmayı planladık.

Yöntem: Tek merkezli, tetkik ve tedavi müdahalesiz, vaka-kontrol çalışmamız etik kurul onayını takiben 01.01.2019 ile 30.06.2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Üniversitemiz iç hastalıkları yataklı servislerine yatan bütün hastalar yatış gününde değerlendirilerek aydınlatılmış onam veren hastalar ile yüz yüze görüşme yapıldı: PPİ kullanım durumu yatış öncesi, yatış süresince ve taburculuk reçetelerinden uygunsuz ppi kullanımı açısında değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 228 hasta alındı, %48.7 si kadın, ortalama yaş 54.9 (± 18.4) dü. Hastaların %25.9 u acil servisten yatırılmıştı. Yatış öncesinde PPI 88 hasta (%38.6) kullanmaktaydı. Yatış öncesi PPI en sık öneren bilim dalı Hematoloji idi (%30.7), hastaların %6.6 sında başlayan bölüm veya doktor bilgisine ulaşılamamıştır. PPI yoğun kullanmakla birlikte Hematoloji (%66.7) ve Romatoloji (%60) bilim dalları yüksek oranda uygun endikasyonlu başladıkları görüldü. En sık başlanma nedeni yüksek riskli hastada GIS kanam profilaksisi olarak bildirilmişti (%33). Ancak hastalar servise yattıkları günün ertesinde PPİ kullanım %58 hastaya çıkmaktadır ($p<.001$) ve endikasyonsuz / uygunsuz kullanım artmaktadır ($p<.001$). En sık uygunsuz kullanımın (%20) NSAİİ almayan steroid alan hastalara başlanması olduğu dikkati çekti. Yatış öncesinde uygunsuz PPI kullananlar taburculuk sonrasında da aynı şekilde ilaç kullanmaya devam etmekteler (OR: 16.2 CL:7.58 – 37.8). Daha kötüsü ise hastane yatışında endikasyonsuz ilaç başlandığında sonrasında da uygunsuz kullanım riski artmaktadır (OR: 62.4, CL: 15.46 – 251.89).

Tartışma: PPİ lar uygun endikasyonla kullanıldıklarında çok güvenli ilaçlar olmakla birlikte uygunsuz kullanım çok yaygın görülmektedir. Günümüzde PPI ların uzun dönem etkilerine ilişkin çok fazla tartışma mevcuttur, bunu engellemenin yolu güvenli ve akılcı PPI kullanımından geçmektedir. Çalışmamızın gösterdiği gibi zaten fazla olan PPİ kullanımı hastane yatışı ile birlikte gereksiz artmaktadır. Hastaneye yatış başlı başına uygunsuz kullanım için risk faktörüdür. Bunu engelleyebilmek için belirli aralarla eğitimlerin verilmesi uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Proton pompa inhibitörü, tedavi, endikasyon, uygunsuz

Pankreas

EPS - 073

PANKREAS KANSERİ OLGULARIMIZIN KLİNİK VERİLERİ

Muharrem Köse[1], Bengisu Karaköse[3], Elif Kazaz[3], Mustafa Berke Oral[3], Nesliar Eser Kutsal[2], Nurdan Tözün[2]

[1]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı
[3]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Pankreas kanseri dünya üzerinde en sık görülen 11. kanser türü olmasına rağmen kanser ilişkili ölümler sıralamasında 7. sırada yer almaktadır. Sıklıkla gelişmiş ülkelerde görülür ve bilinen en kötü prognozlu kanserlerdendir. Tanı ve tedavi süreçlerindeki gelişmelere rağmen 5 yıllık sağ kalım oranları %9 dolaylarındadır. Biz de bu çalışmamızda 2016-2019 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu hastanelerinde pankreas kanseri tanısı alan ve izlenen olguların risk faktörlerini ve klinik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Metod: Çalışmamızda 2016-2019 yılları arasında başvuran olgular retrospektif olarak tarandı. Olguların başvuru şekli ve şikayetleri, özgeçmiş ve soygeçmişi, tümör özellikleri, uygulanan tedavi ve hastaların takip süreleri kaydedildi. Verilerin analizi R versiyon 4.0.2 programı ile t test ve ANOVA kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Bu zaman aralığında başvuran 97 hasta vardı. Hastaların %60'ı erkek, ortalama yaşı ise 65,2 ± 11,8 (28-89) idi. Hastaların 89'unda tanı ayaktan başvuru sonucunda konulurken, 8 hastada yatış esnasında tanı konulmuştu.

Hastaların ilk başvurudaki semptomları incelendiğinde; en sık karın ağrısı ve halsizlik (%68) vardı. Sarılık, kilo kaybı, iştahsızlık, idrarda koyulaşma ve dispepsi de sık görülen diğer semptomlardı.

Hastaların alışkanlıkları sorgulandığında; %30,4'ünde sigara öyküsü mevcuttu. Hastaların %5,2'si alkol kullanıcısıydı. Olguların %41,8'inde diyabet, %45,4'ünde hipertansiyon, %4 hastada ise kronik pankreatit öyküsü vardı. Olguların %17sinde ikinci malignite vardı(Prostat kanseri (n: 5), meme kanseri (n: 3), glioblastoma (n:1), B hücreli lenfoma(n:1)). Hastalardan ancak 2'sinde ailede pankreas kanseri öyküsü mevcuttu.

Hastalarda tümörün en sık görülen yerleşim yeri baş kısmı idi (%46). Histopatolojik incelemelerde 4 hastada nöroendokrin tümör mevcuttu. Diğer olgular adenokrsinom idi. Olguların %87'si evre 4, %3'ü, evre 3, %4,6'sı evre 2B, %3'ü evre 1B ve %1,5'i evre 2A olarak tespit edildi.

Doku biyopsilerinde MSI paterni ve PDL-1 ekspresyonuna bakılan 6 hastanın birinde PDL-1 pozitif saptanmıştı. MSI pozitif olan hasta yoktu.

Hastaların yalnızca %35'ine cerrahi işlem uygulanabilmişti.

Hastaların ortalama takip süresi 24,2±16,7 ay (3-101) olarak saptandı. Nöroendokrin tümör olan 4 hastanın ortalama takip süresi ise 32 aydı.

Çalışmamızda en önemli risk faktörünün literatürden farklı olarak sigara ve diyabet olduğu, alkol, kronik pankreatit ve aile öyküsünün daha nadir olduğu görüldü. Hastaların yaşam süresi ile yaş, cinsiyet, risk faktörleri, tedavi şekli ve hastalık evresi arasında istatistiksel ilişki bulunamadı. Bunun, hastalarımızın büyük çoğunluğunun ileri evrede olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Sonuç: Pankreas kanseri tıptaki tanısal ve terapötik tüm gelişmelere rağmen halen en mortal hastalıklardan biri olmaya devam

etmektedir. Bundaki en önemli faktörün; ileri evrelerde tanı koyulabilmesi ve küratif cerrahinin zorlukları olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Pankreas kanseri

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 074

İKTER VE MELENA İLE PRESENTE OLAN BİR EMP OLGUSU

Dilay Demirayak, Selçuk Dişibeyaz, Erkin Öztaş, Tuncer Temel, Murat Sarıçiçek

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Multipl myelom tüm kanserlerin %1'ini ve hematolojik kanserlerin %10'unu oluşturur. Atipik plazma hücrelerinden oluşan hematolojik malign bir tümördür. Ekstramedüller plazmositom (EMP) tüm plazma hücreli neoplazilerin %3'üdür. Yaklaşık %90 oranında baş ve boyun bölgesinde ortaya çıkmaktadır. Bu sunumda,,ikter ve melena ile başvuran 54 yaşında, erkek, periampuller bölge tutulumu ile seyreden EMP olgusu bildirilmiştir.

EMP, kolestaz veya gis kanama ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında nadir sebepler arasında akılda tutulmalıdır.

Olgu Sunumu: Elli dört yaşında erkek hasta, 2-3 gündür bulantı karın ağrısı, koyu renkli dışkılama ve ikter şikayetleri ile acil kliniğine başvurmuş. Son 2 hafta içinde kg kaybı olduğu ifade eden hastanın laboratuar tetkiklerinde; hemoglobin 14.3 g/dl, lökosit 2260 /µl, trombosit229 000 /µl, ast:95 alt:119 t.bil:7,99 d.bil:4,52 amilaz:85 lipaz:200 crp:23, kalsiyum 9.2 mg/dl, bun 24 mg /dl, kreatinin 0,6 mg/dl, total protein 5 g/dl, albumin 2,81 g/dl, tam idrar tetkikinde ise protein (–),eritrosit sedimantasyon hızı 89 mm/saat saptandı. Hemglobin elektroforezinde M spike tespit edildi. Yapılan ultrasonografik görüntülemesinde intrahepatik safra yolları minimal dilate olduğu görüldü. Hasta GİS kanama ve kolanjit nedenli gastroeneroloji kliniğine yatırıldı. Kolonoskopisinde odak saptanmadı. Gastroskopisinde periampuller bölgede malign görünümlü, ülsere, frajil kitle izlendi. (Şekil 1).Biiyopsisi sonucunda maligniteye rastlanmadı. Üst abdomen tomografisinde duodenumu infiltre eden pankreas baş kesiminde ekspansiyona neden olan periampuller tümör, süperior mezenterik ven ile yaklaşık olarak 90 derece komşuluğunun izlendiği kitle lezyonu görüldü. (Şekil 2).

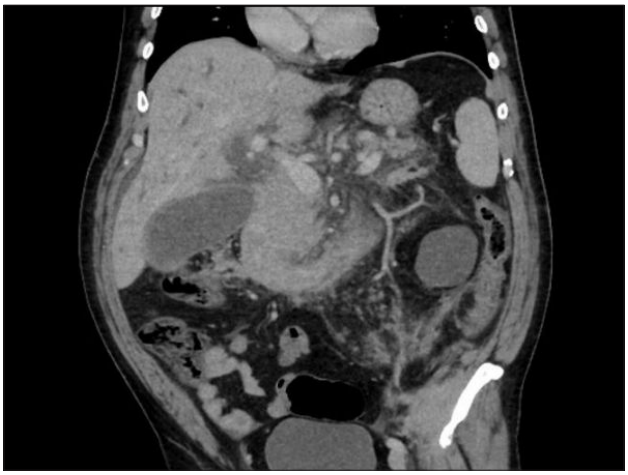
İzlem sırasında kolestaz belirteçleri artarak devam eden hastaya ERCP yapıldı. işlem sırasında alınan biyopsi sonucu plazmositoma olarak degerlendirildi.

Plazmositoma olarak degerlendirilen hastanın, sistemik tarama için vertebra, kafa, pelvis ve femur direk grafileri çekildi, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Bu sonuçlarla hasta EMP olarak degerlendirildi. Tedavisi planladı. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

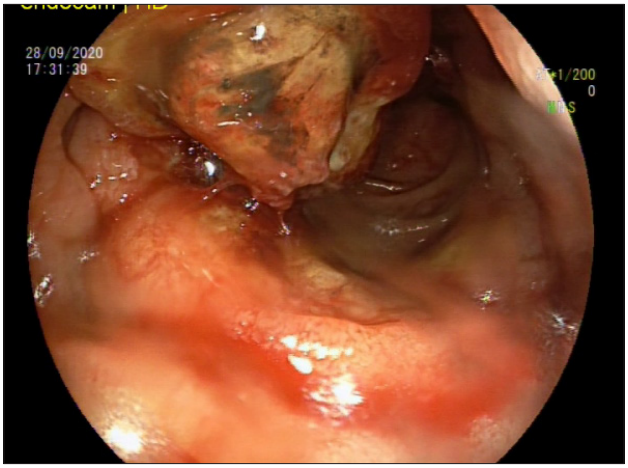
Anahtar kelimeler: Ekstramedüller plazmositom, İkter, Melena

Kayraklar

1. Susnerwala SS, Shanks JH, Banerjee SS, et al. Extramedullary plasmacytoma of the head and neck region: Clinicopathological correlation in 25 cases. Br J Cancer 75: 921-927, 1997.
2. Rodriguez A, Montgomery W, Weber AL. Extramedullary laryngeal plasmacytoma. Ann Otol Rhinol Laryngol 105: 483-486, 1996.
3. Holland J, Trenker DA, Wasserman TH, Fineberg B. Plasmacytoma: treatment results and conversion to myeloma. Cancer 69: 1513- 1517, 1992.
4. Wax MK, Yun KJ, Omar RA. Extramedullary plasmacytomas of the head and neck. Otolaryngol Head Neck Surg 109: 877-885, 1993.



Duodenumu infiltre eden pankreas baş kesiminde ekspansiyona neden olan periampuller tümör



Aktif pulsatil kanayan,ülsere,frajil duodonal kitle

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

EPS - 075

NAR ÇEKİRDEĞİ BEZOAR İLE FEKAL İMPAKSİYON: OLGU SUNUMU

Selma Demirbaş Yüceldi

Şırnak Devlet Hastanesi

Giriş: Çekirdek bezoarlar, küçük boyutları ile, fiber bezoarlardan farklı olarak, genellikle pilor ve ileoçekal valvden geçmekte ve kolonda birikmektedirler. Risk faktörü olmayan kişilerde rektumda birikerek fekal impaksiyona neden olmaktadırlar [1] Tedavisinde genel anestezi altında manuel boşaltım veya cerrahi ön plandadır. Nadiren konservatif /endoskopik yöntemlerle takip edilmişlerdir. [1, 2, 3, 4, 5] Endoskopik ve konservatif yöntemler ile takip edilen, nar çekirdeği bezoarına bağlı distal rektum ve anal kanal obstruksiyonu ve anal fissür gelişen bir olgu paylaşıldı.

Olgu: 66 yaşında kadın hasta 3 gündür konstipasyon, tüm kadran karın ağrısı ve rektal ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede batında palpasyonda yaygın hafif hassasiyet; anal inspeksiyonda akut anal fissür; dijital rektal muayene esnasında hastada yoğun ağrı

hissi ve istemli sfinkter kasılması; anal kanal hemen proksimalinde ele gelen yoğun, milimetrik sert cisimler saptandı. Laboratuvar bulguları ve ayakta direkt karın grafisi normaldi. Lavman sonrası rektoskopide, anal kanal hemen girişinde ve rektum distalinde daha yoğun olmak üzere rektum ve sigmoid kolonda, sonrasında anamnezine göre nara ait olduğu düşünülen, yoğun, birikim yapmış meyve çekirdekleri (Resim1 A, B); rektum distali ve anal kanalda mukozal mikrolaserasyonlar izlendi. Endoskop ile çekirdek birikintisinin proksimaline geçilerek çeşme suyu ile lavman yapıldı. Sonrasında anal fisssür ve mukozal laserasyonlar için lokal tedavi, gaita yumuşatıcı tedavi ve günde 2 kez boşaltıcı lavman tedavisi başlandı. Hastanın 3. gün kontrolünde kliniğinin rahatladığı, bağırsak hareketlerinin düzene girdiği görüldü. Anal fissür tedavisi 2 haftaya tamamlandı.

Tartışma: Literatürde çekirdek bezoarları nedeniyle hastalar konstipasyon (%63), non spesifik abdominal/rektal ağrı (%19) veya rölatif olarak daha nadiren, özellikle terminal ileumda birikime bağlı intestinal obstrüksiyon (%17) ile sağlık kuruluşuna başvurmuştur. [1] Bağırsak perforasyonu en korkulan komplikasyondur; şu ana kadar sadece 1 olguda saptanmıştır. [6] Anamnez ve rektal muayene tanıda temel taşlardır. Gereklilik halinde rektoskopi ve bilgisayarlı tomografi ile tanı kesinleştirilir. [1,2] Tedavide rektal çekirdek bezoarlarda genel anestezi altında manuel boşaltma, intestinal obstrüksiyon yapan proksimal kolon ve ince bağırsak çekirdek bezoarlarda cerrahi yapılmaktadır. [1, 2, 3, 4, 5] Konservatif tedavi yöntemleri (endoskopi veya kimyasal parçalama), fiber bezoarlarda etkili iken, çekirdek bezoarlarda etkili olmadığı; [1, 2, 3, 4, 5] endoskop ile daha proksimale geçmek zor ve rektal perforasyon riski yüksek olması nedeniyle, sadece %3 olguda, tek başına endoskopi ile bezoar çıkarılabildiği; sadece %9 hastanın endoskopik ve konservatif yöntemlerle tedavi edilebildiği gözlenmiştir. [1] Yine de, olguda olduğu gibi, tedavide, daha az invaziv olan endoskopik ve konservatif yöntemler denenebilir ve etkili olabilir.

Anahtar kelimeler: Nar çekirdeği, bezoar, fekal impaksiyon, konservatif tedavi

Kayraklar

1- Manatakis DK, Acheimastos V, Antonopoulou MI, Balalis D, Korkolis DP. Gastrointestinal Seed Bezoars: A Systematic Review of Case Reports and Case Series. Cureus. 2019 May 17; 11(5):e4686. Epub 2019 May 17.
2- Manatakis D, Sioula M, Passas I, Zerbinis H, Dervenis C. Rectal seed bezoar due to sunflower seed: a case report and review of the literature. Pan Afr Med J. 2018; 31:157. Epub 2018 Oct 31.
3- Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, et all. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. World J Gastrointest Endosc. 2015, 7:336-345
4- Eitan A, Bickel A, Katz IM. Fecal impaction in adults: report of 30 cases of seed bezoars in the rectum. Dis Colon Rectum. 2006 Nov; 49(11):1768-71.
5- Eitan A, Katz IM, Sweed Y, Bickel A. Fecal impaction in children: report of 53 cases of rectal seed bezoars. J Pediatr Surg. 2007 Jun; 42(6):1114-7.
6- Steinberg JM, Eitan A. Prickly pear fruit bezoar presenting as rectal perforation in an elderly patient. Int J Colorectal Dis. 2003; 18(4): 365-7

Anal kanal hemen girişinde obstruksiyon yapmış nar çekirdekleri



Rektumda birikim yapmış nar çekirdekleri



İBH (Mikroskopik kolit dahil)

EPS - 076

MESALAMİNE BAĞLI BÖBREK FONKSİYON BOZUKLUĞU: OLGU SUNUMU

Talat Ayyıldız, Emin Gülüzade, Beytullah Yıldırım
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Mesalazin ve 5-aminosalisilat olarak da bilinen mesalamin, Ülseratif kolitli hastalarda hem remisyonu sağlamak hem de sürdürmek için kullanılan bir antiinflamatuar ajandır. Mesalamin genellikle iyi tolere edilir ve yan etki oranları, ülseratif kolitin plasebo tedavisi ile bildirilenlere benzerdir. Bu sunum ile Mesalamin kullanımına bağlı hızlı şekilde renal fonksiyon bozukluğu gelişen bir olguyu irdeledik.

Olgu Sunumu: Yirmidokuz yaşında erkek bir hasta 15 gün öncesinde özel bir hastaneye kanlı ishal nedeniyle başvuruyor. Yapılan kolonoskopide hepatik fleksuraya kadar tutulumun oldu-

ğu ve patoloji ile de desteklenen ülseratif kolit tanısı konuluyor. Rachmilewitz Endoskopik aktivite indeksi 8 olarak tanımlanıyor. Pentasa 4 gr/gün başlanıyor. Klinik cevap alınmaya başlanıyor dışkı kıvamı artıyor ishal sayısı azalıyor, ancak yapılan tetkiklerde kreatinin değerlerinde yükselme olması üzerine hastanemize sevk ediliyor. Hematüri, dizüri, oligüri tariflemiyordu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde iki halasında Ailevi akdeniz ateşi olduğunu ifade etti. Fizik muayenede vital bulguları stabl, barsak sesleri hiperaktifti.

Laboratuar: BUN - 69,8 mg/dL Kreatinin - 5,92 mg/dL, Albümin – 3,1 gr/dL, WBC sayısı - 9,46 bin/uL,, Hemoglobin - 10,00 g/dL Eozinofil %- %1,0 pH. - 7,40 PCO2 - 33,3 mmHg PO2 - 25,2 mmHg BE - -3,9 mmol/L, Mikroalbümin (Spot) - <10,8 mg/L. Pentasa'nın kesilmesini ve hidrasyonu takiben böbrek fonksiyonları hızla düzeldi, kreatinin - 1,24 mg/dL'e geriledi. Mesalamine bağlı nefrotoksisite olarak değerlendirildi.

Tartışma ve sonuç: Mesalamin, karaciğer tarafından idrarla atılan asetillenmiş bir moleküle metabolize edilir. Yan etkiler ishal, baş ağrısı, baş dönmesi ve mide bulantısını içerebilir. Aşırı duyarlılık reaksiyonları ve pankreatit nadiren meydana gelebilir,

Yutulan mesalamin'in yaklaşık %28'i sistematik olarak emilir. 5-ASA preparatlarının en yaygın yan etkisi interstisyel nefrittir. Yüksek dozlar tubüler proteinüri ve fankoni sendromu ile ilişkilidir, renal tubüler asidoz ve minimal değişiklik hastalığı da bildirilmiştir

Uzun süredir devam eden İnflamatuar barsak hastalığı (İBH) olan hastaların yaklaşık %4-23'ünde böbrek bozuklukları görülür. IBH'nin en yaygın böbrek komplikasyonları ürik asit ve kalsiyum oksalata bağlı böbrek taşları, immün kompleks glomerülonefrit ve sekonder amiloidozdur. Bu bozukluklar, 5-ASA türevleri ile tedavi edilen hastaların ayırıcı tanısında düşünülebilir. Bizim olgumuzda oldukça hızlı bir şekilde böbrek fonksiyon bozukluğu gelişmesi, takibin önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle tüm hastalarda mesalamine başlamadan önce ve tedavi sırasında periyodik olarak böbrek fonksiyonu değerlendirmesi yapılmalıdır.

Bazı ötorler, ilk 3 ay boyunca aylık, sonraki 9 ay boyunca 3 ayda bir, daha sonra 6 ayda bir ve 5 yıllık tedaviden sonra yıllık olarak daha uzun bir izleme sürecini önermektedir.

Anahtar kelimeler: Mesalamin, ülseratif kolit, böbrek fonksiyon bozukluğu

Karaciğer

EPS - 077

ÇAKŞIR OTU KULLANIMINA BAĞLI HEPATOTOKSİSİTE: OLGU SUNUMU

Elif Sitre Koç[1], Suna Yapalı[2], Arzu Tiftikçi[2], Nurdan Tözün[2]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Bitkisel ve diyet takviyelerinin kullanımı son yıllarda tüm dünyada artış göstererek, kullanan erişkinlerin sayısı 23 milyon'dan 38 milyon bireye kadar çıkmıştır. İlaca bağlı karaciğer hasarının (İBKH) %15-20'sinden sorumlu olan bitkisel ürünler ve gıda takviyeleri önemli bir hepatotoksisite nedenidir. Dev bir rezene olan çakşır otu (Ferula Communis) uzun boylu ve otsu bir bitkidir. Ülkemizde de Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz Bölgesinde yetişmektedir ve farklı çeşitlerde kullanılmaktadır.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta ishal, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Şikayetleri çakşır otu ile hazırlanmış bir kase salata tüketimi sonrası ortaya çıkan olgunun altta yatan kronik hastalık, ilaç, sigara ve alkol öyküsü yoktu. Fizik muayenede epigastrik hassasiyeti dışında özellik yoktu: ikter, kaşıntı ve hepatosplenomegali yoktu. Laboratuar testlerinde ALT: 1884 IU/L, AST: 1121 IU/L, ALP: 71 IU/L, GGT: 42 IU/L, Total Bilirubin: 0.88 mg/dL, D. Bilirubin: 0.25 mg/dL, LDH: 1103 IU/L ve PT/INR: 17.2 sn/1.5 saptandı. Hepatit B, C ve HIV serolojisi negatif olan hastanın EBV ve CMV serolojisi, otoimmun serolojisi negatifti; Seruloplazmin ve transferrin saturasyonu normal sınırlardaydı. Abdominal ultrasonografi ve renkli Doppler görüntülemede akut hepatit düşündüren hafif artmış karaciğer ekojenitesi, periportal ödem ve normal portal venöz kan akışı izlendi. Akut hepatite yol acan diğer nedenler ekarte edildikten sonra intravenöz sıvı ve N-asetilsistein tedavisi uygulandı. Takipte transaminazlarda kademeli olarak düşüş gözlendi (Tablo 1). Yatışının 4. gününde ALT: 698 IU/L, AST: 120 IU/, INR:1,2 olan hastanın 4. haftada enzimleri normale döndü.

Tartışma: Akut hepatit ya da karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma ile başvuran hastalarda ilaç kullanım öyküsü dikkatle sorgulanmalıdır. Hastaların yaklaşık %40'ı bitkisel veya destek tedavileri hekime bildirmemektedir. İBKH'nın tanısı esas olarak diğer hepatoksisite nedenlerinin dışlanmasına dayanır. Ülkemizde farklı amaçlar ile birçok bölgede yaygın olarak kullanılan çakşır otunun hepatotoksisitesi nadir olarak bildirilmistir. Hastalardan öykü alırken bitkisel takviye kullanımı dikkatle sorgulanmalıdır, bu takviyelerin kullanımına bağlı hepatotoksite gelişimi açısından toplumsal bilinç arttırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hepatotoksisite, Ferula Communis, Toksik hepatit

Tablo 1. Tedavi süresince karaciğer fonksiyon testlerinin seyri

	1.Gün	2.Gün	3.Gün	4.Gün	5.Gün
ALT(IU/L)	1884	1339	1188	933	698
AST(IU/L)	1121	853	388	228	120
LDH(IU/L)	1103	583	249		126
INR	1.5	1.5	1.3	1.3	1.2

Karaciğer

EPS - 078

GLEKAPREVİR + PİBRENTASVİR TEDAVİSİNE BAĞLI BİLİRUBİN YÜKSEKLİĞİ VE EKİMOTİK REAKSİYON: OLGU SUNUMU

Talat Ayyıldız, Yusuf Bünyamin Ketenci

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Glekaprevir + pibrentasvir (GP) rejimi, daha kısa sürede tedavi avantajına sahip, Hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonunun tüm genotiplerinde önerilen direkt etkili pan-genotipik bir antiviral ajandır. Burada bir hastada 20 günlük GP tedavisiyle vücutta yaygın ekimoz,kaşıntı ve hafif sarılık şikayeti ile karşımıza çıkan nadir bir yan etki durumu sunulacaktır.

Olgu Sunumu: Yetmişüç yaşında erkek bir hastaya romatoloji bölümünce Romatoid Artrit nedeni ile Golimumab başlama kararı alınıyor. Yapılan viral seroloji taramasında Anti-HbcTotal Pozitifliği için öncelikle TenofovİR 245 mg/gün başlanıyor ve aynı zamanda Anti-HCV pozitifliği saptanarak ileri değerlendirme yapılıyor. Yapılan tetkiklerde Child A karaciğer sirozu saptanıyor. PCR HCV RNA 400000 IU/mL, Genotip 1b gelen hasta ya GP

rejimi başlandı. 20 gün sonra birkaç gündür olan yaygın kaşıntı ve muayene de ciltte değişik noktalarda saptanan ekimozlar nedeniyle başvurdu (Resim 1,2). Tetkiklerde Total Bilirubin: 2,5 mg/dL, Direkt Bilirubin 2,3 mg/dL, AST 33,8 U/L ALT 66,1 U/L Alkalen Fosfataz 232 U/L Gama Glutamil Transferaz 14,7U/L. PTZ 10,9 saniye INR 0,92 IG G 17,7 IG A 6,23 düzeyinde hafif yüksek, Anti HBC Ig M negatif, otoantikorlar negatifti,TORCH-EBV taramasında özellik yoktu. Portal Doppler Ultrason görüntülemesinde vasküler yapılar normal, safra yolları normaldi. GP tedavisi kesildi. Beş gün sonra Total Bilirubin 1,07 mg/dL, Direkt Bilirubin 0,82 mg/dL düzeyine geriledi. Hastanın belirti ve şikayetlerinde belirgin azalma gözlendi. Tablo GP kullanımına bağlı toksik hepatit ve deri komplikasyonu olarak yorumlandı.

Tartışma VE Sonuç: Direkt etkili antiviral ajanların (DAA) ortaya çıkmasıyla, kronik HCV enfeksiyonu tedavisinin etkinliği ve güvenliği önemli ölçüde artmıştır. Yakın zamanda pan-genotipik rejimlerle, HCV enfeksiyonunun tedavisi daha az yan etki ile mümkündür. Bu rejimden glekaprevir, esas olarak safra yoluyla atılır ve orta ila şiddetli karaciğer yetmezliği (Child skoru B veya C) olan hastalarda kontrendikedir. Gelişen reaksiyonda tenofovir etkisi var mı sorusu akla geldi ancak daha önce yapılmış araştırmalarda Tenofovir disoproksil fumarat ile klinik olarak önemli bir etkileşim beklenmediği belirtilmiştir. GP ile tedavi sırasında karaciğer fonksiyonu değişebileceğinden, INR değerlerinin yakından izlenmesi önerilir. Hastanın ilk değerlendirmesine ait INR değeri olmaması ekimozlar hakkında daha kapsamlı yorum yapmamızı etkiledi. En yaygın bildirilen yan etkiler (insidans%10) baş ağrısı ve yorgunluk olarak kaydedilmiştir. GP ile tedavi edilen deneklerin%0.1'inden daha azında ciddi advers reaksiyonlar (geçici iskemik atak) görülmüştür. Kaşıntı yaygınlığı ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. Advers reaksiyonlar nedeniyle tedaviyi kalıcı olarak bırakan. GP ile tedavi edilen deneklerin oranı%0.1 olarak bildirilmektedir.

Anahtar kelimeler: Glekaprevir + pibrentasvir, kronik HCV enfeksiyonu, yan etki

Glekaprevir + pibrentasvir tedavisine bağlı gövdede ekimotik lezyonlar



Glekaprevir + pibrentasvir tedavisine bağlı bacaktaki ekimotik lezyonlar



Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 079

İYİ SEYİRLİ BİR KLIPPEL-TRENAUNAY SENDROMU VAKASI

Burcu Usta[1], Onur Keskin[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Splenik hemanjiyomatozis, dalağın büyük kısmının hemanjiyomlarla kaplı olduğu ve normal parankimin yerini aldığı, nadir görülen bir sendromdur. Genellikle hastalarda tesadüfen saptanmaktadır. Bu sunumda Hacettepe Üniversitesi gastroenteroloji polikliniğinde tanı alan iyi seyirli bir splenik anjiyomatozis vakası deneyimi paylaşılmaktadır.

Vaka Sunumu: Otuz dört yaşında kadın hasta adet düzensizliği nedeniyle tetkik edilirken ultrasonografide dalak parankiminde çok sayıda lezyon saptanması üzerine gastroenteroloji kliniğine yönlendirilmişti. Kliniğimizde yapılan değerlendirmede hastanın herhangi bir yakınması yoktu. Fizik incelemesinde patolojik bulgu yoktu. Yapılan abdominal manyetik rezonans (MR) incelemede tüm dalağı dolduran en büyüğü 2.7 cm çapında kistik görünümler izlendi ve en büyüğü dalak posterior kesimde 3.8 cm çapında giderek artan kontrastlanma gösteren solid lezyonlar (anjiyomatozisle uyumlu) saptandı. Kemik yapılarda belirgin bir lezyon izlenmedi. Karın sol lateral duvarında venöz malformasyonla uyumlu bulgular görüldü. Bulgular incelemeyi yapan radyolog tarafından venolenfatik malformasyonlarla ve anjiyomatozisle uyumlu bulundu. Karın duvarındaki bulgularla birlikte değerlendirildiğinde ise Klippel-Trénaunay sendromu ile uyumlu bulundu.

Hasta tedavi gerekliliği açısından değerlendirildi. Splenektomi, vasküler radyolojik girişimler ve medikal tedaviler (sirolimus vs.) açısından hasta ilgili bölümler ile değerlendirilse de asemptomatik olan hastada tedavi düşünülmedi. Tedavisiz izlemde 15. aya ait MR incelemenin aksiyel yağ baskılı T2 kesitinde dalaktaki kistik anjiyomatozis ve karın duvarındaki ektatik vasküler yapıların boyut ve görünüm açısından stabil olduğu saptandı.

Şekil 1 ve 2 de hastanın tanı anında Üst Abdomen MRG ile değerlendirilmesi ve tedavisiz izlemin 15. ayında çekilmiş olan kontrol BT görüntüleri bulunmaktadır.

Tartışma: Klippel-Trénaunay sendromu kapiller veya venöz malformasyonlarla karakterize, doğumsal bir mezodermal anomali tablosudur. Kapiller malformasyon, venöz malformasyon ve lenfatik malformasyonun eşlik edebildiği ekstremite hipertrofisi triadı görülmektedir.1 Genellikle sporadik olarak görülmektedir, nadiren ailesel vakalar bildirilmiştir. Etiyopatogenezinde PIK3CA (phosphatidylinositol -4, 5-bisphosphate 3-kinase, catalytic subunit alpha) gen mutasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.2,3 Bu mutasyon mTOR (mammalian target of rapamycin) yolak aktivasyonu aracılığıyla hücre proliferasyonunu ve anjiyogenezi arttırmaktadır.

Klippel Trénaunay sendromuna bağlı visseral tutulum nadir olarak kolon, ince bağırsak, böbrek, mesane ve dalakta görülebilir. Splenik anjiyomatozis sebebiyle splenomegali ya da bası bulgularına bağlı olarak yakınmalar olabileceği gibi çoğu zaman hastalar asemptomatik olarak tanı alır. Vasküler malformasyon saptanan hastaların görüntüleme yöntemleri ile detaylı incelenmesi ile tanı konmaktadır. Venöz tromboembolik olaylar ve lokalize koagulopati açısından izlem gerektirmektedir.

Söz konusu hasta rastlantısal olarak tanı almış, olası tedavi seçenekleri açısından değerlendirilmiştir. İki yıldır tedavisiz ve semptomsuz olarak takip edilmektedir.

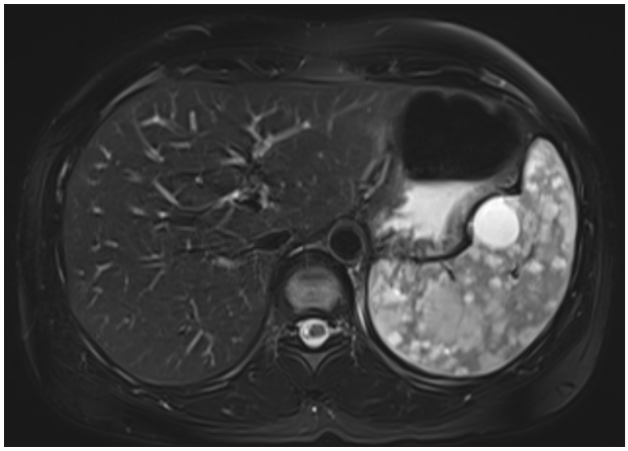
Kaynaklar

1- Wassef M, Blei F, Adams D, Alomari A, Baselga E, Berenstein A, Burrows P, Frieden IJ, Garzon MC, Lopez-Gutierrez JC, Lord DJ, Mitchel S, Powell J, Prendiville J, Vikkula M; ISSVA Board and Scientific Committee. Vascular Anomalies Classification: Recommendations From the International Society for the Study of Vascular Anomalies. Pediatrics. 2015 Jul;136(1):e203-14. doi: 10.1542/peds.2014-3673. Epub 2015 Jun 8. PMID: 26055853.

2- Vahidnezhad H, Youssefian L, Uitto J. Klippel-Trenaunay syndrome belongs to the PIK3CA-related overgrowth spectrum (PROS). Exp Dermatol. 2016 Jan;25(1):17-9. doi: 10.1111/exd.12826. Epub 2015 Oct 13. PMID: 26268729.

3- John PR. Klippel-Trenaunay Syndrome. Tech Vasc Interv Radiol. 2019 Dec;22(4):100634. doi: 10.1016/j.tvir.2019.100634. Epub 2019 Sep 23. PMID: 31864529.

4- Spasić M, Radovanović D, Canović D, Azanjac G, Djurdjević P, Mitrović S. Combined lymphangioma and hemangioma of the spleen in a patient with Klippel-Trénaunay syndrome. Srp Arh Celok Lek. 2012 Nov-Dec;140(11-12):777-81. PMID: 23350256.



Şekil 1. 03/2019 tarihli ilk değerlendirme Üst Abdomen MRG görüntüsü – Aksiyel yağ baskılı T2 kesiti



Şekil 2. 07/2020 tarihli takip değerlendirme Abdomen BT görüntüsü

Giriş: Splenik anjiyomatozis, dalağın neredeyse tamamen hemanjiyomlarla kaplı olduğu ve normal parankimin yerini aldığı bir tablodur. Nadir görülen bir patolojidir. Genelde hastalarda tesadüfen saptanmaktadır. Biz de iyi seyirli bir splenik anjiyomatozis vakası deneyimimizi paylaşacağız.

Vaka: 34 yaşında kadın hasta adet düzensizliği nedeniyle tetkik edilirken ultrasonografide dalak parankiminde çok sayıda lezyon saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmişti. Kliniğimizde yapılan değerlendirmede hastanın herhangi bir yakınması yoktu. Fizik incelemesinde patolojik bulgu yoktu. Yapılan abdominal magnetik rezonans (MR) incelemede tüm dalağı dolduran en büyüğü 2.7 cm çağında kistik görünümler izlendi. Bunun yanında en büyüğü dalak posterior kesimde 3.8 cm çapında giderek artan kontrastlanma gösteren solid lezyonlar (anjiyomatozisle uyumlu) saptandı. Kemik yapılarda belirgin bir lezyon izlenmedi. Karın sol lateral duvarda venöz malformasyonla uyumlu bulgular görüldü. Bulgular incelemeyi yapan radyolog tarafından venolenfatik malformasyonlarla ve anjiyomatozisle uyumlu bulundu. Karın duvarındaki bulgularla birlikte değerlendirildiğinde ise Klippel-Trenaunay sendromu ile uyumlu bulundu. Hasta tedavi gerekliliği açısından değerlendirildi. Splenektomi, vasküler radyolojik girişimler ve çeşitli medikal tedaviler (sirolimus vs) açısından hasta değerlendirilse de asemptomatik olan hastada tedavi düşünülmedi ve lezyonların yıllık görüntüleme teknikleriyle boyut takibi planlandı. Yakın dönemde çekilen MR incelemede dalaktaki kistik anjimatozis ve karın duvarındaki ektatik vasküler yapıların boyut ve görünüm açısından stabil olduğu saptandı. Hasta yaklaşık 2 yıldır tedavisiz takip edilmektedir. Hala herhangi bir semptom ya da yakınma tariflememektedir.

Tartışma: Klippel-Trenaunay sendromu splenik anjiyomatozis ile karakterize nadir görülen bir klinik tablodur. Splenomegali ya da bası bulgularına bağlı olarak hastalar bazen yakınma tariflese de çoğu zaman insidental olarak tanı konmaktadır. Bizim vakamızda insidental şekilde tanı almış ve 2 yıldır tedavisiz ve semptomsuz takip edilmektedir.

Anahtar kelimeler: Klippel-Trenaunay sendromu

Endoskopi

EPS - 080

AKUT KOLESİSTİT VE AKUT BİLİYER PANKREATİT TANILI HASTADA SİSTİK ARTER PSÖDOANEVRİZMASI VE TEDAVİSİ

Batuhan Başpınar[1], Mustafa Özdemir[2], Ertuğrul Kayaçetin[1]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği
[2]Ankar Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Girişimsel Radyoloji Bölümü

Giriş: Sistik arter psödoanevrizması (SAP) nadir bir patolojidir(1). En sık nedeni kolesistektomi sonrası iyatrojenik yaralanmalar ve akut kolesistittir(2,3). Akut pankreatit eşlik eden olgu sayısı sınırlıdır. Bu nedenle akut pankreatitin eşlik ettiği veya neden olduğu vakaların yönetimi netleşmemiştir. Bu yazıda, akut kolesistit ve akut biliyer pankreatite eşlik eden SAP ve anjiyografik tedavisi sunulmaktadır.

Vaka Sunumu: 59 yaşında erkek hasta acil servise 2 gündür olan sağ üst kadran ağrısı, epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Ateş, ishal, sarılık, gastrointestinal kanama şikayeti yoktu. Abdominal BT'de akut kolesistit ve koledokolitiazis bulgularI görüldü. Hastaya akut kolesistit ve akut biliyer pankreatit tanısı konuldu. Koledokolitiazis şüphesiyle Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi(ERKP) yapıldı. Koledokolitiazis saptanmayan hastada koledok distalinde darlık saptandı. Hastanın işlem sonrasında sağ üst kadran ağrısının şiddetlenmesi üzerine yinelenen BT'de safra kesesi duvarı komşuluğunda koleksiyon ve sistik arterde psödoanevrizma gözlendi. Pig-tail katater drenajı sağlanan hastada koleksiyonun hematom olduğu gözlendi. Hastanın hemoglobin düşüklüğü de olması dolayısıyla SAP kaynaklı aktif kanama düşünülerek hasta girişimsel radyoloji ünitesinde işleme alındı. Sağ femoral arter kanulize edilerek rehber tel yardımıyla sistik arter süper selektif olarak bulundu. Anjiyogramda sistik arterin bir dalından köken alan psodoanevrizma izlendi. Sistik arter coiller ile embolize edildi. Kontrolde anevrizma kayboldu ve işlem sonlandırıldı. Hastanın işlem sonrası şikayetleri kayboldu. Hastanın 1 haftalık takibinde şikayetlerinin olmadığı, perikolesistik hematomunu drene eden kataterden gelen sıvı miktarının azaldığı ve kontrol ultrasonografide perikolesistik koleksiyonunun kaybolduğu gözlendi. Katater çıkarıldı.

Tarışma ve Sonuç: Literatürde SAP tanısı ile bildirilen 31 vaka bulunmaktadır. Bunlar içinde akut pankreatitin eşlik ettiği sadece bir vaka bulunmaktadır(4). SAP olgularında standart tedavi protokolü olmamakla birlikte tercih edilen tedavi seçenekleri anjiyografik embolizasyon ve cerrahi onarımdır.

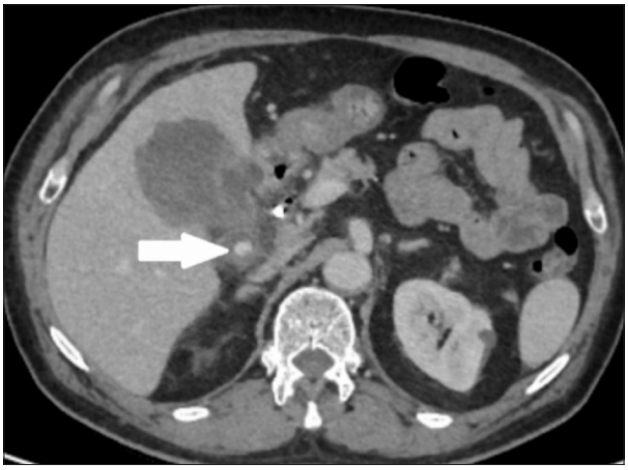
SAP hastalarında anjiyografik embolizasyon tedavisi; cerrahiye göre daha az invaziv olması, kısa hospitalizasyon gerektirmesi, morbidite ve mortalite riskinin az olması sebebiyle tecrübeli girişimsel radyoloji ünitesi bulunan merkezlerde ilk tercih olabilir. Her ne kadar cerrahiye göre avantajları olsa da literatürde embolizasyon sonrası safra kesesi duvar nekrozu ve perforasyonu, perikolesistik koleksiyon ve intraabdominal enfeksiyon gelişen vakalar bildirilmiştir. Bu komplikasyonlar geliştiğinde nihai tedavi seçeneği cerrahidir.

Sonuç olarak; SAP tanılı hastalarda anjiyografik embolizasyon yönteminin tecrübeli merkezlerde ilk tedavi seçeneği olması makul görünmektedir. Ancak bu hastalarda kolesistik gangren ve buna bağlı komplikasyonlar yakınen gözlemlenmeli, süreç genel cerrahi ile birlikte yönetilmelidir.

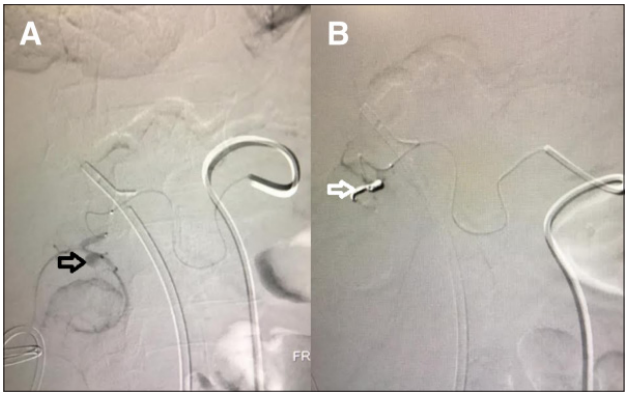
Anahtar kelimeler: Pankreatit, Kolesistit, Psödoanevrizma, Anjiyografi

Kayraklar

1. Kuzman MS, Adiamah A, Higashi Y, Gomez D. Rare case of cystic artery pseudoaneurysm. BMJ Case Rep. 2018;2018:bcr2017223789. Published 2018 Mar 28. doi:10.1136/bcr-2017-223789
2. Medina Velázquez R, Casimiro Pérez JA, Acosta Mérida MA, Marchena Gómez J. Non traumatic pseudoaneurysm of the cystic artery as a cause of haemobilia. Pseudoaneurisma no traumático de la arteria cística como causa de hemobilia. Gastroenterol Hepatol. 2018;41(4):257-259. doi:10.1016/j.gastrohep.2017.04.002
3. Fujimoto Y, Tomimaru Y, Hatano H, et al. Ruptured Cystic Artery Pseudoaneurysm Successfully Treated with Urgent Cholecystectomy: A Case Report and Literature Review. Am J Case Rep. 2018;19:187-193. Published 2018 Feb 20. doi:10.12659/ajcr.907273
4. Thillai M, Sethi P, Narayana Menon R, Puthukudiyil Kader N. Cystic artery pseudoaneurysm following acute necrotising pancreatitis. BMJ Case Rep. 2017;2017:bcr2016218891. Published 2017 Apr 26. doi:10.1136/bcr-2016-218891



Resim 1. Kontrastlı BT'de, Kese konturları düzensiz ve içeriği heterojen. Kese boynunda kontrastsız kesitlerde izlenmeyen anevrizma kontrastlı kesitte görülmekte(Kapalı beyaz ok).



Resim 2. A: Sistik arter süperselektif kanülize edilmiş; Bu alanda anevrizma izlenmekte(Siyah ok). B: Sistik arter anevrizma öncesi koil ile embolize edilmiş (Açık beyaz ok).

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

EPS - 081

REKTUMDA İNVERTED DİVERTİKÜL

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

Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Inverted divertiküller kolon poliplerine benzer.Poliplerden ayırt edilmesi, polipektomi yapılması durumunda kolon perforasyonu olma riski nedeniyle çok önemlidir.Burada inverted rektaldivertikül olan bir vakayı sunacağız.

Vaka: 70 yaş,kadın hasta kabızlık ve şişkinlik nedeniyle başvurdu.Bilinen hipertansiyon ve diabet öyküsü vardı.Fizik muayenede özellik yoktu.Laboratuvar incelemeleri normaldi.Yaş nedeniyle endoskopi ve kolonoskopi yapıldı.Endoskopi normaldi. Kolonoskopide anal kanaldan 3-4 cm mesafede sesil rektal polip saptandı.Polip mukozası normaldi.Hava vermekle polipte düzleşme izlendi.Biyopsi forsepsi ile dokunulduğunda polip yumuşak ve boş olarak değerlendirildi.Hava aspirasyonu sonrasında polip belirginleşiyordu (resim-1).Diğer kolon segmentlerinde polip veya divertikül hastalık tespit edilmedi.Hastaya inverted rektal divertikül(IRD) tanısı kondu.Endoskopik ultrasonografi yapıldı ve submukozal lezyon saptanmadı.

Tartışma: Divertiküler hastalık klinik pratikte sık görülen bir durumdur.Kolon divertikülleri kolon mukuler tabakasındaki bir defektten kolon mukoza ve submukozasının herniasyonudur.Kolon divertiküllerinin sıklığı yaşam tarzı değişiklikleri ve yaşlanma nedeniyle giderek artmaktadır(3,4).Kolon divertikülleri olan çoğu vaka asemptomatiktir.Kolon divertikülleri en sık sigmoid ve inen kolonda yer almakla birlikte rektal divertiküller çok nadirdir (%1) (5,6).Divertiküllere bağlı olarak kanama,divertikülit,perforasyon,abse,fistül oluşumu,darlık, inverted divertikül ve rektal prolapsus gelişebilir (2,7,8-10).İnverted kolon divertikülü çok nadir olup yaklaşık %0,7 sıklıkla görülür(11).Divertikülün baş kısmının lümene prolapsusu ile birlikte makroskopik olarak polibe benzer yapıda görülür(8,10,11).

Rektal divertiküller çok nadirdir.Rektal kasların intraluminal basınca dayanıklılığının yüksek olması, düşük intraluminal basınç ve yavaş peristaltik hareketler rektal divertikül sıklığının düşük olmasının nedeni olabilir.Rektal divertikül sıklığının az olması nedeniyle IRD sıklığı son derece nadirdir,literatürde az sayıda vaka vardır(6,9).IRD polipoid lezyon olarak görülür.Biyopsi veya polipektomi perforasyon gibi ciddi kompikasyonlara yol açabilir

Endoskopik incelemede inverted divertikülü polipten ayırt etmede bizim vakamızda olduğu gibi bazı ipuçları vardır.Hava veya su vermekle polipte düzleşme görülür.Biyopsi forsepsi ile dokunma ile yumuşak, üzerinde çökme veya düzleşme şeklinde görülür.Yüzey mukozası normaldir.Dar band veya kromoendoskopik inceleme ile aurora halkaları şeklinde görülür.Bazı vakalarda baryumlu kolon grafisi, bilgisayarlı tomografi veya endoskopik ultrasonografi yararlı olabilir(2,7,11).

Sonuç olarak;IRD kolonoskopide son derece nadir görülür.Tüm kolon poliplerinde olduğu gibi rektumda da polip görülmesi durumunda IRD ekarte edilmelidir.

Anahtar kelimeler: İnverted Rektal Divertikül, Rektal Polip, Kolon Polibi

Kayraklar

1. Paoluzi OA et al. Look out before polypectomy in patients with diverticular disease – a case of a large, inverted diverticulum of the colon resembling a pedunculated polyp.Can J Gastroenterol.Jan 2010; 24: 61-3.
2. Cappell MS.The water jet deformation sign:a novel provocative colonoscopic maneuver to help diagnose an inverted colonic diverticulum.South Med J.2009;102:295- 8.
3. Feuerstein JD, Falchuk KR.Diverticulosis and Diverticulitis.Mayo Clin Proc.2016 ;91:1094-104.
4. Tursi A, Papagrigoriadis S.Review article: the current and evolving treatment of colonic diverticular disease.Aliment Pharmacol Ther.2009;30:532-46
5. Na SK et al.Iatrogenic rectal diverticulum with pelvic-floor dysfunction in patients after a procedure for a prolapsed hemorrhoid.Ann Coloproctol.2014;30:50-3.
6. Walstad PM, Sahibzada AR.Diverticula of the rectum.Am J Surg 1968;116:937-9.
7. Yusuf SI, Grant C.Inverted colonic diverticulum:a rare finding in a common condition? Gastrointest Endosc.2000;52:111-5.
8. Peixoto P et al.A strange duodenal lesion.REV ESP ENFERM DIG.2010; 563-5.
9. Chen CW et al.Isolated rectal diverticulum complicating with rectal prolapse and outlet obstruction:case report.World J Gastroenterol.2005;11:7697-9.
10. Ladas SD et al.Endoscopic removal of inverted sigmoid diverticulum--is it a dangerous procedure?Endoscopy.1989;21:243-4.
11. Sáenz R et al.[Inverted colonic diverticula:an uncommon endoscopic finding].Gastroenterol Hepatol.2008;31:285-8.



Resim 1. Inverted Rektal divertikülün 9-10 mm çapında rektal polip olarak görünümü. A. Polipoid görünüm B. Biyopsi forsepsi ile dokunma ile düzleşme ve çökme C. Hava vermekle lezyonda düzleşme

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

EPS - 082

KOLANJİT İLE TANISI KONULAN MALİGN MELANOM OLGUSU

Murat Sarıçiçek, Erkin Öztaş, Selçuk Dişibeyaz, Tuncer Temel, Dilay Demirayak

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Gastrointestinal sistemde (GİS) malign melanom nadir saptanmakta olup anorektal bölge primer malign melanomun, ince barsaklar da metastatik malign melanomun GİS içerisinde en sık görüldüğü yerlerdir (1). Burada kolanjit kliniğiyle başvurup ERCP yapılan hastada mide ve duodenumda görülen pigmente nodüller ile malign melanom tanısı konulan olguyu sunmaktayız.

Olgu: Elli iki yaşında erkek hasta sağ üst kadranda karın ağrısı, sarılık, ateşlenme şikâyetiyle polikliniğe başvurdu. İki aydır karın ağrısı ve sarılık olduğu, on gündür sağ üst kadranda ağrısının şiddetlendiği ve öncesinde bilinen kronik hastalığı olmadığı öğrenildi. Arteryel tansiyon: 130/70 Ateş: 38,2 Nabız: 82/dk ve muayenede cilt ile skleralar ikterik görüldü. Karın sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet vardı ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar değerlendirmesinde beyaz küre sayısı (WBC): 5420 /UL (3910-10900), Aspartat aminotransferaz: 43 U/L (0-37), Alanin aminotransferaz: 82 U/L (0-41), Gama-glutamil transferaz: 356 U/L (8-61), Alkalen fosfataz: 690 U/L (0-129), Total bilirübin: 3,95 mg/dL (0-1,1), direk bilirübin: 3,28 mg/dL (0-0,2), c-reaktif protein: 337 mg/L (0-5) olarak görüldü. Hepatobiliyer ultrasonografide safra kesesinde çamur, proksimal

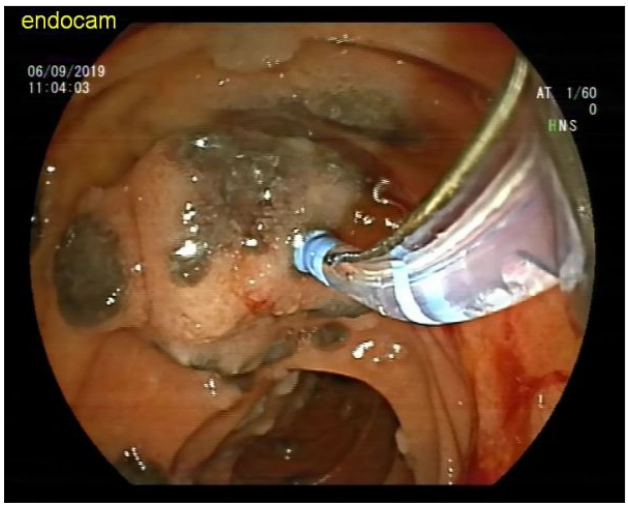
koledokta ve intahepatik safra yollarında dilatasyon tespit edildi, koledok distali yoğun gaz nedeniyle değerlendirilemedi ve Abdominal magnetik rezonans (MR) ve MR kolanjiografide karaciğer parankiminde büyüğü 14 mm metastaz ile uyumlu olabilecek çok sayıda noduler lezyonlar, safra kesesinde seviye veren çamur görüldü. İntrahepatik safra yolları dilateydi. Koledok proksimalde 15 mm ölçülüp porta hepatis seviyesinde çapı 4,5 cm olan yumuşak doku intensitesinde dıştan bası nedeniyle bu seviyeden itibaren ani olarak darlık izlenmekteydi ve bu darlık koledok distaline kadar devam etmekteydi. Pankreas parankimi normal görünümde olup wirsung kanalı tüm trase boyunca hafif geniş görüldü. Hastaya malign biliyer obstrüksiyon ön tanısıyla ERCP yapılması planlandı. ERCP sırasında duodenoskop ile midede büyüğü 0,5 cm, bulbus ve duodenum ikinci kıtada büyüğü 1,5 cm olan çok sayıda kahverengi-siyah renkte nodüler lezyonlar görüldü. Papil de bu nodüllerle infiltre olup sfinkterotom ile kanüle edildi. Kolanjiogramda intrahepatik safra yolları ve koledok dilate, koledok distalde uzun segment sıkı darlık alanı izlenip endoskopik sfinkterotomi sonrası koledok distaline darlık alanını geçecek şekilde 10F 10 cm plastik biliyer stent konuldu. Papildeki ve duodenumdaki lezyonlardan biyopsiler alındı ve immunhistokimyasal incelemede malign melanom metastazı ile uyumlu olarak saptandı. Stentleme ve antibiyoterapi sonrası hastanın kolanjit kliniği düzeldi.

Sonuç: Kolanjit kliniği ve radyolojik olarak malign biliyer obstrüksiyon bulguları olan hastaların etyolojisinde malign melanom metastazı da göz önünde bulundurularak pigmente lezyonlar gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Malign melanom, kolanjit

Kayraklar

1. Panagiotou I, Brountzos EN, Bafaloukos D, Stoupis C, Brestas P, Kelekis DA. Malignant melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. Melanoma Res 2002;12:169-73



Resim 1. Duodenum ve papildeki pigmente nodüller.



Resim 2. Floroskopide koledok distalde uzun segment sıkı darlık.

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

EPS - 083

KOLONİK ANJİOSARKOM: NADİR BİR GASTROİNTESTİNAL KANAMA NEDENİ

Beyza Sepin[5], Nesliar Eser Kutsal[1], Bilgi Baca[2], Murat Gönenç[2], Selim İsbir[3], Selçuk Bilgi[4], Nurdan Tözün[1]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[3]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Kardiyovasküler Cerrahi Anabilim Dalı
[4]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı
[5]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Anjiosarkomlar, nadir görülen,vasküler endotelyum kaynaklı malign tümörlerdir.Sıklıkla radyoterapiye bağlı olarak ciltte ve baş-boyun bölgesinde görülmektedir.Tüm vasküler tümörler arasında küçük bir yer teşkil eden bu tümörün kolorektal yerleşimi ise kolorektal tümörler içinde %0.001'den daha düşük oranda görülmektedir.(1)Yazıda kolonik anjiosarkom ve pankreasın duktal adenokarsinomu tanılı bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu:76 yaşında erkek hasta,son 1 aydır halsizlik,baş dönmesi şikayetleri ile gastroenteroloji kliniğine başvurdu.Siyah renkli dışkılama tarifliyordu.Hematemezi yoktu,yakın zamanda demir veya bizmut türevi ilaç kullanmamıştı.Başvuruda vitalleri normal,FM de 16 cm hepatomegali saptanan hastanın tetkiklerinde Hgb: 7.2 g/ dL olması üzerine ileri tetkik-tedavi için kliniğimize yatırıldı.Özgeçmişinde,8 yıl önce temporal arterit tanısı alıp bir süre steroid kullandığı,halen 50 mg Azatioprin ile romatoloji tarafından takip edildiği,7 yıl önce asendan aort anevrizması nedeni ile aortik stent yerleştirildiği ve 7 ay önce torasik aortaya hemiarkus replasmanı yapıldığı öğrenildi.Tetkiklerinde:WBC:6.3 x10^3/uL,HGB:7.2 g/dL,PLT:154 x10^3 /uL,Alb:2.9 g/dL,Na:139 mmol / L,K:4.6 mmol/l,CRP:0.56 mg/dL olarak saptandı.Gastroskopide bulbusta anjiodisplazi dışında bulgu görülmedi.Kolonoskopide çekumda ileoçekal valvin karşısında 2x3cm büyüklüğünde füziform, anormal görünümlü frajil bir kitle görüldü. (Res1)Cerrahi planlanan hastanın batın BTsinde çekum duvarında kalınlaşma, pankreas korpus düzeyinde 1.5cm çaplı solid lezyon, komşuluğunda 2.5cm kist ve wirsung kanalında dilatasyon saptandı.(Res2)

Hastaya ileoçekal rezeksiyon,distal pankreatektomi ve splenektomi yapıldı.Ameliyat materyalinin histopatolojisinde;ileoçekal kitle,yük-

sek dereceli anjiosarkom ile uyumlu,pankreas distalindeki kitle ise,-duktal adenokarsinom ile uyumlu olarak değerlendirildi.İmmünhistokimyasal boyamada CD31,CD34 pozitifliği,ileoçekal kitlenin endotelyal orijinli olduğunu gösterdi.

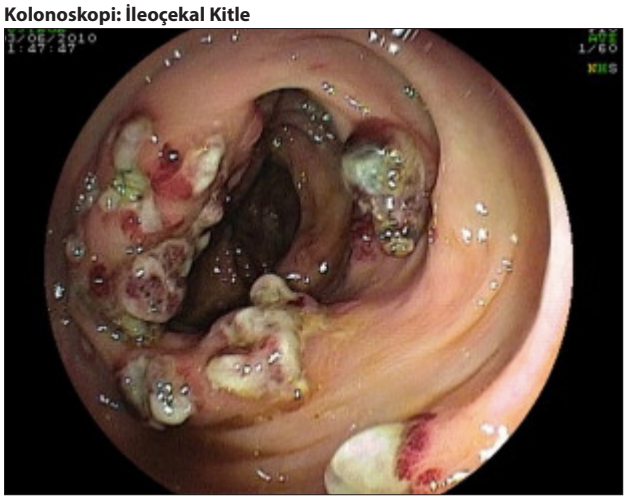
Tartışma: Anjiosarkomlar sindirim sisteminde oldukça nadir görülen agresif tümörlerdir.Yaşlılarda sıklığı artar ve prognozu kötüdür.[1, 4]. Kolonik anjiosarkomlar,çoğunlukla sigmoid kolonu tutmakla beraber, bizim vakamızda tümör ileoçekal bölgededir. Anjiosarkomlar radyasyon maruziyeti, kronik lenfödem, yabancı madde(dacron greft[5], gazlı bez)ve amiloidoz [3] ile ilişkilendirilmiştir.Hastamızda radyoterapi öyküsü yoktu,amiloid boyası negatif geldi.Aortik cerrahide uygulanan Dacron greft ile tümör lokalizasyonu arasında ilişki olmamasına rağmen greftin uzak etkisi dışlanamadı.[5] İatrojenik Kaposi,unifokal hastalık nedeni ile düşünülmedi.[6]Vasküliti için uzun süre kullandığı azatioprin ile angiosarkom ilişkisi kurulamadı. Aortik cerrahi materyalinde inflamasyon bulgusu olmaması vaskülit etkisini de geri plana almıştır.Eşlik eden pankreas duktal adenokarsinomu,insidental saptanmıştır.Hastamız yaygın damar hastalığı ve vaskülite eşlik eden kolonik anjiosarkom açısından nadir bir vakadır.

Anahtar kelimeler: colonic angiosarcom, anjiosarkom, gastrointestinal kanama, vaskülit, temporal arterit

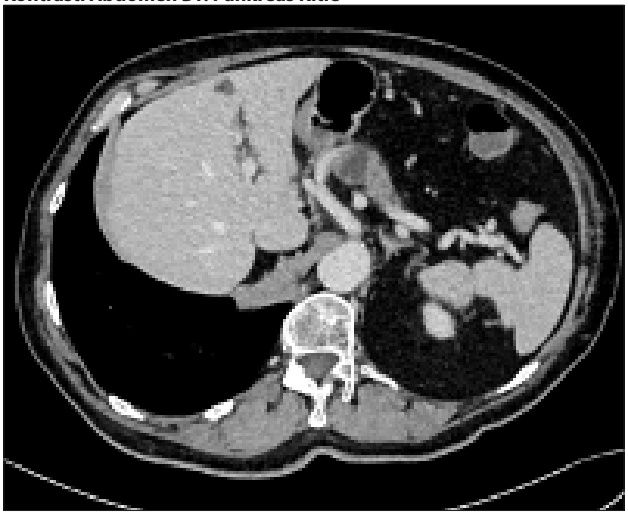
Kayraklar

1- Beteddini, Osama S. Al; Brenez, Daniel; Firket, Christophe; Algaba, Roberto; Tabecha, Ahmad, "Colonic angiosarcoma: A case report and review of literature", Int J SurgCaseRep. 2013; 4(2): 208–211.
2- Yetkin, Ufuk; Yapucu, Uygar; Türk, Figen; Etit, Demet; Gürbüz, Ali; "RADYOTERAPİ SONRASI GEÇ DÖNEM OLUŞUMLU BİR DEV ANGİOSARKOMA: OLGU SUNUMU", Ege Tıp Dergisi, 2003, 42 (1): 59 – 63.
3- Samar, Said; Rondell, P Graham; Tsung-Teh, Wu; Saba, Yasir; Lizhi, Zhang; Andrew, L Folpe; "Colonic Angiosarcoma Arising in Association with Amyloid Deposits", Case RepGastrointestMed 2020 May 16; 2020:3780763.
4- Brown C.J., Falck V.G., MacLean A. "Angiosarcoma of the colon and rectum: report of a case and review of the literature. Diseases of the Colon and Rectum." 2004;47(12):2202–2207.
5- J. Almeida, Nathan; Hoang, Priscilla; Biddle, Paul; Arouni, Amy; Esterbrooks, Dennis; " Primary Cardiac Angiosarcoma: in a patientwith a dacron aortic prosthesis",TexHeartInst J., 2011; 38(1):61-5; discussion 65.
6- Chtourou, L.; Ayedi, L.; Rejab, H.;Boudabous, M.; Mnif,L.; Grati, A.; Boudaouara,T.; Mzali, R.; Amouri, A.; Tahri, N.; "Iatrogenic colorectal Kaposi's sarcoma complicating a refractory ulcerative colitis in a human immunodeficiency negative-virus patient", Pathologica, 2017 Dec; 109(4): 371-374.

Kolonoskopi: İleoçekal Kitle



Kontrastı Abdomen BT: Pankreas Kitle



Özofagus – Mide – Duodenum

EPS - 084

ÖZOFAGEAL MELANOZİS: OLGU SUNUMU

Elif Sitre Koç[1], Suna Yapalı[2], Arzu Tiftikçi[2], Nurdan Tözün[2]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Melanositoz olarak da adlandırılan ve gastrointestinal endoskopilerin %0,07-2,1'inde bulunan özofagus melanozisi (ÖM), özofagus skuamöz epitelde melanositik proliferasyon ve mukozada melanin birikimi ile giden nadir ve iyi huylu bir durumdur. Etiyolojisi ve prognozu hakkında çok az şey bilinmesine rağmen primer özofagus melanomunun öncüsü olarak da değerlendirilmektedir.

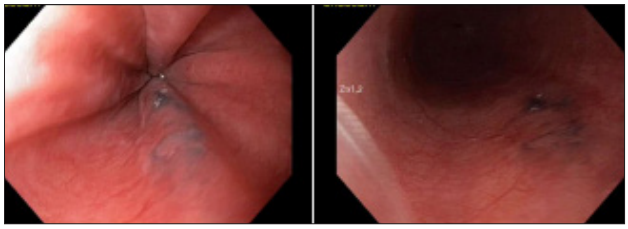
Olgu Sunumu: 66 yaşında kadın hasta karın şişkinliği ve epigastrik ağrı şikayetleriyle başvurdu. Kilo kaybı, mide bulantısı ve yanması şikayeti yoktu. Öyküsünde, hipertansiyon ve hiperkolesterolemi tanıları mevcuttu, sigara ve alkol kullanmıyordu. Ayrıca ailesinde gastrointestinal sistem kanser öyküsü de yoktu. Fizik muayenesi ile hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerini içeren laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Abdominal ultrasonografi normal olarak değerlendirildi. Yapılan kolonoskopide transvers kolonda patolojisi tubuler adenom olan küçük bir polipe ek olarak evre 1-2 internal hemoroid görüldü. Endoskopide ise distal özofagusta koyu kahverengi pigmente lezyon ve midede pangastrit görüldü (Şekil 1). Pigmentli bölgeden alınan biyopsi melanozis ile uyumluydu. Özofagus biyopsileri mukozal eozinofili olmaksızın hafif-orta derecede aktif özofajit olarak raporlanırken, duodenal mukoza ve mide mukoza biyopsileri sırasıyla hafif duodenit ve H. pylori enfeksiyonu ile şiddetli aktif kronik gastrit olarak raporlandı. Takiplerinde H. pylori eradikasyon tedavisi ile gastrointestinal şikayetlerinde iyileşme sağlandı.

Tanıdan 5 ay sonra yapılan endoskopide, distal özofagusta yaklaşık 3 cm koyu pigmentli lezyon (önceki endoskopi ile aynı boyutta) antral erozyonlar ve pangastrit görüldü. Pigmente lezyonlardan alınan biyopsi örneklerinin incelenmesinde S-100 ile pozitif boyanma gösteren özofagus melanozisi saptandı. Mide antrum ve korpus biyopsilerinde ise H.pylori enfeksiyonu olmaksızın hafif kronik inflamasyon gözlendi.

Tartışma: Özofagus melanositozu, özofagus skuamöz epitelinin bazal tabakasında artmış melanosit ve artmış melanin ile tanımlanan iyi huylu klinikopatolojik antitedir. Histolojik olarak, özofagus skuamöz epitelinin bazal tabakasında melanositik belirteçler olarak kullanılan S-100, Melanin A ve HMB-45 için boyama gösteren artmış melanosit ve melanin görülür. Etiyolojisi tam olarak anlaşılmamış olmasına rağmen reflü ve bir dizi sistemik bozuklukla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Esas olarak orta ve distal 1/3 özofagusta görülür.

ÖM'nin nadir bir durum olmasının bir sonucu olarak, tedavi ve prognoz için standardizasyon yoktur. Durumun iyi huylu seyri nedeniyle, tedavi şu anda endike değildir. Böyle bir dönüşüm kanıtlanmamasına rağmen, ÖM'nin melanom ve karsinomla olan ilişkisine karşı dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: Özofagus, Melanozis, Melanoma, Özofageal melanositozis



Şekil 1. Özofagusta siyah pigmente lezyon

Karaciğer

EPS - 085

KARACİĞER NAKLİ SONRASI GELİŞEN DE NOVO HEPATOSELLÜLER KANSER OLGUSU

Derya Arı[1], Dilara Turan Gökçe[1], Meral Akdoğan[1], Mustafa Özdemir[2]

[1]Ankara Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
[2]Ankara Şehir Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Hepatoselüler kanser (HSK) önemli bir nakil endikasyonudur. Nüks riski hastalığın derecesi, yayılımı ve vasküler invazyonu ile ilişkilidir. Milan kriterleri içindeki HSK hastalarında dahi karaciğer nakil sonrası beklenen yaşam süresi kanser dışı nedenlerle benzerdir. De novo HSK nakil sırasında HSK tanısı olmayan hastada nakil sonrası HSK gelişmesidir ve oldukça nadir görülen bir durumdur. De novo HSK, sıklıkla alınan immunsupresif tedavilerle ilişkilendirilmiş olup, sıklıkla hepatit C ve hepatit B virüs enfeksiyonları ile ilişkili karaciğer nakillerini takiben görülmektedir.

Vaka: Dekompanze kronik hepatit B ilişkili siroz nedeni ile Ekim 2011'de kadavradan karaciğer nakli olan 72 yaşında kadın hasta. Hastanın nakil öncesi MELD skoru:24, Child-Pugh skoru:C olarak hesaplanmıştır. Alfa feto protein (AFP) düzeyi normal olarak değerlendirilen hastanın nakil öncesi tetkiklerinde HSK lehine bulguya rastlanmamıştır. Hastanın eksplant patoloji rejenerasyon nodüllerinin eşlik ettiği fibrozis ve siroz bulguları ile uyumlu görülmüş olup neoplazma rastlanmamıştır. Hastanın takipleri sırasında nakilden 5 yıl sonra Ağustos 2016'da yapılan abdomen ultrasound görüntülemesinde segment 6-7 bileşkesinde 31*23 mm boyutlarında karaciğer parankimine göre hipoekoik HSK açısından şüpheli lezyon görülmüştür. Yapılan dinamik abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) segment 5-6 bileşkesinde 32*44 mm boyutlarında arterial hipervaskülarite ve venöz-geç fazda kontrast kaybı (wash-out) görülen lezyon tespit edilmiştir. Hastanın eş zamanlı bakılan AFP değerlerinin normal olduğu görülmüştür. Metastaz taramalarında karaciğer dışı hastalık lehine bulguya rastlanmamıştır. Radyolojik olarak HSK lehine yorumlanan lezyona biyopsi yapılmamıştır. Hastaya lokal tedavi olarak doksorubisin eşliğinde transarterial kemoembolizasyon (TAKE) ve radyofrekans ablasyon tedavileri uygulanmıştır. Nakil sonrası takrolimus, tenofovir disoproksil fumarat ve hepatit B immunglobulini tedavisi alan hastanın HSK tanısı sonrasında tedavisine everolimus tedavisi eklenmiştir. Hastanın 4. yıl takipleri tamamlanmış olup herhangi bir nüks lehine bulguya rastlanmamıştır. Hasta HSK tanısı aldığında 68 yaşındadır, bu nedenle hastaya merkezimizde re-transplantasyon planlanmamıştır.

Sonuç: De novo HSK gelişimi oldukça nadir görülen re-transplantasyon için önemli bir endikasyondur. Hastayı retransplantasyon için değerdirirken rekürrens HSK mı de novo HSK mı ayrımı yapmak oldukça önemlidir. Rekürrens HSK'da metastaz daha sık görülmekte olup re-transplantasyon öncelikli tercih değildir. De novo HSK'nın dönor kaynaklı olabileceği de bir hipotez olmak ile birlikte bizim vakamızda 5 yıl sonra ortaya çıkması nedeni ile donör ilişkili HSK ön planda düşünülmedi. De novo HSK vakalarının değerlendirildiği bir çalışmada hastalığın genellikle agresif seyrettiği ve re-transplantasyon sonrası mortalite oranlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: De novo hepatosellüler kanser, karaciğer nakli, radyofrekans ablasyon, transarterial kemoembolizasyon

Endoskopi

EPS - 086

COVİD-19 NEDENİYLE HOSPİTALİZE EDİLEN HASTALARDA ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMALAR VE ENDOSKOPİ

Kenan Koşar[1], Fatih Kıvrakoğlu[2], Dilara Turan Gökçe[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi

Giriş: Coronavirus 2019 (COVID-19) hastalığı dünya genelinde dramatik olarak yayılmaktadır. COVID-19 enfeksiyonuna masif sistemik inflamasyonu eşlik edebilir, "sitokin fırtınası" olarak adlandırılan bu süreçte C-reaktif protein (CRP), ferritin gibi akut faz reaktanları artar, koagülapati gelişir; bu durum başta GİS olmak üzere kanama riskini arttırır. Ayrıca bu hastalıkta venöz tromboembolizm gelişmesi riskinin arttığı ortaya konmuş olup bu hastalarda antikoagülan ajanların kullanımı sıktır.Üst GİS endoskopisi aerosol-üreten prosedür olarak tanımlanmıştır, bu nedenle pandemi döneminde kısıtlı olarak kullanılması önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı, pandemi döneminde COVID-19 tanısına ek olarak üst GİS kanama bulguları geliştiren hastalarda retrospektif olarak üst GİS kanama nedenlerini, endoskopik işlemlerin zamanlamasının tanı ve tedaviye etkisini, endoskopik işlemlerle mortalite ilişkisini ortaya koymaktır.

Materyal ve Method: Pandemi döneminde endoskopi ünitemizde üst GİS kanama ön tanısıyla endoskopi yapılmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların özgeçmişleri, antiagregan-antikoagülan ilaçlar kullanıp kullanmadıklarına dair bilgiler hasta dosyalarından edinildi. 18 yaş altı hastalar ve gebeler çalışma dışı bırakıldı.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 65 olarak saptandı. Hastaların 4'ü kadın, 22'si erkekti. Hastaların 9'unda (%34) iki veya daha fazla komorbid hastalığı bulunmaktaydı.10 hasta (%38)

antiplatelet tedavi altındaydı, bunların 6'si(%23) antiagregan tedaviye ek olarak antikoagülan tedavi de kullanmaktaydı. Toplam 11 hasta ise antikoagülan tedavi altındaydı (%42).

Üst GİS endoskopisi yapılan 26 hastadan 13'sinde (%50) kanama odağı saptanamazken, 9 hastada (%34) ülser ve 4 hastada özofagus varisi (%15) saptandı.Kanama bulgusu gelişen hastaların 13'üne ilk 24 saatte, 13'üne ilk 24 saat sonrasında üst GİS endoskopisi yapılmıştır (%50/50). Yoğun bakım ünitesinde takip edilirken üst GİS endoskopisi ihtiyacı gelişen 10 hastanın 4'üne (%40) ilk 24 saatte, 6'sına (%60) ilk 24 saatten sonra endoskopi yapıldı. Çalışmaya dahil edilen hastalardan hiçbirinde cerrahi ihtiyacı olmadı. Çalışmaya dahil edilen 26 hastadan 9'u (%34) hayatını kaybetti, diğer 17'si (%66) şifayla taburcu edildi.

Tartışma: Mevcut güncel kılavuzlar COVID-19 hastalarında da diğer hastalarda olduğu gibi kanama şüphesi halinde üst GİS endoskopisinin yapılmasını önermektedir. Ancak bu hastaların kardiyopulmoner komplikasyonlar açısından artmış riske sahip olduğu öngörülebilmektedir. Ayrıca yüksek bulaş riski nedeniyle de işlem öncesi medikal tedavi seçenekleri mutlaka değerlendirilmelidir. Çalışmamızda ilk 24 saatte yapılan endoskopinin hastalara tanı koymada, endoskopik işlem gereksiniminde, rebleeding oranında ve mortalilte açısından fark görülmemiştir. Bu nedenle mevcut pandemi koşullarında üst GİS kanama şüphesi olan hastalarda öncelikle konservatif tedavi denenmesi, yanıt alınamayan hastalarda endoskopik değerlendirmeye geçilmesi düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, GİS Kanama, Endoskopi

Kayraklar

1. Li L-q, Huang T, Wang Y-q, Wang Z-p, Liang Y, Huang T-b, et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. Journal of Medical Virology. 2020;92(6):577-83.
2. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, Liang W-h, Ou C-q, He J-x, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal of Medicine. 2020;382(18):1708-20.
3. Zhang Y, Xiao M, Zhang S, Xia P, Cao W, Jiang W, et al. Coagulopathy and Antiphospholipid Antibodies in Patients with Covid-19. New England Journal of Medicine. 2020;382(17):e38.
4. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. Journal of Thrombosis and Haemostasis. 2020;18(4):844-7.
5. Wuerth BA, Rockey DC. Changing epidemiology of upper gastrointestinal hemorrhage in the last decade: a nationwide analysis. Digestive diseases and sciences. 2018;63(5):1286-93.
6. Theocharis GJ, Thomopoulos KC, Sakellaropoulos G, Katsakoulis E, Nikolopoulou V. Changing trends in the epidemiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding in a defined geographical area in Greece. Journal of clinical gastroenterology. 2008;42(2):128-33.
7. Gralnek IM, Dulai GS. Incremental value of upper endoscopy for triage of patients with acute non-variceal upper-GI hemorrhage. Gastrointest Endosc. 2004;60(1):9-14.

CERRAHİ
SÖZLÜ BİLDİRİLER

Pankreas

CSS - 001

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 14:07:00

KÜRATİF GASTRİK CERRAHİ SONRASI UZUN DÖNEMDE EKZOKRİN PANKREAS YETERSİZLİĞİ

Ersan Özkardeşler, Ali Sürmelioğlu, Metin Tilki
Sbü Haydarpaşa Numune Eah

Amaç: D2 lenfadenektomi ile beraber parsiyel ve total gastrektomi uyguladığımız, onkolojik tedavileri tamamlanmış, uzun dönem hastalıksız sağkalım başarısı sağlanan hasta grubunda ekzokrin pankreas yetersizliği (EPY) insidansını ortaya koyarak olası risk faktörlerini belirlemektir. Ayrıca EPY ile kan biyomarkırları arasında bir ilişkinin olup olmadığını, EPY'nin gastrektomi sonrası hastaların kilo değişikliği, malnütrisyon parametreleri, defekasyon kıvamı ve hayat kalitesi üzerine bir etkisinin olup olmadığını değerlendirmektir.

Materyal-Metod: 2011-2018 yılları arasında mide adenokarsinomu nedeniyle ameliyat edilen, onkolojik tedavileri tamamlanmış, hastalıksız yaşayan, minimum takip süresi 16 ay olan, D2 lenf nodu diseksiyonu ile beraber total gastrektomi + Roux-en-Y özefagojejunostomi yada subtotal gastrektomi + Bilroth 2 rekonsrüksiyon uygulanan 69 hasta çalışmaya alınmıştır. Tüm hastaların yaş, cinsiyet, gastrektomi tipi, patolojik duvar tutulum derinliği (pT), lenf nodu tutulumu (N stage), tümör stage, postoperatif takip süreleri, adjuvan tedavileri, preoperatif ve postoperatif kilo ve BMI'leri kaydedildi. Tüm hastalardan fekal elastaz-1 (FE-1) testi için gaita örneği alındı. Eş zamanlı olarak serumda albümin, prealbümin, total protein, amilaz, lipaz, vitamin D ve lenfosit sayısı bakıldı. Nütrisyonel durumu değerlendirmek amacıyla Nütrisyonel Risk indeksi (NRI) ve Maastricht indeksi (MI) kullanıldı. Hastaların postoperatif günlük defekasyon sayıları kaydedildi. Tüm hastalarda defekasyon şeklini, kıvamını değerlendiren Bristol Stool skalası sorgulandı. Hastaların hayat kalitesini değerlendirmek için Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) kullanıldı. FE-1 seviyelerine göre hastalar üç gruba ayrıldı: Düşük (<100 mg/g FE-1), orta (100-200 mg/g FE-1) ve normal (>200 mg/g FE-1) pankreatik ekzokrin fonksiyon. Tüm parametreler bu üç gruba göre karşılaştırıldı. BULGULAR: Hastaların 39'u (%56.5) erkek, 30'u (%43.5) kadın ve ortalama yaşı 61.7±11.4 idi. Ortanca takip süresi 51 (16-120) aydı. FE-1 seviyesi hastaların 33 (%47.8) de düşük (<100 mg/g FE-1), 11 (%15.9)'de orta (100-200 mg/g FE-1) ve 25 (%36.2)'de normal (>200 mg/g FE-1) saptandı. Çalışmaya alınan hasta grubunun özellikleri ve tüm parametrelerin istatistiksel sonuçları tablolarda verilmiştir (Tablo 1, 2,3, 4, 5).

Sonuç: D2 lenfadenektomiyle beraber yapılan küratif gastrektomi sonrası uzun dönemde EPY hastaların yarısının fazlasında görülmektedir (%63.8). Total gastrektomi + Roux en Y özefagojejunostomi ile Subtotal gastrektomi + Billroth 2 gastroenterostomi arasında EPY görülme oranı açısından fark yoktur. Adjuvan kemoradyoterapi EPY için önemli bir risk faktörü olarak göze çarpmaktadır. Uzun sağkalım başarısı sağlanan hastalar, hayatlarının herhangi bir döneminde EPY ile karşılaşabilmektedir. EPY küratif gastrektomi sonrası malnütrisyon gelişimine katkı sağlamakta ve hastaların özellikle gastrointestinal semptom açısından hayat kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Mide kanseri, Mide kanseri cerrahisi, Ekzokrin pankreas yetersizliği, fekal elastaz-1, gastrointestinal hayat kalitesi indeksi, Bristol stool skalası.

Tablo 1. Fe-1 seviyesi ile hasta grubu özelliklerinin tek değişkenli analiz sonuçları

	Normal FE-1	Orta derece FE-1 eksikliği	Şiddetli FE-1 eksikliği	p-değeri
Yaş (yıl)	62.4±12.9	64.0±11.0	60.2±10.5	0.557†
Cinsiyet				0.112‡
Erkek	10 (40.0%)	7 (63.6%)	22 (66.7%)	
Kadın	15 (60.0%)	4 (36.4%)	11 (33.3%)	
Gastrektomi tipi				0.266‡
Total	11 (44.0%)	4 (36.4%)	20 (60.6%)	
Subtotal	14 (56.0%)	7 (63.6%)	13 (39.4%)	
AJCC stage				**<0.001¶**
I	12 (48.0%)[a,b]	1 (9.1%)[a]	2 (6.1%)[b]	
II	7 (28.0%)[a]	8 (72.7%)[a]	15 (45.5%)	
III	6 (24.0%)	2 (18.2%)	16 (48.5%)	
pT stage				**0.024‡**
T1+T2	12 (48.0%)[b]	3 (27.3%)	5 (15.2%)[b]	
T3+T4	13 (52.0%)[b]	8 (72.7%)	28 (84.8%)[b]	
Lenf nodu tutulumu				**0.004‡**
Yok	17 (68.0%)[a,b]	3 (27.3%)[a]	9 (27.3%)[b]	
Var	8 (32.0%)[a,b]	8 (72.7%)[a]	24 (72.7%)[b]	
Onkolojik tedaviler				**<0.001¶**
Sadece cerrahi	12 (48.0%)[b]	3 (27.3%)	3 (9.1%)[b]	
KT	10 (40.0%)	5 (45.5%)	6 (18.2%)	
KRT	3 (12.0%)[b]	3 (27.3%)[c]	24 (72.7%)[b,c]	
Post-op takip süresi				0.169¶
<2.5 yıl	3 (12.0%)	3 (27.3%)	13 (39.4%)	
2.5-5 yıl	11 (44.0%)	3 (27.3%)	11 (33.3%)	
>5 yıl	11 (44.0%)	5 (45.5%)	9 (27.3%)	

† Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA), ‡ Pearson'un χ^2 testi, ¶ Olabilirlik oran testi, a: Normal FE-1 vs orta derece FE-1 eksikliği (p<0.05), b: Normal FE-1 vs şiddetli FE-1 eksikliği (p<0.05), c: Orta derece FE-1 eksikliği vs şiddetli FE-1 eksikliği (p=0.012)

Tablo 2. FE-1 seviyesi ile nütrisyon parametresi ve kan biyomarkerları arasındaki ilişkinin tek değişkenli analiz sonuçları

	Normal FE-1	Orta derece FE-1 eksikliği	Şiddetli FE-1 eksikliği	p-değeri
Albumin (g/dl) *	4.22±0.25	4.11±0.35	4.08±0.30	0.174†
Prealbumin (g/dl) *	2.22±0.44	2.04±0.46	1.98±0.55	0.183†
Total protein (g/dl) *	7.20±0.48[a]	6.98±0.41	6.85±0.51[a]	**0.030†**
Vitamin D (ng/ml) **	11.10 (6.95-21.80)	11.00 (8.50-21.90)	10.80 (7.10-17.00)	0.629‡
Amilaz (IU/l) **	77.00 (57.50-94.50)	56.00 (32.00-95.00)	66.00 (45.50-77.50)	0.669‡
Lipaz (IU/l) **	24.00 (15.50-30.50)[a]	19.00 (4.00-27.00)	5.00 (4.00-15.50)[a]	**<0.001‡**
Lenfosit sayısı (x10^3 u/l) **	1.81 (1.46-2.11)	1.49 (1.42-2.16)	1.53 (1.07-1.77)	0.083‡
Post-op vücut ağırlığı (kg) **	63.00 (54.50-70.50)	59.00 (50.00-66.00)	59.00 (55.00-70.00)	0.603‡
BMI (kg/m^2) **	23.14 (20.05-27.89)	21.78 (19.53-25.16)	21.87 (20.84-24.33)	0.413‡
Kilo kaybı oranı (%) *	16.08±10.46	19.55±9.12	20.30±14.71	0.436†
NRI *	99.08±5.51	95.93±6.76	95.13±8.85	0.137†
MI *	-1.49±1.98[a]	-0.64±2.47	0.16±2.34[a]	**0.025†**

* Tanımlayıcı istatistikler; ortalama ± standart sapma şeklinde gösterildi, ** Veriler; medyan (1.çeyrek - 3.çeyrek) biçiminde ifade edildi, † Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA), ‡ Kruskal Wallis testi, a: Normal FE-1 grubu ile Şiddetli FE-1 eksikliği olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05). BMI: Vücut Kitle İndeksi, NRI: Nütrisyonel Risk İndeksi, MI: Maastricht İndeksi

Cerrahi

CSS - 002

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:07:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 14:14:00

AT NALI FİSTÜLÜ TEDAVİSİNDE HİBRİT SETON İLE MODİFİYE HANLEY PROSEDÜRÜ UYGULAMASI SONUÇLARI: 14 OLGULUK TEK CERRAH DENEYİMİ

Ömer Lütfi Akgül
Özel Genesis Hospital, Diyarbakır

Amaç: At nalı apsesi, bir iskioanal apsenin anterior veya posterior orta hatta, derin anterior veya posterior anal boşluktaki birleşik longitudinal kas yoluyla lateral yayılmasından kaynaklanır. At nalı apsesine bağlı genelikle transsfinktterik yerleşimli fistül oluşur.At nalı fistülünün tedavisi, yüksek nüks riski ve özellikle anal inkontinans nedeniyle anal cerrahide gerçek bir zorluktur. Bu çalışmanın amacı, kriptoglandüler kökenli at nalı fistülü tedavisinde bir hibrit elastik tek aşamalı kesme setonu kullanarak Modifye Hanley Prosedürü uyguladığım 14 olguluk serinin sonuçlarını paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem: Kriptoglandüler kökenli at nalı apse-fistül nedeniyle 2018-2020 yılları arasında hibrit elastik tek aşamalı kesme setonu kullanılarak Modifiye Hanley Prosedürü uygulanan 14 hastanın demografik özellikleri, ameliyat bulguları, cerrahi sonuçları, komplikasyonları ve takibi prospektif kayıt edilerek retrospektif olarak incelendi. Ameliyat tekniği olarak cerrahi bir eldivenden üretilen hibrit seton, geleneksel bir kesme setonundan daha az gerilim altında sfinkterin etrafına bağlandı. Yan yolların yüzeyel segmentlerinin eksizyonuna ek olarak, iskiorektal boşlukların derin uzantıları kürete edildi ve penröz drenler yerleştirildi.

Bulgular: Çalışma, kriptoglandüler kökenli at nalı apse-fistül tedavisi için hibrit seton ile Modifiye Hanley Prosedürü uygulanan 14 hastayı içeriyor. Yaşları 20 ile 71 (medyan 36 yıl) arasında değişen 13 erkek (%92,8) ve 1 kadın (%7.2) 3 ay veya daha uzun süre (ortalama 10.92; 3-21 ay) izlendi, hiçbiri takipte kaybolmadı. Hastalarda 11 transsfinkterik fistül (%78.5), 3 intersfinkterik fistül (%21.5) saptandı. Tüm hastalar daha önceden anal fistül için en az bir cerrahi tedavi görmüştü (ortalama 2.28, 1-8). Bir üriner retansiyon vakası dışında hiçbir postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Tüm hastalar postoperatif birinci günde taburcu edildi. Taburcu edildikten sonra hiçbir hastada yeniden yatış gerekmedi veya narkotik analjeziklere ihtiyaç duyulmadı. Yan yolları drene eden toplam 28 penrose dreninin tamamı postoperatif 10. günde çıkarıldı. Hibrit setonun sfinkter kasını kesip düşmesi için geçen ortalama süre 90 gündü (20-130 gün). Hastalar ortalama 5.28 haftada (2-10 hafta) normal iş aktivitelerine dönebildi. Tüm vakalarda postoperatif ortalama 15 haftada (5-21 hafta) tam iyileşme sağlandı. Hastaların hiçbirinde nüks apse-fistül gelişmedi. Bir hastada (%7,2) anal kirlenme saptandı. Diğer hastalarda ameliyat sonrasında kontinans bozukluğu saptanmadı.

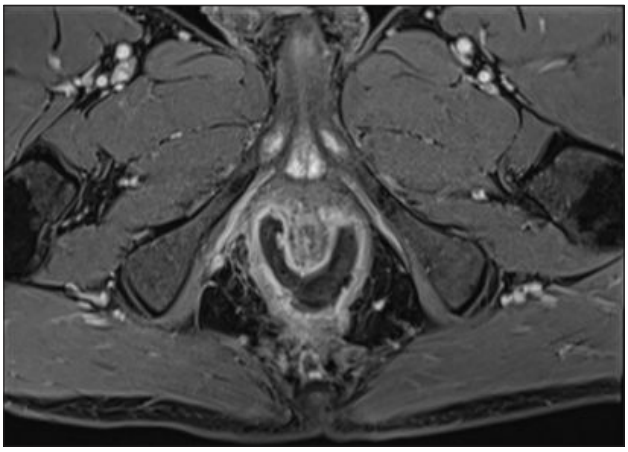
Sonuç: At nalı apse ve fistülün tedavisi, radyolojik yöntemlerle doğru haritalandırma ve ilgili anatomi hakkında derin bilgiye sahip cerrahi tecrübe gerektirir. Teşhis ve olası yayılma yolları konusunda farkındalık ve cerrahi alandaki deneyim, başarılı bir sonuç için temel unsurlardır. Kriptoglandüler kökenli at nalı apse ve fistül tedavisinde uygulanan Modifiye Hanley Prosedürü'nde hibrit elastik tek aşamalı kesme setonu kullanmak yararlı ve güvenli bir ek modifikasyondur.

Anahtar kelimeler: At nalı apse-fistül, Modifiye Hanley Prosedürü, Hibrit seton

Kayraklar

1) Inceoglu, R., & Gencosmanoglu, R. (2003). Fistulotomy and drainage of deep postanal space abscess in the treatment of posterior horseshoe fistula. BMC surgery, 3(1), 1-9.
2) Oikonomou, C., Alepas, P., Gavriil, S., Kalliouris, D., Manesis, K., Bouboulis, P.,... & Skandalakis, P. (2019). A Rare Case of Posterior Horseshoe Abscess Extending to Anterolateral Extraperitoneal Compartment: Anatomical and Technical Considerations. Annals of Coloproctology, 35(4), 216.
3) Leventoğlu, S., Ege, B., Menteş, B. B., Yörübulut, M., Soydan, S., & Aytaç, B. (2013). Treatment for horseshoe fistula with the modified Hanley procedure using a hybrid seton: results of 21 cases. Techniques in coloproctology, 17(4), 411-417.

Posterior At Nalı Apse-Fistülün T1 Aksiyal Yağ Baskılı Dinamik Seri Görüntüsü



Posterior At Nalı Apse-Fistül Tedavisinde Hibrit Seton İle Modifiye Hanley Prosedürü Uygulamasının Görüntüsü



Özofagus – Mide – Duodenum

CSS - 003

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:14:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 14:21:00

GERD BENZERİ BELİRTİLERİ OLAN HASTALARDA CT BULGULARI, DEMEESTER SKORU VE ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPİ BULGULARI ARASINDAKİ KORELASYONUN İNCELENMESİ

Hakan Yırgın[1], İnci Kızıldağ Yırgın[2]

[1]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi
[2]İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Radyoloji Birimi

Amaç: Gastroözofageal reflü hastalığın (GERH)'ın tanısında invaziv endoskopik yöntemlere göre radyolojik görüntüleme yöntemlerinin sınırlı yeri vardır. Bu çalışmada GÖRH'da ameliyat kararı öncesinde BT bulgularının endoskopik bulgulara, pHmetre bulgularına alternatif olup olamayacağın sorusuna cevap alabilmek amacıyla; GERH düşündüren semptomları olan hastalarda, bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemedeki hiatal herni (HH) varlığı, hiatal alandaki piksel sayısı, His açısı ile özofagogastroduodenoskopi (EGD) bulguları, DeMeester skorları arasındaki korelasyonu araştırdık.

Materyal-Metod: Mart 2019-Mart 2020 yılları arasında GERH ile ilgili semptomları olup ph metre çekilen 150 hasta arasından ; ph metre tarihi ile çeşitli nedenlerle çekilmiş BT tarihi arasında 6 ay'dan kısa süre olan, hastane sisteminde kayıtlı BT görüntüleri bulunan 23-74 yaşları arasında 46 ardışık hasta (medyan yaş 46, 24 erkek ve 22 kadın) retrospektif çalışmaya dahil edildi. Tüm çalışma hastalarının EGD raporları incelendi. EGD sonuçlarına göre; hastalar HH ve hiatal yetmezlik olarak iki gruba ayrıldı. pH metrede DeMeester skoru 14.72'den fazla olması anormal asit reflü olarak kabul edildi, 14.72'den az DeMeester skoru normal bir sonuç olarak kabul edildi. BT'deki özofageal hiatusun anatomik detayları kaydedildi.

Bulgular: EGD ile BT görüntüleme bulguları arasında Pearson korelasyon testine göre istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı ($p < 0,05$). Hiatal alandaki piksel sayısı ile DeMeester puanları arasında Mann-Whitney U testi kullanılarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p = 0,49$). Benzer şekilde, MannWhitney U testi kullanılarak His açıları ve DeMeester puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p = 0,45$).

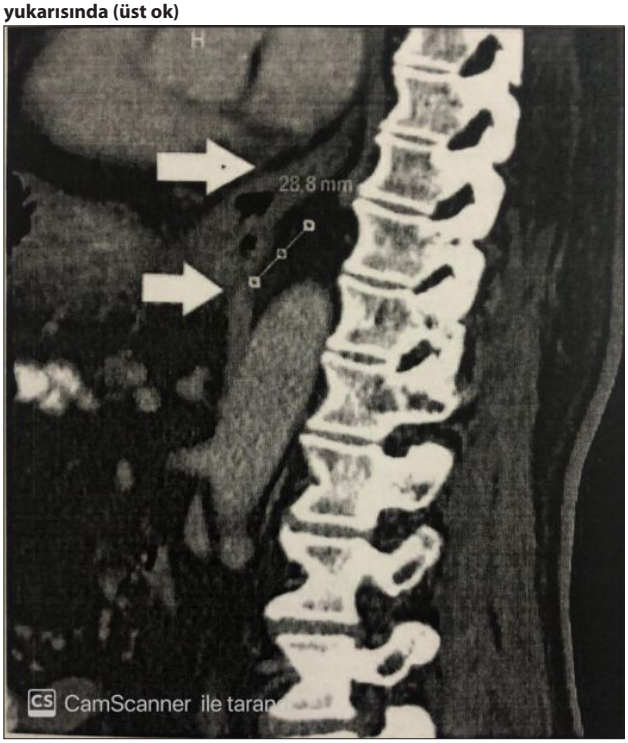
Sonuç: BT görüntülemeden elde edilen anatomik veriler ile PH -metre sonuçları arasındaki ilişki, farklı tasarlanmış çalışmalar nedeniyle net değildir. Bununla birlikte, özofageal hiatusun endoskopik bulguları BT'deki anatomik detaylar ile koreledir.

Anahtar kelimeler: Gastroözofageal reflü,Endoskopi,Tomografi

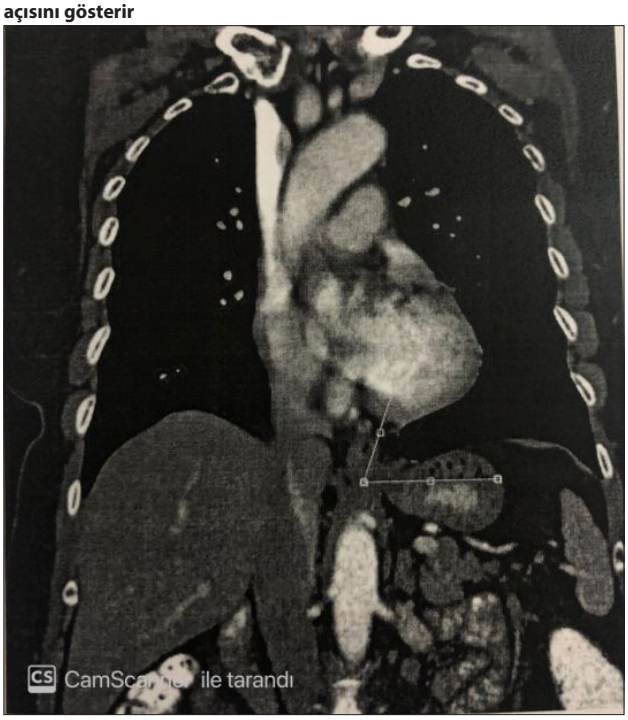
Kayraklar

1-J. Dent, H.B. El-Serag, M.A. Wallander, S. Johansson, Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review, Gut 54 (5) (2005) 710–717.
2-Manning MA, Shafa S, Mehrotra AK, Grenier RE, Levy AD. Role of Multimodality Imaging in Gastroesophageal Reflux Disease and Its Complications, with Clinical and Pathologic Correlation. Radiographics. 2020 Jan Feb;40(1):44-71. doi:10.1148/rg.2020190029.
3-The American Gastroenterological Association (AGA) Institute Medical Position Panel consisted of the authors of the technical review, a community-based gastroenterologist. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Gastroenterology. 2008; 135:1383–1391.
4-B.T. Johnston, M.B. Troshinsky, J.A. Castell, D.O. Castell, Comparison of barium radiology with esophageal pH monitoring in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease, Am. J. Gastroenterol. 91 (6) (1996) 1181–1185

Özofageal hiatusun sagital BT kesitleri kesinlikle mevcut HH'yi gösteriyor, Fıtık uzunluğu özofagus hiatus (alt ok) seviyesinin 2 cm yukarısında (üst ok)



Özofageal hiatusun koronal BT görüntüleri, abdominal özofagus duvarı ve mide fundusunun sağ duvarı tarafından oluşturulan His açısını gösterir



Özofagogastroduodenoskopi ve BT Sonuçlarının Değerlendirilmesi				
EGD	*Mümkün*	*Muhtemel*	*Kesin*	*Total*
Hiatal Yetmezlik	4	15	7	26
Hiatal Herni	0	4	16	20
Total	4	19	23	46

DeMeester Skoru ve BT'de Hiatal Herni'nin Değerlendirilmesi			
DeMeester Skoru	*Mümkün*	*Muhtemel*	*Kesin*
<14,7	2	3	9
>14,7	2	16	14
Total	4	19	23

Özofagus – Mide – Duodenum

CSS - 004

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:21:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 14:28:00

SİTUS İNVERSUS TOTALİSLİ HASTADA LAPARASKOPİK BİLATERAL TRUNKAL VAGATOMİ+GASTROENTERESTOMİ

Aydın Hakan Küpeli, Bahtiyar Muhammedoğlu
Necip Fazıl Şehir Hastanesi

Giriş: Pilor stenozu çok sık görülmeyen cerrahi patolojilerden birisidir. Üst gis endoskopisi ve tomoğrafi ile genellikle tanı konur. Situs inversus, organların bulunması gereken normal lokalizasyonlarının ayna görüntüsünde yerleşimidir. Total ya da parsiyel olmak üzere iki türü vardır. Situs inversus totalis görülme sıklığı 1/6.000-1/35.000 olan doğumsal bir anomalidir. Total formunda hem torakal hem de abdominal organlar ayna simetriğinde yer alırken, parsiyel formunda sadece torakal ya da abdominal organlarda yer değişikliği vardır1,2 Situs inversus, pilor stenozu tanısında güçlük oluşturabilecek bir durumdur. Ayrıca situs inversus totalisli hastada operasyon esnasında çeşitli teknik güçlüklerle karşılaşılabilir. Bu makalede pilor stenozu tanısı ile birlikte situs inversus totalis saptanan ve Laparaskopik BTV + gastroenterostomi uygulanan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: Atmışüç yaşında erkek hasta 2-3 yıldır de vam eden ara ara olan bulantı kusma ve karın ağrısı şikayetleri ile Necip Fazıl Şehir Hastanesi Gastroenterolojik Cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan fiziksel muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak Na düşüklüğü (129 mmol / l) lökosit 12.000 mm3 olarak saptandı. Ayakta çekilen direk batın grafisinde mide fundus gazının sağda olduğu izlendi. Posteroanterior akciğer grafisinde kalbin sağda yerleşmiş olduğu görüldü. Tüm batın ultrasonografisinde ise karaciğerin solda, dalağın sağda yerleşimli olduğu görülerek olguya situs inversus totalis tanısı kondu. Ayrıca çekilen batın + torax bt de mide distandü, pilor stenozu? malignite? ve situs inversus totalis saptandı. Ve hastaya üst gis endoskopisi uygulandı. Duodenum birinci kıtada dev ülser saptandı. Biyopsiler alındı. Biyopsi sonucu benign olarak rapor edildi. Hastaya laparaskopik BTV + Gastroenterestomi yapılması kararlaştırıldı. Hasta operasyon sonrası 1 gün yoğun bakımda kaldı. Postop 3. Gün oral başlandı ve hasta postop 8. Gün şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Situs inversus totalis, embriyonik orta bağırsağın saat yönü tersine değilde, saat yönüne 270 derece dönmesi ile oluşur. Böylece torasik ve abdominal organlar tamamen ters yerleşir3. Görülme sıklığı 1/6.000-1/35.000 olan otozomal resesif geçişli konjenital bir anomalidir4. Farklı ırk veya cinsiyetlerde benzer oranlarda görülmektedir. Situs inversus tanısı genellikle başka bir nedenle yapılan inceleme sırasında tesadüfen konulur. Direk grafiler, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi tanı koymada yardımcı olabilir5. Bu olguda da fiziksel muayene ve radyolojik tetkikler ile tanı konulmuş olup operasyonla doğrulanmıştır. Sonuç olarak, situs inversus totalisli hastalarda, üst gis cerrahisi için laparaskopi güvenle uygulanabilir.

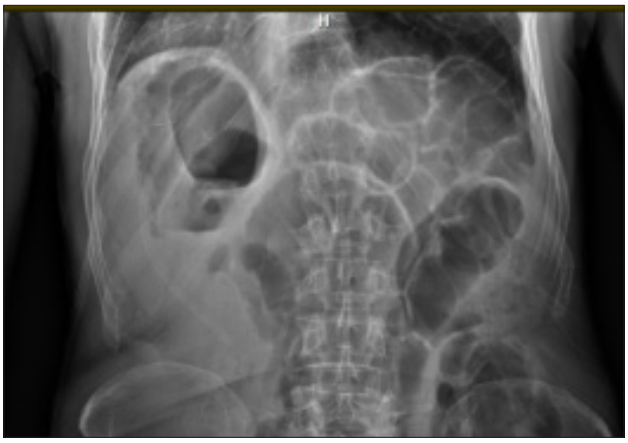
Anahtar kelimeler: Laparaskopik BTV + Gastroenterestomi, Situs İnversus Totalis, Pilor Stenozu

Özet: Situs inversus majör viseral organların ayna görüntüsünde yer değiştirdiği nadir bir anomalidir. Hastanın değerlendirilmesi neticesinde; ayakta direkt batın grafisi ve ultrasonografi ve batın ve torax tomografisinde situs inversus totalis ve pilor stenozu saptandı. PCR ve torax bt ile covid dışlandı. Hastaya pilor stenozu tanısı ile Laparaskopik BTV + gastroenterostomi uygulandı. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hasta postop 8. Gün şifa ile taburcu edildi. Situs inversus totalisli hastalarda laparaskopik cerrahi deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabilir.

Kaynaklar

1) Nursal TZ, Baykal A, Iret D, Aran O. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2001; 11: 239-241.
2) Girgin M, Kanat BH, Ayten R, Çetinkaya Z. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis. J Kartal TR 2012; 23: 91-94
3) Al-Jumaily M, Achab M, Hoche F. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: Is it safe? J Laparoendosc Adv Surg Tech 2001; 11: 229-231.
4) Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. J Emerg Med 2001; 20: 241-245.
5) YaghanR, Gharaibeh K, Hammori S. Feasibility of laparoscopic cholecystectomy in situs inversus. J Laparoendosc Adv Surg Tech 2001; 11: 233-237.

ADBG



Bt Görüntüsü



Pankreas

CSS - 005

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:28:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 14:35:00

GASTROENTEROPANKREATİK NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERDE DEBULKİNG CERRAHİSİNİN SÜRVİYE ETKİSİ

Ozgkıour Palaz Alı
Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Amaç: Gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörler nadir görülür ve heterojen klinik sonuçlara sahiptir. Başvuru anında hastaların yarısında metastatik hastalık vardır. Metastatik hastalıkta primer bölgenin palyatif rezeksiyonu hala tartışmalı bir konudur. Bu çalışmanın amacı, primer tümör bölgesinin rezeksiyonunun nofonksiyone metastatik gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörlerde progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalım üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. İkincil son nokta, sağkalımı etkileyen prognostik faktörleri belirlemektir.

Materyal Metod: Bu çalışma tek bir merkezde gerçekleştirildi. Primer tümörü rezeke edilen veya rezeke edilmeyen non-fonksiyonel metastatik gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörleri olan hastalar geriye dönük olarak karşılaştırıldı. Metastazlarına yönelik cerraih yapılan hastalar dışlandı.

Bulgular: Çalışmaya 53 hasta dâhil edildi ve 29 hastaya primer tümör rezeksiyonu yapıldı. Primer tümör rezeksiyonu yapılan grup, primer tümörü rezeke edilmeyen grupta 30 aylık medyan genel sağkalıma kıyasla genel sağkalımda (medyan ulaşılmamış) olumlu sonuçlara sahipti (p = 0.001). Medyan progresyonsuz sağkalımda da primer tümör rezeksiyonu yapılan grup, rezeke edilmeyen gruptan daha iyiydi (sırasıyla 60 aya karşı 14 ay) (p = 0,013). Çok değişkenli analizde, rezeke edilmemiş primer tümör ve yüksek dereceli tümörlerin rezeke edilenlere göre daha düşük sağ kalımda bağımsız prognostik faktörler olduğu bulundu (Tehlike oranı (HR): 4.6;%95 CI: 1.21-17.47 ve HR: 10.1;%95 CI: 1.15-88.84, sırasıyla). Yaş (p = 0.131), cinsiyet (p = 0.051), kromogranin A düzeyi (p = 0.104), Ki-67 indeksi (p = 0.550), tümör boyutu (p = 0.623) ve primer tümör boyutu (p = 0.154) genel sağkalımı etkilemedi.

Sonuç: Primer tümörü rezeke edilen non-fonksiyonel metastatik gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörlerin sağkalımları primer tümörü rezeke edilmeyen non-fonksiyonel metastatik gastroenteropankreatik nöroendokrin tümörlere göre daha iyidir.

Anahtar kelimeler: Gastroenteropankreatik nöroendokrin tümör, primer tümör rezeksiyonu, sağkalım

Kayraklar

1. Lewis A, Raoof M, Ituarte PHG, et al. Resection of the Primary Gastrointestinal Neuroendocrine Tumor Improves Survival with or without Liver Treatment. Ann Surg. 2018 May 9; doi: 10.1097/SLA.0000000000002809. doi: 10.1097/SLA.0000000000002809.
2. Chan DL, Dixon M, Law CHL, et al. Outcomes of Cytoreductive Surgery for Metastatic Low-Grade Neuroendocrine Tumors in the Setting of Extrahepatic Metastases. Ann Surg Oncol. 2018;25:1768–74. doi: 10.1245/s10434-018-6433-6.
3. Falconi M, Eriksson B, Kaltsas G, et al. ENETS Consensus Guidelines Update for the Management of Patients with Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors and Non-Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors. Neuroendocrinology. 2016;103:153–71. doi: 10.1159/000443171.
4. Birnbaum DJ, Turrini O, Vigano L, et al. Surgical management of advanced pancreatic neuroendocrine tumors: short-term and long-term results from an international multi-institutional study. Ann Surg Oncol. 2015;22:1000–7. doi: 10.1245/s10434-014-4016-8.
6. Citterio D, Pusceddu S, Facciorusso A, et al. Primary tumour resection may improve survival in functional well-differentiated neuroendocrine tumours metastatic to the liver. Eur J Surg Oncol. 2017;43:380–7. doi: 10.1016/j.ejso.2016.10.031.
7. Lin C, Dai H, Hong X, et al. The prognostic impact of primary tumor resection in pancreatic neuroendocrine tumors with synchronous multifocal liver metastases. Pancreatology. 2018. pii: S1424-3903(18)30081-4.

Cerrahi

CSS - 006

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:35:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 14:42:00

TRAVMAYA BAĞLI KARMAŞIK PANKREATİKODUODENAL YARALANMADA PANKREATİKODUODENEKTOMİ: ERKEN REKONSTRÜKSİYON

Bahtiyar Muhammedoğlu, Suleyman Kökdaş
T.c. Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Ve Genel Cerrahi Kliniği

Ateşli silah yaralanması nedeni ile kan basıncı 60/30 olan hastaya acil toraks ve tüm abdomen bt çekildi. Batın içinde kanamaya ait yaygın mayi, pankreas hizasında kontrast madde ekstravazasyonu, peripankreatik,perihepatik yaygın hemorajik mayi izlendi. Eksplorasyonda pankreas başı ve duodenum parçalanmış olup kanama ile birlikte serbest safra akımı izlendi. Pankreatikoduodenal damarlardan kanamalar ligasyon ile ve sütüre edilerek kontrol altına alındı. Karaciğer kanaması segmenter rezeksiyon ile kontrol altına alındı. Bu durumda Whipple ameliyatı yapıldı.

Giriş: Pankreatikoduodenektomi (Whipple prosedürü), ciddi pankreatikoduodenal yaralanma için yapıldığında zorlu bir prosedürdür. Şiddetli bir pankreatikoduodenal yaralanma geçiren ve acil rekonstrüksiyonla birlikte acil pankreatikoduodenektomi ile tedavi edilen bir erkek olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: 23 yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması nedeni ile hasta 112 ile acil servise getirilmesi üzerine resüsitasyon odasına alındı ve acil müdahale yapıldı. Fizik muayenede sol lomber ve sağ üst lomber bölgede kurşuna ait giriş ve çıkış yara yeri izilendi.Kan basıncı 60/30 olan hastaya acil toraks ve tüm ab-

domen bt çekildi. Eksplorasyonda pankreas başı ve duodenumda parçalanma ile ampulla vater yaralanması tespit edildi. Kanama ile birlikte serbest safra akımı izlendi. Karaciğer sağ lob segment 5-6-7 hizasında da aktif kanama izlendi ve kanama kompres ile baskı uygulanarak kontrol altına alındı. Pankreatikoduodenal damarlardan kanamalar ligasyon ile ve sütüre edilerek kontrol altına alındı. 4 ünite ES sonrası hemodinami stabil hale getirildi ve toplam tüm ameliyat sırası 10 ünite kan verildi. Karaciğer kanaması segmenter rezeksiyon ile kontrol altına alındı. Bu durumda Whipple ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası posoperatif 9. gün şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Yetişkin hastalarda, hemodinamik dengesizlik, cilt vazokonstriksiyonu, bilinç düzeyinde değişiklik, sistolik kan basıncının <90 mmHg olduğu bir durum olarak kabul edilir(1). Kontrastlı BT taraması, pankreas-duodenal yaralanmalarını değerlendirmek için en hızlı ve en kapsamlı tekniktir(2). Şok genellikle, pankreas yaralanmaların %55-100'ünde mevcut olan ve penetran yaralanma mekanizması olan hastalarda daha sık görülür (3,4). McKone endikasyonlar önermiştir: (i) bir onarım olasılığı bulunmayan pankreas ve duodenum başının aşırı derecede devitalizasyonu; (ii) duodenum ve distal ortak safra kanalının yaralanmalarıyla birlikte pankreas başında duktal bozulma; (iii) duodenumdan ana pankreas kanalının bozulması ile ampulla vater yaralanması. Bu kriterlere göre olgu sunumuzdaki hasta Whipple ameliyatı yapılmıştır (Figür 1).

Sonuç: Karmaşık pankreatikoduodenal yaralanmalarda erken rekonstrüksiyon, bu olguda da gösterildiği gibi uygulanabilir bir seçenektir. Majör rezeksiyon gerektiği zaman hastanın hemodinamisi ve metabolik olarak stabil olması ile acil rekonstrüksiyon güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilir.

Anahtar kelimeler: Pancreaticoduodenectomy, Hepatikojejunostomi, Pancreaticojejunostomi

Kayraklar

1. Federico Coccolini, Leslie Kobayashi, Yoram Kluger et al.Duodenopancreatic and extrahepatic biliary tree trauma: WSES-AAST guidelines. World J Emerg Surg. 2019; 14: 56.
2. 78.Melamud K, LeBedis CA, Soto JA. Imaging of pancreatic and duodenal trauma.Radiol Clin North Am.2015;53:757–771.
3. Vasquez JC, Coimbra R, Hoyt DB, Fortlage D. Management of penetrating pancreatic trauma: an 11-year experience of a level-1 trauma center. Injury.2001;32:753–759.
4. Siboni S, Kwon E, Benjamin E, Inaba K, Demetriades D. Isolated blunt pancreatic trauma: a benign injury?J Trauma Acute Care Surg.2016;81:855–859.
5. McKone TK, Bursch LR, Scholten DJ. Pancreaticoduodenectomy for trauma: a life-saving procedure. Am Surg.1988;54:361–364.

Özofagus – Mide – Duodenum

CSS - 007

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:42:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 14:49:00

TORAKSA FİSTÜLİZE OLAN PANKREAS NÖROENDOKRİN TÜMÖRE BAĞLI PEPTİK ÜLSER PERFORASYONU

Ozgkıour Palaz Alı[1], Gülçin Akkavak Palaz Alı[2]

[1]Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği
[2]Serik Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü

Amaç: Pankreas nöroendokrin tümörleri fonksiyonel veya non-fonksiyonel olabilir. Fonksiyonel tümörler, çeşitli hormon üreten tümörlerden ve bunların klinik etkilerinden oluşur. Cerrahi rezeksiyon, özellikle lokalize hastalıklarda tedavinin temel dayanağıdır.

Olgu: 54 yaşında erkek hasta 6 yıldır pankreas nöroendokrin tümör ön tanısıyla dış merkezden takipli, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın geldiğinde batını rahattı. ADBG de hava sıvı seviyeleri ve diyafragma altı serbest hava yoktu. Hastanın dış merkez tetkkilerinde gastrin düzeyinin yüksek olduğu saptanmış. Hasta müşahade amacıyla yatırıldı. Takibinde hasta sulu yumuşak gıdayı tolere edemedi. Taşikardisi gelişmesi üzerine hasta ameliyata alındı. Perioperatif değerlendirmede pankreas başında yaklaşık 5 cm lik kitle palpe edildi, mide posteriorda kardiyoözefageal bileşkeden özefagusa uzanan perforasyon alanı saptandı. Hastaya torakoskopi yapıldı perforasyon alanının gastroözefageal bileşkeden yaklaşık 2-3 cm kadar özefagusa uzandığı görüldü. Özefagogastroduodenoskopi ile değerlendirildi. Proksimal ve orta özefagus normal saptandı. Hastaya distal özefajektomi, total gastrektomi ve Whipple ameliyatı yapıldı.

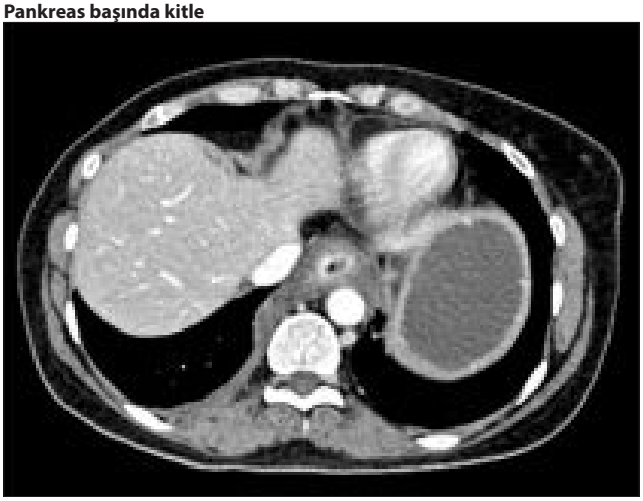
Sonuç: Fonksiyonel pankreas nöroendokrin tümörleri peptik ülsere neden olabilir. Peptik ülsere bağlı komplikasyonlar hastaların bize ilk başvuru kliniği olabilir. Peptik ülser komplikasyonları hastalığın tedavisini geciktirebilir veya zorlaştırabilir.

Anahtar kelimeler: Pankreas nöroendokrin tümör, peptik ülser, torakal fistül

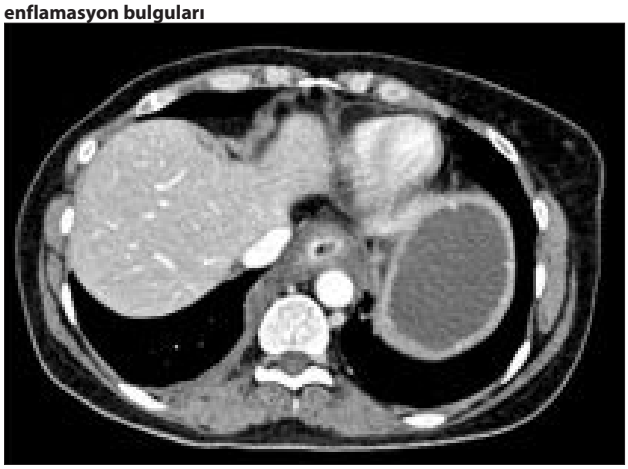
Kayraklar

1. Falconi M, Eriksson B, Kaltsas G, Bartsch DK, Capdevila J, Caplin M, Kos-Kudla B, Kwekkeboom D, Rindi G, Klöppel G, Reed N, Kianmanesh R, Jensen RT; Vienna Consensus Conference participants. ENETS Consensus Guidelines Update for the Management of Patients with Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors and Non-Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors. Neuroendocrinology. 2016;103(2):153-71. doi: 10.1159/000443171. Epub 2016 Jan 5. PMID: 26742109; PMCID: PMC4849884.
2. Di Buono G, Bonventre G, Badalamenti G, Buscemi S, Romano G, Agrusa A. Duodenal perforation as presentation of gastric neuroendocrine tumour: A case report. Int J Surg Case Rep. 2020 Sep 19:S2210-2612(20)30793-8. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.09.120. Epub ahead of print. PMID: 32981880.
3. D.S. Klimstra, G. Kloppell, S. La Rosa, G. RindiClassification of neuroendocrine neoplasms of the digestive system WHO Classification of Tumours Editorial Board (Ed.), WHO Classification of Tumours: Digestive System Tumours (5th ed), International Agency for Research on Cancer, Lyon (2019) p. 16
4. Han J, He Z. Late anastomotic perforation following surgery for gastric neuroendocrine tumor complicated by perforated duodenal ulcer: a case report. J Biomed Res. 2013 Mar;27(2):159-62. doi: 10.7555/JBR.27.20110109. Epub 2012 Mar 29. PMID: 23554807; PMCID: PMC3602874.

Pankreas başında kitle



Hastanın peforasondan 3 hafta öncesinde çekilen bilgisayarlı tomografisinde distal özefagus ve gastroözefageal bileşke çevresinde enflamasyon bulguları



Cerrahi

CSS - 008

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:49:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 14:56:00

CROHN HASTALIĞINDA İLEOKOLİK ANASTOMOZ RİSKLİ MİDİR?

Orhan Aras

Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Crohn hastalığında cerrahi tedavi özellikle ilaç başarısızlığı, darlık, apse, fistül, kanama veya malign transformasyon gibi durumlarda uygulanır. Ameliyat aşamasında ise en önemli kaygı anastomoz yapılıp yapılmayacağı, sonrasında ise anastomoz tipinin belirlenmesi oluşturmaktadır (1,2).Bizde 2014 ile 2020 yılları arasında kliniğimizde crohn hastalığı nedeniyle ileokolik rezeksiyon ve anastomoz yapılan hastaların postoperatif erken dönem komlikasyonlarını retrospektif olarak değerlendirdik.

Sonuçlar: 2014-2020 tarihleri arasında kliniğimizde ülseratif kolit, nonspesifik kolit ve crohn hastalığı nedeniyle ameliyat edilen hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, ilk tanı ile ilk ameliyat için geçen süre, yapılan cerrahi prosedür, ameliyat endikasyonu,patoloji raporları postoperatif erken dönem komplikasyonları retrospektif olarak kaydedildi. Belirtilen tarihler arasında merkemizimizde toplam 16 hastaya crohn nedeniyle ileoçekal rezeksiyon uygulandı. Tüm hastalara antimezenterik yan yana anastomoz uygulanmış olup 11'ine elle izoperistaltik, 4'üne ise stapler ile antiperistaltik anastomoz uygulandı. Hastaların erken dönem takiplerinde 2 hastada anastomoz kaçağı saptandı. Bu hastaların 1' ine ileostomi açıldı, diğeri ise konservatif tedavi sonrası 21. günde taburcu edildi. Tüm hastalar değerlendirilde %12.5 oranında kaçak saptanmış olup %6,25 oranında ise tekrar ameliyat ihtiyacı olmuştur. Diğer komplikasyonlar ise 3 hastada yara yeri enfeksiyonu,1 hastada erken dönem subileus, 1 hastada ise akciğerde atelektazik bulgular gelişti ve bu komplikasyonlar konservatif yaklaşımlarla tedavi edildi.

Tartışma: Crohn hastalığında anastomoz kaçağı ve batın içi sepsis gibi ciddi erken dönem komplikasyonlar diğer bağırsak rezeksiyonları nedenlerine göre daha sık gelişmektedir (9,10). Literatürde anastomoz kaçağı oranı %0 -%12,7 arasında belirtilmiştir (3-5). Anastomoz sorunları postoepratif komplikasyonların önemli belirleyicisi olduğundan anastomoz teknikleri bu ameliyatlarda çok tartışılmıştır ve yan yana izoperistaltik anastomoz komplikasyon insidansını önemli ölçüde azaltığı gösterilmiştir (2). Scarpa ve ark. ise yan yan anastomozun rekonstrüksiyon için kullanılan materyalden bağımsız olarak diğer yöntemlere göre avantajılı olduğunu göstermiştir (6).Kliniğimizde ise crohn hastalarında ileoçekal rezeksiyonlar sonrası ostomi yerine öncelikli olarak ileokolik anastomoz tercih etmekteyiz. Rekonstrüksiyonda antimezenterik izoperistaltik yan yan anastomoz oluşturmak için kolon ve ileum uçlarını staplar ile kapatıp antimezenterik yüze yaklaşık 5 cm lik elle çift kat anastomoz uygulamaktayız. Batın içi fistül ve apse birlikteliği olan hastalarda da malabsorbsiyonu engellemek adına intestinal bütünlüğü erken dönemde sağlamayı hedeflemekteyiz. 16 hastanın sadece 1'inde anastomoz kaçağı ile cerrahi ihtiyacımızın olması ise bu hasta grubunda anastomozun her dönemde benzer risklerde olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Crohn hastalığı, ileokolik anastomoz, fistül, kaçak

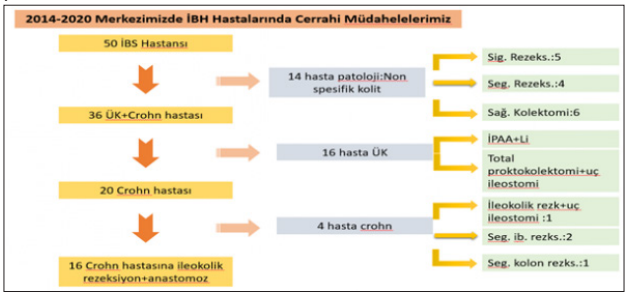
Kayraklar

1. Aarons CB. Laparoscopic surgery for crohn disease: a brief review of the literature. Clin Colon Rectal Surg 2013;26:122–7.
2. Buisson A, Chevaux JB, Allen PB, et al. Review article: the natural history of postoperative Crohn's disease recurrence. Aliment Pharmacol Ther 2012;35:625–33.
3. Choy PY, Bissett IP, Docherty JG, Parry BR, Merrie A, Fitzgerald A. Stapled versus handsewn methods for ileocolic anastomoses. Cochrane Database Syst Rev 2011; (9)CD004320.
4. Wiegering A, Wellner U, Seyfried F, Hardt J, Klinger C, Buhr H et al [MTL30 as surrogate parameter for quality of surgically treated diseases: establishment based on the StuDoQ register of the German Society for General and Visceral Surgery.] Chirurg 2017; 88: 977–982.
5. Kracht M, Hay JM, Fagniez PL, Fingerhut A. Ileocolonic anastomosis after right hemicolectomy for carcinoma: stapled or hand-sewn? A prospective, multicenter, randomized trial. Int J Colorectal Dis 1993; 8: 29–33.
6. Scarpa M, Angriman I, Barollo M, Polese L, Ruffolo C, Bertin M, et al. Role of stapled and hand-sewn anastomoses in recurrence of Crohn's disease. Hepatogastroenterology. 2004;51:1053–1057.

Tablo 2. Hasta özellikleri ve postoperatif komplikasyonlar

Hasta özellikler	
Cinsiyet	13E/3K
Ort. yaş	38.5(23-67)
Sigara	11 içmiyor/5 içiyor
Rezeksiyon uzunluğu ort.	18.4(7-27)
Cerrahi sınırlar	14+/2-
Anastomoz tekikleri	Yan yan izoperist. elle 11/yan yana anizoperist. 4
Ameliyat önce tedavi	2 hasta apendektomi, 3 hasta ing. herni
Tanı ile ameliyat arası süre ort.	14(0-198) ay
Perianal hastalık	Yok
Hastanede ort. kalış	8.9(5-27) gün
Postoperatif komplikasyonlar	
Anastomoz kaçağı	2(1 hasta çiftenamlulu ostomi/1 hasta konservatif tdv)
Kanama (ES replasmanı)	2 hasta(2 şer ES)
Erken dönem ileus	1(konservatif tdv)
Yara yeri enfeksiyonu	3
Diğer(atelektazi)	1

Tablo 1. Ameliyat edilen hastaların hastalıkları ve uygulanan cerrahi prosedürler



Tablo 3. Ameliyat endikasyonları	
Ameliyat endikasyonu	*Hasta sayısı*
Darlık(Tdv. dirençli)	4
Fistül	1(mesane)
İleus	5
İleus+apse	5
Apse+fistül	1(kolon)

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

CSS - 009

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 14:56:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 15:03:00

KOLON DİVERTİKÜLİTİNE BAĞLI GELİŞEN LOKALİZE APSE OLGULARININ YÖNETİMİ

Erkan Dalbaşı[1], Ömer Lütfi Akgül[2]

[1]Memorial Diyarbakır Hastanesi
[2]Özel Genesis Hospital, Diyarbakır

Amaç: Kolon divertikülleri müsküler tabaka içerip iç--*ın divertikül görülmesi ve daha önceden atakları olması sebebiyle laparoskopik sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı. Beş hasta ise gastroenteroloji takibine yönlendirildi.

Sonuç: Akut divertikülit atağına bağlı lokalize apse ile başvuran hastalarda yakın takip yapılmak şartıyla perkütan kateter ile apse drenajı ve antibiyoterapi ile hastaların acil majör cerrahiden kaçınarak elektif şartlarda minimal invaziv yöntemlerle tedavi edilebileceğini söyleyebiliriz.

Anahtar kelimeler: Akut kolon divertiküliti, lokalize apse, perkütan apse drenajı

Cerrahi

CSS - 010

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 15:03:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 15:10:00

SİTOREDÜKTİF CERRAHİ VE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONEAL KEMOTERAPİ UYGULAMASI; DENEYİM VE KISA DÖNEM SONUÇLARI

Ahmet Karayiğit[1], Hayrettin Dizen[1], Bülent Ünal[1], İlter Özer[2], Murat Ulaş[2]

[1]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Eskişehir
[2]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı, Eskişehir

Peritoneal karsinomatoz (PC), gastrointestinal ve jinekolojik kanserlerin yanı sıra peritoneal mezotelyoma, peritoneal psödomiksoma gibi peritonun primer kanserlerinin ileri evrelerinde tespit edilen ve uzun vadeli sağkalımı etkileyen yaygın bir klinik tablodur(1). Son otuz yılda tümörlerin periton içinde yayılım biyolojilerinin anlaşılması ile PC artık lokal-bölgesel bir hastalık olarak kabul edilmeye başlanmıştır(2). İlk kez Sugarbaker tarafından tanımlanan intraabdominal kavite içinde gözle görülebilir lezyon bırakmayacak şekilde bir dizi organ rezeksiyonu ve peritonektomi prosedürünü içeren sitoredüktif cerrahi (SRC), tümöral doku ile infiltre organ ve peritoneal yüzeylerin çıkarılmasını amaçlar(3). SRC sonrasında geride kalabilecek gözle görülemeyen mikroskobik rezidü tümör depozitlerinin küratif tedavisi amacı ile hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HİPEK) uygulanmaktadır(4). SRC+HİPEK peritoneal psödomiksoma, peritoneal mezotelyoma, kolorektal ve ovaryan kanserlerin peritoneal metastazlarında endikedir. Mide kanserlerinin peritoneal metastazlarında kullanımı gelişim aşamasında olup sarkom ve GIST gibi patolojilerde endike değildir(5). SRC+HİPEK morbidite ve mortalitesi yüksek bir teknik olmasına rağmen son yirmi yılda doğru hasta seçimi, multi modal tedavi seçeneklerinin gelişimi sonuçları daha iyi noktalara getirdi.

Osmangazi Üniversitesi Cerrahi Onkoloji ve Gastroenterolji Cerrahisi Bilim Dallarında Haziran 2017- Eylül 2020 tarihleri arasında SRC+HİPEK uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, patolojik bulgular, sitoredüksiyon skoru (CC), peritoneal kanser indeksi (PCI), perioperatif komplikasyonlar ve hastanede kalış süresine ilişkin veriler kaydedildi. Toplam 29 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortanca yaşı 55 (37-76) yıl idi. 19 hasta kadın, 10 hasta erkekti. Hastaların primer tanıları 15'inin (%51) kolorektal kanser, 9'unun (%31) over kanseri, 3'ünün (%10) mide kanseri, 1'inin (%3) apandiks kanseri ve yine 1'inin (%3) mezotelyoma olduğu izlendi. 28 hastada sitoredüksiyon skoru (CC) skoru 0, sadece 1 hastada CC skoru 1 idi. Peritoneal kanser indeksi (PCI) ortanca 13 (7-23) idi. Çıkarılan organ sayısı ortanca 3 (1-6) idi. 14 hastaya(%48) stoma açıldı. 15 hastaya (%51) oksaliplatin uygulanırken 6 hastaya(%20) sisplatin, 3 hastaya(%10) mitomisin, 2 hastaya(%6) mitomisin-sisplatin, 2 hastaya(%6) doksataksel-oksaliplatin ve 1 hastaya (%3) sisplatin- doksataksel uygulanmıştır. Postoperatif ilk 30 gün içerisinde 1 hastada mortalite, 3 hastada morbidite izlenmiştir. Bu morbiditeler 1 hastada intraabdominal kanama, 1 hastada anastomoz kaçağı ve 1 hastada yara yeri ayrışması şeklinde olmuştur. Bu çalışmada SRC+HİPEK uyguladığımız hastaların demografik, klinikopatolojik özellikleri ile morbidite ve mortalite sonuçlarını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: sitoredüktif cerrahi, hipek, peritonitis karsinomatoza

Kayraklar

1. Clavien Pierre A., et al. "The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience." Annals of surgery 250.2 (2009): 187-196.
2. Aksel B, Karaman N, Yüksel E, Kahraman Y S, Doğan L, Gülçelik M A. "Sindirim Sistemi Tümörlerinde Peritonitis Karsinomatoza Ne Kadar Öngörülebilir?." Acta Oncologıca Turcıca 50.1(2016): 7-11. 17
3. Sugarbaker, Paul H. "Peritonectomy procedures." Annals of surgery 221.1 (1995): 29.
4. Hsieh Mao-Chih, et al. "Experiences with cytoreduction surgery plus hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in Taiwan." Medicine 96.26 (2017).
5. Elias D, et al. "Role of hyperthermic intraoperative peritoneal chemotherapy in the management of peritoneal metastases." European journal of cancer 50.2 (2014): 332-340.

Karaciğer

CSS - 011

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 15:10:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 15:17:00

KARACİĞER KİST HİDATİĞİNDE POSTOPERATİF SAFRA FİSTÜLÜ GELİŞMİNİ PREOPERATİF DÖNEMDE BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Hayrettin Dizen[1], Mehmet Keşkek [2]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Ankara Şehir Hastanesi

Genel Bilgiler: Kist Hidatik hastalığı çoğunlukla Echinococcus Granulosus tarafından oluşturulan bir hastalıktır. Hastalık dünyada sosyoekonomik kayıplara yol açan, morbiditesi ve mortalitesi olan bir sağlık problemidir (1). Hidatik kist hastalığı parazitin yaşam siklusu gereği hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde endemik olarak görülmektedir (2). Hastalık ülkemiz içinde son derece önemli bir sağlık sorunudur (3). Bulaş hayvanın gaitası ile infekte olmuş besinlerin yenmesi sonucu olur (4,5). Karaciğere ulaşıp tahrip edilmeyen larvalar inflamatuar reaksiyon oluşturup büyümeye başlarlar (6). Pratik olarak %70-80 karaciğerde, %10-15 akciğer ve %5-15 diğer organlar tutulmaktadır. (7) Karaciğerde yerleşmiş kist hidatiği üç safhada incelenir. Pretümoral evre, Tümoral evre, Komplikasyon evresi;

a) Rüptür: Safra yollarına rüptür: En sık rastlanılan komplikasyondur (8).

b)Süpürasyon:

c)Kalsifikasyon: %3-10 hastada görülür(9).

Tedavisinde ise medikal tedavi, girişimsel yöntemler ve cerrahi yöntemler kullanılır. Son yıllarda US ve BT eşliğinde perkütan aspirasyon tekniği ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. (10). Günümüzde etkin tedavisi cerrahidir.

Karaciğer kist hidatiğinin en sık rastlanılan komplikasyonu safra yollarına açılmadır. intrabilier rüptür oranı %5-25dir(10,11).

Bu hastalarda morbidite ve mortalitenin azalması, hastenede yatış süresinin kısalması ve maliyetin düşürülmesi için tanının en erken dömende (preoperatif dönemde)konulması gerekmektedir.

Gereç ve Yöntem: Biz bu çalışmada preoperatif labaratuar bulguları, klinik bulguları ve radyolojik incelemelerle safra yolu iştirakı süphesi olmayan hastalarda, safra yolu iştirakını preoperatif dönemde belirleyebilecek bağımsız prognostik faktörleri araştırmayı amaçladık. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Cerrahi Kliniğine 1998 ve 2006 yılları arasında başvuran 102 kist hidatik vakası değerlendirildi. yaş, cins, labaratuar testleri, kist tipi, kist çapı, kist lokalizasyonu, intraoperatif safra kaçağı mevcudiyeti ve varsa safra kacağı için yapılan prosedür, operasyon sekli, postoperatif bilyer fistül varlığı ve bilyer fistülün kapanma zamanı kaydedildi

Bulgular ve Sonuç: Tüm veriler SPSS 11.0 istatistik programı kullanılarak biriktirilip analiz edildi. 2 grup arasında yaş, cinsiyet, kist tipi, ALP, GGT, ALT, AST, bilirubin seviyeleri açısından fark bulunmadı. Operasyon şekliyle bilier kaçak arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bilier kaçak gelişen grupta ortalama kist çapı 10.2 cm iken gelişmeyen grupta 6.1 cm'di. Iki grup arasındaki fark anlamlı idi. Bu sonuç kist çapı ile kistobiliyer kaçak arasında direkt ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Kist çapındaki cut-off değeri 7.5 cm kabul edildiğinde spesifite ve sensitivite değerleri sırasıyla %73 ve %79. Sonuç olarak; çalışmamız kist çapı 7, 5 cm'den büyük olmasının intraoperatif safra kaçağı ve postoperatif fistül oluşumu için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu hastalarda cerrahi girişim öncesi ERCP uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: kist hidatik, safra fistülü

Kayraklar

1. Bumin O: Sindirim sistemi cerrahisi, 1. cilt:1983;419-33
2. Unat EK: Tıp parazitolojisi İst.Üniv. Tıp Fakültesi yayınları. Rektörlük No 3044 Fakülte No:113:459-74.198
3.Yazar S: Karaciğer kist hidatiklerinde perkütan drenaj ve açık cerrahi sonrası kist poşunun ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile takibi, Uzmanlık tezi, 2006
4. (Meymerian E, Schwabe CW: Host parasite relationship in echinococcosis. Am J Med Hyg 11:360.1962
5. Little JM, Deane SA: Hydatid disease. Liver surgery. Vol 12: Ed. Blumgart LH. Churchill Livingstone vol.II Uk:118-29 1986
6. Barros JL: Hydatid disease of the liver. Am J Surgery135:580-87.1978
7. Oynat A, Peiser J, Avinoah E, Barki Y: Acute cholangitis caused by rüptüred hydatid cyst Susgery 95:495-500.1984
8. Morris DL Smith WDF Alexander, Williams J: Colohepatic fistüla due to hydatid disease:World J Surgery7:797-98 1983
9. Yacoubian HD: Thoracic problems associated with hydatid cysts of the dome of the liver:surgery79:544-48 1978
10.Khuroo MS, Zarger SA, Mahajan R: Echinococcus granulosus cysts in the liver: Management with percutaneous drenage.Radiology 180. 141-45. 1991
11. Lygidakis NJ: Septic cholangitis as a complication of intrabiyer rüptüre of hydatid cysts of the liver. Br J Clin Pract 1984 38:57-61
12. Oynat A, Peiser J, Avinoah E, Barki Y:Acute cholangitis caused by ruptured hydatid cysts. Surgery 95:495-500, 1984

Pankreas

CSS - 012

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 15:17:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 15:24:00

MALİGNİTE NEDENLİ DİSTAL PANKREATEKTOMİ SONRASI POSTOPERATİF PANKREATİK FİSTÜL GELİŞİMİNDE PANKREAS GÜDÜK KAPATMA TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI - 28 VAKANIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Rıdvan Yavuz

Sbü Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Giriş: Distal pankreatektomi sonrası postoperatif pankreatik fistülü (POPF) önlemek için pankreas güdüğünün kapatılması için birçok teknik geliştirilmiştir, ancak POPF oranları hala yüksektir. Bizim bu çalışmamızdaki amacımız iki farklı teknikle pankreas güdüğünün kapatılması sonucunda POPF oluşum oranlarımızı incelemekti.

Materyal ve Metod: Hastanemizde Ocak 2017-Ağustos 2020 yılları arasında toplamda 28 hastaya malign hastalıklar nedeniyle distal pankreatektomi yapıldı. İki alt grup oluşturuldu. 1. Grup (14 hasta) duktus ligasyonu ve devamlı dikişlerle panreatik dokunun sütürasyonu, 2. Grup (14 hasta) stapler ile pankreasın transeksiyonu ve gereklilik halinde klip takviyesi yapılan hastalar olmak üzere iki grup yapıldı. Klinik takip sonrası çıkan sonuçların analizi ile veriler elde edildi.

Bulgular: Ortalama yaş 57 (38–76) yıldı. 28 hastanın 8 inde (%28) dalak korunarak ameliyat edildi (iki grupta da oranlar benzer). Tüm hastaların patolojik incelemelerle malignite tanısı kesinleştirildi. 3 hasta (%10) mide kanseri tanısı ile opere edildi. Diğer 25 hasta (%90) distal pankreas tümörü nedeniyle opere edildi. Tümü malignite nedeni ile opere edilen hastaların iki grupta da ASA değerleri, VKİ ortalamaları ve yandaş hastalıklar, alkol ve sigara alışkınlıkları benzerdi. Sonuç olarak; POPF oranları duktus ligasyonu+devamlı sütürasyon tekniği 5 hastada (%35), stapler teknik+klip 6 hastada (%42) oranları ile her iki teknikle de yapılan kapatmada gruplar arasında önemli farklılıklar göstermedi. 11 Hastada (%40) klinik olarak anlam POPF tespit edildi. Pankreas güdük kapatma tekniği, POPF oluşum oranını (tüm gradeler) veya POPF B ve C oranını etkilememiştir.

Sonuç: Bizim çalışmamıza göre, distal pankreatektomi sonrası pankreatik güdüğün kapatma tekniği postoperatif pankreas fistül oranını etkilememiştir. Distal pankreatektomi sonrası POPF oluşumundan cerrahi teknikler yerine hastaya ve hastalığa bağlı nedenler sorumlu olabilir. Bununla birlikte POPF`ün pankreasın işlevi ve parankiminin durumu(sert –yumuşak,kalınlık vs) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Distal pankreatektomi, Postoperatif pankreas fistülü, sütür teknik, stapler teknik

Kayraklar

1. Ridolfi C, Angiolini MR, Gavazzi F, et al. Morphohistological features of pancreatic stump are the main determinant of pancreatic fistula after pancreatoduodenectomy. BioMed Res Int. 2014;2014:641239.
2. Marchegiani, Ballarin R, Malleo G, et al. Quantitative assessment of pancreatic texture using a durometer: a new tool to predict the risk of developing a postoperative fistula. World J Surg. 2017;41:2876e2883.
3. European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. Gut. 2018;67:789e804.
4. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years after. Surgery. 2017; 161:584e591.
5. Hu¨ttner FJ, Mihaljevic AL, Hackert T, Ulrich A, Bu¨chler MW, Diener MK. Effectiveness of Tachosil() in the prevention of postoperative pancreatic fistula after distal pancreatectomy: a systematic review and meta-analysis. Langenbeck's Arch Surg. 2016;401:151e159.

Genel veriler			
	Toplam (n)	*Sütürasyon (n)*	*Stapler (n)*
Cins E/K	28 (12/16)	14 (5/9)	14 (7/7)
Yaş	57 (38/76)	62 (48/76)	52 (38/66)
BKİ	22 (14/30)	21 (14/29)	23 816/30)
ASA	2-3	2-3	2-3
Nikotin	5	3	2
Alkol	3	2	1
Splenektomi	20	11	9

Cerrahi

CSS - 013

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 15:24:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 15:31:00

KOLOREKTAL KANSERLERDE POLİPOZİS VARLIĞININ SAĞKALIMA ETKİSİ

Ulaş Aday[1], Mehmet Tolga Kafadar[2], Baran Demir[2], Faik Veysel Akpulat[2], Abdullah Oğuz[2], Ercan Gedik[2]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Gastroenteroloji Cerrahi Departmanı, Diyarbakır, Türkiye
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

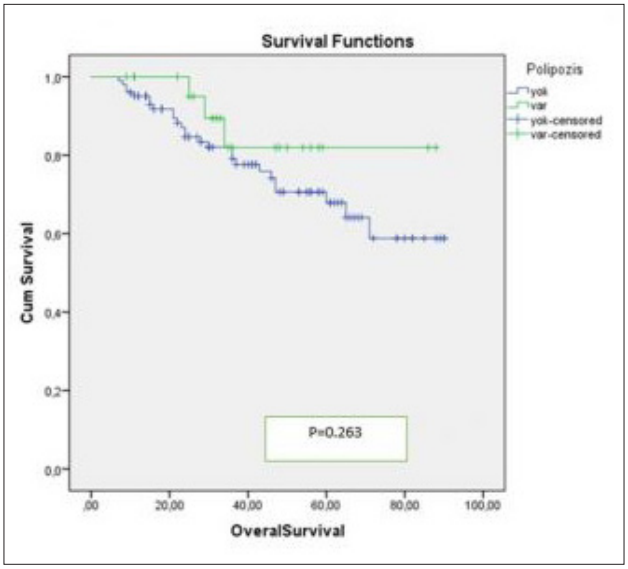
Giriş: Kolorektal kanserler (KRK) tüm dünya genelinde en sık görülen 3. kanser tipidir ve kanserle ilişkili mortalitede ön sıralarda yer alır. Yaklaşık %25-30'u ailesel geçiş gösterir. Risk gruplarının artan oranlarda erken tarama programlarına dahil edilmesine rağmen KRK tanısı alan hastaların bir kısmında polipozis saptanmaktadır. Polipozis ve nonpolipozis zeminli KRK hastalarının sağkalımını karşılaştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu retrospektif çalışmada KRK'de polipozis varlığının nüks ve sağkalım üzerine etkisinin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve Yöntem: Nisan 2013-Aralık 2019 tarihleri arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde kolorektal kanser nedeniyle küratif cerrahi yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Palyatif cerrahi yapılanlar, polipozisi olup malignite saptanmayanlar, erken mortalite gelişenler, takipleri yapılamayarak verilerine ulaşılamayan ve hastalık dışı mortalite gelişen hastalar dışlandı. Ana patolojik piyes değerlendirmesinde ve preopretif kolonoskopide 10 ve üzeri polip mevcudiyeti polipozis olarak kabul edildi. Hastalara ait demografik veriler, tümör lokalizasyonu, yapılan cerrahi prosedür, patolojik evre, nüks ve mortaliteye ait veriler kayıt edildi. Hastalar polipozis ve nonpolipozis zemininde gelişen KRK olmak üzere iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Belirtilen tarihler arasında çalışma kriterlerine uygun, küratif rezeksiyon yapılan 195 hasta analize alındı. Hastaların yaş ortalaması 53.9±15.5 yıl olup 120'si (%61.7) erkekti. Tümör lokalizasyonu 52 (%26.7) proksimal kolon, 74 (%37.9) distal kolon ve 69 (%35.4) rektum yerleşimliydi. Rektum lokalizasyonlu hastaların 53'ü (%76. 8) neoadjuvan tedavi aldı ve %20.7'sinde patolojik tam yanıt saptandı. Yüz altmış yedi (85.6) hasta elektif opere edildi ve cerrahi prosedürlerin %31. 8'i laparoskopik tamamlandı. Ortanca takip süresi 42.4 (7-88) ay olup, 62 (%31.8) hastada nüks, 36'ında (%18.5) hastalıkla ilişkili mortalite gözlendi. Polipozis zemininde KRK gelişen hasta sayısı 38 (%19.4) idi. Her iki grubun demografik, cerrahi prosedür, patolojik sonuçları, nüks ve sağkalıma ilişkin yapılan karşılaştırmasında fark saptanmadı. Nonpolipozis grubunda Evre I, II, III ve IV hasta sayıları ; 36 (%22.9), 47 (%29.9), 55 (%35) ve 11 (%7) iken polipozis grubunda sırasıyla; 11 (%28.9), 9 (%23.7), 15 (%39.5) ve 0 (%0.0) idi.Tüm evreler baz alınarak yapılan Kaplan-Meier sağkalım analizinde 5 yıllık sağkalım oranları nonpolipozis grubunda %73.8, polipozis grubunda %73.4 olup benzerdi (p=0.538). Evre II ve III izole alındığında 5 yıllık sağkalım oranları nonpolipozis grubunda %68.8, polipozis grubunda %77.5 olup anlamlı değildi (Resim 1, p=0.263).

Tartışma ve Sonuç: Polipozis zemininde KRK gelişen hastalar nüks ve sağkalım açısından nonpolipozis KRK grubuna benzer sonuçlara sahiptir.

Anahtar kelimeler: kolorektal kanser, polipzis koli, sağkalım



Resim 1. Polipozis ve nonpolipozis zeminde kanser gelişen Evre II ve III hastalara ait Kaplan-Meier sağ kalım eğrisi.

Cerrahi

CSS - 014

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 15:31:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 15:38:00

PANKREASIN FARKLI ANATOMİK BÖLGELERİNDE LOKALİZE KİST HİDATİK LEZYONLARINDA CERAHİ TEDAVİ YAKLAŞIMI

Elbrus Zarbaliyev[1], Payam Hacısalihoğlu[2], Mehmet Çağlıkülekçi[1]

[1]İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi Genel Cerrahi Ad.
[2]İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi Patoloji Ad.

Giriş: Kist hidatik çoğunlukla endemik bölgelerde görülen ve insanların ara konakçı olduğu *Echinococcus granulosus'un* neden olduğu paraziter hastalıktır (1). Türkiye bir Akdeniz havzası ülkesi olması nedeniyle bu hastalığın görülme sıklığı çok olan bir ülkedir. Hastalık sıklıkla karaciğeri tutsa da pankreas da nadiren bu hastalıktan etkilenmektedir ve prevelansının %0,2-0,6 arasında olduğu düşünülmektedir. Tedavisinde medical ve cerrahi tedavi birlikte kullanılmaktadır. Cerrahi tedavi gerektiren durumlarda lezyonun pankreasta lokalizasyonuna gore farklı cerrahi teknikler kullanılabilmektedir (2). Bu sunumumuzda kliniğimizde pankreasın farklı bölgelerinde lokalize kist hidatik lezyonu nedeniyle yapılan farklı tekniklerimizi ve yaklaşımlarını sunmaktayız.

Materyel ve metod: 2015-2019 yılları arasında kliniğimzde kist hidatik nedeniyle tedavi olan hastalardan pankreatik kist hidatik nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalar seçildi. Hastaların şikayetleri, labaratuar ve radyolojik tetkikleri, lezyonun pankreasta lokalizasyon yerleri ve yapılan cerrahi tedaviler incelendi.

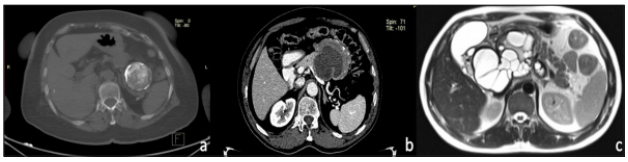
Sonuçlar: 45 hastaya kist hidatik nedeniyle cerrahi tedavi yapılmış. 3 (%6,7) hasta pankreatik kist hidatik nedeniyle opere edeildi. Bir hastada pancreas kuyrukta (Resim 1a), bir hastada pancreas gövdesinde (Resim 1b) ve bir hastada da pancreas başında kistik lezyon mevcuttu (Resim 1c). Tum hastaların ilkin başvuru şikayeti karın ağrısı ve bir hastada (baş lokalizasyonu) epigastik palpabl kitle idi. Hastaların tümüne preoperatif 14 gün medical tedavi (Anadasole) verildi ve takiben cerrahi tedavi yapıldı. Iki hastada açık cerrahi (gövde ve kuyruk) yöntem kuıllanıldı. Distal pankreatektomi+splenektomi ve subtotal pankreatektomi+splenektomi tercih edilen tekniklediı. Bir hastada laparoskopik cerrahi tedavi uygulandı. Pankras başı kist hidatiklerinde literatürde bir çok yayında önerilen pankreatikoduodenektomi yerine farklı teknik kullanıldı (2). Ilk kez uygulanan bu teknikle laproskopi eşliğinde 10 mm'lik trokarlar pankreatik kist hidatik içerisine direkt yerleştirildi (Resim2). Kistin içerisi vizualize edildi ve tüm kistler aspire edildi. Drenaj katateri koyulduktan sona kısmi perikistektomi ile birlikte ameliyata son verildi. Böylelikle genel olarak önerilenin aksine pankreatikodudenektomiden uzaklaşıldı. Hastaların ortalama yatış süresi 5 gün oldu. Bir hastada lokalize apse haricinde ek morbidite ve mortalite görülmedi.

Sonuç: Pankreatik kist hidatiğin cerrahi tedavisinde açık cerrahi tedavi ile birlikte özellikle pankreas başı kistik hidatik lezyonlarında laparoskopi cerrahi güvenle kullanılabilmekte ve pankreatikoduodenektomiden kaçınılabilinmektedir.

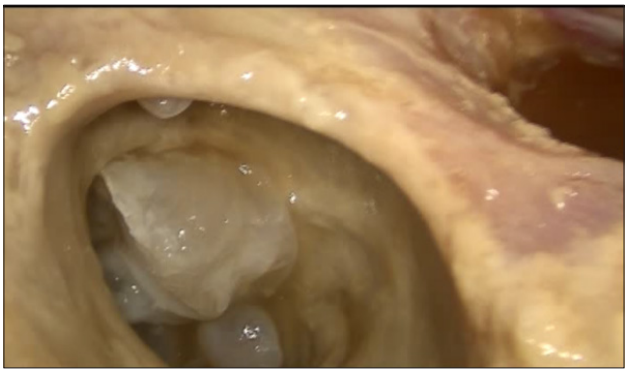
Anahtar kelimeler: Pankreatik kist hidatik, Pankreasın kistik lezyonları, Cerrahi tedavi, Laparoskopik yaklaşım

Kayraklar

1. Geramizadeh, Bita. "Pancreatic hydatid cyst: A clinicopathologic review." Pancreas 19 (2018): 171-7.
2. Dziri C, Dougaz W, Bouasker I. Surgery of the pancreatic cystic echinococcosis: systematic review. Transl Gastroenterol Hepatol. 2017;2:105. Published 2017 Dec 8. doi:10.21037/tgh.2017.11.13



Resim 1. a) Pankreas kuyrukta KH, b) Pankreas gövdesinde KH, c) Pankreas başında multiloküle KH



Resim 2. Pankreas başında lokalize Kist Hidatik lezyonunun laparoskopik görünümü

Cerrahi

CSS - 015

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 15:38:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 15:45:00

PANKREAS CA HASTASINDA KADAVRADAN VASKÜLER GREFT İLE PARSİYEL SMV REKONSTRUKSİYONLU REZEKSİYON

Barış Türker[1], Dursun Burak Özdemir[2], Murat Ulaş[1], İlter Özer[1], Bülent Ünal[2]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Cerrahisi B.d.
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkolojik Cerrahi B.d.

Pankreas adenokarsinomunun prognozu kötü olup, kanser ilişkili ölümlerin beşinci sırasında yer alır. Cerrrahi tek küratif tedavi yöntemidir. Lokal rezaktibilite genellikle vasküler invazyona bağlıdır. Rezeksiyon uygulanabilen hasta sayılarını artırmak amacıyla vasküler rezeksiyonlarında içinde olduğu agresif cerrahi prosedürler geliştirilmektedir.

Kliniğimizde 70 yaşında pankreas ca nedeniyle ameliyata alınan hastada pankreas başındaki kitlenin SMV duvarına invaze olduğu görüldü. Kitle parsiyel damar duvarı ile eksize edildi. Kadavradan alınmış ve saklanmış olan vasküler greft kullanılarak parsiyel SMV onarıldı.

Pankreas kanserinde operabiliteyi etkileyen faktörlerin başında vasküler yapıların tutulumu gelmektedir. Deneyimli merkezlerde vasküler yapıların rezeksiyonu ek morbidite ve mortaliteye neden olmadan güvenli şekilde yapılabilmektedir. Kadavradan alınmış vasküler greftlerde rekonstrüksiyonlarda güvenli olarak kullanılabilmektedir.

Anahtar kelimeler: pankreas ca, vasküler greft, rekonstruksiyon

Kadavra grefti ile SMV rekonstruksüyonu



Kitlenin rezeksiyonu sonrası SMV'de oluşan defekt



Cerrahi

CSS - 016

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-27 15:45:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-27 15:52:00

İLEUSLA BAŞVURAN İYATROJENİK GASTROKOLOKUTANÖZ FİSTÜL VE SKOPİ EŞLİĞİNDE PERKUTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ

Sezgin Topuz

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Abd

Giriş: Perkütan endoskopik gastrostomi(PEG), herhangi bir nedenle ağızdan beslenemeyen hastalarda uygulanan bir yöntemdir.Güvenli bir yöntem olarak kabul edilmesine rağmen, komplikasyonları vardır.PEG'nin nadir bir komplikasyonu gastrokolokütanöz fistüldür.Yazımız, PEG işleminden 40 gün sonra gastrokolokutanöz fistül ve ileusla başvuran, komplikasyonun tekrarını önlemek için PEG işlemi sırasında skopiden faydalandığımız vakayı bildirmektedir.

Olgu:72 yaşında erkek hasta kusma ve PEG kenarından gaıta gelmesi şikayetiyle başvurmuştur.Alzeimer nedeniyle ağızdan beslenememesi üzerine 40 gün önce PEG uygulanmıştır.Genel durumu bozuk, periton irritasyonu yoktu, barsak sesleri hiperaktif ve minimal distansiyonu vardı.PEGden ve kenarından fekaloid içerik geldiği gözlendi.WBC: 28000/uL Kreatinin:1.4 mg/dL, Üre>288 mg/dL idi.Abdominal bilgisayarlı tomografisinde(BT) hava sıvı seviyeleri vardı.(Resim1)

İleusa bağlı fekaloid içeriğin mideden geldiği düşünüldü.PEG tüpü serbest drenaja alındı, total parenteral nütrisyon başlandı 3. günde gaz gaıta çıkışı oldu distansiyonu geriledi.Ancak fekaloid içeriğin gelmeye devam etmesi üzerine PEGten kontrast madde verilerek skopi çekildi.Kontrastın önce kolona sonra mideye geçtiği görüldü. Kateterden verilen kontrastla çekilen abdominal BT'de PEG ucunun transvers kolonda olduğu ve kontrast maddenin batına extravaze olmadığı gözlendi. Aslında ilk abdominal BT'de kateterin midede olmadığı ancak gözden kaçtığı anlaşıldı.

Gastroskopide midede PEG ucu görülmedi, fistül ağzı gözlendi. Kolonoskopide PEG ucu kolonda gözlendi. Kateter ciltten kesildi snare ile yakalanıp kolonoskopla anüsten çıkarıldı.9. günde kolokutanöz fistül spontan kapandı.Tekrar PEG planlandı.Benzer komplikasyon gelişmemesi için rektal kontrast madde verilerek skopide kolon görülerek PEG uygulandı.(Resim2)Ek sorunu olmayan hasta palyatif bakım servisine nakledildi.

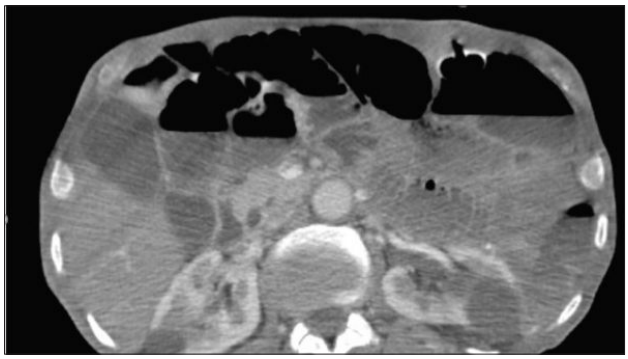
Tartışma:PEG, sedasyonla %95 başarı ile 15-30 dakikada yapılabilir.(1) Vakaların yaklaşık %17'sinde komplikasyonlar görülebilir.(2)PEG işlemine bağlı gastrokolokütanöz fistül, toplam insidansın %2-3'ünde bildirilmiştir.(3)Midenin aşırı şişirilmesi büyük kurvaturun öne dönmesine, gastrokolik omentum ve transvers kolonun midenin önüne hareket etmesine neden olabilir ve PEG tüpü kolona girdikten sonra mideye yerleştirilebilir.(4) Fistülün kendiliğinden kapanmasının birkaç gün içinde gerçekleştiği varsayılmaktadır, ancak gecikmiş mide boşalması, fistül yoluyla mide içeriğinin sızmasıyla yaralı bölgenin iyileşmesi bozulabilir.(5)Vakamızda kolokutanöz fistül 9 günde spontan kapanmıştır. Ciltte giriş yerini belirlemede translüminasyon ve parmakla basmak, iğne aspirasyon testi veya (6,7) kolonoskopi destekli PEG bu komplikasyonu önlemek için yararlıdır. (8) Olgumuzda transvers kolonun yerini tespit etmede rektal kontrastlı grafi kullanılmıştır.

Fistül kendiliğinden kapanmazsa, endoskopik kapatma cerrahiye nazaran daha az invaziv bir yaklaşımdır.

Anahtar kelimeler: PEG, gastrokolokutanöz fistül, komplikasyon, skopi

Kayraklar

1. Huang SY, Levine MS, Raper SE. Gastrocolic fistula with migration of feeding tube into transverse colon as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. AJR Am J Roentgenol 2005;184(3 Suppl):S65-S66
2. Smyth GP, McGreal GT, McDermott EW. Delayed presentation of a gastric colocutaneous fistula after percutaneous endoscopic gastrostomy. Nutrition 2003;19:905-906.
3. Khattak IU, Kimber C, Kiely EM, Spitz L. Percutaneous endoscopic gastrostomy in paediatric practice: complications and outcome. J Pediatr Surg 1998;33:67-72
4. Croaker GD, Najmaldin AS. Laparoscopically assisted percutaneous endoscopic gastrostomy. Pediatr Surg Int 1997;12:130-131.
5. Shellito PC, Malt RA. Tube gastrostomy. Techniques and complications. Ann Surg 1985;201:180-185.
6. 3. Schrag SP, Sharma R, Jaik NP, Seamon MJ, Lukaszczyk JJ, Martin ND, et al. Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A comprehensive clinical review. J Gastrointestin Liver Dis 2007;16:407-18.
7. 4. Nunes G, Oliveira G, Cortez-Pinto J, Cruz J, Fonseca J. Gastrocolocutaneous fistula: an undetected complication of colon transfixation during percutaneous endoscopic gastrostomy. Turk J Gastroenterol 2019;30:761-3.
8. 5. Fukita Y, Katakura Y, Adachi S, Yasuda I, Asaki T, Toyomizu M, et al. Colonoscopy-assisted percutaneous endoscopic gastrostomy to avoid a gastrocolocutaneous fistula



Resim 1. Kontrastsız batın BT de hava sıvı seviyeleri ve PEG kateterinin başı



Resim 2. Rektal yoldan verilen kontrast madde ile skopi yardımıyla kolon örüntülendi PEG işlemi tekrar uygulandı

Cerrahi

CSS - 017

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-28 09:20:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-28 09:27:00

ÖZEFAJEKTOMİ SONRASI GASTRİK TÜP KANSERİ GELİŞEN MİDENİN İNTRAOPERATİF İNDOSİYANİN GREEN SPY ANJİOGRAFİ İLE PARSİYEL REZEKSİYONU

İhsan Burak Karakaya[1], Ümit Özdemir[1], Cüneyt Akyüz[2], İlter Özer[1], Bülent Ünal[2], Murat Ulaş[1]

[1]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı
[2]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Multidisipliner tedaviler sonrası özefagus kanserinde genel sağkalım artmış buna bağlı olarak uzun dönemde ortaya gastrik tüp kanseri (GTC)'de sıklığı da artmıştır(1). Özefajektomi sonrası 10 yıl içinde gastrik tüp kanseri gelişme insidansı%8,6'dır(2).

Olgu: 61 yaşında kadın hasta özefajektomi sonrası kontrol endoskopide antrum bölgesinde pilora yakın yerleşimli malign görünümlü ülsere alandan alınan biyopside malignite görülmesi üzerine hasta cerrahiye alındı. Malignitenin daha önce hazırlanan gastrik tüpte ortaya çıkması nedeniyle yapılan antrektomide önceki cerrahiden sağlam olarak tespit edilen ve mideyi besleyen sağ gastroepiploik arter ve sağ gastrik arter intraoperatif geçici olarak kapatılarak i.v.indosiyanin verildi. Spy anjiografi ile gastrik tüpün rezeksiyon sonrası kalan proksimal kısmının iyi beslendiği görüldükten sonra Roux-eN-Y gastroenterostomi yapıldı.

Tartışma: Gastrik tüp kanserinin gelişmesi sonucu hastaların endoskopik rezeksiyon seçeneklerinin yanısıra-endoskopik yöntemlerin uygun olmadığı durumlarda-major cerrahi gerekmektedir(3). Gastrik tüpü besleyen sağ gastroepiploik arter ve sağ gastrik arterin ameliyat sırasında olası/gereklilik halinde kesilmesi sonucu gastrik tüp beslenmesinde problemler oluşabilmektedir(4). Bunun sonucu total tüp rezeksiyonu ve ince bağırsak veya kolon interpozisyonları gerekebilmektedir. Bu da hastaların morbiditesini ve mortalitesini artırmaktadır. Bu amaçla indosiyanin green ile yapılan ve dokuların beslenmesini gösteren spy anjiografi tetkikinin kullanılması hastalarda olası majör cerrahiden kaçınılmasını ve güvenli bir anastomoz yapılmasını sağlamaktadır.

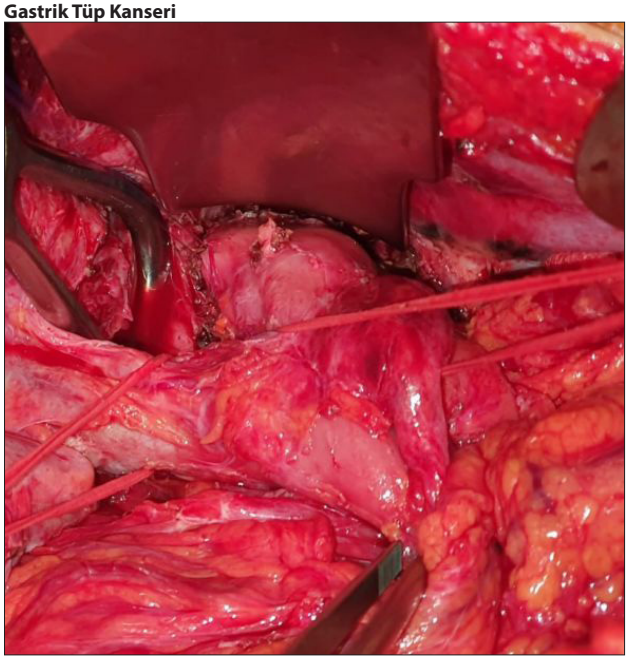
Sonuç: Gastrik tüp kanseri gelişen hastalarda parsiyel rezeksiyona izin veren durumlarda kalan gastrik tüpün beslenmesi spy anjiografi ile değerlendirilerek majör cerrahilerden kaçınılabilir ve hastaların mortalitesi ve morbiditesi azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: Özefajektomi, Gastrik tüp kanseri, İndosiyanin green, spy anjiografi

Kayraklar

1. Metachronous gastric carcinoma from a gastric tube after radical surgery for esophageal carcinoma Nobuhiko Okamoto 1, Soji Ozawa, Yuko Kitagawa, Yoshimasa Shimizu, Masaki Kitajima
2. Surveillance and treatment for second primary cancer in the gastric tube after radical esophagectomy T Bamba, S Kosugi, M Takeuchi, M Kobayashi… - Surgical …, 2010 - Springer
3. Case report: Gastric tube cancer after esophagectomy—Retrograde perfusion after proximal resection of right gastroepiploic artery A Sakaki, J Kanamori, A Sato, N Okada… - International journal of …, 2019 - Elsevier
4. Subtotal gastrectomy for gastric tube cancer after esophagectomy: a safe procedure preserving the proximal part of gastric tube based on intraoperative ICG blood …T Saito, M Yano, M Motoori, K Kishi… - Journal of Surgical …, 2012 - Wiley Online Library

Gastrik Tüp Kanseri



İndosiyanin Green ile yapılan Spy Anjiografi



Cerrahi

CSS - 018

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-28 09:27:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-28 09:34:00

MİDE TÜMÖRLÜ HASTALARA YAKLAŞIMDA YAN DAL EĞİTİMİNİN ROLÜ; ÖNCESİ VE SONRASI KLİNİK VE PATOLOJİK VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.

Hüseyin Çiyiltepe

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahi

Giriş: Literatürde gastrointestinal sistem kanser cerrahisinde genel cerrahide üst uzmanlaşmanın 5 yıllık toplam ve hastalıksız sağkalım üzerine olumlu etkilerini bildiren çalışmalar mevcuttur. Alanında uzmanlaşmış cerrahlar tarafından tedavi edilen gastrik kanser hastalarının patoloji piyesleri onkolojik prensiplere daha uygun, lokorejyonel nüks oranları daha düşük ve prognoz daha iyidir.

Amaç: Bu çalışmada Gastroenteroloji Cerrahi eğitimi öncesi ve sonrasında mide kanseri hastalarına yaklaşım, ameliyat yöntemleri ve patoloji piyesleri karşılaştırması amaçlandı.

Materyal ve Method: 2012 Temmuz-2015 Mayıs tarihleri arasında Genel Cerrahi uzmanı olarak çalıştığım dönemde mide kanseri nedeniyle cerrahi geçiren hastaların verileri (Grup 1) ile 2017 Temmuz- 2020 Eylül tarihleri arasında gastroenteroloji cerrahisi uzmanı olarak cerrahi yaptığım hastaların verileri (Grup 2) karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya grup 1 de 14, grup 2 de 18 hasta olmak üzere toplam 32 hasta dahil edildi. Hastaların %62.5 'i erkek idi. Yaş ortalaması 64,5 idi ve gruplar arasında farklılık izlenmedi. Hastalara ait veriler Tablo 1 ve 2 de verildi. Grup 1 deki hastaların tamamı açık yöntemle ameliyat edilirken, grup 2 deki hastaların %55,6 sı laparoskopik olarak opere edildi (p:0,001). Grup 1deki hastaların tamamına D1 lenf nodu diseksiyonu yapılırken, grup 2 deki hastalarda D2 diseksiyon yapıldı (p:0,00). Operasyon süresi grup 2 de anlamlı oranda daha uzun idi (180dk vs 269dk, p:0,00). Çıkarılan total lenf nodu sayısı grup 1 de 23,07 iken grup 2 de 28,05 idi ve iki grup birbirine benzer idi. Ancak neoadjuvan tedavi alan hastalar çıkarıldıktan sonra yapılan yeniden değerlendirmede grup 1 de total lenf nodu sayısı 23,9, grup 2 de ise 38,4 idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Grup 2 deki hastaların %66,7 sine total gastrektomi yapılırken, grup 1 deki hastalara bu oran %42,9 idi (p:0,001). Grup 1 de 1 hastaya neoadjuvan tedavi verildi, grup 2 de ise 8 hasta neoadjuvan tedavi aldı. Tümörün T evresine bakıldığında grup 2 de daha erken T evresi olduğu dikkat çekti. N evresi incelendiğinde grup 1 de lenf nodu tutulumu pozitif hasta sayısı grup 2 ye göre daha yüksek idi. Patolojik evre incelendiğinde grup 1 de hastaların %21,4 ü erken evre mide kanseri iken, grup 2 deki hastaların %50 si erken evre mide kanseri idi (p:0,037). Yatış günleri değerlendirildiğinde ise grup 1 de 9,7 gün, grup 2 de ise 6,2 gün idi ve aradaki fark anlamlı idi (p:0,001).

Sonuç: Yan dal uzmanlık eğitimi ile daha fazla hasta ameliyat öncesi kemoterapiye yönlendirildi, ameliyat yöntemi olarak laparoskopi daha fazla uygulanmaya başlandı ve rutin D2 diseksiyon uygulandı. Bununla birlikte ameliyat süresi uzamıştır. Çıkarılan piyeslerin patolojik değerlendirmelerinde yan dal eğitimi ile birlikte çıkarılan lenf nodu sayıları artmış, pozitif lenf nodu sayısı azalmış ve TNM evresinde erken mide kanseri yakalama oranı artmıştır.

Anahtar kelimeler: Mide Kanseri, Yan Dal Eğitimi, Laporoskopi

Tablo 1. Hastalara Ait Klinik ve Patolojik Veriler-1

	Grup 1 (GC) n:14	Grup 2 (GEC) n:18	p
Ameliyat Tipi (n,%)			
Açık	14 (100)	8 (44,4)	0,001[a]
Laparoskopik	0	10 (55,6)	
Ameliyat (n,%)			
SG+D1	8 (57,1)	0	0,000[a]
SG+D2	0	6 (33,3)	
TG+D1	6 (42,9)	0	
TG+D2	0	12 (66,7)	
Ameliyat Süre (dk)	180,7	269,4	0,000[b]
Neoadjuvan Oranı	1/14 (%7,1)	8/18 (%44,4)	0,024[a]
Tümör Çapı (cm)	4,42	3,88	0,288[b]
Düzeltilmiş* Tümör Çapı (cm) (n:23)	4,46 (n:13)	3,1 (n:10)	0,021[b]
Total LN Sayısı	23,1	28,1	0,253[b]
Düzeltilmiş* Total LN Sayısı (n:23)	23,9 (n:13)	38,4 (n:10)	0,001[b]
Pozitif LN Sayısı (ortanca)	3,0	0,88	0,019[b]
Pozitif LN oranı	0,11	0,08	0,021

Tablo 2. Hastalara Ait Klinik ve Patolojik Veriler-2

T evre (n,%)			
1	0	6 (33,3)	
2	4 (28,6)	5 (27,8)	
3	9 (64,3)	7 (38,9)	
4	1 (7,1)	0	
N evre (n,%)			
0	3 (21,4)	11 (61,1)	
1	5 (35,7)	5 (27,8)	
2	4 (28,6)	2 (11,1)	
3	2 (14,3)	0	
TNM Evre			
I	3 (21,4)	9 (50,0)	
IIA	1 (7,1)	2 (11,1)	
IIB	0	2 (11,1)	
III	10 (71,4)	5 (27,8)	
Yatış Günü (gün)	9,8	6,2	0,001[b]
Komplikasyon			
Yok	10 (71,4)	17 (94,4)	0,186[a]
Clavien Dindo 2	3 (21,4)	1 (5,6)	
Clavien Dindo 3	1 (7,1)	0	

[a]Pearson Chi-Square [b] Oneway Anova *Neoadjuvan tedavi alan vakalar çıkarılmıştır.

İnce Bağırsak

CSS - 019

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-28 09:34:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-28 09:41:00

İLEOSTOMİ KAPATILMASI SONRASI KOPLİKASYON GELİŞİMİNDE PRİMER HASTALIK ETYOLOJİSİ ETKİLİ Mİ?

Ozgkıour Palaz Alı

Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Amaç: Saptırcı ileostomiyi kapatmak için birden fazla teknik tanımlanmıştır. Ancak ideal bir teknik net olarak belirlenememiştir. Bu çalışmada aynı tetkik kullanılarak ileostomisi kapatılan hastaları etyolojisine göre iki gruba ayırdık. Etyolojisi malign ve benign olan hastaların cerrahi sonuçları karşılaştırıldı.

Yöntem: Bu çalışma retrospektif olarak planlanmıştır. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde Haziran 2018 ile Eylül 2020 arasında ileostomisi kapatılan hastaların hastane kayıtları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya ileostomisi lineer stapler ile kapatılan hastalar dahil edildi. İki grup arasındaki cerrahi sonrası mortalite, morbidite, reoperasyon ve hastanede kalış süreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Haziran 2018 ile Eylül 2020 arasında loop ileostomisi kapatılan 35 hastanın hastane kayıtları incelendi. Hastaların 31'i (%88) erkekti. Hastaların ortanca yaşı 59 (24-78) idi. Malignite grubunun ortalama yaşı 62, benign hastalık grubunun ortalam yaşı 50 idi. Bu istatistiksel olarak anlamlı idi. Yirmi beş hasta (%71) kolorektal kanser nedeni ile ameliyat edilmişti. Diğer hastalar benign hastalıklar nedeni ile ameliyat edilmiş idi. Çalışmamıza dahil olan benign hastalıklar fıtık, inflamatuar barsak hastalıkları (Crohn hastalığı ve ülseratif kolit), Hirschprung hastalığı, kanser tanısı almamış familyal adenomatöz polipozis (FAP). Her iki gruptaki hiçbir hastamızda tekrar ameliyat edilme ihtiyacı, post operatif mortalite olmadı. İlk ameliyattan kapatmaya kadar geçen süre ortalama 253 (18-692) gündü. Malignite tanısıyla ameliyat edilenlerde bu süre 267 gün, benign hastalık nedeniyle ameliyat edilen hastalarda bu süre 217 gündü. İleostomi kapatılması sonrası hastanede kalış süresi ortalama 5.5 (2-15) gündü. Malignite tanısıyla ameliyat edilenlerde 5.4 gün, benign hastalık nedeniyle ameliyat edilenlerde 5.7 gündü. Her iki grup arasında hastanede kalış süresi, ilk ameliyattan ileostomi kapatılmasına kadar geçen süre ve yoğun bakım ihtiyacı olup olmaması durumlarında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Lineer stapler ile loop ileostomisi kapatılan hastaların etyolojisinin malign veya benign olmasının cerrahi sonrası mortalite, morbidite, reoperasyon, ilk ameliyattan ileostomi kapatılmasına kadar geçen süre ve hastanede kalış süresi açısından anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Cerrahi tekniğin standart olarak uygulandığı loop ileostomi kapatılmalarında hastaların etyolojisinin malign veya benign olması hastaların cerrahi sonrası takip ve komplikasyonlarını etkilememiştir.

Anahtar kelimeler: Etyoloji, lineer stapler, ileostomi kapatılması

Kayraklar

1. Man VC, Choi HK, Law WL, Foo DC. Morbidities after closure of ileostomy: analysis of risk factors. Int J Colorectal Dis. 2016 Jan;31(1):51-7. doi: 10.1007/s00384-015-2327-2. Epub 2015 Aug 6. PMID: 26245947.
2. Saito Y, Takakura Y, Hinoi T, Egi H, Tashiro H, Ohdan H. Body mass index as a predictor of postoperative complications in loop ileostomy closure after rectal resection in Japanese patients. Hiroshima J Med Sci. 2014 Dec;63(4):33-8. PMID: 25707091.

3. Garfinkle R, Savage P, Boutros M, Landry T, Reynier P, Morin N, Vasilevsky CA, Filion KB. Incidence and predictors of postoperative ileus after loop ileostomy closure: a systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2019 Aug;33(8):2430-2443. doi: 10.1007/s00464-019-06794-y. Epub 2019 Apr 17. PMID: 31020433.
4. Nakamura T, Sato T, Naito M, Yamanashi T, Miura H, Tsutsui A, Watanabe M. Risk factors for complications after diverting ileostomy closure in patients who have undergone rectal cancer surgery. Surg Today. 2017 Oct;47(10):1238-1242. doi: 10.1007/s00595-017-1510-1. Epub 2017 Mar 31. PMID: 28364398.

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

CSS - 020

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-28 09:41:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-28 09:48:00

PERİFER HASTANEDE NOSE CERRAHİSİ ÜTOPYA MI?

Mustafa Ufuk Uylaş
Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

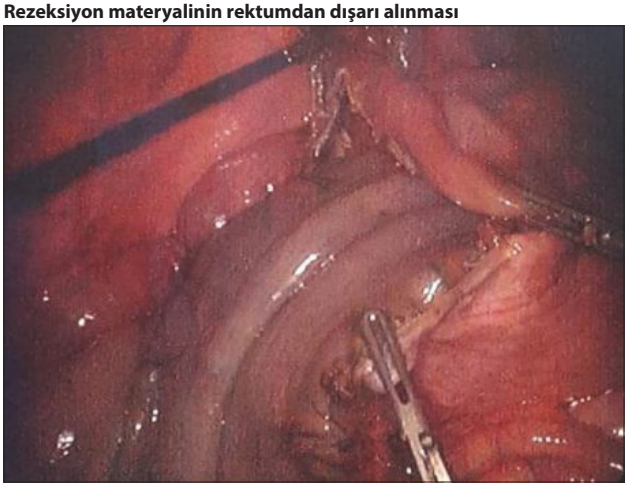
Giriş: Doğal delik cerrahisi son zamanlarda giderek artmaktadır. Laparoskopik cerrahide tekniklerin artması ile spesmenlerin çıkarımı için insizyonların boyutu ve yeri daha önemli hale gelmektedir. Spesmenlerin phannelstein insizyondan çıkarımı ile ağrının daha az olduğu görülmüştür. Cerrahlar daha sonra estetik kaygıların da önüne geçebilmek amacıyla spesmen çıkarımı için doğal delikleri kullanmaya başlamışlardır. Erkeklerde; transanal ve transoral, kadınlarda ise transvajinal, transoral ve transanal yollar kullanılmıştır. Biz burada her türlü teknik imkansızlığa rağmen perifer hastanede kolorektal cerrahide uyguladığımız transanal ve transvajinal olgularımızı sunmayı amaçladık.

Olgular: Altmış-altı yaşındaki bayan hasta rektal prolapsus şikayeti ile gastroenteroloji cerrahisi polikliniğimize başvurdu. Hastaya laparoskopik Frykman-Goldberg prosedürü ve transanal spesmen çıkarımı uygulandı. Toplam dört adet trokar kullanıldı. Post op dokuzuncu gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Hasta takiplerinde post operatif 10. ayında olup nüks ve problem saptanmadı. Altmışbir yaşında bayan hasta rektal kanama ve anemi şikayeti ile başvurdu. Hastanın kolonoskopisinde rektumda kitle mevcut olup, adenokarsinom olarak raporlandı. Preoperatif tetkiklerinde metastaz yoktu. Hastaya laparoskopik low anterior rezeksiyon ve transvajinal spesmen çıkarımı uygulandı. Postoperatif 10. Gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Patolojisi T3N2 olarak raporlandı. Hasta takiplerinde post operatif dokuzuncu ayında olup nüks ve problem saptanmadı. Altmışyedi yaşında erkek hasta acil servise, karın ağrısı ve karında şişkinlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın muayenesi ve yapılan tetkikleri sonucunda sigmoid volvulus tanısı konuldu. Hastaya kolonoskopik detorsiyon uygulandı ve elektif cerrahi planlandı. Hastaya detorsiyondan sonraki beşinci günde laparoskopik sigmoid rezeksiyon trans anal spesmen ekstraksiyonu uygulandı. Hasta post operatif altıncı gün sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Hasta takiplerinde post operatif sekizinci ayında olup nüks ve problem saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Doğal delikten spesmen çıkarımı cerrahisi son zamanlarda popüleritesi artmış olup, sürrenal, mide ve kolon vb. cerrahilarde uygulanmaktadır. Mide ve kolon cerrahisi transvajinal, sürrenal cerrahisinde transgastrik yolla transoral ve kolon cerrahisinde spesmen çıkarımı için transanal yol kullanılabilmektedir. Biz burada rektal prolapsus, rektum kanseri ve sigmoid volvulus tanılı üç hastamıza transanal ve transvajinal spesmen çıkarımını uyguladık. Hastalarımızda postoperatif bir problem ile karşılaşmadık. Hastalarımız postoperatif takiplerinin sekizinci ve 10. aylarında olup nüks ve problem ile karşılaşılmadı. Her ne kadar teknik imkansızlıklarla perifer hastanelerde çalışılıyor olsa da, kolorektal cerrahide ileri laparoskopik teknikler uygun ekip desteği ile uygulanabilir olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: kolon, volvulus, doğal delik, laparoskopi, sigmoid.

Rezeksiyon materyalinin rektumdan dışarı alınması



Trokar yerleri



Cerrahi

CSS - 021

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-28 09:48:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-28 09:55:00

CANLIDAN KARACİĞER NAKLİ SONRASI SEEDİNG METASTAZ: NADİR BİR OLGU

Osman Aydın, Meral Akdoğan, Erdal Birol Bostancı
Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi

Giriş: Hepatosellüler karsinom (HSK) karaciğerin en sık primer malign tümörü olup, dünyada 5. sıklıkta görülmektedir. Etyolojisinde çeşitli faktörler olmakla birlikte en sık sirotik karaciğer zemininden gelişmektedir. Lokal ablatif tedavilerden, hepatik rezeksiyona ve karaciğer transplantasyonuna kadar giden geniş bir tedavi modalitesi bulunmaktadır. Sıklıkla akciğere metastaz yapmakla birlikte, sırasıyla lenf nodları, kemik ve adrenal beze de yayılabilir. Nadiren de olsa karaciğer biyopsisi veya radyofrekans ablasyon sonrası işleme sekonder '*seeding metastaz*' görülebilir.

Biz bu sunumda, canlıdan karaciğer nakli sonrası 7. yılında sağ hemitoraksta cilt altında seeding HSK metastazı saptanan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Hepatit B'ye sekonder karaciğer sirozu ve HSK'ı olan 56 yaşındaki erkek hasta, 2010 yılında yapılan Trucut karaciğer biyopsisi sonucu iyi diferansiye HSK saptanması üzerine ve MELD skoru 25, Child A ve performans skalası 0 olması nedeniyle canlı vericili karaciğer transplantasyonu yapılıyor. Eksplant patolojisi sağ lopta 3 cm çaplı iyi diferansiye HSK olarak raporlanıyor. Takiplerinde 7. yılında sağ hemitoraksta cilt altında 2 cm çaplı, sert, mobil kitle palpe ediliyor. Tomografisinde cilt altında karaciğer ile ilişkisi olmayan solid kitle lezyonu saptanıyor. Metastaz taramaları yapılan hastada başka yerde bir odak bulunmaması üzerine eksizyon yapılıyor. Patoloji sonucunda cerrahi sınırda tümör saptanmayıp, iyi diferansiye HSK olarak raporlanıyor. Takiplerinde 2.ve 6. ayında tekrar aynı bölgede iki kez nüks eden hastada yine lokal eksizyon yapılıp HSK metastazı saptanıyor. Takiplerinde 14. ayında olan hastada görüntüleme tetkiklerinde yeni bir metastaz saptanmamıştır.

Tartışma: HSK %0,1-1 arasında seeding metastaz yapmaktadır. Seeding metastaz karaciğer naklinden 6-46 ay sonra görülmektedir. Bizim olgumuzda ise, diagnostik amaçlı yapılan trucut biyopsisinden sonra karaciğer nakli olan hastada, yaklaşık 7 yıl sonra biyopsi traktında HSK nüksü saptanmaştır.

Sonuç: Hepatosellüler karsinomda radyolojik olarak tanıdan emin isek ve küratif bir tedavi planlanıyorsa karaciğer biyopsisi önerilmez. Eğer mutlaka biyopsi yapmak gerekiyorsa mükerrer iğne girişlerinden kaçınılmalı ve seeding metastaz olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: hepatosellüler karsinom, karaciğer nakli, seeding metastaz

Pankreas

CSS - 022

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-28 09:55:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-28 10:02:00

HEMOPERİTON NEDENİ OLAN EKSTRAİNTESTİNAL MEZOPANKREATİK PERFORE GİST

Erol Pişkin, Erdal Birol Bostancı
Ankara Şehir Hastanesi

Gastrointestinal Stromal Tümörler (GISTs) mezankimal orijinlidir. Nadir olarak da bu tümörler gastrointestinal sistem dışında yerleşebilmektedir. Extraintestinal yerleşim olarak tanımlanan bu lokalizasyonlar; omentum veya retroperion gibi gastrointestinal sistem ile yakından ilişkili yapılarda, ayrıca prostat, karaciğer, uterus veya adrenal gland gibi solid yapılarda da görülebilmektedir. Gastrointestinal stromal tümörler ayrıca karın duvarı, göğüs duvarı, plevra ve diyafram gibi atipik lokalizasyonlarda da görülebilmektedir. Extra Gastrointestinal Stromal Tümör (EGIST) denilmektedir ve pankreas bu tümörlerin gelişebileceği lokalizasyonlardandır.

Vaka: 45 yaşında erkek hasta abdominal distansiyon ve karın ağrısı ile polikliniğe başvurdu. Vital bulguları normal sınırlar içinde olan hastanın karnı yaygın distandü idi ve palpasyon ile ele gelen kitle yoktu. Karın ağrısı olan hastanın muayenesinde defans-rebound yoktu. Abdomen Bilgisayarlı Tomografisinde (CT) pankreas kuyruğundan köken aldığı düşünülen, 20x18 cm ve lobüle kontürlü kitle görüldü. CT incelemesine göre pankreasın kistik neoplazileri (müsinöz kistik neoplazi?) düşünülen hastanın yatışı yapıldı. Perkütan ascit örneklemesinde yapıldı hemorajik zeminde yeşil-sarı hemosiderin yüklü histiyositler ve poligonal şekilli epiteloid hücreler (mezotel) görüldü. İncelemede müsin veya malignite telkin eden görünüm yoktu.

Hastaya cerrahi eksplorasyon yapılma kararı alındı. Median insizyon ile karına girildi ve 6000 cc ascit mayii aspire edildi. Daha sonra transvers kolon mezosu ve mide arka yüzüne dens yapışık kistik kitle görüldü. Kitle distal pankreas ve dalak en-blok olarak rezeke edildi.

Patolojik makroskopik incelemede 20x17x4 cm kistik oluşum görüldü. Tümör peripankreatik mezenterik yağ dokusunda kaynaklandığı görüldü. Nekroz gözlendi. Kitlenin ortası tamamen nekroz olduğu için nekroz oranı makroskopik olarak değerlendirildi ve %70-80 idi. Mikroskopik olarak, tümör epitelioid ve iğ hücrelerinden oluşmakta idi. Fosfohiston-H3 (PHH3) 5 mm2 alanda 1 mitoz gözlendi. İmmünohistokimyasal olarak tümör hücreleri, CKIT (CD117) ile orta derecede pozitifti; DOG1 ile yaygın pozitif; CD34 ile yaygın pozitif ve vimentin ile pozitif idi. Resim 2'de x40 büyütmede CD34, CD117 ve DOG1 immünhistokimyasal inceleme görülmektedir. Ki 67 proliferasyon indeksi%3 idi. E-caderin membranöz pozitifti. Bu bulgular ile hastaya patolojik olarak yüksek riskli gastrointestinal stromal tümör tanısı konuldu.

Post-op Grade A pankreatik fistül gelişen hasta takiplerinde ek sıkıntı olmadan taburcu edildi.

EGIST'ler nadir olmasına rağmen pankreas ile ilişkili lezyonların ayırıcı tanısına dahil edilmelidir. Bu tümörlerin rüptüre olabileceği ve cerrahi acil durumlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Nadirdir, ancak ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır ve immünohistokimya tanıyı doğrulamaya yardımcı olur.

Anahtar kelimeler: hemoperiton, extraintestinal GIST, mezopankreas

Kayraklar

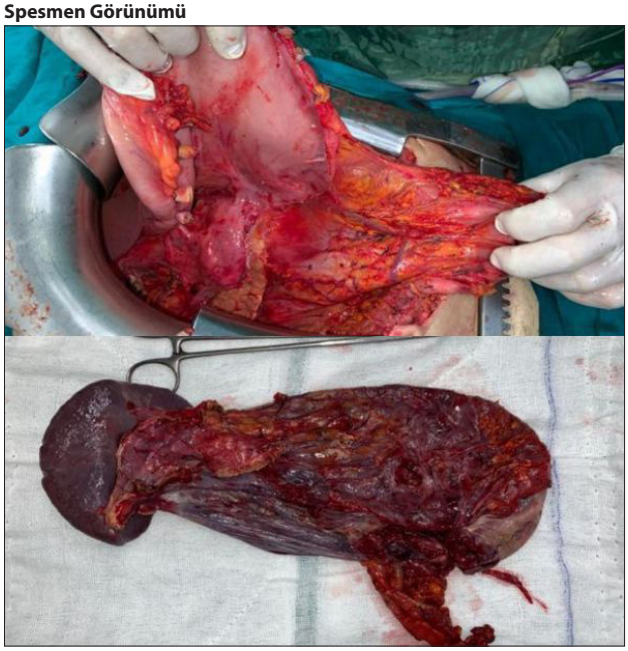
Sasmal PK, Sharma R, Patra S, et al. Malignant extra-gastrointestinal stromal tumor of the mesentery. Surg J (NY). 2019;5(3):65-68

Sawaki A. Rare gastrointestinal stromal tumors (GIST): omentum and retroperitoneum. Transl Gastroenterol Hepatol. 2017;2:116

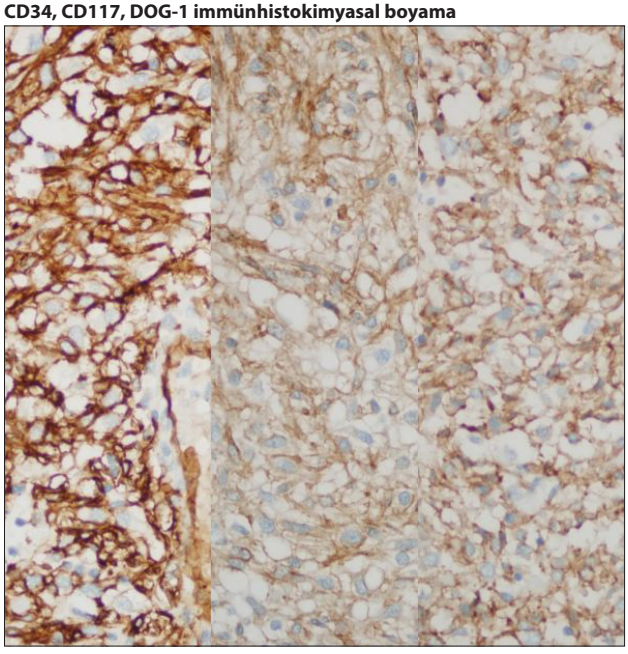
Yi JH, Sim J, Park BB, et al. The primary extra-gastrointestinal stromal tumor of pleura: a case report and a literature review. Jpn J Clin Oncol 2013;43(12):1269-1272

Kwon HJ, Extra-gastrointestinal stromal tumor of the pancreas:report of a case. Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2017;21(4):237-242

Spesmen Görünümü



CD34, CD117, DOG-1 immünhistokimyasal boyama



Karaciğer

CSS - 023

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-28 10:02:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-28 10:09:00

BENİGN SEBEPLER İLE YAPILAN MAJOR HEPATEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Yigit Mehmet Ozgun, Osman Aydın, Erdal Birol Bostancı

Ankara Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi

Giriş: Benign nedenli karaciğer rezeksiyonu yapılmasında genelde 2 sebep vardır. Semptomları gidermek ve Malign transformasyonu önlemek

Metod: 2016-2020 yılları arasında benign sebepli majör hepatektomi yapılan hastaları retrospektif olarak incelendik.

Brisbane 2000 sistemi terminolojisine göre karaciğer rezeksiyon anatomisi sağ hepatektomi için seg 5-8 ve sol hepatektomi için seg 2-4 olarak belirlendi

Sağ veya sol hepatektomi için glisonian yaklaşım kullanıldı ve parankim diseksiyonu sağ veya sol pedikül bağlanıp kesildikten sonra yapıldı.

Hastaların takipleri ve post operatif görüntüleme ve girişimsel yöntemleri kayıtlardan incelendi. Gelişen komplikasyonlar ve hastane yatış süreleri incelendi

Sonuçlar: Yaş ortalaması 47,4 (31-62) bulunmuştur.

Toplam 9 hasta benign sebepli patolojiler nedeni ile opere edilmiştir. Hastaların ortalama takip süresi 21,7 ay (1-48)

Erken post operatif mortalite görülmedi

Uzun dönem takiplerde hepatolitiasis nedeniyle sol hepatektomi yapılan bir hastada sağ safra yollarında taş görüldü ve PTK litotripsi yapıldı. Bu hasta dışında safra yolu problemi saptanmadı

Sağ hepatektomi yapılan bir hastada safra fistülü gelişmiş ve girişimsel işlemler ile kontrol edilmiştir.Sağ hepatektomi yapılan başka bir hastada yara yeri enfeksiyonu nedeni ile yatışı uzamıştırSol hepatektomi yapılan bir hastada kanama nedeni ile reoperasyon gerekmiştir.

Postoperatif komplikasyon 3 (%33,3) hastada görüldü. 2 hasta sağ hepatektomi ve 1 hasta sol hepatektomi sonrasıSağ hepatektomi yapılan hastaların ortalama yatış süreleri 29 (12-52) gün Sol hepatektomi yapılan hastaların ortalama yatış süreleri 7,33 (5-12) gün

Tartışma: Hastalara hepatolitiaisis, kist hidatik ve İPNB nedeniyle rezeksiyon yapılmıştır.

Bizim üç hastamızın komplike ve içinde stentler olan geniş safra yolu fistülleri olan hastalardı. Bu hastalarda post operatif fistül saptanmadı. Bunun nedeni safra yolları ligasyonunun regüler hepatektomi ile daha proksimalden ve inflamasyon olmayan glison kapsülü içinden yapılabilmesi olarak düşünüyoruz

Beş hasta hepatolitiasis nedeniyle opere edilmiş olup hastaların takiplerinde bir hasta dışında intra ve ekstra hepatik safra yolu problemi görülmedi

Bir hastaya safra yollarında dilatasyon vce kolanjit nedeniyle sol hepatektomi yapıldı ve patolojide displazi içermeyen İPNB olarak rapor edildi. Bu hasta 28 aydır takipte ve rekürrens görülmedi

Bu karşılaştırmalı bir çalışma değildir. Fakat regüler hepatektomi ile safra yollarının daha iyi görülebileceğini ve daha proksimalden ligasyon yapıldığı için safra fistülü riskini azalttığını düşünüyoruz

sağ hepatektomi, sola göre postoperatif komplikasyonlar ve yatış süreleri açısından daha riskli bir cerrahidir diyebiliriz. Benign sebepli karaciğer rezeksiyonları postoperatif morbiditesi kabul edilebilir ve uygun hastalar için uzun dönem sonuçları yüz güldürücü olduğunu düşünüyoruz

Anahtar kelimeler: Karaciğer, Hepatektomi,

Kayraklar

Takasaki K. Glissonean pedicle transection method for hepatic resection: a new concept of liver segmentation. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 1998;5(3):286-91. doi: 10.1007/s005340050047. PMID: 9880776

Donadon M, Costa G, Cimino M, Procopio F, Del Fabbro D, Palmisano A, Torzilli G. Diagnosis and Management of Bile Leaks After Hepatectomy: Results of a Prospective Analysis of 475 Hepatectomies. World J Surg. 2016 Jan;40(1):172-81. doi: 10.1007/s00268-015-3143-0. PMID: 26148518.

Poon RT, Fan ST, Lo CM, Liu CL, Lam CM, Yuen WK, Yeung C, Wong J. Improving perioperative outcome expands the role of hepatectomy in management of benign and malignant hepatobiliary diseases: analysis of 1222 consecutive patients from a prospective database. Ann Surg. 2004 Oct;240(4):698-708; discussion 708-10. doi: 10.1097/01.sla.0000141195.66155.0c. PMID: 15383797; PMCID: PMC1356471.

Newhook TE, LaPar DJ, Lindberg JM, Bauer TW, Adams RB, Zaydfudim VM. Morbidity and mortality of hepatectomy for benign liver tumors. Am J Surg. 2016 Jan;211(1):102-8. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.06.010. Epub 2015 Jul 31. PMID: 26307421.

Ramia JM, Serrablo A, Serradilla M, Lopez-Marcano A, de la Plaza R, Palomares A. Major hepatectomies in liver cystic echinococcosis: A bi-centric experience. Retrospective cohort study. Int J Surg. 2018 Jun;54(Pt A):182-186. doi: 10.1016/j.ijsu.2018.04.049. Epub 2018 May 5. PMID: 29733994.

Cerrahi

CSS - 024

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-28 10:09:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-28 10:16:00

KOLOREKTAL KANSER CERRAHİLERİNDE AÇIK VE LAPAROSKOPİK OPERASYONLARDA DİSEKSİYON RADİKALLİĞİ VE NÜKSE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ayhan Öz[1], Sıtkı Gürkan Yetkin[2]

[1]Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Kolon adenokarsinomu,gastroitestinal sistemin en çok rastlanan tümörüdür. Erken evrede yakalanıldığı zaman, minimal morbidite ve mortalitesi olan, uygun cerrahi girişim ile yüksek oranda küratif tedavi edilebilen bir malignitedir. 5 yıllık sağkalım oranları evre I tümörlerde %93, evre II tümörlerde %78, evre III tümörlerde ise %64 oranında olmaktadır. Bu araştırmada, kolorektal kanserin açık ve laparoskopik operasyonlarında diseksiyon radikalliği ve nükse etkisinin karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda, Ocak 2010 – Aralık 2015 yılları arasında kolorektal kanser neden ile elektif olarak opere edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.Hastaları geçirilen ameliyat şekline göre açık ve laparoskopik olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, operasyonun tipi, tümör lokalizasyonu, tümör çapı, cerrahi sınır, tümör evresi, çıkarılan ve pozitif olan lenf nodu sayısı, histolojik diferansiyon olarak kıyaslandı.

Bulgular: 462 hastanın dosya kayıtları incelendi. 162 hasta dışlama krtierleri nedeniyle çalışma dışı bırakıldı (Açığa geçilen 31, uzak metastaz olan 29, akut intestinal obstrüksiyonu olan 54, kolonun multiple primer tümörü olan 38 hasta). 211(%67,07) hasta açık cerrahi grubunda, 99 (%31,93) hasta laparoskopik grupta yer aldı. Patolojik piyesler mikroskobik olarak incelendiğinde laparoskopik ve açık cerrahi grup arasında pozitif cerrahi sınır acısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,96). Laparoskopik cerrahi grubunda üç adet radial ve bir adet distal cerrahi sınır (+) liği saptandı. Açık cerrahi grubunda yedi adet radial ve iki adet distal cerrahi sınır (+)liği saptandı. Evre dağılımı, t (p=0,25) ümör çapı ve histolojik tip iki grup arasında benzer dağılım göstermekte idi. Patolojik piyeslerde çıkarılan lenf nodlarının sayısı (p=0,51) ve pozitif lenf nodu sayıları açısından (p=0,25) iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Çıkarılan lenf nodların toplamı ile evre arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,7) (Tablo 2). Aynı sonuç pozitif lenf nodları ve evre arasında da gözlendi (p=0,16) (Tablo 2). Genel sağkalım (GSK) (p=0,80) ve hastalıksız sağkalım (HSK) (p=0.60) açısından iki grup arasında fark izlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda kolorektal kanser cerrahilerinde açık ve laparoskopik operasyonlar incelendiğinde cerrahi sınır, disseke edilen lenf nodu, HSK ve GSK açısından fark bulunmamıştır. Bu da göstermektedir ki laparoskopik cerrahi teknik en az açık operasyon kadar etkindir.

Anahtar kelimeler: Kolorektal kanseri, Hastalıksız sağkalım, Genel sağkalım, laparoskopik cerrahi, açık cerrahi

Tablo 1. Ameliyat şekline göre çıkarılan lenf nodları

Değişken	*Total*	*Total çıkarılan lenf nodu*	*Pozitif lenf nodu*
Ameliyat şekli:n(%)			
laparoskopik	99(31,93)	17,13±7,49	3,83±2,72
Açık	211(67,07)	17,16±10,13	4,25±3,75
P değer		0,51	0,25

Tablo 2. Evresine göre çıkarılan lenf nodları

Değişken	*Total*	*Total çıkarılan lenf nodu*	*Pozitif lenf nodu*
TÜMÖR EVRESİ			
I	68(%21,9)	18,3±9,23	1,11±1,51
II	127(%40,96)	18,62±8,98	2,35±1,84
III	115(%37,09)	18,54±10,39	4,96±9,29
P değer		P=0,72	P=0,16

Özofagus – Mide – Duodenum

CSS - 025

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-29 09:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-29 09:07:00

LOKAL İLERİ MİDE KANSERİ HASTALARINDA NEOADJUVAN TEDAVİ ÖNCESİ EVRELEME LAPAROSKOPİSİ KLİNİK DENEYİMİMİZ

Erol Pişkin, İsmail Özler, Erdal Birol Bostancı

Ankara Şehir Hastanesi-gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Evreleme laparoskopi (EL) yıllardır ileri mide kanseri tanı stratejisine dahil edilmiştir. Diagnostik evreleme laparoskopisi peritoneal yayılımı, asiti, mezenterik veya omental nodülleri tespit etmek ve görüntüleme yöntemlerinden daha doğru M1

evrelemesini (uzak metastazlar) yapmayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada diagnostik evreleme laparoskopisinin mide kanseri için tanısal uygulanabilirliği ve mide kanseri tedavisinde klinik karar verme üzerindeki etkisi ile mide kanseri evrelemesi ve sağkalım öngörüsünün bir parçası olarak peritoneal sitolojinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmamıza lokal ileri mide kanserli ocak 2019-ekim 2020 tarihleri arasında evreleme laparoskopisi yapılan 73 hasta dahil edilmiştir. Preoperatif mide ca tanısı alan hastalarda CT ve PET taramada T3 ve/veya N+ olan hastalarda neoadjuvan tedavi planlanmıştır. Hastaların 1 tanesi hariç (DCF) tamamına 4 kür FLOT tedavisi uygulanmıştır.. Yıkama sitolojisi pozitif saptanan hastalarda KT tedavi peritoneal M1 olarak kabul edilerek verilmiştir, sonrasında tekrar evreleme laparoskopisi yapılmıştır ve HİPEC hazırlık planlanarak hastaya KT de progresyon olmaması sonucunda SRC-HİPEC yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmaya yaş ortalaması 59.4±11.1 (en küçük-en büyük ;31-80) olan 55 erkek, 18 kadın toplam 73 hasta katılmıştır. Hastaların %41,1'nde (n=30) komorbidite saptanmamıştır. Hastaların preoperatif endoskopik biyopsi sonuçları incelendiğinde 1 hastanın scc, diğer tüm hastaların ise adenokarsinom ve histolojik alt tipleri olarak görülmüştür. Tümör marker ca19.9 değeri ile cea değeri 13'er hastada yüksek saptanmıştır (sırasıyla ortalama 83,9 ve 107,1). Tanısal laparaskopi peritoneal lavaj sitolojisi 57 hastada benign bulunmuştur.Yıkama sitolojisi pozitiflik oranı %21.9 olarak saptanmıştır. İnce barsak mezosu'ndan alınan biyopsi sonucu sadece bir hastada, karaciğer şüpheli lezyondan alınan bx sonucu yine sadece bir hastada ve peritoneal implant bx sonucu iki hastada malign olarak değerlendirilmiştir. Neoadjuvan tedavi sonrası postoperatif peritoneal lavaj sitolojisi sonucu iki hastada malign olarak görülmüştür. Borrmann tümör sınıflamasına göre 16 hasta Tip 4, 9 hasta Tip 2, 48 hasta Tip 3 olarak saptanmıştır. Tümör lokalizasyonu 11 hasta antrum, 18 hasta korpus, 21 hasta kardia, 14 hasta junction tm (5 kişi siewert tip 3, 8 kişi siewert tip 2, bir kişi siewert tip 1) olarak bulunmuştur.

Sonuçlar: EL lokal ileri mide kanserinin tedavisi için doğru terapötik stratejinin belirlenmesi açısından çok önemlidir. Başlangıçta pozitif sitolojiye sahip hastalar, tedaviden sonra sitoloji sonuçları negatife dönerse neoadjuvan tedaviyi takiben iyi bir prognoza sahip olabilir. EL tanısal fizibiliteye sahip olmasından dolayı hastaların bir kısmı gereksiz laparotomiden kaçınmış ve uygun alternatif tedaviye yönlendirilmiş olmaktadır.

Anahtar kelimeler: evreleme laparoskopisi, lokal ileri mide kanseri, yıkama sitolojisi, neoadjuvan tedavi

Kayraklar

1- Ajani JA, Bentrem DJ, Besh S, D'Amico TA, Das P, Denlinger C, et al. Gastric cancer, version 2.2013: featured updates to the NCCN guidelines. J Natl Compr Cancer Netw. 2013; 11: 531– 46.
2- Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Guidelines for Diagnostic Laparoscopy. 2010[Available at:
3- Al-Batran S.E., Homann N., Schmalenberg H., Kopp H.G., Haag G.M., Luley K.B., Schmiegel W.H., Folprecht G., Probst S., Prasnikar N., et al. Perioperative chemotherapy with docetaxel, oxaliplatin, and fluorouracil/leucovorin (FLOT) versus epirubicin, cisplatin, and fluorouracil or capecitabine (ECF/ECX) for resectable gastric or gastroesophageal junction (GEJ) adenocarcinoma (FLOT4-AIO): A multicenter, randomized phase 3 trial. J. Clin. Oncol. 2017;35(Suppl. 15):4004.

Cerrahi

CSS - 026

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-29 09:07:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-29 09:14:00

HARTMAAN PROSEDÜRÜNE İHTİYAÇ DUYAN REKTUMDA YABANCI CİSİM VAKASI

Hamdi Burak Piyade, Recep Bircan, Vahit Mutlu, Murat Derebey
Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Rektumda yabancı cisim nadir görülen bir olgu olmayıp, yabancı cismin girişine neden olan süreç çeşitlilik göstermektedir. Yabancı cismin çoğu vakada mükerrer olarak çıkarılmaya çalışılmış olması, yaralanmanın tam olarak değerlendirilememesi prosedürün tercihini zorlaştırmaktadır. Yabancı cisimler çoğunlukla acillerde çıkarılabilirken, yaralanma oranının belirlenememesi perforasyon bulgusu olması laparotomi tercihini zorunlu bırakmaktadır. Bu vakada anorektal yaralanma düzeyini belirleme imkanı olmaması nedeniyle hartmann prosedürü kararı alınan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: Ondokuz Mayıs Üniveristesi Tıp Fakültesi Acil Servisine pelvik ağrı şikayetiyle başvuran 23 yaşında erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde batında distansiyon ve rebound bulgusu olmayıp, rektal tuşede kan pıhtısı görüldü ve anorektal çizgiye 5 cm mesafede cam parçası palpe edildi; kırık bir bardak rektumdan anal sınıra doğru uzanıyordu, Postero-anterior abdominal ve pelvik direk grafide bardağın kırık ucu anüse, tabanı ise proksimale doğru yöneldiği, perforasyon bulgusunun olmadığı görüldü. Resim 1, Resim 2. Lateral grafide kırık ucun posteriora uzandığı görüldü.

Tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerini içeren kan tetkikleri normaldi. 5 gün önce zorla rektumuna bir su bardağı yerleştirildiğini ve bardağı çıkarmaya çalışırken kırıldığını belirtti. Hasta operasyona alındı, litotomide muayene edildi. cisim çıkarılmaya çalışıldı ancak kırık ve gömülmüş olduğu görüldü, laparotomi kararı alındı. GÜAM insizyon ile batına girildi, eksplorasyonda perforasyon bulgusu yoktu. rektum loju serbestlendi. Rektumdaki ödem ve kırık bardağın rektum hasarını saptama imkanının yokluğu nedeniyle Hartmann prosedürü uygulanmasına karar verildi. Rektum kesilip ayrıldı. Distal uçtan yabancı cisim anal muayene ile itilerek çıkarıldı. güdük kapatıldı Proksimal uç ise batın sol alt kadradan uç ostomi olarak çıkarıldı. katlar usulünce kapatıldı. Kanama komplikasyon olmadı.Cerrahi sonrası anal sfinkter tonusunun korunduğu yapılan fizik muayene ile tespit edildi. hasta nekahat sonrası taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Anorektal yabancı cisimler keskin uçlu ya da künt, gönüllü ya da suistimal sonucu, kullanılmış olabilir. Olayın neden olduğu utanç hissi nedeniyle vakalar hastaneye genellikle geç başvurmaktadır. Karın ağrısı, rektal ağrı ve kanama en sık görülen semptomlardır. 6 Bazı hastalar perforasyon, sepsis, ya da yabancı cismi çıkarmaya çalışırken ortaya çıkan kanama şikayetiyle başvurabilir.Rektosigmoid yabancı cisimlerin perforasyon, peritonit, pararektal abseler, fistülizasyona neden olabileceği bilinmelidir. Peritonit bulgularının olmadığı hastalarda daha az invaziv teknikler yabancı cismin çıkarılması için tercih edilmeli, fakat rektum ve anal sfinkterdeki hasar derecesinin saptanması mümkün değilse diversiyon operasyonları kalıcı hasar oranını azaltmak için tercih edilmelidir.

Anahtar kelimeler: rektum, yabancı cisim, hartmann, ostomi, cerrahi

Kayraklar

https://www.researchgate.net/publication/268750905_Five_Years_With_A_Rectal_Foreign_Body_A_Case_Report

adbg



lateral çekim



Tablo 1.
Rektal yabancı cisim tipleri
1.erotik nedenler
2.muayene amaçlı yabancı cisimler
3.ağızdan alınan cisimler
4.cinsel saldırı
5.rektumdan diğer organlara perforasyonla geçenler

Cerrahi

CSS - 027

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-29 09:14:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-29 09:21:00

RETROPERİTONEAL GANGLİONÖROMA OLGU SUNUMU, NADİR KOMPLİKASYON: DİYARE

Habip Sarı[1], Nihal Çınar Özcan[2], Murat Bozgeyik[1], Hakan Canbaz[2]

[1]Mersin Üniversitesi Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı
[2]Mersin Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Ganglionöroma(GN),genellikle sempatik gangliyon hücrelerinden,bazende adrenal medulla,sempatik sinir ve periferik sinirlerden köken alan,nadir görülen, yavaş büyüyen,benign,-nörojenik bir tümördür.Genelde asemptomatiktir ve tesadüfen saptanır.En sık yerleşim yeri posterior mediastinum ve retroperitoneal bölgedir.Tanı anında olguların yaklaşık %60 kadarı 20 yaşın altındadır.Semptomlar genelde tümörün çevre dokuya yaptığı bası sonucu ortaya çıkmaktadır.Retroperitoneal GN'lar,-genellikle hormonal olarak inaktiftir.Hormonal olarak aktif olan GN'larda,adrenal bez tutulumuna veya spinal kord basısına bağlı olarak nadiren katekolaminler veya androjenler sekrete edilebilir. Tanı genelde iğne aspirasyonu veya açık biyopsiyle konulmaktadır.Tedavi tümörün cerrahi olarak çıkarılmasıdır.(1-3)

Olgu: Kasık ağrısı şikayetiyle başvuran 19 yaşında erkek hastada yapılan APUSG 'de pankreas başı arkasında 8x6 cm'lik solid lezyon saptandı. Hastanın çekilen PET BT sinde lezyonun: Pankreas başı posteriorunda 69x51 mm, SUVmax 6.9 olarak saptandı.(Resim 1-2) Hastaya tanısal amaçlı laparoskopik biyopsi planlandı. Ancak laparoskopide lezyonun yerleşim yerinin vasküler yapılara çok yakın olması ve lezyonun etrafında büyümüş lenf nodları olması nedeniyle laparatomiye karar verildi. Genişletilmiş Kocher ve Cattell Braasch manevraları yapılıp gastrokolik ligaman açıldıktan sonra yapılan eksplorasyonda lezyonun 9x8 cm boyutlarında olduğu, süperiorda çölyak trunkus ve dallarını, inferiorda süperior mezenter arteri (SMA) bası etkisiyle yaylandırdığı izlendi. Lezyon posteriorda vena cava inferior, abdominal aorta ve sol lateral ve süreriorda portal vene uzanıyordu.Lezyonun total eksizyonuna karar verildi. Lezyon bası etkisiyle sıkıştırdığı nöral ve vasküler yapılardan dikkati bir diseksiyon ile ayrıldı.(Resim 3-6) Postoperatif dönemde diyare dışında (günde 9-10 kez) şikayeti olmayan hasta 2x2 mg loperamid tedavisi altında 4.günde taburcu edildi.Patolojik incelemede lezyon 9x8x3 cm matür tip ganglionöroma olarak raporlandı. (Resim 7) Hasta halen postoperatif 20 gün izleminde olup günlük 3x2 mg loperamid kullanmaktadır.

Sonuç: Literatürdeki GN ile ilgili olgu sunumları, genellikle en sık yerleşim yerleri olan posterior mediasten ve retroperitoneal bölge lokalizasyonundaki kitlelerle ilgilidir.(5-6) Bu olgularda uygulanan tedavi, kitlenin, cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Tümörün, cerrahiyle tamamen çıkarıldığı hastalarda, adjuvan bir tedaviye gereksinim olmadığı belirtilmektedir (6). Lezyonun yerleşim yerine göre komplikasyonlar görülmektedir. Prevertebral ganglion (çölyak ve superior mezenterik) üzerinde yerleşmiş lezyonların cerrahisi sonrasında gastrointestinal sistem motilitesi, üriner retansiyon ve ejakülasyon problemleri görülebilmektedir. Bizim hastamızda postoperatif dönemde gelişen diyare medikal tedavi ile kontrol altına alınmıştır. Lezyonun yerleşim yerine göre anatomik oluşumlara dikkat edilerek diseksiyon yapılması postoperatif komplikasyon oranlarını azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: Diyare, Ganglionöroma, Retroperiton

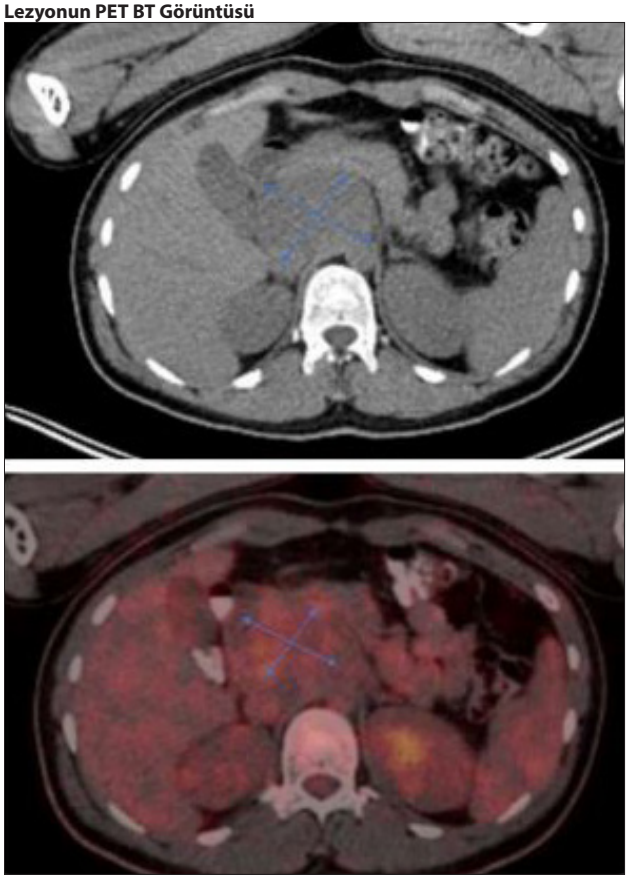
Kayraklar

1. Geoerger B, Hero B, Harms D, Grebe J, Scheidhauer K, Berthold F. Metabolic activity and clinical features of primary ganglioneuromas. Cancer 2001;91:1905-13.
2. Chang CY, Hsieh YL, Hung GY, Pan CC, Hwang B. Ganglioneuroma presenting as an asymptomatic huge posterior mediastinal and retroperitoneal tumor. J Chin Med Assoc 2003;66:370-4.
3. Özdülger A, Ayan E, Köksel O, ve ark. Dev ganglionöroma: olgu sunumu. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2007;15:72-5
4. Cocieru A, Saldinger PF. Images in surgery: retroperitoneal ganglioneuroma. Am J Surg 2011;201(1):e3-4.

Lezyonun Makroskopik Görüntüsü



Lezyonun PET BT Görüntüsü



Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

CSS - 028

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-29 09:21:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-29 09:28:00

STOMA DURUMUNUN LARS (LOW ANTERİOR REZEKSİYON SENDROMU) SENDROMU ÜZERİNE ETKİSİ

Sami Benli, Tahsin Çolak, Mehmet Özgür Türkmenoğlu
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Kolorektal kanser Avrupa'da yaygın görülen kanserlerdendir. Rektal kanser bunların yaklaşık üçde birini oluşturur. Rapor edilmiş insidansı ise yılda 15 - 25/100,000 yeni vakadır(1). Rektal kansere bağlı mortalite ise yılda 4- 10/100,000 vakadır (2). Low anterior rezeksiyon (LAR) ve abdominoperineal rezeksiyon (APR) T3/T4 veya N pozitif tümörlerde neoadjuvan tedavi ile birlikte rektal kanser tedavisinde altın standarttır (3). Total mesorektal eksizyon hastalığın lokal kontrolünü sağlarken hasta yaşam suresine de önemli katkılar sunar. Operasyon öncesi veya sonrası verilen radyoterapi ise lokal nuks oranını azaltarak yaşam süresine katkı sağlar (4). Total mesorektal eksizyon sfikter korunmasına izin verirken, gelişmiş sfinkter koruyucu teknikler kullanılarak APR oranı azaltılmıştır (5,6).

Rektal kanser cerrahisi sonrası anorektal, uriner ve seksuel fonksiyonlarla ilgili problemler gelişebilir. Rektal kansere bağlı olarak LAR yapılan hastalar rektumun rezervuar ve norosensoriyal kapasitesinin zayıflaması sonucu major defakasyon problemleri görülmektedir (7). Bu defakasyon problemleri arasında ınkontinans, fekal sıklık ve urgensi görülebilir, bu semptomlarının bütünü ise Low anterior rezeksiyon sendromu (LARS) olarak adlandırılır. Bu sendromda hastalar klinik spektrum olarak iki ayrı grupda değerlendirilir. Birinci grupda semptomlar fekal inkontinans, urgensi, fekal sıklık ile ilgiliyken ikinci grupda boşaltamama hissi ve konstipasyon ön plandadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda LARS prevelansı değişiklik göstersede %25-80 arasında değişmektedir (8).

Yöntem: Verilerin analizleri STATISTICA version 13.5.0.17 kullanılmıştır. Yaş için tanımlayıcı istatistiklerden ortalama ±standart sapma ve minimum-maksimum değerler, kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzdelik değerleri kullanılmıştır.Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare analizi ile araştırıldı. Pearson Ki-Kare katsayısına ait p değerleri dikkate alınmıştır. Tüm karşılaştırmalar için istatistik önem düzeyi (p)< 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Stoma durumu ile Lars skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.(p<0,05)bu ilişkinin sebebi aşağıdaki oranlar arasındaki farklardır;

Koruyucu ileostomi hastalarda;Lars olmayanların oranı (%11,40) ile minor lars oranı (%64) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p<0,0001).Lars olmayanların oranı (%11,40) ile major lars oranı (%60) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p<0,0001).

Uc kolostomi hastalarda; Lars olmayanların oranı (%1,1) ile minor lars oranı (%12) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Sonuç: Koruyucu ileostomi olan hastalarda LARS olmayanların oranı (%11,40) ile major LARS oranı (%60) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p<0,0001). LARS olmayanların oranı, major olanlardan daha düşüktür.

Anahtar kelimeler: bowel dysfunction, LARS, low anterior resection syndrome, rectal cancer, QoL

Kayraklar

1. Glimelius B, Tiret E, Cervantes A, Arnold D; ESMO Guidelines Working Group. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol.2013;24(suppl 6):vi81–vi88.
2. Turkey Cancer Control Program. Keskinkilic B, Gultekin M, Akarca AS, et.al (EDS). Republic of Turkey, Ministiry of Health Turkey Public Health Instutition Cancer Control Depertment. 1st Edition, Ankara, 2016.
3. van de Velde CJ, Boelens PG, Tanis PJ, et al. Experts reviews of the multidisciplinary consensus conference colon and rectal cancer 2012: science, opinions and experiences from the experts of surgery. Eur J Surg Oncol. 2014;40:454e468
4. Emmertsen KJ, Laurberg S. Bowel dysfunction after treatment for rectal cancer. Acta Oncol. 2008;47:994e1003.
5. Palmer G, Martling A, Cedermark B, Holm T. A population based study on the management and outcome in patients with locally recurrent rectal cancer. Ann Surg Oncol. 2007;14: 447-454.
6. Preoperative radiotherapy combined with totalmesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med 345:638–646.
7. Ridolfi TJ, Berger N, Ludwig KA. Low anterior resection syndrome: current management and future directions. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29:239-45. doi: 10.1055/s-0036-1584500.
8. Ziv Y, Zbar A, Bar-Shavit Y, Igov I. Low anterior resection syndrome (LARS): cause and effect and reconstructive considerations. Tech Coloproctol. 2013;17:151-62. doi: 10.1007?s10151-012-0909-3.

Cerrahi

CSS - 029

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-29 09:28:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-29 09:35:00

İNTRAABDOMİNAL NÜKS KİST HİDATİK, OLGU SUNUMU

Habip Sarı[1], Hakan Canbaz[2]

[1]Mersin Üniversitesi Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı
[2]Mersin Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Hidatik kist, %99 Echinococcus granülosus tarafınca oluşturulan paraziter bir hastalıktır.Öncelikle karaciğer (%70) ve akciğerde (%20) yer almaktadır (1,2).Ekstrahepatik intrabdominal hidatik kist tutulumu primer ya da sekonder olabilir.Primer ekstrahepatik intraabdominal hidatik kist oldukça nadirdir.Literatürde dalakta %2,2, pankreasta %1,1, periton, pelvis ve mezokolonda %2,2, overde %0,5, safra kesesinde %0,6 ve sürrenal bezde %0,6 olarak bildirilmiştir.(3)Klinik bulgular çok değişken olup semptomlar tutulan organlara, kistin büyüklüğüne ve organdaki yerleşimine, genişleyen kist ile kiste komşu organ yapıları arasındaki ilişkiye, kistin rüptürü sonucunda gelişen komplikasyonlara bağlıdır (4). Tanıda Kist hidatik hemaglütinasyon (IHA) testi tercih edilir, duyarlılığı %65-96.8 ve özgüllüğü %90-100 olarak rapor edilmektedir (5). USG'nin duyarlılığı %93-98, BT'nin ise %97'dir (6).Tedavi yöntemleri arasında cerrahi, medikal ve perkütan aspirasyon injeksiyon reaspirasyon (PAIR) tedavisi yeralır. Tedavide organ rezeksiyonu yapılmadan kistin tamamının çıkarılması amaçlanır.Total kist eksiyonu yapılamayan olgularda parsiyel kistektomi yapılabilir(7). Nüks vakalarda cerrahi tespit edilebilen her lezyona müdahaleyi gerektirir.

Olgu: 46 yaşında kadın hasta karın ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu.Özgeçmişinde 12 yıl önce over yerleşimli kisthidatik nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. İHA testi pozitif olan hastaya yapılan USG sonucu yaygın intraabdominal kistik lezyonlar olması nedeniyle abdonimal BT yapıldı.Batın içi yaygın kist hidatikle uyumlu lezyonlar saptanması üzerine operasyon kararı alındı.Eksplorasyonda kolon ve ince barsak mezosunda, pelvisi tamemen dolduran kist hidatik ile uyumlu lezyonlar saptandı.karaciğerde lezyon yoktu. Lezyonların uygun olanları total,diğerleri parsiyel kistektomi ile çıkartıldı.Sol over ve tuba tutulumu olması nedeniyle sol salpingooferektomi yapıldı.Postoperatif 5.gün hasta komplikasyonsuz taburcu edildi.

Sonuç: Echinococcus granulosus'un her organı tutabileceği unutulmamalıdır. İntraabdominal yerleşimli kistik kitlelerin ayırıcı tanısında, özellikle endemik bölgelerde, hidatik kist düşünülmelidir. Hidatik kist tedavisinde amaç infeksiyon, komşu organlara rüptür ve anafilaksiyi önlemeye yönelik olmalıdır. Mümkün olan durumlarda total perikistektomi seçilecek tedavi yöntemdir. İlk cerrahi tedavi sırasında yeterli önlemler alınmazsa batın içi yaygın hastalık ile karşılaşalacağından ilk cerrahide çok iyi peroperatif önlemler ve postop operatif dönemde en az 3 ay albendazol ve benzeri medikal tedavi verilmelidir. Aksi takdirde bizim vakamızda olduğu gibi batın içi organ rezeksiyonunu gerektirecek cerrahiler kaçınılmaz olacaktır.

Anahtar kelimeler: Ekstrahepatik ekinokokkoz, intraabdominal hidatik kist,nüks hidatik kist

Kayraklar

1. Kushwaha JK, Sonkar AA, Verma AK, Pandey SK. Primary disseminated extrahepatic abdominal hydatid cyst: a rare disease BMJ Case Reports 2012;30;2012.
2. Merdivenci A, Aydınlıoğlu K. Hidatidoz (Hidatik Kist Hastalığı) 1982. İst. Üniv Tıp Fak. Yay. No:2972:97
3. Wani RA, Malik AA, Chowdri NA, et al. Primary extrahepatic abdominal hydatidosis. Int J Surg 2005;3:125-127.
4. Pişkin T, Ara C, Dirican A, et al. Ürtikerle belirti veren periton içine rupture kist hidatik olgusu. Dicle Tıp Derg 2010;37:71-74.
5. Aksoy Ü, İnci A. Kistik ekinokokozisin serolojik tanısında in-house enzim immün yöntemi ve indirekt hemaglütinason yönteminin kullanılması. Mikrobiyol Bül 2004;38:245- 251.
6. Ormeci N. Diagnosis in hydatid disease (in Turkish). Turk Klin J Surg 1998;3:187-188
7. Köksal AF, Arhan M, Oğuz D, Kist Hidatik, Güncel Gastroenteroloji 2004;8:1.

BT Görüntüsü



BT Görüntüsü



Cerrahi

CSS - 030

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-29 09:35:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-29 09:42:00

NADİR BİR OLGU: TRİCHOSPORON ASAHİİ KOLONİZASYONU OLAN PERFORE MİDE KANSERİ

Nihal Çınar Özcan, Habip Sarı, Enver Reyhan
Mersin Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Trichosporon türleriyle oluşan invaziv mantar infeksiyonları nadir görülen klinik antitelerden biridir(1,2). Çoğunlukla mortal seyirlidir(3,4,5). Bu sunumda Trichosporon asahii kolonizasyonu olan perfore mide kanseri vakasını takdim etmeyi amaçladık.

Olgu: 76 yaşında erkek hasta dış merkezde karın ağrısı nedeniyle takip edilmekte iken ileri tetkik ve tedavi için merkezimize sevk edildi. Genel durum orta, vital bulgular stabil idi. Anamnezinden mide kanseri nedeniyle 2 kür(1. kür 1 ay önce, 2. kür 12 gün önce) kemoterapi aldığı, 3 gün önce başlayan karın ağrısının giderek şiddetlendiği, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği öğrenildi. Batında yaygın defans, rebound ve hassasiyet mevcuttu. Laboratuar incelemelerinde WBC(White Blood Cell): 31,39 x10^3/μL31.300, NEUT (Neutroil): 27,38 x10^3/μL, PLT(platelet): 65 x10^3/μL ve CRP(C Reaktif Protein): 229,48 mg/L ölçüldü. Ayakta karın grafisinde diafragma altında serbest hava saptandı. Eksplorasyonda karaciğer sol lob üzerinden başlayıp mide üzerini tamamen kaplayan ommentum ile sınırlanmış abse odağı mevcuttu. Proksimalde özefagus distalde antruma kadar midenin hem anterior hem de posterior yüzünün tam kat perfore olduğu gözlendi. Total gastrektomi ve Roux en Y gastroenterostomi yapıldı. Anastomozu görecek şekilde direnler yerleştirildi. Hastanın mevcut malignitesi, enfeksiyon hali, aşırı ödem ve enflamasyon göz önünde bulundurularak beslenme jejenostomisi açıldı. Postoperatif dönemde ekstübe edilerek yoğun bakımda takibe alındı. Geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Postoperatif 3. günde operasyon sırasında alınan abse kültüründe Trichosporon asahii üredi. Patoloji preparatlarında intravasküler alanlarda dahil olmak üzere dokularda yoğun mantar infiltrasyonu gözlendi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından antibiyoterapi ve antifungal tedavi yeniden düzenlendi. Jejenostomi tüpünden beslenmeye başlandı. Postoperatif 5. günde genel durumunun iyi, vitallerinin stabil seyretmesi üzerine servise alındı. Postoperatif 9. günde oral yolla metilen mavisi verildi. Direnlerden metilen mavisi gelmemesi üzerine rejim 1 başlandı. Paranteral ve jejenostomiden enteral beslenmeye devam edildi. Ateş ve taşikardi gelişmesi üzerine yoğun bakıma alındı. Takiplerinde plevral efüzyon gelişti ve bilateral plöreken takıldı. Safra içerikli diren debisi ortalama 400 cc/ gün idi. Postoperatif 19. günde direnlerden ve insizyon hattından hemorajik vasıfta gelen olması üzerine ameliyata alındı. Belirgin kanama odağı saptanmadı ancak tüm yüzeylerde sızıntı şeklinde kanamalar izlendi. Kanama kontrolü sağlandıktan sonra entübe halde yoğun bakıma çıkarıldı. 7 günlük takibin ardından multiorgan yetmezliği nedeniyle exitus oldu.

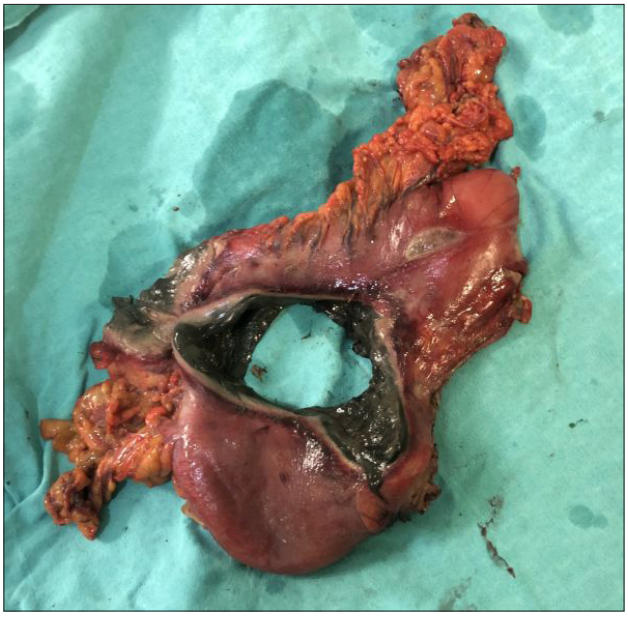
Sonuç: Trichosporon türlerinin gastrointestinal sistemde ülserler ve hemorajik infarkt içeren erozyonlar yapabileceği bilinmektedir(4). Kemoterapi alan immünsüprese bireylerde mide perforasyonuna eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Trichosporon, mide kanseri

Kayraklar

1.Rastogi VL, Nirwan PS. Invasive trichosporonosis due to Trichosporon asahii in a non-immunocompromised host: A rare case report. Indian J Med Microbiol 2007; 25: 59-61.
2. Ahmad S, Al-Mahmeed M, Khan ZU. Characterization of Trichosporon species isolated from clinical specimens in Kuwait. J Med Microbiol 2005; 54: 639-646.
3.Girmenia C, Pagano L, Martino B, et al. Invasive infections caused by Trichosporon species and Geotrichum capitatum in patients with hematological malignancies: a retrospective multicenter study from Italy and review of the literature. J Clin Microbiol 2005; 43: 1818-1828.
4. Kontoyiannis DP, Torres HA, Chagua M, et al. Trichosporonosis in a tertiary care cancer center: risk factors, changing spectrum and determinants of outcome. Scand J Infect Dis 2004; 36: 564-569.
5.Sugita T, Nakajima M, Ikeda R, Niki Y, Matsushima T, Shinoda T. A nested PCR assay to detect DNA in sera for the diagnosis of deep-seated trichosporonosis. Microbiol Immunol 2001; 45: 143-148.
6. Maves RC, Hale BR. Trichosporon Infections. Last Updated: September 29, 2006. http://www.emedicine.com/med/topic2310.htm

Perfore mide



Karaciğer sağ lob süperiorunda abse



Cerrahi

CSS - 031

Sunum Alanı: SALON 3
Sunum Başlangıç Tarihi: 2020-11-29 09:42:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2020-11-29 09:49:00

PANKREASIN SOLİD PSÖDOPAPİLLER NEOPLAZMI OLGUSU, TANI VE TEDAVİSİ

Habip Sarı[2], Nihal Çınar Özcan[1], Aydemir Ölmez[1]

[1]Mersin Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Mersin Üniversitesi Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş: Pankreasın solid psödopapiller neoplazmı (SPN), nadir görülen ve düşük malign potansiyelli bir tümörüdür. SPN tüm pankreatik neoplazmların yaklaşık %1 ila %2'sini oluşturur. Olguların çoğu asemptomatiktir ve genellikle rastlantısal olarak yapılan tetkikler sırasında tanı almaktadır. Neoplazmlar düşük malignite potansiyeline sahiptir ve bildirilen malign dönüşüm insidansı yaklaşık %15'tir. Tümörün radikal rezeksiyonu uzun süreli sağ kalım sağlar.

Literatürde primer neoplazmın rezeksiyonu ve varsa metastazının yönetimi ile ilgili kesin bir öneri yoktur. Bu çalışmanın amacı olgu eşliğinde, pankreas SPN hastalığının tanısal yaklaşımı, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesidir.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, bulantı şikayetleriyle başvurdu. Muayenesinde epigastrik bölgede hafif hassasiyet vardı. Laboratuvar tetkiklerinde üre,kreatin yüksekliği,Batın USG de solid klomponentli renal kistleri saptandı. Dinamik MR 'da (Resim 1) lezyonların en büyüğü yaklaşık 70x70 mm boyutunda, iyi sınırlı, kistik özellik gösteren nodüler lezyon olarak görüntülendi. Aynı MR da pankreas korpusu düzeyinde orta hattın hemen solunda yerleşerek yaklaşık 20 mm'lik çapa ulaşmış T1A hipointens, T2A heterojen-hafif hiperintens özellikte, geç dönemde kontrastlanan ve hafif derecede diffüzyon kısıtlanması gösterdiği düşünülen, iyi sınırlı nodüler lezyon saptanması üzerine hastaya PET CT planlandı. PET CT de (Resim 2) Pankreas korpusu düzeyinde yaklaşık 2 cm boyutunda artmış FDG aktivitesi gösteren (SUVmax:11.01) nodüler hipodens lezyon saptandı. Renal iğne biyopsi sonucu Mebranöz Nefropati ve FSGS ile uyumlu gelen hastaya pankreastaki lezyon için cerrahi kararı alındı. Hastanın tümör markerleri: Ca 19.9: 24,7 U/mL (N: 0-35 U/ml), Karsinoembriyonik Antijen (CEA): 7,09 ng/ml (N: 0-7 ng/ml) olarak saptandı. Eksplorasyonda pankreas gövdesindeki lezyon palpe edildi ve peroperatif USG ile doğrulandı (Resim 3). Enükleasyon tekniğiyle eksize edildi (Resim 4). Patoloji sonucu 2,2x2,7x2 cm solid psödopapiller neoplazi olarak raporlandı (Resim 5). Hasta postoperatif 4. gününde komplikasyonsuz taburcu edildi.

Sonuç: Pankreastaki preoperatif değerlendirilmelerinde SPN ile uyumlu lezyonlarda, lezyon pankreas başına lokalize ise PP-PD(pylorus preserving pancreatoduodenectomy) - whipple prosedürü ve kuyrukta ise distal pankreatektomi en sık kullanılan cerrahi yöntemlerdir.

Deneyimli merkezlerde seçilmiş hastalarda pankreas gövdesindeki küçük boyutlu SPN ile uyumlu lezyonlarda; korpus rezeksiyonu veya enükleasyon düşük komplikasyon ve yüksek cerrahi başarı oranları ile uygulanabilir. Bu sayede hastanede yatış günü sayısı ve tedavi maliyetleri azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: enükleasyon,pankreas,solid psödopapiller neoplazm

Kayraklar

1. Castro SMM, Singhal D, Aronson DC. Management of Solid-pseudopapillary Neoplasms of the Pancreas: a Comparison with Standard Pancreatic Neoplasms. World J Surg (2007) 31: 1129–1134
2. Coleman KM, Doherty MC and Bigler SA. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas. Radiographics 2003;23:1644–48.
3. Huang HL, Shih SC, Chang WH, et al. Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: clinical experience and literature review. World J Gastroenterol. 2005; 11: 1403– 9.



Resim 4. Lezyonun makroskopik görüntüsü.



Resim 3. Peroperatif USG de 35x28 mm düzgün sınırlı lezyon saptandı.

CERRAHİ
e-POSTERLER

Cerrahi

CEPS - 001

DUODENUM YERLEŞİMLİ GİST OLGUSUNDA CERRAHİ TEDAVİ

Orhan Aras, Mazlum Yavaş, Salih Can Çelik, Rıdvan Yavuz, Özgür Palaz Ali, İsmail Gömceli

Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), gastrointestinal sistemde bulunan en yaygın mezenkimal tümör türüdür (1).Sindirim sisteminin herhangi bir yerinde olabilirler, ancak daha sıklıkla mide (% 60-70) ve ince bağırsakta (% 25) ve daha az sıklıkla kolon ve rektumda (% 5-10) bulunurlar (2). Duodenal GIST'ler tüm GIST'lerin yalnızca % 4–5'ini temsil eder ve cerrahi rezeke edilenlerin % 6–21'ini oluşturur (3-5). Duodeno-pankreas bölgesinin karmaşık anatomisi, teşhis ve tedavisini son derece zor hale getirebilir. Hastalarda duodenumda yerleşimine göre ağrı, kusma, sarılık ve sıklıkla kanama görülmektedir (6).

Bizde duodenum GIST olgumuzda karşılaştığımız zorluklar ve çözüm yöntemlerimizi paylaşmak istedik.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta kanlı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Üst gastrointestinal sistem (GIS) kanama tanısı ile Gastroenteroloji Kliniğine interne edildi. Endoskopik değerlendirmede duodenum 2-3. Kıta bileşkesinde kanamaya neden olan submukozal GIST ile uyumlu kitle görüldü ve skleroterapi uygulanması sonrası kanama kontrol altına alındı. Yapılan kesitsel incelemede duodenum 2-3. kıta bileşkesi kaynaklı GIST ile uyumlu görüntüler elde edildi. Ampulla vateriye yaklaşık 1-2 cm yakınlıkta olan kitlenin süperior komşuluğunda olan ampulla vateriye ERCP ile stent konuldu. Ameliyata alınan hastanın duodenum 2. kıtasının bir kısmı,3. kıta ve 4. kıtası rezeke edildi. Treizt ligamanı bozulup proksimal jejunum ile duodenum 2. kıta arasına yan yana duodenujejunal anastomoz uygulandı. Ameliyat sırasında yapılan patolojik değerlendirme sonrası güvenli cerrahi sınırı elde edildiği ve kitlenin GİST olduğu öğrenilip işlem sonlandırıldı. Postoperatif 5.gün oral kontrast ile anastomozu değerlendirilen hasta taburcu edildi. Patoloji raporu 3*3,5*2,5 cm boyutlarında iğsi hücreli tipde, Ki 67'si %2, mitozu 2/50 olan GİST olarak rapor edildi.

Sonuç: 2 cm'den küçük tümörler düşük biyolojik saldırganlığa sahiptir ve her yıl endoskopik ultrason ile takip edilebilir, daha büyük tümörlerde ise cerrahi tedavi gerekir (7). Diğer lokalizasyonların aksine duodenal GIST ' lerde cerrahi tedavi hastaya yönelik yapılmalı ve düşük malignite insidansı olan bu bölgede gross rezeksiyonlara öncelik verilmemelidir. Bu nedenle kişiye özel tasarlanmış cerrahi yaklaşımlar önerilir. 1–2 cm temiz sınırla R0 rezeksiyon yeterli tedavidir ve lenfatik metastaz insidansının düşük olması nedeniyle lenf nodu diseksiyonu önerilmemektedir. Tümör rüptüründen kaçınılmalıdır. Bizde olgumuzda ERCP ile stent uygulaması sonrası ampulla vateri güvenliğini sağlayıp rezeksiyon uyguladık. Yan yana elle yapılan duodenojejunostomi anastomozu ile ampulla vateria güvenliğini tekrar kontrol edip hastamızı sorunsuz olarak taburcu ettik.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal stromal tümör, duodenum, cerrahi

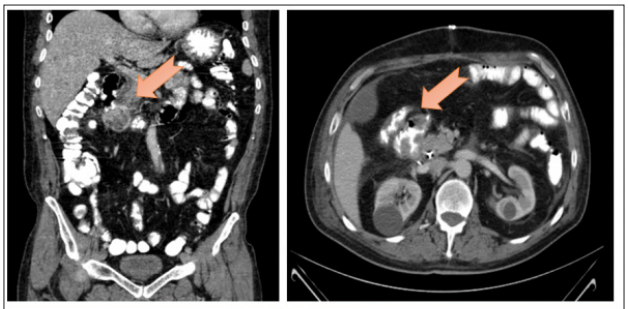
Kayrakla

1. Yang WL, Yu JR, Wu YJ, et al. Duodenal gastrointestinal stromal tumor: clinical, pathologic, immunohistochemical characteristics, and surgical prognosis. J Surg Oncol 2009;100:606-10. 10.1002/jso.21378
2. Sawaki A. Rare gastrointestinal stromal tumors (GIST): omentum and retroperitoneum. Transl Gastroenterol Hepatol 2017;2:116. 10.21037/tgh.2017.12.07
3. Agaimy A, Wunsch PH. Gastrointestinal stromal tumors: a regular origin in the muscularis propria, but an extremely diverse gross presentation. Langenbecks Arch Surg 2006;391:322-9. 10.1007/s00423-005-0005-5
4. Miettinen M, Kopczynski J, Makhlouf HR, et al. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas and leiomyosarcomas in the duodenum. Am J Surg Pathol 2003;27:625-41. 10.1097/00000478-200305000-00006
5. Winfield RD, Hochwald SN, Vogel SB, et al. Presentation and management of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum. Am Surg 2006;72:719-22; discussion 722-3.
6. Johnston FM, Kneuertz PJ, Cameron JL, et al. Presentation and management of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum: A multi-institutional analysis. Ann Surg Oncol 2012;19: 3351-60. 10.1245/s10434-012-2551-8
7. Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, et al. Transoral extraction of a laparoscopically resected large gastric GIST. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2013;23:707-9. 10.1089/lap.2013.0080

Resim 3: Duodenal GIST makroskobik görünüm



Duodenal GIST preoperatif görünüm ve anastomoz görünümü



Resim 1: Duodenumda GIST

Resim 2: Duodenojejunostomi anastomozu

Cerrahi

CEPS - 002

SPONTAN RÜPTÜRE UMBLİKAL HERNİ

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Umbilikal herniler siroz ve asiti olan hastalarda yaygınken spontan rüptürleri nadirdir. Yüksek mortaliteli ciddi bir komplikasyondur (1, 2). Tedavisiz Hepatit C ye bağlı siroz ve asit nedeni ile spontan rüptüre olan umbilikal hernili bir hasta sunuyoruz.

Olgu: Kronik hepatit C ye bağlı karaciğer sirozu gelişen 72 yaşında erkek hasta acil servise umbilikal herni rüptürüne bağlı protrü-

ze omentum ile başvurdu (Resim 1,2). Anamnezinde hepatit C ye bağlı kronik karaciğer hastalığının tedavisiz kaldığı tespit edildi. Önceden var olan umbilikal hernisinin öksürük atakları sonrasında perfore olduğunu belirten hastanın fizik muayenesinde; karın distandü, umbilical alandan omentum protrüze, asit mai çıkıyordu. Acil olarak ameliyata alınan hastanın omentumu parsiyel rezeke edildi ve umbilical alanda fazla ve ülsere cilt çıkarılarak fasya primer olarak onarıldı. Cilt tek tek kapatıldı. Post operatif asit tedavisi başlandı ve antibiyoterapi verildi. Ameliyat sonrası 10. Günde şifa ile taburcu oldu.

Tartışma: Umbilikal herni siroz ve asiti olan hastalarda %20 oranında görülür (3, 4) ve yüksek mortaliteye sahiptir (5). Perforasyon sonrası hızlı sıvı kaybı iyi tolore edilmesede literatürde stabil seyreden hastalar bildirimiştir (1). Diğer riskler arasında infeksiyon ve karaciğer yetmezliğinin daha da dekopanze olması ve sepsis vardır (2). Herni gelişimini kolaylaştıran nedenler genel olarak karın içi basıncını arttıran durumlar, öksürme ve hapşırma gibi tanımlanmıştır (1, 2).

Rüptüre umbilikal herni tedavisi konservatif yöntemlerle yapılabilsede mortalitesi yüksektir, cerrahi tedavinin mortalitesi daha düşüktir (1, 2). Meshli onarımda nüks ihtimali daha az olmakla birlikte infeksiyon oranları daha yüksektir (1). Cerrahi teknik ile ilgili olarak tüm yayınlar emilmeyen suturlarla primer kapama önermektedir (4). Bizde kendi hastamızda literatürle uyumlu bir tedavi uyguladık.

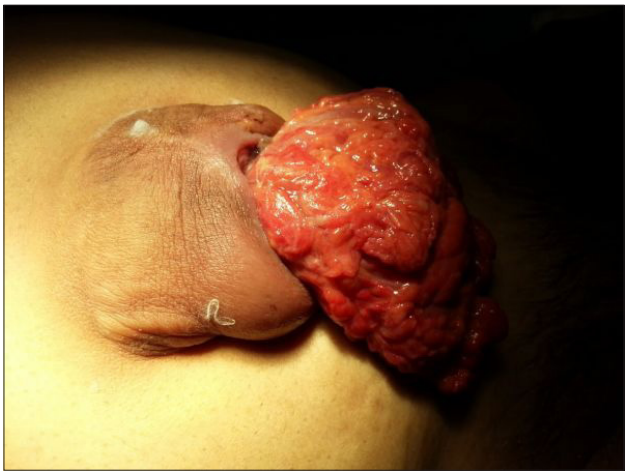
Anahtar kelimeler: ubmlikal herni, siroz, rüptür

Kayraklar

1. Granese J, Valaulikar G, Khan M, Hardy H, 3rd. Ruptured umbilical hernia in a case of alcoholic cirrhosis with massive ascites. The American surgeon. 2002;68(8):733-4.
2. Choo EK, McElroy S. Spontaneous bowel evisceration in a patient with alcoholic cirrhosis and an umbilical hernia. The Journal of emergency medicine. 2008;34(1):41-3.
3. Malespin M, Moore CM, Fialho A, de Melo SW, Jr., Benyashvili T, Kothari AN, et al. Case Series of 10 Patients with Cirrhosis Undergoing Emergent Repair of Ruptured Umbilical Hernias: Natural History and Predictors of Outcomes. Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation. 2019;17(2):210-3.
4. Chatzizacharias NA, Bradley JA, Harper S, Butler A, Jah A, Huguet E, et al. Successful surgical management of ruptured umbilical hernias in cirrhotic patients. World journal of gastroenterology. 2015;21(10):3109-13.
5. Ginsburg BY, Sharma AN. Spontaneous rupture of an umbilical hernia with evisceration. The Journal of emergency medicine. 2006;30(2):155-7.



Resim 1.



Resim 2.

Endoskopi

CEPS - 003

ANTRUM MUKOZASINA SAPLANMIŞ YABANCI CİSMİN (TAHTA KÜRDAN) ENDOSKOPİK SNARE İLE ÇIKARILMASI

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Sık görülen klinik bir durum olan Gastrointestinal sistemde yabancı cisimler bulunduğu yere ve yabancı cismin yapısına göre farklı klinik tablolara neden oluşturmaktadır. Künt ve büyük objelerde tıkanıklık riski ön plandayken keskin cisimlerde perforasyon riski vardır (1). Üst Gastrointestinal sistem yabancı cisimlerinde tanı ve tedavide Endoskopi nin sensitivitesi %72'dir (2). Bu bildiride karın ağrısı şikayetlerine neden olan tahta kürdan yutmuş, hasta sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Karın ağrısı, şiddetli epigastrik yanma şikayetleri olan 27 yaşında kadın hasta epigastrik ağrı ve yanma şikayetleri üzerine dış merkezde verilen proton pompa inhibitörünü kullanmasına rağmen şikayetlerinin geçmemesi üzerine kliniğimize başvurdu. Hafif epigastrik hassasiyet dışında fizik muayenesi doğal idi. Laboratuvar bulgularında özellik yoktu. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde prepylorik antral tahta kürdan görüldü (Resim-1). Polipektomi snarei yardımı ile çıkarıldı. İşlem sonrasında anamnezde özellikle kürdan yuttuğunu hatırlayıp hatırlamadığı sorulduğunda hatırlamadığını belirtti. İşlem sonrası iki günlük gözlem üzerine rahatlayan hasta sorunsuz taburcu edildi.

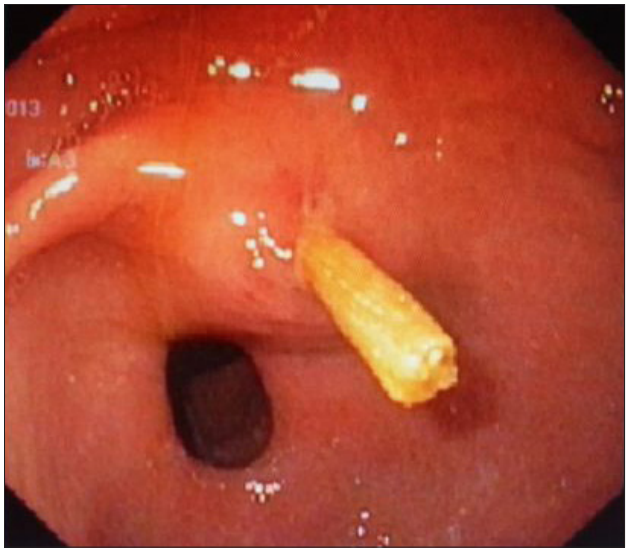
Tartışma: Etiyolojisi aydınlatılamayan karın ağrılarında akla gelmesi gereken durumlardan birisi de yabancı cisim yutulmasıdır. Bu cisimler arasında kürdan içeren gıdaların tüketilmeside vardır ve genellikle hastalar kürdanı yuttuğunu hatırlamayabilir (1, 2). Keskin cisimlerin yutulması sindirim sisteminde perforasyon riskini arttıran bir durumdur (3-5).Yutulan kürdan %20 oranında midede görülür (2). Bizim hastada da kürdan prepylorik antrumda mukozaya saplı bir şekilde görüldü. Literatürde kürdan yutulması sonrası komşu organlarda apse gelişimi ve perforasyon ek çok komplikasyon bildirilmiştir. Bizim vakada herhangi bir komplikasyon gelişmediği izlendi. Üst gastrointestinal sistemde yabancı cisim tespit edildiğinde veya şüphelenildiğinde yapılacak ilk işlem gastroskopi ile tanı, doğrulama ve çıkarılabiliyor ise cismin çıkarıl-

masıdır (6). Proksimal veya distal gastrointestinal sistemde tespit edilen kürdanın çıkarılması için biyopsi forsepsi veya polipektomi snare'i kullanımı uygundur (2). Polipektomi snareinin kavrama gücünün biyopsi forsepsininkinden fazla olması ve peruktan endoskopik gastrostomi uygulamalarından ötürü bir cismi kavrayıp ağızdan çıkarma tecrübemiz kaynağı ile tercihimiz snare dan yana olmuştur.

Anahtar kelimeler: Kürdan, Endoskopi, Antrum, Yabancı cisim

Kayraklar

1. Coban S, Başar O, Köklü S, Ekiz F, Ormeci N. A toothpick in the antrum. Dig Dis Sci. 2005;50(10):1880-1.
2. Steinbach C, Stockmann M, Jara M, Bednarsch J, Lock JF. Accidentally ingested toothpicks causing severe gastrointestinal injury: a practical guideline for diagnosis and therapy based on 136 case reports. World journal of surgery. 2014;38(2):371-7.
3. Altinbaş A, Sımşek Z, Usküdar O, Aktaş B, Yüksel O. Endoscopic removal of an ingested toothpick from the prepyloric antrum in an adult woman. The Turkish journal of gastroenterology : the official journal of Turkish Society of Gastroenterology. 2011;22(4):439-40.
4. Matsubara M, Hirasaki S, Suzuki S. Gastric penetration by an ingested toothpick successfully managed with computed tomography and endoscopy. Internal medicine (Tokyo, Japan). 2007;46(13):971-4.
5. Ng KC, Chu KM, Kwok KF, Tuen H, Wong J. Images of interest. Gastrointestinal: foreign bodies in the stomach. Journal of gastroenterology and hepatology. 2000;15(4):453.
6. Gundling F, Schepp W, Fuchs M. Abdominal pain after consumption of a Bavarian Beef Roulade in a 45-year-old patient. Gastroenterology. 2011;141(3):810, 1127.



Resim 1.

Cerrahi

CEPS - 004

AMELİYAT SONRASI GELİŞEN KARIN İÇİ YAPIŞIKLIKLARIN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMUNDAKİ YERİ

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Abdominal cerrahi sonrası erken ve geç komplikasyonlardan biri olan karın içi yapışıklıklarının hasta hekim ilişkisinde hukuki bir öneme sahip olan aydınlatılmış onam formlarında yeterli oranda bahsedilmemektedir . Cerrahi sonrası komplikasyonlar arasında %50- %100 görülme oranları ile karın içi yapışıklıklar en sık olanlarıdır . Ellis H. bir yazısında erişkin toplumun yaklaşık üçte birinin karın içi yapışıklığı olduğu sonucuna varılabileceğini belirtmiştir . Kolon ve appendiks ameliyatlarının diğer ameliyatlara göre daha çok yapışıklığa neden olduğu düşünülmektedir . Özellikle abdominopelvik cerrahi yapan cerrahların yüksek komplikasyon insidansı nedeni ile bu konuyla ilgilenmesi gerekir (1).

Materyal ve Metod: Bu çalışmada Türkiye Cumhuriyeti'nde aktif hastanelerden online onam formu görülebilen hastaneler arasında Üniversite Hastanesi, Kamu Hastanesi, Eğitim ve Araştırıma Hastanesi, Özel Hastane sınıfındaki google üzerinden ulaşılan onam formları incelendi. Arama sözcüğü olarak "akut karın onam formu", "akut karın aydınlatılmış onam formu", "appendektomi onam formu", "appendektomi aydınlatılmış onam formu" ifadeleri kullanıldı.

Bulgular: Akut karın için 8, appendektomi için 6 forma ulaşıldı. Akut karın ve apendektomi için ikişer formda yapışıklıkla ilgili ifade geçiyordu (Tablo-1).

Tartışma: Cerrahların anlamlı bir risk varlığında hastalarına yeterli bilgi verme görevleri vardır (2). Aydınlatılmış onam hastalar için önemlidir ve hastalar kendileri için önemli tüm bilgilerin iletilmesini bekler (3).Aydınlatılmış onam içeriğinde tedaviden beklenen faydalar ve tedavinin sık veya ciddi riskleri belirtilmelidir (3). Yapışıklıklar ve sonuçları hastalarla her zaman ameliyattan önce tartışılmalıdır (1). Büyük Britanyada doktorlar hastaları %1-2'nin üzerindeki komplikasyonlar konusunda uyarmadıklarında ihmalde bulundukları kabul edilmiştir (1).

Klinik tecrübeler; ince barsak obstrüksiyonunun ameliyattan sonra 50 yılı aşkın sürede dahi görülebileceği yönündedir (1). Yapışıklıkların ve yaşam boyu ciddi komplikasyonlarının kanama veya enfeksiyon gibi diğer genel komplikasyonların yanında aydınlatma sürecinde yerini yeteri kadar bulamamış olması dikkat çekicidir (3). Pek çok cerrah hala problemin ve sonuçlarının ciddiyetinin farkında değildir(5). Bizim çalışmamızda da internet üzerinden ulaşılabilen 14 onam formunun 4'ünde (%28,5) karın içi yapışıklıklardan bahsedilmiştir. Bu durum ülkemizde de gerekli önemin verilmediğine işaret eder.

Özellikle son yıllarda malpraktis davalarında artış ve fahiş tazminat davaları Özellikle abdominal cerrahi sonrasında sık görülebilen kısa dönem ve uzun dönem komplikasyonlardan olan karın içi yapışıklıkların onam formlarında bahsedilmesi ve hastaya bu komplikasyon hakkında bilgi verilmesi mahkeme aşamasında hekimlerin elini güçlendirecektir.

Anahtar kelimeler: onam, aydınlatılmış onam, brid, yapışıklık

Kayraklar

1. Rajab TK, Ahmad UN, Kelly E. Implications of late complications from adhesions for preoperative informed consent. Journal of the Royal Society of Medicine. 2010;103(8):317-21.
2. Rajab TK, Wallwiener M, Talukdar S, Kraemer B. Adhesion-related complications are common, but rarely discussed in preoperative consent: a multicenter study. World journal of surgery. 2009;33(4):748-50.
3. Anderson OA, Wearne IM. Informed consent for elective surgery--what is best practice? Journal of the Royal Society of Medicine. 2007;100(2):97-100.
4. Kraemer B, Birch JC, Birch JV, Petri N, Ahmad U, Marikar D, et al. Patients' awareness of postoperative adhesions: results from a multi-centre study and online survey. Archives of gynecology and obstetrics. 2011;283(5):1069-73.
5. Trew G, Cooke I, Lower A, McVeigh E. Post-operative abdominal adhesions—awareness of UK gynaecologists—a survey of members of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Gynecological Surgery. 2009;6(1):25-37.

Tablo 1				
	Akut Karın		*Appendektomi*	
	Onam Formu Sayısı	*yapışıklık ifadesi içerenler*	*Onam Formu Sayısı*	*yapışıklık ifadesi içerenler*
Kamu Hastanesi	2	1	1	1
Eğitim ve Araştırma H.	1	0	1	1
Üniveriste H.	2	0	2	0
özel H.	3	1	2	0
Toplam	8	2	6	2

Özofagus – Mide – Duodenum

CEPS - 005

RAPUNZEL SENDROMU VE NUTCRACKER FENOMENİ

Efe Karayiğen, Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Bezoar yabancı maddelerin mide ve/veya incebağırsakta oluşturduğu kitledir (1, 2). Trikobezoarlar genellikle zekâ geriliği, öğrenme güçlüğü veya psikyatrik hastalıkla birlikte olur (1, 3). Tanımlanan farklı bezoar çeşitlerine; sebze veya meyve liflerinden fitobezoarlar, saç kıllarından trikobezoarlar, saç ve sebzeden trikofitobezoarlar örnek olarak verilebilir (1, 2). Rapunzel sendromu trikobezoarın ince bağırsağa ilerlemesine bakılmaksızın obstrüksiyon varlığı ile karakterizedir (4,5),

Klinik: karın ağrısı, saç yeme öyküsü, kusma ve zayıflama şikayetleri ile başvuran 27 yaşında kadın hasta fizik muayenesinde Karın orta hatta, göbek altına doğru uzanan mobil sert yapı ele geliyordu. Hassasiyet yoktu. Bilgisayarlı Tomografide Mide distandü görünümde olup mide lümenini dolduran içerisinde küçük hava kabarcıklarının bulunduğu katmanlı görünüm bulunan semisolid yapı. midede poststenotik dilatasyon mevcuttur (nutcracker fenomeni). hastaya intraoperatif Mide korpus ön yüzden midenin uzunaksına göre gereğinde uzatılabilecek kesi yapılarak gastrotomi yapıldı. Trikobezoarın önce fundusu dolduran kısmı sonrada distal kısım doğurtuldu. Midenin fundustan başlayıp duodenum birinci kısım dahil şeklini almıştı (Resim 1-2), mide primer olarak onarıldı. postoperatif 7. günde hasta sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma: Mide katlantılarında saç birikmesi, peristaltizim ile ilerlememesi ve zamanla büyümesi ile trikobezoar oluşur (4). Proteinlerin denatüre olmasına bağlı olarak trikobezoar siyah veya yeşil-kahverengi renklerinde, parlak görünümde olur ve kötü kokar (1, 6). Abdominal Bilgisayarlı tomografi gastrik ve intestinalbezoar birlikteliğinde ultrasonografi ve baryumlu grafiden daha iyidir, ayrıca barsak tıkanıklığının seviyesini belirlemede daha etkindir (6). Bilgisayarlı tomografide gözenekli yapıda olan hipodens lezyonlar şeklinde görülür, kontrast tutmaz (1).Bezoar komplikasyonları arasında mide ülserleri, ülsere bağlı kanama veya perforasyon, rapunzel sendromu, protein enerji malnutrisyonu vardır (1, 2, 6). Çok büyük trikobezoarlarda ve Rapunzel sendromunda gastrotomi ile kitlenin çıkarılması önerilir (1, 5, 6). Bezoar görülen hastalarda psikyatrik değerlendirme önerilir (1). Hastamızda korpus ön yüzden ihtiyaç halinde proksimal ve/veya distale uzatılabileceğek mide aksına uygun insizyon tercih edildi. Depresyon için tedavi öyküsü vardı ve cerrahi tedavi sonrası taburculuk öncesinde psikyatri konsültasyonu istendi. Kontol muayenelerinde cerrahi sorun olmayan hastanın halsizlik şikayetlerinin azaldığı, oral alımın bir miktar daha iyi olduğu ve psikyatri kontrolüne devam ettiği öğrenildi. Nadir görülen Rapunzel sendromuna olgumuzda olduğu gibi Nutcracker sendromu gibi ek patolojiler eşlik edebilir. Hastanın cerrahi tedavisi yanısıra psikyatri konsültasyonunun nüks önlemnesi açısından düşünülmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: rapunzel, bezoar, trikobezoar, nutcracker

Kayraklar

1. Eryilmaz R, Sahin M, Alimoğlu O, Yildiz MK. Rapunzel sendromu: Olgu sunumu. Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTES. 2004;10(4):260-3.
2. Ersoy YE, Ayan F, Ayan F, Ersan Y. Gastro-intestinal bezoars: thirty-five years experience. Acta chirurgica Belgica. 2009;109(2):198-203.
3. Hamid M, Chaoui Y, Mountasser M, Sabbah F, Raiss M, Hrora A, et al. Giant gastric trichobezoar in a young female with Rapunzel syndrome: case report. The Pan African medical journal. 2017;27.
4. Kumar N, Huda F, Gupta R, Payal YS, Kumar U, Mallik D. Rapunzel syndrome in adult with mysterious presentation: a rare case report with literature review. Tropical doctor. 2019;49(2):133-5.
5. Western C, Bokhari S, Gould S. Rapunzel syndrome: a case report and review. J Gastrointest Surg. 2008;12(9):1612-4.
6. Nour I, Abd Alatef M, Megahed A, Yahia S, Wahba Y, Shabaan AE. Rapunzel syndrome (gastric trichobezoar), a rare presentation with generalised oedema: case report and review of the literature. Paediatrics and international child health. 2019;39(1):76-8.



Resim 1.



Resim 2.

Karaciğer

CEPS - 006

KARACİĞER YARALANMASINA NEDEN OLAN TÜP TORAKOSTOMİ GİRİŞİMİ

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Tüp torakostomi özellikle travmalar sonrasında toraks içine kanama veya pnömotoraks gelişmesi üzerine farklı branşlardaki hekimler tarafından kullanılan invaziv bir işlemdir (1). Uzmanlık gerektiren bu işlem çeşitli komplikasyonlara neden olabilir (akciğer, karaciğer). Bu bildiride tüp torakostomi takılması esnasında nadir olarak gelişen karaciğer yaralanmasının bildirilmesi amaçlanmıştır.

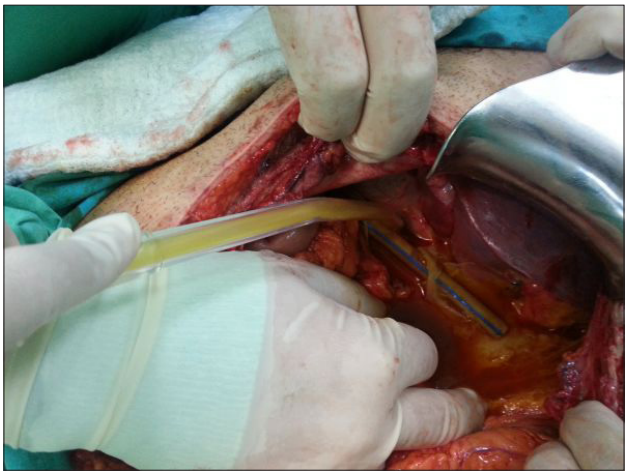
Olgu: Pnömotoraks nedeni ile tüp torakostomi yapılan 26 yaşında erkek hasta. Karın ağrısı olması üzerine değerlendirildiğinde çekilen Bilgisayarlı tomografida karın içine yerleştirildiği fark edildi. Hazırlıklar sonrasında ameliyata alınan hastda yapılan eksplorasyonda göğse takılmak istenen tüpün diafragma altından abdomene girerek karaciğer segment 4b de yaralanmaya neden olduğu gözlendi. Karın içerisinde yaklaşık 200cc hemorajik mai ve safra sıvısı izlendi Safralı sıvı lokalize kalmıştı. Tüp çıkarıldıktan sonra koter ile kanama kontrolü yapıldıktan sonra karaciğer yaralanması primer olarak onarıldı (Resim 1). Ameliyat sonrası 3. gün şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Yapılan literatür incelemelerinde ektopik göğüs tüpü yerleştirmesi oranları %10'lara yaklaşmaktadır (2). Tüp torakostomiden etkilenebilecek ana yapılar arasında akciğerler, interkostal/intratorasik vasküler yapılar, özofagus, mide, karaciğer, dalak, diafragma, majör kan damarları ve hatta kardiak yapılar vardır (3). Karaciğer yaralanması çok nadirdir (1, 3). Hayat kurtarıcı bir işlem olan tüp torakostominin ciddi komplikasyonları mevcuttur. Tüp torakostomi uygulaması her ne kadar acil koşullarda yapılsada muhakkak kontrol akciğer filmi ile tüpün yerinin doğrulanması elzemdir. Ayrıca pek çok uzmanlık kliniklerince gerçekleştirilebilen (acil uzmanı, genel cerrahi, göğüs cerrahisi vb.) bu işlemin eğitim sürecinde bir standarda oturtulması önemlidir.

Anahtar kelimeler: karaciğer yaralanması, tüp torakostomi,

Kayraklar

1. Serji B, Mirali H, Chablou M, Kamaoui I, El Harroudi T. Liver injury secondary to chest tube placement: a case report of conservative management and review of literature. Clinical case reports. 2018;6(1):45-8.
2. Osinowo O, Softah AL, Eid Zahrani M. Ectopic chest tube insertions: diagnosis and strategies for prevention. African journal of medicine and medical sciences. 2002;31(1):67-70.
3. Kwiatt M, Tarbox A, Seamon MJ, Swaroop M, Cipolla J, Allen C, et al. Thoracostomy tubes: A comprehensive review of complications and related topics. International journal of critical illness and injury science. 2014;4(2):143-55.



Resim 1.

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

CEPS - 007

SİGMOİDOPEKSİ SONRASI NÜKS SİGMOİD TORSİYON

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Sigmoid volvulus genellikle kronik kabızlığı olan uzun sigmoid kolonlu hastalarda görülür (1). Parkinson hastalığında gastrointestinal semptomlar sıktır ve yaşamı tehdit edebilecek sigmoid volvulusaneden olabilir (2). Parkinson hastalığında sigmoid volvulus insidansı bilinmemektedir ve birliktelikleri az sayıda bildirilmiştir (2). Bu bildiride sigmoid volvulus nedeni ile bir defa kolonoskopik olarak iki defada açık cerrahi ile detorsyone edilen hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Kliniğimize karın ağrısı şikayeti ile gelen hastanın yapılan tetkiklerinde sigmoid volvulus teşhisi konuldu. Hastanın anamnezinde aynı hatsallıktan dolayı son 45 gün içinde bir defa kolonoskopik detorsiyon, sonrasında da son on günde iki kere laparotomi ile cerrahi müdahale yapıldığı sigmoidopeksi yapıldığı öğrenildi. İnspeksiyonda karın distandü idi. Perküsyonda yaygın timpanizm vardı. Göbek üstü ve altı yakın zamanlı medyan laparotomi skarı vardı. Karın suturları atlanarak alınmıştı. Acil ameliyata alındı. Genel anestezi altında saha temizliği sonrası cilt suturları alındı. Fasya kalın örgülü sutur ile kiltlenerek kontinue suture edilmişti aralara monoflamen kalın sutur malzemesi ile sıkı aralıklarla suturlar atılmıştı, hepsi alındı. Fasya ayrıldı. Eksplorasyonda sigmoid volvulus hali vardı (Resim 1) detorsiyone edildi. Sigmoid kolon mezosu ve transvers kolon mezosu elonge idi. Sigmoid kolonda rezeksiyon planlanan alana çevre suturu 2/0 vikril ile atılarak içindeki hava aspire edildi ve aspiratör çıkarıldıktan sonra sutur bağlandı, ikinci kat tek tek suturlar atıldı. Sigmoid rezeksiyon yapıldı. Anastomoza uygun olmadığı değerlendirildi ve hartman kolostomi uygulandı. Postoperatif seyri sorunsuz giden hasta post operatif birinci gün Parkinson ilaçları verildi, üçüncü rejim 3 aldı, yedinci gün taburcu edildi.

Tartışma: Kronik kabızlık ve nörolojik hastalıklar batılı ülkelerde en sık sigmoid volvulus sebepleridir (3). Sigmoid volvulus düzeltilmez ise barsak iskemisi, strangülasyon veya perforasyon gelişebilir (4, 5). Semptom ve bulguların çıkmasından sonra 24 saat içinde dahi ölüm gerçekleşebileceğinden hızlı müdahale ge-

rekir (6). Parkinsonlu hastada sigmoid kolon uzun ise ilk tercih cerrahidir (2). Endoskopik detorsiyonda rekürrens oranları %60 a kadar varmaktadır (2, 4). Yapılacaksa detorsyondan sonra 24 ila 72 saat süreyle rektal tüp yerinde kalmalıdır (6). Rekürrens durumunda ilk tercih cerrahidir (2). Cerrahi seçenekleri sadece detorsiyon (%75 rekürrens ihtimali var), detorsiyon ve retroperitoneal fiksasyon ya da primer anastomozlu veya anastomozsuz egmental rezeksiyondur (2). Yüksek rekürrens oranları nedeni ile dekompresyon sonrası sigmoid rezeksiyon önerilir (3, 6). Hastamızda bir kere kolonoskopik iki kere dış merkezde uygulanan cerrahinin başarısız olması başarılı sonuçlar elde etmek için rezeksiyon uygulanmasının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: sigmoidopeksi, volvolus, parkinson, sigmoid rezeksiyon

Kayraklar

1. Alshawi JS. Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum. 2005;48(9):1811-3.
2. Toebosch S, Tudyka V, Masclee A, Koek G. Treatment of recurrent sigmoid volvulus in Parkinson's disease by percutaneous endoscopic colostomy. World journal of gastroenterology. 2012;18(40):5812-5.
3. Ifversen AK, Kjaer DW. More patients should undergo surgery after sigmoid volvulus. World journal of gastroenterology. 2014;20(48):18384-9.
4. Slidell M, Shah SA, Feller ER. Sigmoid volvulus in three college-age teenagers. Journal of clinical gastroenterology. 2004;38(10):910-1.
5. Lou Z, Yu ED, Zhang W, Meng RG, Hao LQ, Fu CG. Appropriate treatment of acute sigmoid volvulus in the emergency setting. World journal of gastroenterology. 2013;19(30):4979-83.
6. Lal SK, Morgenstern R, Vinjirayer EP, Matin A. Sigmoid volvulus an update. Gastrointestinal endoscopy clinics of North America. 2006;16(1):175-87.



Resim 1.

İnce Bağırsak

CEPS - 008

NADİR GÖRÜLEN İNCE BAĞIRSAK TÜMÖRÜNÜN LAPAROSKOPİK ÇIKARILMASI

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe, Efe Karayiğen

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimal tümörleridir. K IT (CD117)- pozitifliği ile birlikte diğer bazı histolojik özellikleri ile tanınırlar. En sık 50 yaşından sonra görülürler. Midede %60, jejenum ve ileumda %30, duodenumda %4-5, rektumda %4, kolon ve apendikste %1-2, özefagusta % 1'in altında görülür. Görülme sıklığı m lyonda 10-20'dir. Bu bildiride jejunumda kitle tespit edilen hastada laparaskopik olarak rezeksiyonun sunulması amaçlanmıştır(1).

Yaklaşık 6 aydır ara ara kolik tarzında ağrıları olan hastada yapılan tetkiklerde ince bağırsakta kitle ve safra kesesinde taş tespit edilen hasta operasyon hazırlıkları sonrasında laparaskopik explorasyonda treitzden itibaren 2020. Cm de yaklaşık olarak 8x7 cm büyüklüğünde lobule kitle tespit edildi diğer organlar normal olarak değerlendirilmesi üzerine olarak önce kolesistektomi sanra da kitleyi içine alan jejunum ansı rezeke edilerek ucuca anastomoz yapıldı. Kitle umblikal trokar yeri 4cm genişleterek organ torbası yardımı ile çıkarıldı(resim 1). Hasta postoperatif 5. Günde sorunsuz taburcu edildi. Gönderilen materyalin patoloji raporu gastrointestinal stromal tümörle uyumlu geldi.

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimal tümörleridir. En sık 50 yaşından sonra görülürler. Görülme sıklığı milyonda 10-20'dir. GIST'lerin seyri tüm yerleşim yerlerinde çok iyi seyirliden kötü seyirliye kadar değişir (1). GIST'lerde en sık belirti obstrüksiyon veya kanamadır. GISTlerde primer tedavi tümörün cerrahi rezeksiyonudur hemen hiçbir zaman lenfatik metastaz yapmazlar (2). GISTlerde en sık belirti obstrüksiyon veya kanamadır. Vakamızın ilk başvurması da karın ağrısı, ve karın şişliğidir. Bizim hastada karın ağrısı şikayetleri mevcuttu. Primer tedavisi cerrahi olan bu hastalarda laparaskopik olarakta güvenli bir şekilde rezeksiyon gerçekleştirilebilir. Böylece laparaskopik cerrahinin konvansiyonel cerrahiye olan üstünlüklerinden hastayı faydalandırmış oluruz.

Anahtar kelimeler: ince bağısak tümörü, jejunom, gist

Kayraklar

1. Mieltinen M, Lasota J. Gastroinlestinal stromal tumors: Pathology and prognosis at different sites. Semin Diagn Pathol 2006;23:70-83.
2. Hohenberger P. Gastrointestinal stromal tumors. Schweiz Rundsch Med Prax 2007;96:29-33.



Resim 1.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

CEPS - 009

GEÇ DÖNEM POSTKOLESİSTEKTOMİ SAFRA FİSTÜLÜNE BAĞLI AKUT BATIN

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Safra kanalı yaralanmaları kolesistektomi sonrası hastaların morbidite ve mortalite artışına neden olan ciddi komplikasyonlardandır. Cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulan safra kanalı yaralanmaları % 11 oranında mortaliteye neden olur. En sık görülen yaralanmalar sistik kanal güdüğünden kaynaklanan yaralanmalardır.(1)

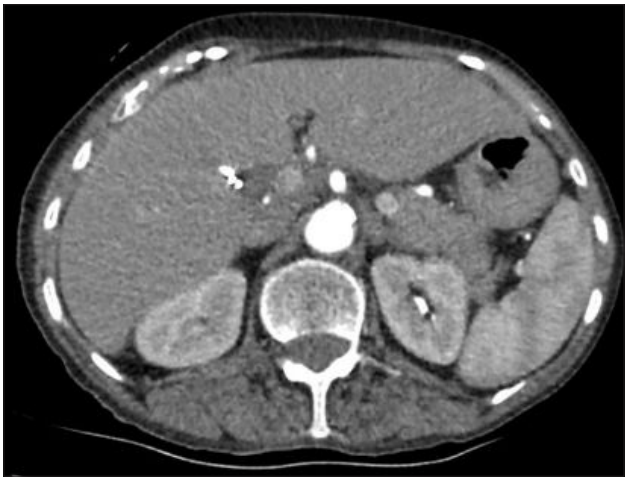
Olgu Sunumu: Kolelitiyazis nedeniyle 1 ay önce dış merkezde opere olan 66 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık şikayetleri nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın kliniğinde batın tüm kadranlarda yaygın hassasiyet ve istemsiz defans mevcuttu. Hastanın laboratuar bulgularında WBC değerinde artış mevcuttu. (WBC:14.6) diğer bulgular normaldi. Bilgisayarlı tomografide özellikle safra kesesi lojunda yaklaşık 3x4 mm kalınlığında serbest sıvı ve gaz mevcuttu (Resim-1). Hastanın akut batın bulguları vermesi üzerine hazırlıklar sonrası operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda batın içerisinde yaklaşık 200 cc safra mevcuttu. Aspire edildi safra kesesi lojunda omental yapışıklıklar giderildi duktus sistikus güdüğünde klips izlendi. Koledok minimal geniş izlendi ve herangi bir tümör yada taş imajı oluşturacak bir şey palpe edilmedi. Safra kesesi yatağının süperiorunda yaklaşık 2 mm genişliğinde bir alandan safra sızıntısı izlendi buranın luschka kanalı olduğuna karar verildi. Safra kaçağının olduğu yer primer onarıldı. Koledok kanalı normalden geniş olması üzerine koledokotomi yapıldı ve koledok explore edildi özel stentlerle papillotmi yapılarak koledoktan verilen sıvın duodenoma geçişi olması üzerine koledoğa 1 adet 14f t tüp safra kesesi lojunada 1 adet dren yerleştirildi ve operasyona son verildi. hastanın nöbetçi dreninden safra gelmesi üzerine postop 4. Günde hasta t-tüpü ile beraber taburcu edildi. 15 gün sonra çekilen t tüp kolangiyografide bir sıkıntı olmaması üzerine önce t-tüp kelmpajı ve ardından t-tüp çekilerek hasta sorunsuz taburcu edildi.

Tatışma ve Sonuç: Kolesistektomi sonrası safra kaçağı; intraabdominal koleksiyon, safra fistülü ya da hayatı tehdit edici bir komplikasyon olan safra pleritoniti ile sonuçlanabilir(2) Safra kaçağı travmatik veya iatrojenik safra yolları yaralanması sonucu gelişebilir. Safra yolu yaralanmaları cerrahide özellikle laparoskopik kolesistektomide (LK) en sık ve en ciddi komplikasyondur. Açık kolesistektomide safra yolu yaralanma sıklığı %0.1-0.3 iken LK' de %0.4-0.8 aralığındadır. Safra kaçağı sistik kanal güdüğünden, aksesuar safra kanalından veya karaciğerin safra kesesi yatağındaki Luschka kanalından kaynaklanabilir(3). Luschka kanalı, karaciğer sağ lobunda safra kesesi yatağının çok yakınında bulunan, sağ veya ortak safra kanalına dökülen aksesuar safra kanalıdır (3). Luschka kanal yaralanmalarında kanal çapının küçük olması ve safra kaçağının az olması peritonit kliniğinin geç ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu tip yaralanmalar ameliyat esnasında fark edilmesi en güç olan yaralanma çeşididir(2) bizim olguda luschka kanalından gelişen geç fistül olarak değerlendirildi.

Anahtar kelimeler: safra fistülü, akut batın, luschka

Kayraklar

1. Mc Mahon AJ, Fullarton G, Baxter JN, O'Dwyer PJ. Bile duct injury and bile lakage foUowing laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1995; 82:307-13.
2. Sharda S, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M, Chowbey P. Postlaparoscopic cholecystectomy biloma in the lesser sac: A rare clinical presentation. J Minim Access Surg 2015;11:154-156.
3. Russell JC, Walsh SJ, Mattie AS, Lynch JT. Bile duct injuries, 1989-1993. A statewide experience. Connecticut Laparoscopic Cholecystectomy Registry. Arch Surg 1996;131:382-388



Resim 1.

Cerrahi

CEPS - 010

BATINDA DEV KİTLE: FOLİKÜLER LENFOMA

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe, Efe Karayiğen

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Foliküler lenfoma (FL), germinal merkez B hücrelerinden köken alan yavaş seyirli bir hastalık olup batı dünyasında ikinci sıklıkta görülen bir Hodgkin dışı lenfoma alt tipidir. FL hastaları

genellikle yaygın hastalık evresinde, rastlantısal olarak fark edilmiş ağrısız lenfadenopatilerin varlığıyla başvururlar. Gerek yaygın lenf nodu ve gerekse ekstranodal tutulumla birlikte yaklaşık %40-70 oranında olguda kemik iliği (Kİ) tutulumu da olmasına karşın hastaların büyük bölümü tanı sırasında asemptomatik olabilmektedir. Daha az sıklıkta ise, karın içi büyümüş bir kitlenin yol açtığı ağrı, karında dolgunluk, şişkinlik ve erken doyma hissiyatının ön planda olduğu yakınmalara rastlanmaktadır.(1)

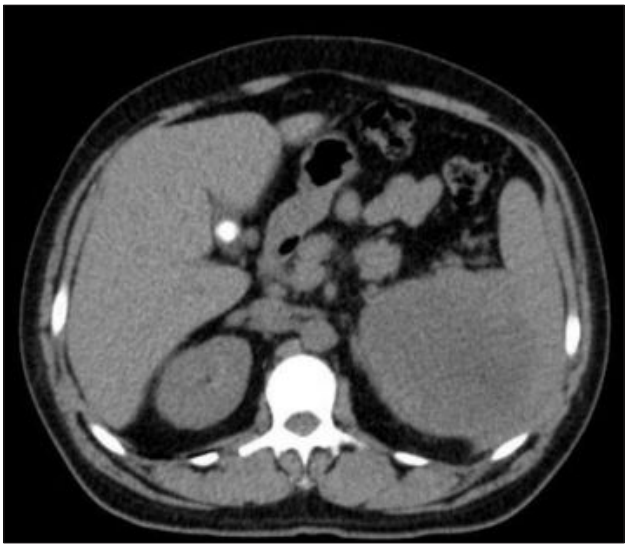
Olgu Sunumu: Karında şişlik şikayetleri olan 49 yaşında erkek hasta çekilen bt de dalakta kitle olması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. FM: batın sol yanda şişkinlik ve traube alanı kapalı. Çekilen bilgisayrlı tomografide dalakta 11cm boyutunda kitle ve safra kesesinde taş tespit edildi (Resim-1). Hasta hazırlıklar sonrası operasyona alındı intraoperatif eksplorasyonda dalak üst polde yaklaşık 20cm çapında düzensiz sınırlı kitlesel lezyon mevcut olup, üstte diyafragmaya, anteromedial yüzde mide büyük kurvatur boyunca omentum majusa penetrasyon göstermiş görünümdeydi (Resim-2). Ekplorasyon sırasında tümöral kitlenin pankreas kuyruğunda 2cmlik alanda ve mide fundusna penetre olduğu görüldü. Frozen patoloji sonucu malign mezenkimal olarak bildirilmesi üzerine mide fundus ve distal pankreas kuyruk kesimindeki kitleler tümöral lezyon olarak değerlendirilerek, hastaya distal pankreatektomi, total gastrektomi, splenektomi ve kolesistetomi yapıldı. Hasta postoperatif 8. Günde sorunsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu dalak: foliküler lenfoma, mide: foliküler lenfoma infiltrasyonu, distal pankreas ve sürrenal bez: lenfoma imfiltrasyonu, safra kesesi: kronik kolesistit. hasta hematolojiye yönlendirildi.

Tartışma ve Sonuç: Primer olarak hodgkin ve nonhodgkin lengomaların teadvisi radyoterapi ve kemoterapidir. Bu nedenle bu hastalıkların tedavisinde cerrahinin yeri daha çok tanıya yönelik olarak evrilmiştir(2). Splenektomi nadirende olsa primer dalak lenfomalarında gerekebilir(3). Bu hastada intraop çalışılan frozen patoloji sonucunun malign mezenkimal tümör gelmesi üzerine geniş bir rezeksiyon yapılmıştır. Fakat bu vakada olduğu gibi kitlenin büyük oluşu ve çevre organlarda bası semptomlarına neden olması ve tanının olmaması durumda cerrahi uygulanabilir.

Anahtar kelimeler: foliküler lenfoma, batında dev kitle,

Kayraklar

1. Vineis P. Incidence and time trends for lymphomas, leukemias and myelomas: hypothesis generation. Leukemia Res. (1996);20:285–290. [PubMed]
2. Devesa S, Fears T. Non-Hodgkin's lymphoma time trends: United States and international data. Cancer Res. (1992);52 (suppl):5432s–5440s. [PubMed]
3. The Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. A Clinical Evaluation of the International Lymphoma Study Group classification of non-Hodgkin's lymphoma. Blood. (1997);89:3909–3918. [PubMed]



Resim 1.



Resim 2.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

CEPS - 011

NADİR GÖRÜLEN VE YENİ SINIFLANDIRILAN TİP 18 SAFRA YOLU VARYASYONU

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe, Efe Karayiğen

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş:İntra ya da ekstrahepatik safra kanallarında görülen varyasyonlar vücütta en sık görülen varyasyonlar arasında yer alır. Bu varyasyonlar, cerrahi girişimlerde çeşitli problemlere yol açabilmektedir. Açık ve laparoskopik kolesistektomi sırasında iyatrojenik hasarlanma riski karaciğer transplantasyonlarda ise ek girşimlerin yanı sıra bu varyasyonlar taş oluşumu, rekürren pankreatit, kolanjit ve biliyer malignansilere neden olabilmektedir. Bu bildiride çok nadir görülen ve yeni tanımlanan tip 18 olarak sınıflandırılan(1) olgu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Tıkanma ikteri nedeni ile yapılan tetkiklerinde pankreas başında kitle tespit edilen 60 yaşında erkek hasta yapılan hazırlıklar sonrasında operasyona alındı. Explorasyonda

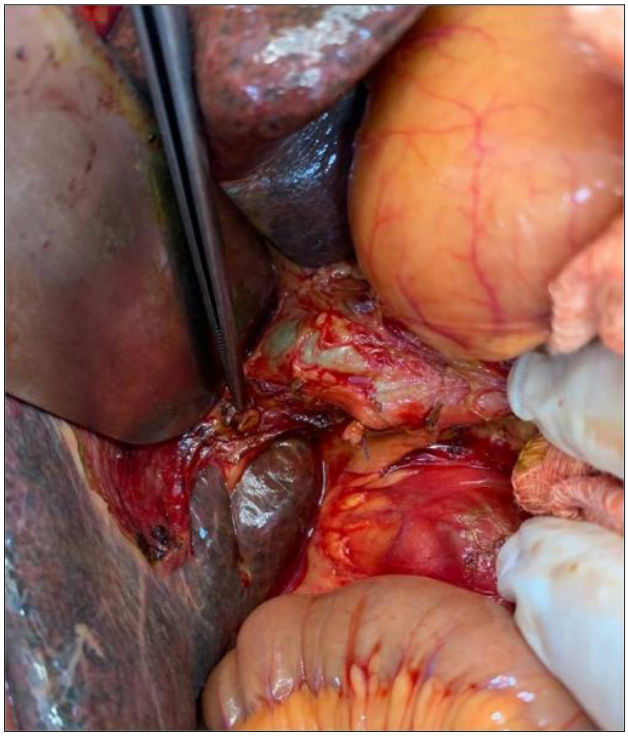
hidropik safra kesesi, pankras başında yaklaşık 4x5 cm büyüklüğünde sert koher manevrasında pankreas posterioruna fiske yapılan disseksiyonda SMA yı da içine alan kitle tespit edildi kitle aynı zamanda transver kolon mezosunuda kendine çekmişti yine duodenum 2. Kısmını tama yakın tıkamış olarak görüldü hasta mevcut hali ile un rezektabl olarak değerlendirilerek hastaya palyatif kolesistektomi + gastrojejunostomi + hepatiko jejunostomi planlandı. Kolesistektomi yapılırken karaciğer 5. Segmetten çıkan ve duktus sitikusun proksimaline açılan aberan bir safara kanalı izlendi. (resim-1) kanal yaklaşık 3mm olduğundan ligatüre edildi. Ve planlanan ameliyat bitirilerek operasyona son verildi. Postop 7. Günde hasta sorunsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu pankreas adeno ca ile uyumlu geldi.

Tartışma ve Sonuç: MRCP ve safra yolları görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması klasik safra yolu anomalilerinin dışında yeni tanımlanan ve nadir görülen safra yolları anomalilerini de göstermektedir. Nayman ve arkadaşlarının yayınladığı makalede 18 adet safra yolu variasyonu tanımlanarak bunların ilk 8 ini daha önce sınıflandırılan son 10 tanesini ise yeni sınıflandırılan varyasyonlar olarak bildirmektedirler. Nayman ve arkadaşlarının bu sınıflandırmasında tip 18 olarak tanımlanan varyasyonda karaciğer sağ lobtan çıkan aksesuar dal ortak hepatik kanala derene olmaktadır (Şekil-1). Duktus sistikusta ise bu aksesuar daldan çıkmaktadır. Sunulan olguda da karaciğer 5. Segmentten aksesuar dal ile duktus sistikus bileşmiş ve bunlar ortak bir kanla ortak hepatik kanala drene olduğu gözlendi. Böylece nadir görülen bu tip bir safra yolu varyasyonu literatüre kazandırmış olduğumuzu iddia ediyoruz.

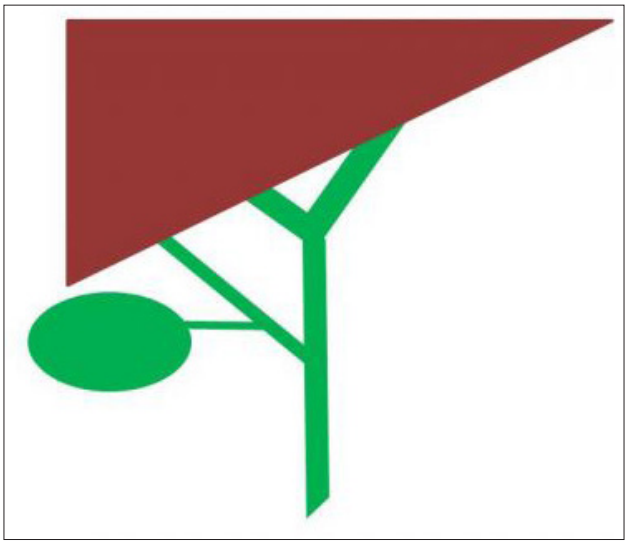
Anahtar kelimeler: safra yolu varyasyonu, anomali, tip18

Kayraklar

1. Nayman, A., Özbek, O., Erol, S., Karakuş, H., & Kaya, H. E. (2016). Magnetic resonance cholangiopancreatography evaluation of intrahepatic bile duct variations with updated classification. Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey), 22(6), 489–494. https://doi.org/10.5152/dir.2016.16051



Resim 1.



Şekil 1.

Özofagus – Mide – Duodenum

CEPS - 012

MEDİASTENE HERNİYE OLMUŞ MİDE TÜMÖRÜ

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe, Efe Karayiğen

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Mediastinal kitleler her yaş grubunda görülebilir. Gastroinestinal sistem tümörlerinin %10'unu oluşturan özofagus tümörleri de mediastinal yerleşimlidir [1]. Mide tümörlerinin mediastinal yerleşimi ancak beraberinde hiatus hernisi ve kısa özofagus gibi patolojiler olduğunda görülebilen nadir bir durumdur. Özofagogastrik patolojiler standart göğüs grafilerinde nadiren arka mediastinal patolojilere sebep olurlar. Bu bildiride hiatus hernisinde mediastene herniye olmuş mide kanserli olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Yemeklerden sonra ortaya çıkan karın ağrısı, bulantı ve kilo kaybı; bunlara zaman zaman eşlik eden nefes darlığı, öğürme şikayetleri nedeniyle dış merkezde tetkik edilen 68 yaşında erkek hastaya çekilen bilgisayarlı tomografide Toraks Lojunda mide gölgesi ile uyumlu alan izlenerek Diafragma hernisi lehine yorumlanan hasta kliniğimize refere edildi (Resim-1). Çekilen tomografi kontrol edildiğinde özellikte thoraksa herniye olmuş mide ve mide duvarında kalınlaşma yine karaciğer 7 segmette 2 cm lik solid kitle izlendi. Hastada solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine acil şartlarda hazırlanarak operasyona alındı. Yapılan explorasyonda midenin thoraksa yaklaşık 4x4 cm lik bir defekten herniye olduğu izlendi mide çekilerek batın içine alındığında mide korpusta büyük kurvaturda başlayıp antruma ilerleyen yaklaşık 7x8 cm büyüklüğünde kitle izlendi (video-1). Karaciğer 7. Segmentte intraparankimal yaklaşık 2 cm büyüklüğünde kitle palpe edildi. Tümör serozayı aşmış küçük kurvatur ve paortal lenf nodlarına yayıldığı izlendi. Yine karaciğerdeki kitle çıkarılarak frozen patoloji çalışıldı ve sonuç metastazla uyumlu gelmesi üzerine palyatif subtotal gastrektomi + gastrojejunostomi yapıldı diafragmatik kruslar primer olarak onarıldı. Hasta postop 6. Gün sorunsuz taburcu edildi.

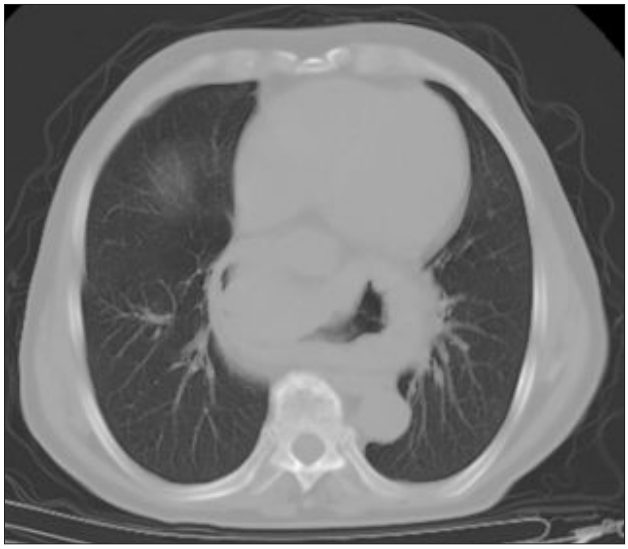
Tartışma ve Sonuç: Mediastinal kitlelerin radyolojik tanısında çoğu zaman posteroanterior ve lateral gögüs radyografisinde kitle şüphesi olduğunda takiben çekilen bilgisayarlı göğüs tomografisi

yeterli olmaktadır. Ancak posterior mediastinal kitleden şüphelenildiğinde MRI CT'den önce endike olabilir[- 2]. Mide toraksa geçmiş olsa bile endoskopi tanıda çok önemlidir[3]. Sunulan bu olguda solunum sıkıntısı geliştiği için gastroskopi planlanmadı. Ancak hiatal herni şüphesi olan hastalarda baryumlu özofagus mide grafisi, endoskopi ve CT yanında yapılacak MRI tanıya ek katkılar sağlayabilir. Arka mediasten tümörleri içerisinde nadiren görülse de, mide kanserleri de ayırıcı tanıda düşünülmelidir. hiatus hernisiyle birlikte toraks yerleşimli mide tümörlü olgumuzu literatür eşliğinde sunarak solunumsal semptomlarla birlikte gastrointestinal sistem ile ilgili şikayeti olan hastaların, hiatus hernisi ve mide tümörü yönünden de değerlendirilmesi gerektiği kanaatine vardık.

Anahtar kelimeler: hiatal herni, mide tümörü, mediastende kitle

Kayraklar

1. Naidich DP, Webb RW, Müller LN et al. Computed tomography and magnetic resonance of the thorax. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 1999
2. Uysal A, Çelik M, Şenol C ve ark. Mediastinal kitlelerde tanı ve tedavi yaklaşımları. Solunum Hastalıkları 1994;5:399-404.
3. Saortay S, Major L, Svastics E. Paraesophageal hiatal hernia complicated with stomach cancer. Magy Seb 2001;54:57-9.



Resim 1.

Kalın Bağırsak (İBH Dışı)

CEPS - 013

AKUT BATIN TABOLUSUNA NEDEN OLAN APENDİKS MUKOSELİ VE SENKRONİZE KOLON TÜMÖRÜ

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tip Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Nadir olarak görülen apendiks mukoseli apendiks mukozasında neoplastik değişikliklere sekonder olarak gelişir(1). Apendiksin içi jelatinöz bir sıvı ile dolarak kistik bir hal alır. Ve kistin genişlemesine paralel olarak hastada apandisit bulgularına paralel seyreden karın ağrısı şikayeti oluşur. Bu olgu sunumunda apendiks mukoseli tanısı alan ve operasyon esnasında aynı zamanda sigmoid kolon tümörüde olan vaka sunumu amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Karın ağrısı şikayeti ile dış merkezde genel cerrahi kliniğine başvuran 43 yaşında erkek hasta çekilen bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi verilerine göre apendiks mukoseli düşünülerek kliniğimize refere edilmiştir (Resim-1). Sağ alt kadranda orjini net olarak değerlendirilemeyen ince duvarlı , 66x28 mm ebatında içerisinde ekojen septaları bulunan yoğun içerikli, posteriorunda eko artımı bulunan lezyon izendi.(mukosel?). bilgisayarlı tomografide ise Çekum medial-inferior komşuluğunda apendiksle yakın komşuluklu 67x30 mm boyutlarda iyi sınırlı, hipodens lezyon dikkati çekmektedir (mukosel?). şeklinde raporlanan hastanın wbc yüksekliği dışında (14.6) herhangi anormal laboratuar bulgusu yoktu. Fizik muayenede sağ alt kadran da hassasiyet ve rebaund mevcuttu. Hasta hazırlanarak operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda rektum ve sigmoid kolon bileşkede yaklaşık 4-5 cm çapında sirküler şeklinde ülserativ tümöral kitle palpe edildi,ülserasyon yeri perfore üzereydi. Genel batın eksplorasyonunda kitlenin proksimalinde barsaklar ileri derece dilateydi. Aynı zamanda apendikste yaklaşık 7-8 cm kistik dilatasyon izlendi. Hastada apendiks güdüğü salim olarak değerlendirilen hastada önce apendektomi sonra low anterior rezeksiyon yapıldı (resim-2). Hasta postoperatif 5. Günde sorunsuz taburcu edildi. Hastada patoloji raporu olarak kolonda adenokanser apendikste ise düşük dereceli müsinöz neoplazi geldi.

Tartışma ve Sonuç: Apendiks mukoseli kendiliğinden veya intraoperatif olarak rüptüre olabilir ve psödomiksoma peritonei olarak bilinen jelatinöz asite yol açabilir (2). Malign tümörlere bağlı mukoselin rüptürü sonucu gelişen psödomiksoma peritoneide sağ kalım oranı düşüktür (3). Bu yüzden mukoselin preoperatif dönemde tanınması önemlidir. Yine bu hastada preop olarak tanı olduğundan ameliyat ewsnasında hastada aynı zamanda tanı konulmamış bir kolon tümörüde saptanıldığından öncelik olarak apendiks mukoseli eksize edilerek tümörle uğraşılırken yanlışlıkla mukosel perforasyonun önüne geçilmiştir.

Bu gibi vakalarda intraoperatif explorasyonun önemi ve ve yeni tanı konulduğunda da operasyon esnasında cerrahi algoritmanın önemini vurgulamaktayız.

Anahtar kelimeler: mukusel, kolon tümörü, akut batın. appendiks

Kayraklar

1. Madwed D, Mindelzun R, Jeffrey RB. Mucocele of the appendix: imaging findings. Am J Roentgenol 1992; 159:69-72.
2. Aho AJ, Heinonen R, Lauren P. Benign and malignant mucocele of the appendix. Acta Chir Scand 1973; 139:392-400.
3. Dachman AH, Lichtenstein LE, Friedman AC. Mucocele of the appendix and pseudomyxoma peritonei. Am J Roentgenol 1985; 144:923-929.



Resim 1.



Resim 2.

Safra Kesesi Ve Safra Yolları

CEPS - 014

POSTKOLESİSTEKTOMİ DUKTAL GÜDÜK TAŞINA BAĞLI MİRİZZİ SENDROMU

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Mirizzi sendromu safra kesesi taşı hastalığının nadir bir komplikasyonu olup, bu hastaların yaklaşık %1' inde meydana gelmektedir. Modern görüntüleme tekniklerine rağmen bazı olgular ameliyat öncesi dönemde belirlenememektedir. Mirizzi sendromunun günümüzdeki tedavisi cerrahidir. Mirizzi sendromu varlığında, özellikle laparoskopik cerrahide, safra kanalı yaralanma riski artmaktadır. Bu nedenle, gerek preoperatif gerekse laparoskopi esnasında erken tanı önemlidir. Bu olgu sunumunda safra kesesi taşı nedeni ile kolesistektomi ameliyatı olan ve 3 ay sonra sistik kanal güdüğündeki taşa bağlı olarak gelişen mirizzi sendromlu vaka sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Daha önce kolesistit atakları geçiren 65 yaşında erkek hasta safra kesesinde taş tespit edilmesi nedeni ile ameliyata hazırlanarak laparaskopik kolesistektomi uygulandı. İntraop explorasyonda safra kesesi omentumla tamamen örtülmüş ileri derecede yapışık ve fibrotik olarak izlendi künt ve keskin disseksiyonlarla safra duktus sistikus ve arteriya sistika serbestleştirilerek kolesistektomi uygulandı. Bir gün sonra hasta sorunsuz taburcu edildi. Hasta 3 ay sonra ateş ve sarılığın belirgin olduğu kolangit atağı ile gastroenteroloji kliniğine başvurdu yapılan MRCP de duktus sistikus güdüğünde 1 cm lik taş tespit edildi (Resim-1) ve hasta ERCP(Resim-2) ye alınarak koledoğa stent yerleştirildi. Kliniği gerileyen hasta 3 ay sonra açık cerrahi uygulanarak duktus sistikusa ulaşılıp taş çıkarıldı. Ve duktus sistikus primer olarak onarıldı. Hasta 2 gün sonra sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: MS ilk olarak 1948 yılında tanımlanmıştır (1). Ve genelde safra kesesi harman poşunda yada duktus sistikustaki taşın çok sayıda geçirilen kolesistit atakları nedeni ile ortak hepatik kanala yada koledoğa bası yapması sonucu gelişir(2). Bizim vakada taş duktus sistikus güdüğünde ve daha önceki kolesistit atakları sonucu gelişen enflamasyona bağlı olarak taş ile duktus sistikus duvarı tamamen fibrotik hal almuıştı ve koledoğa bası yapıyordu. MS'nin tedavi seçimi cerrahidir. Cerrahi stratejiyi temelde belirleyen; fistülün olup olmamasıdır. MS'de seçilecek cerrahi strateji safra kesesinin tamamen veya kısmen (subtotal kolesistektomi) ortadan kaldırılmasıdır. Hatta kolesistektomi laparoskopik olarak ta yapılabilir ancak fistülizasyon olan olgularda genel kabul açık cerrahiye geçilerek koledok müdehalesinin yapılması gereklidirş(3). Bizim hastada kolesitektomi daha önce yapılmıştı. Hastada ERCP esnasında stent yerleştirildiği için hastaya T Tüp ugulamasına gidilmeyerek primer sütür ile yetinildi.

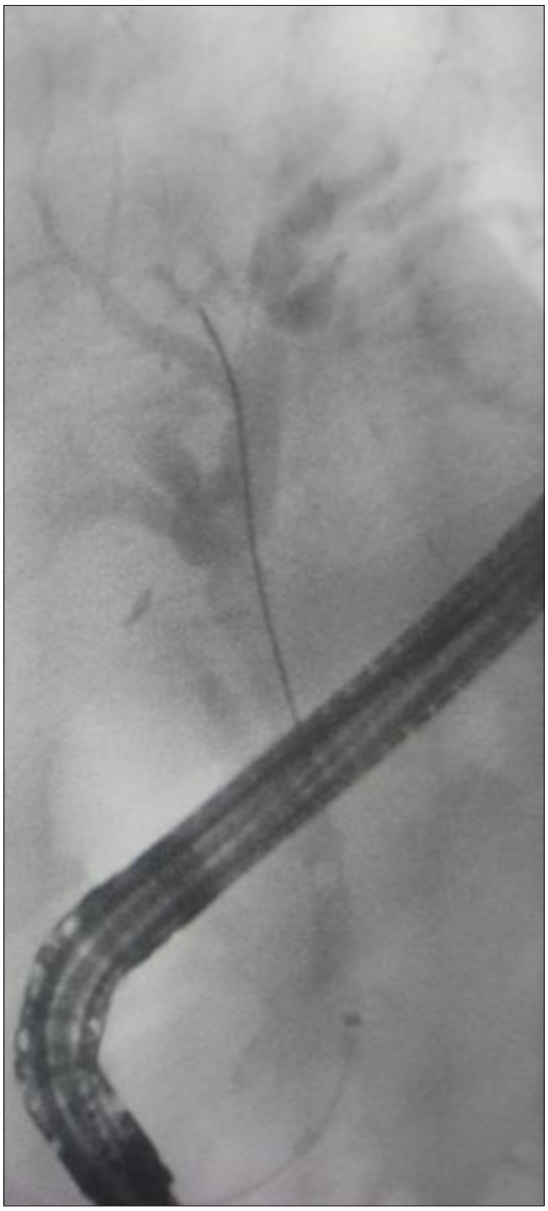
Anahtar kelimeler: mirizzi, duktal güdük, sarılık

Kayraklar

1- Safioleas M, Stamatakos M, Safioleas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Out experience with 27 cases. Int Semin Surg Oncol 2008;5:12-17.

2. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi Syndrome. Postgrad Med J 1997; 73: 487-490.

3- Safioleas M, Stamatakos M, Revenas C, Chatziconstantinou C, Safioleas C, Kostakis A. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature. World J Gastroenterol 2006; 12: 5579-5581.



Resim 1.



Resim 2.

Cerrahi

CEPS - 015

NADİR BİR OLGU: AMYANT HERNİ

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Amyand hernisi nadir görülen bir durum olup, fıtık kesesi içinde apendiks vermiformisin bulunması olarak tanımlanır. Kasık fıtığı olgularının yaklaşık %1'inde görülür. Erkeklerde kadınlara göre sık görülmekte olup Amyand hernilerin büyük çoğunluğu sağ inguinal bölgede, az bir kısmı ise sol inguinal bölgede yerleşim göstermektedidir (1). Bu bildiride kasık fıtığı nedeni ile opere edilen ve amyant herni görülen olgu sunulması amaçlanöıştır.

Olgu Sunumu: Sağ kasıkta ağrı, skrotumda öksürmekle daha da büyüyen şişlik, hassasiyet, gaz çıkarmada zorlanma şikayetiyle genel cerrahi polikliniğine başvuran 48 yaşında erkek hasta fizik muayene ile sağ indirekt inguinal herni tanısı konularak gerekli hazırlıklar sonrasında elektif şartlarda operasyona alındı. Eksplorasyonda Spermatik kordun anteromedialinden indirekt herni kesesi bulundu. Herni kesesi skrotumun içindeydi. Skrtoumdan ayrıldı. herni kesenin içinde çekum ve ince barsaklar görüldü. Barsaklar herni kesenin içinde yapışıktı. Keskin ve künt diseksiyonlarla spermatik korddan ayrıldı. Apendiks herni kesesine yapışıktı ve ödemli, enflame olarak izlendi (resim-1). İntraoperatif olarak appendektomiye karar verildi. Apendektomi sonrası yüksek ligasyon ve schouldice yöntemi ile primer herni onarımı yapıldı. Hasta postop 2. Günde sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Amyand hernisinde tedavi yaklaşımları fıtık kesesi içinde bulunan apendiksin durumuna ve ek patoloji varlığına göre değişmektedir. Bu nedenle op öncesinde tanı tedavi stratejisini değiştirebilmektedir. Bilgisayarlı tomografi rutin olarak yapılmamakla birlikte kanal içerisinde normal veya inflame apendiks saptayarak tanı koydurucu olabilmektedir (1) sunulan olguda tanı sadece fizik muayene ile konulduğundan amyant herni tanısı intraoperatif olarak konuldu. Kese içinde bulunan apendiks eğer inflame ya da perfore ise en fazla kabul gören prosedür apendektomi ve aynı insizyon kullanılarak herni tamiri yapılmasıdır(2) . Apandisit bulgusu olmayan olgularda apendektomi uygulanması ise tartışmalıdır. Sunulan olguda apendiks ödemli ve enflame olduğu için apendektomi yapıldı. Amyand hernisinde komplike fıtık nedeni ile yapılan ameliyatlarda tedavi stratejisi değiştirecek patolojiler görülebilir. Bu nedenle, özellikle ileri yaşta kasık fıtığı tanısı ile ameliyat edilecek hastalarda, nadir görünen Amyand hernisi de akılda tutulmalıdır

Anahtar kelimeler: inguinal herni, amyant, apendiks

Kayraklar

1-Weber RV HZ, Kraal JG. Amyand's hernia: Etiologic and therapeutic implications of the two complications. Surg Rounds 1999;22:552-6.
2- Maizlin ZV, Mason AC, Brown C, Brown JA. CT findings of normal and inflamed appendix in groin hernia. Emerg Radiol 2007;14:97-100.



Resim 1.

Cerrahi

CEPS - 016

DEV KONDÜLOMA AKKÜMÜNATA (BUSCHKA LOWENSTEİN TÜMÖRÜ) PRİMER EKSİZYON İLE TEDAVİSİ

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Condyloma acuminatum, human papillomavirüs' (HPV) neden olduğu aşırı epitelyal hiperplazi ile karakterize bir hastalıktır. En sık genital, anal ve perianal bölgelerde tutulum gösterir. Anorektal bölgenin cinsel yolla bulaşan en sık enfeksiyonudur [1]. İnsidans oranı genel popülasyonda %0,1'dir [2]. Bu bildiride anal kanalda tıkanmaya ve akıntıya neden olgu sunumu amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Yaklaşık 1 yıldır oturmada güçlük, makatta yanma, ağrı ve pis kokulu akıntı şikayetleri olan hasta kliniğimize başvurdu. FM de perianal bölgeyi 360 derece dolduran anal kabalın geçişini daralatan pis kokulu akıntıya neden olan karnabahar şeklinde dev kondüloma akümnata mevcuttu. Yine penis kökünde ve penis dorsal yüzde uyluk bölümünde en büyüğü 1 cm olan multpl kondülomlar mevcuttu. Hasta hazırlıklar sonrasında ameliyata alınarak litotomi pozisyonunda yapılan muayenede lezyonun mukozal tabakada kaldığı anal kanal içine prorüde olmadığı yine anal kanalda muskuler tabakanın salim olduğu gözlendi(Resim1). Ve lezyon submukazal negatif sınır olacak şekilde eksize edildi. Açık kalan anal mukoza cilde gelecek şekilde primer onarıldı (Resim-2). Hasta postop 4. Gün sorunsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu kondüloma akkümünata ile uyumlu geldi.

Tartışma ve sonuç: Condyloma acuminatum, cinsel yolla bulaşan ve malignleşme özelliği olabilen Human Papilloma virüsünün neden olduğu iyi huylu bir hastalıktır. HPV bulaşında eşcinsellik, kötü genital hijyen, kronik genital enfeksiyonlar ve çok eşlilik risk faktörleri olarak kabul edilebilir. Özellikle büyük olan ki bizim vakada olduğu gibi bu lezyonlara Buschke-Löwenstein Tümörü (BLT) denir. BLT, kondiloma aküminatumun aşırı büyümesiyle gelişen ve malign transformasyon riski yüksek olan nadir görülen bir formdur [4] Condyloma acuminatum tedavisinde erken cerrahi rezeksiyon, BLT gelişimini engeller. Cerrahi yöntemin belirlenmesi için ameliyat öncesi BLT olgularında histopatolojik olarak malign bir dönüşüm olup olmadığı veya anal sfinkter kasları ve rektumun radyolojik ve endoskopik görüntüleme ile tutulup tutulmadığının belirlenmesi gereklidir.

Anahtar kelimeler: condyloma, buscka lowenstein

Kayraklar

[1] E. Balik, T. Eren, and D. Bugra, "A surgical approach to anogenital Buschke Loewenstein tumours (giant condyloma Case Reports in Surgery 3 acuminata)," Acta Chirurgica Belgica, vol. 109, no. 5, pp. 612– 616, 2009.
[2] K. I. Paraskevas, E. Kyriakos, E. E. Poulios, V. Stathopoulos, A. A. Tzovaras, and D. D. Briana, "Surgical management of giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor) of the ¨ perianal region," Dermatologic Surgery, vol. 33, no. 5, pp. 638– 644, 2007.
[3] A. Renzi, P. Giordano, G. Renzi, V. Landolfi, A. del Genio, and E. G. Weiss, "Buschke-Lowenstein tumor successful treatment ¨ by surgical excision alone: a case report," Surgical Innovation , vol. 13, no. 1, pp. 69–72, 2006.
[4] Q. D. Chu, M. P. Vezeridis, N. P. Libbey, and H. J. Wanebo, "Giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) ¨ of the anorectal and perianal regions: analysis of 42 cases," Diseases of the Colon and Rectum, vol. 37, no. 9, pp. 950–957, 1994



Resim 1.



Resim 2.

Özofagus – Mide – Duodenum

CEPS - 017

ÜST GİS KANAMASINA İLE BULGU VEREN DEV DUODENAL GİST

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimai tümörleridir. K IT (CD117)- pozitifliği ile birlikte diğer bazı histolojik özellikleri ile tanınırlar. En sık 50 yaşından sonra görülürler. Midede %60, jejenum ve ileumda %30, duodenumda %4-5, rektumda %4, kolon ve apendikste %1-2, özefagusta % 1'in altında görülür. Görülme sıklığı milyonda 10-20'dir.(1) Bu bildiride treitz ligamanın hemen proksimalinde tespit eilen duodenal gist olgusunu bildirmeyi amaçladık.

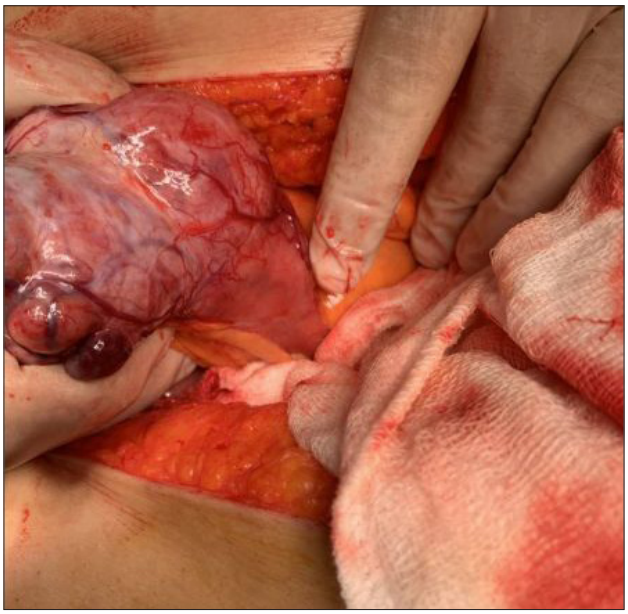
Olgu Sunumu: Özellikle yemek sonrası geç dönemde karın şişliği ve karın ağrısı şikayeti olan hastada daha önce 2 defa üst gis kanaması geçirmesine rağmen yapılan endoskopide herhangi bir şeye ratlanmamış bunun üzerine çekilen Oral+IV kontrastlı batın Bt sinde sol alt kadranda keskin sınırlı kistik dejenere santralinde yer yer kontrastlanan öncelikle mezenkimal kökenli olduğu düşünülen 92*76*74 mm çaplı kitle(GIST?) ve safra kesesinde taş tespit edilmesi üzerine hasta hazırlıklar sonrası operasyona alındı. yapılan incelemde safra keseinde taş ve duodenum 3. segment 4. segmenti arasında treitz ligamanının yaklaşık 5cm proksimalinde Yaklaşık 10cm çapında düzensiz sınırlı yer yer kistik yapılar içeren retroperitoneal alanda duodenumduvarından kaynaklanan ve duodenuma dıştan bası yapacak şekilde ekspansiyon gösteren tümöral kitle izlendi.diğer batın içi organlar normal olarak değerlendirildi. Hastada önce kolesistektomi gerçekleştirildi. Sonrasında Treitz ligamanının proksimalindeki duodenal anslar serbestleştirilerek temiz cerrahi sınır olacak şekilde duodenum rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz yapıldı (Resim1-2). Postop 5. Gün hasta sorunsuz taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu duodenum rezeksiyon materyali gastrointestinal stromal tümör ile safra kesesi materyali ise kronik kolesititle uyumlu geldi.

Tartışma ve Sonuç: GIST'ler, gastrointestinal sistemin en yaygın mezenkimal tümörleridir [2]. En sık mide ve ince bağırsakta bulunurlar. Yaygın olmayan bölgeler arasında kolon, rektum, yemek borusu ve hatta karaciğer ve mezenter bulunur. [3]. Duodenum, GIST için nadir görülen bir bölgedir. İnce bağırsak GIST'lerinin% 10-% 20'sini veya tüm GIST vakalarının yalnızca %3-5 ini oluşturur [4]. Duodenal GIST, boyut olarak küçük olduğunda genellikle asemptomatiktir ve herhangi bir semptoma neden olmadan büyük bir boyuta ulaşabilir. Tümör büyüdükçe değişken semptomatolojiye neden olur. En yaygın sunum kronik ve hafif veya ani ve masif olabilen gastrointestinal kanamadır. Ki bizim hastada 2 defa üst gis kanamasına neden olmuş. Bundan sonraki en yaygın prezentasyonlar abdominal rahatsızlık, ağrı ve şişliktir. Endoskopi bulguları normal olan Üst gis kanaması olan hastalarda sistemik taramanın ve duodenal kitlelerin varlığı unutulmamalıdır.

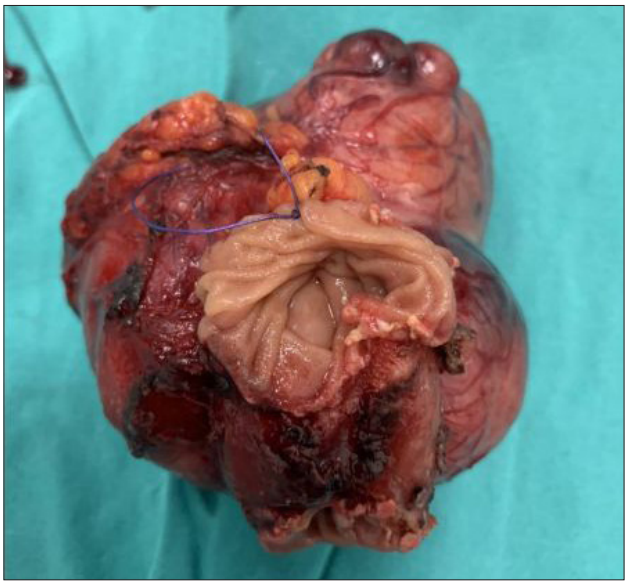
Anahtar kelimeler: duodenum, gist, üst gis kanaması

Kayraklar

1. Connolly EM, Gaffney E, Reynolds JV. Gastrointestinal stromal tumors. Br J Surg. 2003;90:1178–1186. doi: 10.1002/bjs.4352. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Pidhorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: Current diagnosis, biologic behaviour and management. Ann Surg Oncol. 2000;7:705–712. doi: 10.1007/s10434-000-0705-6. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Hayashi Y, Okazaki T, Yamataka A, Toshihiro Y, Yamashiro Y, Tsurumaru M, Kajiyama Y, Miyano T. Gastrointestinal stromal tumor in a child and review of the literature. Pediatr Surg Int. 2005;21:914–917. doi: 10.1007/s00383-005-1511-9. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Miettinen M, Kopczynski J, Makhlouf H, Sarlomo-Rikala M, Gyorffy H, Burke A, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal Stromal Tumors, intramural Leiomyomas, and Leiomyosarcomas in the Duodenum. Am J Surg Path. 2003;27:625–641. doi: 10.1097/00000478-200305000-00006.



Resim 1.



Resim 2.

Özofagus – Mide – Duodenum

CEPS - 018

İNSİDENTAL OLARAK TANI KONULAN DEV DUODENAL GİST

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

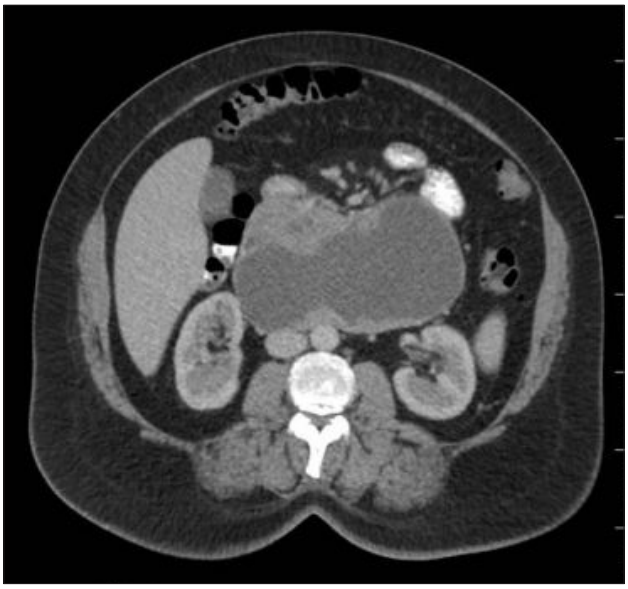
Olgu Sunumu: Herhangi bir karın ağrısı şikayeti olmayan 57 yaşında bayan hasta nöroşirürji kliniğinde disk hernisi nedeni ile tedavi edilirken çekilen BT görüntülerinde duodenumda Duodenum 3. kıtası posterior komşuluğunda 14x8 cm boyutta , santral kesimde geniş kistik-nekrotik alanlar içeren periferinde kontrastlanan solid alanlar da bulunduran semisolid lezyon izlendi (GİST?) izlenmesi üzerine kliniğimize refere edildi (Resim-1). Hastanın fizik muayene bulgusunda özellik yok. Laboratuar bulgularında özellik yok. Gastroskopisinde antrumda minimal gastrit izlenen hasta gerekli hazırlıklar sonrasında ameliyat alındı. Retroperitoneal bölgede duodenum 3. ve 4. kıtasında invaziv tutulum gösteren, solid-kistik komponentlwer içeren, vena cava inferiora uzanım gösteren yaklaşık 10cm çapında sert fikse tümöral kitle izlendi (Resim-2). Treitz ligamanından itibaren retroperitoneal duodenum ansı serbestleştirildi. Tümörün yaklaşık 3 cm proksimalinden jejunumun proksimal 5 cm lik ansına kadar tüm duodenum rezeke edildi. Jejunum ve duodenum arasına uç uca anastomoz yapıldı. Postoperatif 5. Günde hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Patoloji sonucu GİST ile uyumlu geldi.

Tartışma ve Sonuç: GİST ler genelde kanama, obstrusiyon gibi klinik tablolar oluşturarak yapılan tetkikler sonucunda teşhisi konan tümörlerdir(2). Bizim hastamızda insidental olarak çekilen BT sonucunda tanı konulmuştur. Kitle büyük olmasına rağmen herhangi bir klinik semptoma neden olmamıştır. GİST lerin primer tedavisi cerrahi olup patolojik evrelemesine göre kemoterapi tedaviye eklenmektedir. Bizim hastamızdada cerrahi sonrası onkolojiye yönlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: duodenum, gist

Kayraklar:

1. Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors. Reappraisal of histogenesis. Am J Surg Pathol. 1983;7:507–519. doi: 10.1097/00000478-198309000-00001.
2. Corless CL, Barnett CM, Heinrich MC. Gastrointestinal stromal tumours: origin and molecular oncology. Nat Rev Cancer. 2011;11:865–878.



Resim 1.



Resim 2.

Cerrahi

CEPS - 019

YABANCI CİSİM İZLENİMİ VEREN KALSİFİYE MEZENTERİK KİST

Oruç Numan Gökçe, Şükrü Taş
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: Karın içerisinde etiyolojisi bilinmeyen kalsifiye mesenterik kistlerin yaygınlığı bilinmemektedir. Bazen direk grafilerde yada çekilen tomografi kesitlerinde kalsifikasyon oranlaına bağlı olarak görüntü verebiliriler(1). Bu bildiride özellikle laparatomi öyküsü olan kadın hastada çekilen ADBG ve bilgisayarlı tomografide yabancı cisim görüntüsü veren kalsifiye mesenterik kist olgusu sunmayı amaçladık

Olgu Sunumu: 16 yıl önce sezeryan öyküsü olan ve ara ara şiddetli olmayan karın ağrısı şikayeti olan 48 yaşındaki kadın hastaya çekilen bilgisayarlı tomografi (resim-1-2) Pelvik sol yarımında batın içi mezenterik yağ dokuda metalik yabancı cisim görünümü olması üzerine hasta preopterif hazırlık sonrası ameliyata alındı. Yapılan explorasyonda daha çok batın sol alt kadranda ince barsak mezosunda yaklaşık 1cm çapında sert kalsifiye odak ve çevresinde 1cm lik alanda mezo tarafından yapılmış kist duvarı görüldü. Kist omentumdan serbestleştirilerek eksize edildi. Postoperatif 1. Günde hasta sorunsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu kalsifiye mesenterik kistle uyumlu geldi.

Tartışma ve Sonuç: Özellikle laparatomi öyküsü olan hastalarda insidental olsada çekilen direk grafilerde yada bilgisayarlı tomografilerde bizim olguda olduğu gibi yabancı kinik bulgu vermeyen ve tesadüfen yakalanan yabancı cisimler sık gözlenen bir durumdur. Herhangi bir klinik bulgu vermediğinde hastanın izlenmesi önerilir(2). Klinik olarak semptomatik olanlar ise uygun cerrahi girişimle çıkarılması ve varsa oluşturduğu komplikasyonun onarımını gerektirir. Sunduğumuz vakada olduğu bazen yabancı cisim olarak yoğun kalsifiye kistlerin varlığıda akılda tutulmalıdır. Böylece negatif laparatomiden kaçınılmış olunabilir.

Anahtar kelimeler: yabancı cisim, mesenterik kist

Kayraklar

1- Chang YJ, Chao HC, Kong MS, Lai MW. Clinical analysis of disc battery ingestion in children. Chang Gung Med J 2004;27(9):673–677.
2- Singh AK, Levenson RB, Gervais DA, Hahn PF, Kandarpa K, Mueller PR. Dropped gallstones and surgical clips after cholecystectomy: CT assessment. J Comput Assist Tomogr 2007;31(5):758–762



Resim 1.



Resim 2

İnce Bağırsak

CEPS - 020

PRİMER SENKRONİZE MULTİPL İNCE BARSAK TÜMÖRÜ VE İNVAGİNASYON

Şükrü Taş, Oruç Numan Gökçe
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Olgu sunumu: Karın ağrısı bulantı kusma şikayetleri kliniğimize başvuran hastaya çekilen bilgisayarlı tomografide ince barsakta yaklaşık 4 cm'lik bir segmentte 1,3 cm'ye ulaşan duvar kalınlaşması ve burada ince bağırsak segmentinin iç içe geçtiği (invaginasyon?) izlendi (ince barsak CA ?). Proksimal ince barsak segmentlerinde 36 mm'ye ulaşan dilatasyon izlenmektedir (ileus). Diğer laboratuar bulguları normal olan hasta hazırlıklar sonrası ameliyata alındı yapılan explorasyonda Treitz ligamanından itibaren 40. cm de yaklaşık 1,5 cm çapında sert düzensiz sınırlı tümö-

ral kitle, 130. cm ve 160. cm de olmak üzere iki ayrı tümöral kitle ve bu kitlelere bağlı ince barsak anslarında invajine alan gözlendi (Resim 1-2). İnvajine alanları içerine alacak şekilde proksimal ve distalden 10cm uzaklıktan 120. Ve 170. cm arasındaki ince bağırsak ansı rezeke edildi. Uçuca anastomoz yapıldı. Treitzden sonra 40. cm deki ansta bulunan kitle ise barsak anslarının ileri derecede dilate olması ve buradaki ansın çok proksimalde olması üzerine negatif sınır olacak şekilde wedge rezeksiyon ile çıkarıldı. Hasta postop 6. Günde sorunsuz taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu malign epitelyal tümör olarak rapor edildi.

Tartışma ve sonuç: Adenokarsinomlar , primer ince bağırsak tümörlerinin en yaygın görüleni olup ince bağırsak kanserlerin% 40'ını oluştururlar. Adenokarsinom ince bağısaklarda en sık duodenum ve proksimal jejunumdur görülür. Ki bizim hastada tümörler jejunal anslarda idi.(1) Adenokarsinomlar polipoid, infiltre edici veya skiröz tarzda olabilir (1). Duodenal adenokarsinomlar genellikle polipoid veya çıkıntılı bir görünümle daha sınırlıdır (Şekil 3). Tersine, jejunal veya ileal lezyonlar bağırsak duvarının çevresel tutulumu ile daha büyük, halka şeklindeki, daraltıcı tümörler olma eğilimindedir. Normalde nadir olarak görülen ince bağırsak tümörleri genelde klinik vermeyene kadar tanı konulmaları zordur. Bu tümörler genel olarak kanma, bağırsak tıkanıklıkları yada büyükse bası semptomları ile semptomatik hale gelirler. Bizim hastada lümen içerisindeki kitlenin invaginasyona neden olması ile gelişen ileus tablosu mevcuttu. Multipl adenokarsinomlu hastalarda standardize edilmiş bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. (1) Tanı için özellikle çok kesitli bilgisayarlı tomografi ve mr önemlidir. Bizim vakayı anlamlı kılan ince barsak tümörlerinin senkron olarak multipl olması (3adet) ve bunların ikisinin ayrı ayrı inavaginasyona neden olarak klinik tablo oluşturmasıydı.

Anahtar kelimeler: senkronize tümör, invaginasyon

Kayraklar

1- Sammartino P., Sibio S., Di Giorgio A., Caronna R., Viscido A., Zippi M., Biacchi D., Accarpio F., Mingazzini P., Caprilli R. Two synchronous adenocarcinomas of the small bowel in a patient with undiagnosed Crohn's disease of the terminal ileum. Int. J. Colorectal Dis. 2006;21:388–391



Resim 1.



Resim 2.

Cerrahi

CEPS - 021

NADİR BİR NÖROENDOKRİN TÜMÖR YERLEŞİMİ: EKSTRAHEPATİK SAFRA YOLU

Orhan Aras, Salih Can Çelik, Mazlum Yavaş, Rıdvan Yavuz, Özgür Palaz Ali, İsmail Gömceli

Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ekstrahepatik safra kanallarının nöroendokrin tümörleri (NET'ler) ilk olarak 1961 tarihinde Pilz E. tarafından tanımlanmış olup literatürde son derece nadir rastlanmaktadır (1).Tüm nöroendokrin tümörlerde yapılan değerlendirmede ekstrahepatik safra yolu yerleşim oranı %0.1-0.4 arasındadır(2). Preoperatif tanı genellikle nadir konulmakta olup (3) bizde preoperatif şüphelenerek ameliyata aldığımız hastamızı sunmak istedik.

Olgu: 66 yaşında bayan hastaya karın ağrısı şikayeti ile yapılan ultrasonografide safra kesesi anterior komşuluğunda 2*3 cm lik lenfadenopati ön tanılı kitle saptandı. Hipertansiyon dışında ek hastalığı ve abdominal cerrahi hikayesi olmayan hastanın yapılan muayenesinde özellik olamamakla beraber kan laboratuvar değerlendirmesinde de özellik saptanmadı. İntravenöz ve oral yolla verilen kontrast madde sonrası çekilen trifazik dinamik tomografide hastanın safra kesesi komşuluğunda ortası nekrotik görünümlü lenfadenopati ön tanılı kitle saptandı (Resim 1 ve 2). Laparoskopik eksplorasyon neticesinde distal koledok kaynaklı kitle olduğu fark edilen hastaya açık cerrahi prosedür ile kolesistektomi,koledok rezeksiyonu ve hepatoduodenal lenf nodu eksizyonu uygulandı. Hepatik bifurkasyon ve duodenum hizasından yapılan safra kanal rezeksiyonunda frozen patolojik inceleme ile temiz cerrahi sınırlar teyit edilip hepatikojejunostomi uygulanarak rekonstrüksiyon sağlandı.Ameliyattan 6 gün sonra sorunsuz olarak taburcu edilen hastanın patoloji raporu grade 2 nöroendokrin tümör olarak raporlandı.

Tartışma: NET'ler karakteristik histolojik, klinik ve biyolojik özelliklere sahip tümörlerdir. Fonksiyon gösteren hücrelerden oluşabilmekle beraber non fonksiyonel hücrelerden de oluşabilmektedirler. En yaygın olarak serotonin, gastrin, somatostatin, vazoaktif bağırsak polipeptidi, glukagon ve insülin olmak üzere çok sayıda hormonal madde ve vazoaktif peptit salgılama kabiliyetine sahiptirler. Bununla birlikte, ekstrahepatik safra kanalı NET'leri nadiren fonksiyonel olmaktadır. Ekstrahepatik safra kanalı NET'lerinin endokrin doğası, saptanabilir serum belirteçlerinin olmaması ve hormonal semptomların olmaması nedeniyle genellikle ameliyat öncesi teşhis edilemezler. Teknolojik gelişmelere ve birçok tanısal görüntüleme yönteminin varlığına rağmen, preoperatif tanı zordur çünkü bulgular diğer biliyer malignitelere benzerdir (4).

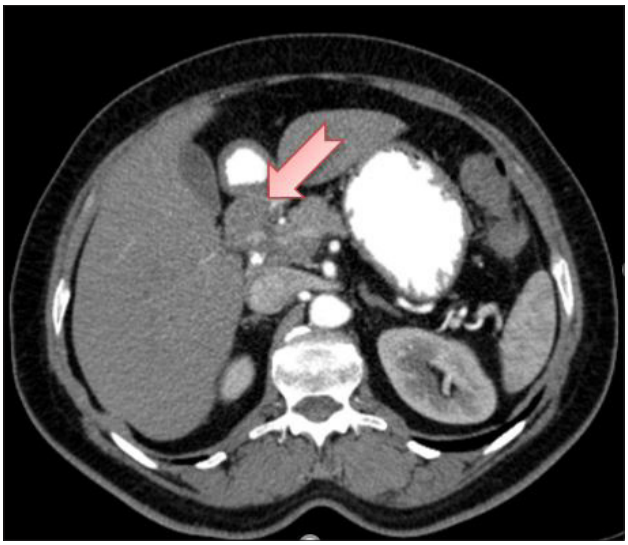
Ekstrahepatik safra kanalı NET'leri yavaş büyür ve agresif cerrahi rezeksiyon tek küratif tedavi olarak kabul edilir (5). Bu hastalarda görüntüleme yöntemleri ile şüphenilen olgularda minimal invaziv cerrahi yöntemleri tanı ve tedavide önemli yer almalıdır. Olgumuzda da şüphe üzerine yapılan cerrahi işlem ile hasta sorunsuz olarak tedavi edilmiştir.

Sonuç: Ekstrahepatik safra kanalı NET'lerine, nadir olmaları, saptanabilir serum belirteçlerinin olmaması ve hormonal semptomların olmaması nedeniyle preoperatif tanı koymak zordur. Uzun dönem sonuçları iyi olan tek küratif tedavi agresif cerrahi rezeksiyondur.

Anahtar kelimeler: Nöroendokrin tümör, ekstrahepatik safra yolları,hepatikojejunostomi

Kayraklar

1.Pilz E. Uber ein karzinoid des ductus choledocus. Zentralbl. Chir. 1961;86:1588–1590.
2. Modlin I.M., Lye K.D., Kidd M. A 5-decade analysis of 13,715 carcinoid tumors. Cancer. 2003;97:934–959.
3. Tsuyoshi Abe, Azuma Nirei, Nobuyasu Suzuki, Yukitoshi Todate, Ayaka Azami, Mitsuru Waragai, Atai Sato, Yoshinao Takano, Noriyuki Nishino, Hideo Sakuma and Yasushi Teranishia Neuroendocrine tumor of the extrahepatic bile duct: A case report Int J Surg Case Rep. 2017; 40: 6–9. doi: 10.1016/j.ijscr.2017.09.001
4.Nickos M., Theodossis S.P., Georgia K., Ioannis P., Spiros T.P., Ioannis K. Neuroendocrine tumors of extrahepatic biliary tract. Pathol. Oncol. Res. 2014;20:765–775.
5. Walter T., Brixi-Benmansour H., Lombard-Bohas C., Cadiot G. New treatment strategies in advanced neuroendocrine tumours. Dig. Liver. Dis. 2012;44:95–105.



Resim 1. Safra kesesi ön yüz komşuluğunda ortası nekrotik kitle



Resim 2. Safra kesesi ile duodenum 2. kıta arasında ortası nekrotik kitle

Cerrahi

CEPS - 022

PANKREASIN ADENOSKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU: NADİR BİR PANKREATİKODUODENEKTOMİ OLGUSU

Orhan Aras, Rıdvan Yavuz, Özgür Palaz Ali, İsmail Gömceli

Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Pankreasın adenoskuamöz karsinomu (ASC) nadir görülen bir malignitedir. ASC, duktal adenokarsinom ile karışık en az % 30 malign skuamöz hücreli karsinom olarak tanımlanır (1). Yapılan çalışmalarda tüm pankreas karsinom patolojilerinin sadece % 0.4 'ünü oluşturmaktadır(2). Normal pankreas dokusunda benign skuamöz epitel bulunmadığından (3), bu histolojik alt tipin neden var olduğuna dair çeşitli teoriler mevcuttur. Tanımlanan başlıca risk faktörleri tütün ve alkol tüketimi, kronik pankreatit, ABO kan grubu ve BRCA2, PALB2, ATM ve p53 gibi bazı genetik yatkınlıklardır. Nadir oldukları için bu tümörleri teşhis etmek zor olabilir (4). Bilinen en büyük vaka çalışması, ASCP'li 415 hastanın % 79'unun Kafkasyalı olduğunu göstermiştir. 5 yıllık genel sağkalımı kötü olan pankreas adenokarsinomu ile karşılaştırıldığında, ASCP'li hastalarda sağkalım daha kötüdür (5).Bu nadir ve atipik pankreatikoduodenektomi patoloji olgusunu sizlerle paylaşmak istedir.

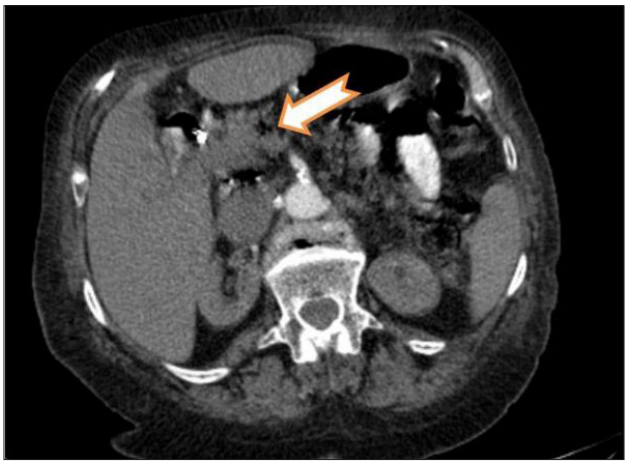
Olgu: 65 yaşında sarılık şikayeti ile acil servise başvuran bayan hastanın yapılan tetkileri sonrası hiperbilürübinemi ve ateş tespit edilmiş olup kolanjit ön tanısı ile gastroenteroloji kliniğine interne edildi. Yapılan tetkiklerinde ampulla vateri kökenli olduğu düşünülen obstrüksiyona sebep olan kitle tespit edildi (Resim 1). Kolanjit tanısı olan ERCP ile plastik stent yerleştirilen hasta 24 gün sonra ameliyata alındı. Whipple prosedürü uygulanan hastanın 2 gün yoğun bakım yatışı oldu. Grade B fistül gelişen ve antibiyoterapi değişimi sonrası 7. gün oral başlanan hasta postoperatif 17. gün önerilerle taburcu edildi. Patoloji raporunda %50 skuamöz morfolojiye sahip tümör periampuller bölge adenoskuamöz karsinom olarak raporlandı.Hasta tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Tartışma: Pankreasın ASC'si, tam olarak anlaşılmamış bir patofizyolojisi olan nadir bir malignitedir. ASC genellikle zayıf bir şekilde ayırt edilir ve pankreas adenokarsinomundan daha agresif bir davranışla karakterize edilir. Benzer klinik patoloji özelliklerine sahip diğer pankreas malignitelerinden ayırıcı tanı önemlidir ve bu vaka raporu, ProCore endoskopik ultrason iğneleri ile ince iğne aspirasyon biyopsisinin faydasını vurgulamaktadır. Sonraki aile taraması için BRCA mutasyon testi aranabilir. Bu tümörlerin prognozu, cerrahi rezeksiyon vakalarında bile çok zayıf kalır(6). Preoperatif tanı konulması durumunda bizim hastamızda da olduğu gibi büyük boyutlarda kitlelerle karşılaşılacağı ve kötü prognozu olduğu unutulmamalıdır. Cerrahi tedavi öncesi tıbbi onkoloji ile multidisipliner değerlendirilmeli ve neoadjuvan tedaviler düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Pankreatikoduodenektomi, adenoskuamöz karsinom, periampuller tümör

Kayraklar

1. Boyd CA, Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Cooksley CD, Riall TS. 415 patients with adenosquamous carcinoma of the pancreas: a population-based analysis of prognosis and survival. J Surg Res. 2012;174:12-19.
2. Katz MHG, Taylor TH, Al-Refaie WB, et al. Adenosquamous versus adenocarcinoma of the pancreas: a population-based outcomes analysis. J Gastrointest Surg. 2011;15:165-174.
3. Kardon DE, Thompson LD, Przygodzki RM, Heffess CS. Adenosquamous carcinoma of the pancreas: a clinicopathologic series of 25 cases. Mod Pathol. 2001;14:443-451.
4. Borazanci E, Millis SZ, Korn R, et al. Adenosquamous carcinoma of the pancreas: molecular characterization of 23 patients along with a literature review. World J Gastrointest Oncol. 2015;7:132-140.
5. Kovi J. Adenosquamous carcinoma of the pancreas: a light and electron microscopic study. Ultrastruct Pathol. 1982;3:17-23.
6. Hélène Del Arco, Camille Chakiba-Brugère, Laura Salabert, and Dominique Béchade Adenosquamous Carcinoma of the Pancreas Clin Med Insights Oncol. 2019; 13: 1179554919886587.



Resim 1. Pankreas baş kısmında 5*5 cm lik solid kitle

Cerrahi

CEPS - 023

PANDEMİ SÜRECİNİN TÜMÖR PROGRESYONUNA ETKİSİ

Şükrü Taş, Ouç Numan Gökçe, Efe Karayiğen

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.d.

Giriş: COVID-19 aralık 2019 da çinde tanı knulduktan sonra hızlı bir şekilde tüm dünyaya yayılarak pandemiye neden oldu(1). Pandemi nedeni ile alınan tedbirler sonucu hayat yavaşladı, karantina durumları ortaya çıktı. Ülkemizde de mart 2020 tarihinden sonra kısıtlamalar başladı. bu kısıtlamalar sonucu hastaneye pandemi öncesi(PÖ) yedi ay ve pandemi sonrası(PS) yedi ay kliniğimizde tedavi alan tümör hastalarının evrelerini inceleyerek pandeminin tümör evresi üzerine etkisini inceledik.

Materyal metod: Çanakkale ilinde tek eğitim ve araştırma hastanesi olan hastanemiz 27 mart tarihinde pandemi hastanesi olarak görev yapmaya başladı. Bizde bu tarihi milat olarak kabul edip bu tarihten 7 ay önce ve 7 ay sonra kliniğimize başvuran tüm tümör vakaları çıkarılarak evreleri belirtildi bunlar ileri evre lokal ileri evre ve operabl olarak sınıflandırıldı lokal ileri evre ve ileri evre olanlar progrese olmuş olarak değerlendirildi. Ve tüm veriler tablo-1 ve tablo-2 de özetlendi.

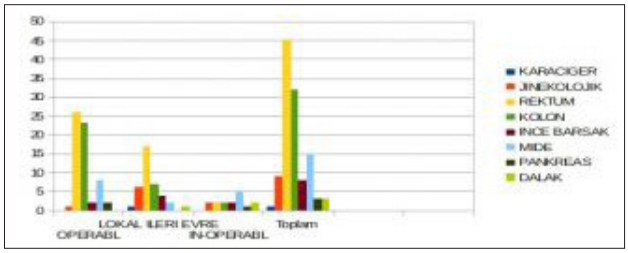
Tartışma ve sonuç: Kliniğimize başvuran PÖ tümör vakalarının(n:116) %53.5'i operabl iken PS başvuranların(N:87) %39,1'i operabl olarak değerlendirildi. PS vaka sayılarının daha az görülmesinin nedeni ise hastanemizin 75 gün sadece COVİD-19 lu hastalara hizmet etmesi olarak değerlendirildi. Tablolar değerlendirildiğinde kolon, rektum, mide ve pankreas tümörlerinde hastalar genelde ilerlemiş olarak kiliniğimize başvurmuştur. (tablo1-2). Pandeminin yaşamın tüm evrelerini etkilemesinin bir sonucu olarak ilerleyen zamanlarda daha fazla inoperabl tümörlerle kaşılaşmamızın kaçınılmaz olduğunu zaman gösterecektir.

Anahtar kelimeler: COVİD, tümör, progresyon

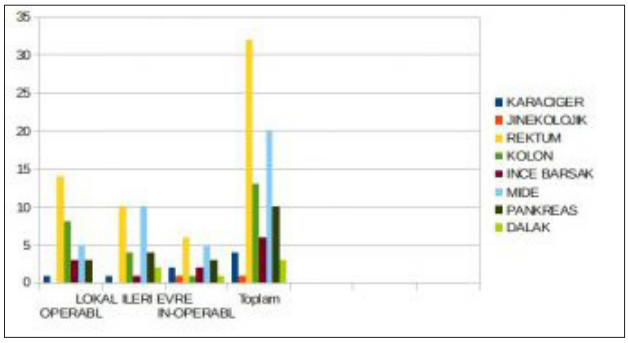
Kayraklar

1-https://www.euro.who.int/en/home

Tablo 1. Pandemi öncesi veriler



Tablo 2. Pandemi sonrası veriler



Pankreas

CEPS - 024

A RARE COMPLICATION OF NECROTIZING PANCREATITIS DUE TO TYPE 4 HYPERLIPIDEMIA ILEUS MIMICKING COLON TUMOR

Sami Benli, Habip Sarı

Mersin University Medical Faculty, Dept. Of Surgery

Background: Acute pancreatitis develops as a result of the premature activation of pancreatic enzymes and manifests as abdominal pain and elevated pancreatic enzymes. The causes of acute pancreatitis are most frequently gallstones and alcohol, but another cause can be hypertriglyceridemia. Hypertriglyceridemia is responsible for approximately 1–4% of acute pancreatitis cases; serum triglyceride levels over 1000 mg/dL may trigger an attack of acute pancreatitis. Acute pancreatitis may develop when triglyceride levels reach 500–1000 mg/dL.

Case presentation: Colonic ileus was detected as a result of advanced radiological examinations in a 61-year-old male patient who presented to the emergency department with complaints of abdominal pain, abdominal swelling, gas, stool, and colonic tumor was considered as a preliminary diagnosis. There are familial episodes of pancreatitis due to type 4 hyperlipidemia in the patient's past medical history. As a result of expansion, it was observed that inflammation due to pacreatic necrosis constricted the transverse distal of the colon. Subtotal colectomy, end ileostomy and pancretatic debridement were performed on the patient. The patient was discharged on the 8th postoperative day with approximately 40 cc pancreatic fistula.

Conclusion: AP is a life-threatening inflammatory disorder of the pancreas which can be reversed. Although HTGP is the third most common form of pancreatitis after alcohol and gall stones, overall this disorder is quite rare. This results in the available information being sparse and the limited number of patients in the studies not allowing for generalization. Due to the absence of specific treatment guidelines for HTG AP, the HTGP patients are treated similarly to AP patients of other etiologies.

Key words: Hypertriglyceridemia, Necrotizing Pancreatitis, Type 4 Hyperlipidemia

References

1. Fortson MR, Freedman SN, Webster PD III. Clinical assessment of hyperlipidemic pancreatitis. Am J Gastroenterol 1995; 90:2134–2139.
2. Toskes PP. Hyperlipidemic pancreatitis. Gastroenterol Clin North Am 1990; 19:783–791.
3. Kota SK, Kota SK, Jammula S, et al. Hypertriglyceridemiainduced recurrent acute pancreatitis: a case-based review. Indian J Endocrinol Metab. 2012;16:141–3.
4. C. L. Linares,A. L. Pelletier, S. Czernichow et al., "Acutepancreatitis in a cohort of 129 patients referred for severehypertriglyceridemia," Pancreas, vol. 37, no. 1, pp. 13–22, 2008.
5. Anderson F, Thomson SR, Clarke DL, et al. Dyslipidaemic pancreatitis clinical assessment and analysis of disease severity and outcomes. Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol. 2009;9:252–7
6. L.-H. Deng, P. Xue, Q. Xia, X.-N. Yang, and M.-H.Wan, "Effectof admission hypertriglyceridemia on the episodes of severeacute pancreatitis," World Journal of Gastroenterology, vol. 14,no. 28, pp. 4558–4561, 2008.
7. Berger Z, Quera R, Poniachik J, et al. Heparin and insulin treatment of acute pancreatitis caused by hypertriglyceridemia. Experience of 5 cases. Rev Med Chil. 2001; 129(12): 1373-8.
8. European Agency Backs Approval of a Gene Therapy. July 20, 2012.
9. Yeh JH, Chen JH, Chiu HC. Plasmapheresis for hyperlipidemic pancreatitis. J Clin Apheresis. 2003; 18(4): 181-5.



Figure 1. Collection due to pancreatic abscess causing narrowing of splenic flexure

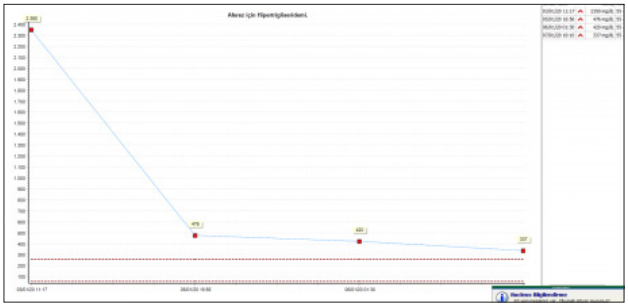


Figure 2. The patient's triglyceride levels

YAZAR DİZİNİ

A

Abbasov, Zeka 40
Abishov, Gündüz 44
Abiyev, Azer 40
Acar, İsmail 11
Acar, Şencan 102, 103, 104
Adalı G 50
Adalı, Gupse 23, 83
Adam, Siad Muhammed 69
Adanır, Haydar 78
Aday, Ulaş 129
Ağaoğlu, Nihat Buğra 98
Ahmed, Melin Aydan 51
Akan, Kübra 65
Akarca, Ulus Salih 74
Akarsu, Mesut 48, 68
Akay, Ebru 71
Ak, Çağatay 34, 83, 98
Akça, İlhan Asude 44
Akdoğan, Meral 30, 45, 117, 136
Akdoğan, Remzi Adnan 98, 99, 102
Akgül, Ömer Lütfi 121, 127
Akıncı, Devrim 33, 35
Akın, Mete 78, 80
Akkaya, Zeynep Kahyaoğlu 103
Akkuzu, Mustafa Zanyar 9, 69, 70, 71, 76
Akoğlu, Musa 33
Akpınar, Hale 101
Akpulat, Faik Veysel 129
Akyüz, Cüneyt 132
Akyüz, Filiz 2, 16, 42, 51
Alahdab, Yeşim Özen 2
Albayrak, Bülent 75
Albayrak, Fatih 75
Alı, Gülçin Akkavak Palaz 125
Alı, Ozgkıour Palaz 124, 125, 134
Ali, Özgür Palaz 146, 163, 164
Altay, Canan 48
Altıntaş, Engin 9, 69, 70, 71, 76
Altundal, Kamile 83
Aras, Orhan 126, 146, 163, 164
Arıcı, Fatih Necip 27, 82
Arı, Derya 30, 45, 117
Arslan, Serkan 81
Artan, Reha 66
Aslan, Muhammed Zübeyir 21
Aslanov, Seymur 74
Aşut, Elife 27
Ateş, Fehmi 9, 69, 70, 71, 76
Atuğ, Özlen 2
Avcıoğlu, Ufuk 85
Avul, Sercan 25
Ayar, Şefika Nur 29
Aydın, Ferzan 9, 69, 70, 71, 76
Aydın, Gökhan 98, 99, 102
Aydın, Mesut 46
Aydın, Osman 136, 137
Aydoğan, Hüseyin 102
Aykut, Hüseyin 83, 98
Ayrancı, Esma Ünal 91
Ayvaz, Deniz Nazire Çağdaş 29
Ayyıldız, Talat 85, 90, 91, 97, 109, 110

B

Baca, Bilgi 115
Bacaksız, Ferhat 30, 47
Balaban, Yasemin 29
Balcı, Hatice Rızaoğlu 9, 69, 70, 71, 76
Barbur, Erol 52, 56, 58
Baş, Arzu Okyar 13
Baş, Berk 90
Başpınar, Batuhan 113
Baştürk, Ahmet 66
Baykal, Özlem 44
Baykal, Rıza Gökhan 107
Bayramiçli, Oya Uygur 11
Bayram, Mehmet 19
Bektaş, Ahmet 85
Bektaş, Mehmet 53
Bengi, Göksel 48
Benli, Sami 141, 165
Beşışık, Fatih 2, 16, 42, 51
Beşli, Şevval 52
Beyazal, Hatice 102
Bilgen, Ali 68
Bilgiç, Nermin 83
Bilgi, Selçuk 115
Bircan, Recep 139
Boğa, İlker 13
Bor, Serhat 3, 11, 15, 93
Bostancı, Erdal Birol 33, 45, 136, 137, 138
Boynukara, Can 52, 56, 58
Bozgeyik, Murat 140
Boztaş, Güngör 43
Bulur, Atilla 36
Bulur, Oktay 77
Buyruk, Abdullah Murat 4

C

Canbak, Tolga 83
Canbaz, Hakan 140, 142
Can, Güray 49
Cankurtaran, Mustafa 13
Cesur, Selcan 80
Coşkun, Nurettin 80
Coşkun, Umut Safiye 26
Coşkun, Yusuf 21

Ç

Çağlıkülekçi, Mehmet 130
Çakar, Gözde Çakırsoy 104
Çalışkan, Zuhal 83
Çavuş, Bilger 2, 16, 42, 51
Çavuşoğlu, Çağatay 13
Çelikel Ç 50
Çelik, Ferit 16, 74
Çelik, Salih Can 146, 163
Çelmeli, Gamze 66
Çetinkaya, Ömer Arda 72
Çetinkaya, Züleyha Akkan 42
Çiçek, Bahattin 6, 33
Çiftçi, Türkmen 33
Çiyiltepe, Hüseyin 133
Çolak, Tahsin 141
Çolak, Yaşar 61, 65
Çürek, Yusuf 66

D

Dabak, Mustafa Reşat 11
Dağ, Muhammed Sait 8
Dalbaşı, Erkan 127
Danış, Nilay 44
Demirayak, Dilay 89, 92, 94, 96, 100, 108, 114
Demir, Baran 129
Demirbaş, Fatma 8
Demir, Kadir 2, 16, 42, 51
Demir, Selin Çakmak 51
Demir, Şevin 11
Demirtaş C 50
Demirtaş, Coşkun Özer 5, 88
Dengeşik, Emrullah 79
Deniz, Kemal 77
Derebey, Murat 139
Dinçer, Dinç 78
Dirik, Yaren 46
Dişibeyaz, Selçuk 6, 31, 33, 89, 92, 94, 96, 100, 108, 114
Dizen, Hayrettin 127, 128
Dizman, Gülçin Telli 44
Doğanavşargil, Başak 15
Doğanay, Hamdi Levent 83, 98
Doğancı, Melek 102
Doğan, Serkan 41, 57, 58, 71
Doğrul, Ahmet Bülent 38
Doğu, Burcu Balam 13
Dolar, Enver 95
Dolar, Mahmut Enver 12
Duman, Ali Erkan 79
Dumanlı, Serkan 40
Duman, Serkan 53
Durak, Muhammed Bahaddin 39
Dursun, Hakan 75
Duygulu, Mustafa Emre 97
Dülger, Ahmet Cumhur 46
Düzenli, Tolga 73, 87, 88
Düzgören, Zerrin 79

E

Ebik, Berat 47
Ekin, Nazım 47
Ellik, Zeynep Melekoğlu 53
Eminler, Ahmet Tarık 6, 30, 33, 35, 102, 103, 104
Erdat, Efe Cem 107
Erdoğan, Macide Deniz 71
Erel, Cansu 42
Eren, Fatih 95
Erenler, Behice Hande 73
Eren, Nihan 16
Erfan, Gamze 106
Ergenç İ 50
Ergenç, İlkay 2
Ergin, Erhan 46
Ergin, Mustafa 40
Ergün, Pelin 3, 15
Er, Ramazan Erdem 53
Ersoy, Özdal 13, 43

F

Farisoğulları, Bayram 15
Felek, Rasih 66
F, Gündüz 50
Fırat, Enes 57, 58, 71

G

Gedik, Ercan 129
Girgin, Rabia Burçin 62, 64
Gokcen, Pınar 23
Gökcan, Hale 30
Gökçe, Dilara Turan 30, 45, 117

YAZAR DİZİNİ

Gökçen P 50
Gökçe, Oruç Numan 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161
Gökçe, Ouç Numan 164
Gömceli, İsmail 146, 163, 164
Gönenç, Murat 115
Göral, Vedat 66, 67
Görgülü, Volkan 15
Güleç, Büşra 62
Güllüoğlu, Mine 51
Gül, Nurdan 16
Gülten, Macit 12, 80, 95
Gülümsek, Erdinç 21, 27, 82
Gülüzade, Emin 109
Gümüşay, Özge 26
Gümüşsoy, Mesut 53
Gündüz F 50
Günel, Nur Selvi 3
Günşar, Fulya 74, 100
Gürel, Selim 95
Gürsoy, Şebnem 77

H

Hacısalihoğlu, Payam 130
Hakan, Mehmet Tolgahan 2
Halil, Meltem Gülhan 13
Hamzaoğlu, Hülya 13, 106
Harmancı, Ayşegül Özakyol 89
Hülagü, Sadettin 25

I

Işık, Emine Göknur 2

İ

İçen, Yahya Kemal 21
İmanov, Ziya 2, 16, 42, 51
İnce, Deniz İnal 38
İnci, Aslı Kara 51
İnci, İsmail 51
İsbir, Selim 115

J

Jaiteh, Muhammed B 104
Jaiteh, Muhammed B. 105

K

Kacar, Sabite 6, 30
Kaçar, Sabite 45
Kafadar, Mehmet Tolga 129
Kahraman, Resul 34, 83, 98
Kalkan, Emra Asfuroğlu 19
Kalyoncu, Umut 15
Kandemir, Ayse Bengu 100
Kani, Haluk Tarık 2
Kani T 50
Kara, Banu 27, 82, 114
Karabulut, Ümit 81, 82, 86, 87
Karacaer, Cengiz 35, 102
Karadağ, Ömer 15
Karagöl, Şükriye Taşçı 10
Karakaya, İhsan Burak 132
Karaköse, Bengisu 107
Karaoğuz, Ezgi Tuğçe 93
Karasu, Zeki 74, 100
Karayiğen, Efe 149, 151, 152, 153, 154, 164
Karayiğit, Ahmet 127
Karçaaltıncaba, Muşturay 44
Kav, Taylan 13, 15, 24, 30, 35, 41, 43, 44, 104, 105, 107
Kaya, Bekir 87
Kayaçetin, Ertuğrul 113
Kaya, Muhsin 81, 86, 87
Kayhan, Burçak 44
Kaymakoğlu, Sabahattin 2, 16, 42, 51
Kazaz, Elif 107
Kefeli, Ayşe 26
Kekilli, Murat 40
Keskin, Metin 42
Keskin, Murat 25
Keskin, Onur 13, 15, 24, 30, 35, 38, 41, 43, 72, 73, 104, 105, 111
Keşkek, Mehmet 128
Ketenci, Yusuf Bünyamin 110
Kılıç, Ebru Tarıkçı 34, 98
Kılıç, Güner 40
Kılıç, Jehat 47
Kıpçak, Sezgi 3, 15
Kırımlıoğlu, Hale 52
Kıvrakoğlu, Fatih 28, 117
Kıyıcı, Murat 95
Kızıldağ, Çisem 27, 82
Koca, Hasan 21
Koca, Nizameddin 25
Koç, Elif Sitre 105, 106, 110, 116
Koç, Mevlüt 21
Korgan, Seray Çırkın 101
Koşar, Kenan 117
Kökdaş, Suleyman 124
Köker, İbrahim Hakkı 52
Köksal, Aydın Şeref 6, 30, 33, 35, 38, 102
Kösekli, Mehmet Ali 49
Kösem, Mustafa 104
Köse, Muharrem 107
Köse, Murat 42
Köseoğlu, Hüseyin 73, 87, 88
Köylü, Bahadır 24
Kuloğlu, Ersin 75
Kumaş, Anıl 87
Kurtça, İbrahim Emre 11
Kutsal, Nesliar Eser 13, 107, 115
Küçük, Harun 40
Küpeli, Aydın Hakan 123
Kütükçü, Ebru Çalık 38

L

Livaoğlu, Ayten 4

M

Maraşlı, Hatice Şeyma 63
Medetalibeyoğlu, Alpay 42
Metan, Gökhan 35, 44
Metin, Hatice 89
Muhammedoğlu, Bahtiyar 123, 124
Mustafayev, Fuad 5
Mutlu, Vahit 139

N

Nak, Selim Giray 95
Nalbant, Melike 18
Nart, Deniz 100

O

Odaman, Hüseyin 48
Oğuz, Abdullah 129
Omurca, Ferhat 41
Oral, Mustafa Berke 107
Oytun, Merve Güner 13
Ozgun, Yigit Mehmet 137

Ö

Ödemiş, Bülent 6, 39
Öksüzoğlu, Kevser 37
Ölmez, Aydemir 144
Ölmez, Burak 11
Ölmez, Şehmus 114
Örmeci, Aslı 42
Örmeci, Aslı Çifcibaşı 2, 16, 51
Örmeci, Aslı Çiftçibaşı 51
Öz, Ayhan 138
Özcan, Berşan 73
Özcan, Nihal Çınar 140, 143, 144
Özcan, Sibel Utku 92
Özdemir, Dursun Burak 130
Özdemir, Mustafa 113, 117
Özdemir, Ümit 132
Özden, Yavuz 77
Özdil, Kamil 34, 83, 98
Özdoğan, Osman 9, 69, 70, 71, 76
Özercan, Abdullah Mübin 53
Özer, İlter 127, 130, 132
Özer, Serhat 46
Özgül, Seçkin 40
Özgür, İlker 42
Özgüven, Salih 37
Özkan, Murat Bulut 87
Özkardeşler, Ersan 120
Özler, İsmail 138
Öztaş, Erkin 31, 89, 92, 94, 96, 100, 108, 114
Öztürk, Begüm 2
Öztürk, Dilan Damla 27, 82
Öztürk, Hüseyin Ali 27, 82
Öztürk, Nevin Akçaer 114
Öztürk, Ömer 30
Öztürk, Tuba Erürker 12
Özütemiz, Ahmet Ömer 74
Özyurt, Semih 13

P

Pala, Emin 98
Parlak, Erkan 5, 6, 13, 15, 24, 30, 33, 35, 41, 43, 72, 88, 104, 105
Pişkin, Erol 136, 138
Piyade, Betül 52, 56, 58
Piyade, Hamdi Burak 139
Polater, İlkay 44
Polat, Görkem 2
Poturoğlu, Şule 92
Poyanlı, Arzu 2, 51

R

Rakıcı, Halil 98, 99, 102
Reyhan, Enver 143

S

Sadeçolak, Mustafa 102, 103, 104
Sağlam, Melda 38
Sahin, Tevhide 13
Saka, Didem 52, 56, 58
Saldamlı, Asım 92
Sarıçiçek, Murat 31, 89, 92, 94, 96, 100, 108, 114
Sarı, Habip 140, 142, 143, 144, 165
Sarıtaş, Bünyamin 114
Sayar, Süleyman 20, 34, 83, 98
Selin Çakmak Demir 51
Sepin, Beyza 115
Sert, Ozlem Zeliha 18
Sezgin, Gülbüz 11
Sezgin, Orhan 9, 69, 70, 71, 76
Shikhaliyeva, Aida 96
Sivri, Bulent 41
Sivri, Bülent 13, 24, 43, 104, 105
Soyak, Elif 29
Soykan, İrfan 19
Soylu, Derya 68
Sönmez, Emre 88
Sümbül, Hilmi Erdem 21, 27, 82
Sürmelioğlu, Ali 120

Ş

Şahin, Anıl 25
Şahin, Burhan 6, 33
Şahin, Tevhide 5, 43
Şaşmazer, Başak 72
Şeker, İlknur 77
Şen, Aslıgül 92
Şen, İlker 84
Şenkal, İbrahim Volkan 42
Şenkal, Volkan 2, 16, 51
Şenkaya, Ali 74
Şentürk, Hakan 52
Şimşek, Cem 29
Şimşek, Zahide 28
Şirin, Dilan 48
Şişman, Gürhan 52, 56, 58

T

Tanoğlu, Alpaslan 17
Taş, Adnan 21, 114
Taşçı, Murat 49
Taşkın, Bilge 38
Taş, Şükrü 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 164
Teker, Tufan 80
Telli, Pelin 2
Temel, Tuncer 31, 89, 92, 94, 96, 100, 108, 114
Temizel, Alptekin 2
Tiftikçi, Arzu 105, 110, 116
Tilki, Metin 120
Toka, Bilal 35
Topuz, Sezgin 131
Tozlu, Mukaddes 38, 102, 103, 104
Tözün, Ayşe Nurdan 13
Tözün, Nurdan 42, 105, 106, 107, 110, 115, 116
Tuncel, Elif Tuğba 46
Tuncer, İlyas 61, 62, 63, 64, 65
Turan, İlker 74
Tutkaoğlu, Salim 26
Türker, Barış 130
Türkmenoğlu, Mehmet Özgür 141
Tüzün, Sabah 11

U

Uçmak, Feyzullah 81, 82, 86, 87
Uğraş, Nesrin 80
Ulaş, Murat 127, 130, 132
Uslan, Mustafa İhsan 35, 102
Usta, Burcu 15, 41, 111
Ustaoğlu, Müge 85
Uygun, Ahmet 17
Uylaş, Mustafa Ufuk 135
Uysal, Alper 74

Ü

Üçbilek, Enver 9, 69, 70, 71, 76
Ünal, Bülent 127, 130, 132
Ünal, Büşra 98
Ünal, Emre 33
Ünal, Mustafa 79
Ünal, Nalan Gülşen 74
Ünal, Serhat 44
Ünverengil, Gökçen 63
Üzel, Ali 81, 82, 86, 87
Üzüm, Ayşe Kubat 16

V

Vahabov, Cavanşir 5, 88
Vahabov, Cevansir 41
Vardar, Rukiye 16

Y

Yağlı, Naciye Vardar 38
Yakut, Aysun 2, 16, 42, 51
Yapalı, Suna 105, 110, 116
Yaraş, Serkan 9, 69, 70, 71, 76
Yavaş, Mazlum 146, 163
Yavuz, Arda 61, 62, 63, 64, 65
Yavuz, Rıdvan 128, 146, 163, 164
Yaylım, İlhan 2
Yeğenoğlu, Şeyma 103, 104
Yerci, Ömer 80
Yerlikaya, Şengül 82
Yetkin, Sıtkı Gürkan 138
Yıldırım, Abdullah 35
Yıldırım, Ayşe Nur Toksöz 63, 65
Yıldırım, Beytullah 109
Yıldırım, Bülent 80
Yıldırım, Cihat 86
Yıldırım, Figen Sarıgül 22
Yıldırım, Mehmet 49
Yılmaz, Ahmet Serdar 31
Yılmaz, Hasan 25
Yılmaz, İnsaf 31
Yılmaz, Kemalettin 17
Yılmaz, Ömer 75
Yılmaz Y 50
Yırgın, Hakan 122
Yırgın, İnci Kızıldağ 122
Yolaçan, Ramazan 81, 82, 86, 87
Yüceldi, Selma Demirbaş 108
Yüksel, İlhami 28

Z

Zafer, Enes 103
Zarbaliyev, Elbrus 130
Zemheri, Itır Ebru 83
Zeytinoğlu, Ayşın 74
Zeytunlu, Murat 74
Zorlu, Burçin Şeyda 97

Gastroenteroloji
Cerrahisi
Derneği

37. ULUSAL GASTROENTEROLOJİ HAFTASI

8. GASTROENTEROLOJİ CERRAHİSİ KONGRESİ

25 - 29
Kasım
2020

ONLINE
KONGRE

