BİLDİRİ KİTABI

3.GAZİ GASTROENTEROLOJİ GÜNLERİ

3'ü bir arada | IBH GİRİŞİMSEL ENDOSKOPİ FONKSİYONEL GİS HASTALIKLARI



25-27 ŞUBAT 2022

Grand Ankara Hotel

www.gastrogunleri2022.org

ORGANİZASYON SEKRETERYASI
FTS TURİZM KONGRE ORGANİZASYON
Güzeltepe Mah. Alper Sok. 14/9 Çankaya/ANKARA
T: 0312 439 68 04 * M: 0 530 406 60 10
gastrogunleri@ftskongre.org

İÇİNDEKİLER

3.GAZİ GASTROENTEROLOJİ GÜNLERİ

3'ü bir arada | IBH GİRİŞİMSEL ENDOSKOPİ FONKSİYONEL GİS HASTALIKLARI



25-27 ŞUBAT 2022

Grand Ankara Hotel

www.gastrogunleri2022.org

DAVET MEKTUBU **5**
KURULLAR **7**
BİLİMSEL PROGRAM **9-14**
SÖZLÜ BİLDİRİLER **16-34**
SS-01 Dispeptik Yakınmalar Nedeniyle Endoskopi Ünitesine Başvuran Hastalarda Barret Özefagus Sıklığı: Endoskopik ve Histopatolojik Kolerasyon 16
SS-02 Covid-19 Pandemisi ve Aşı sonrası Döneminde Türkiye'deki Gastroenteroloji Uygulamasına Etkileri 17
SS-03 Serum HBSAG Pozitif Covid-19 Hastalarında Klinik Seyir, Mortalite, Steroid Tedavisi Sonrası Biyokimyasal Alevlenme 18
SS-04 Ülseratif Kolit Hastalık Aktivitesi ve Şiddetin İnvaziv Olmayan Biyobelirteçler ile Değerlendirilmesi 19-21
SS-05 Primer Biliyer Kolanjit Tanılı Hastalarda Hastalıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 22
SS-06 İnlet Patch: Prevelansı, Histolojik Özellikleri, Helicobakter Pylori ve Barret Özofagus Birlikteliği 23
SS-07 Crohn Hastalığını Taklit Eden Diffüz İleal Ganglionöromatozis 24
SS-08 Covid-19 Pandemi Döneminde İnflamatuar Bağırsak Hastalığı Olanlarda Hastalık Aktivitesi, Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi 25
SS-09 Çölyak Hastalarında Diyet Uyumu ile Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkiyi Göstermede Non-İnvaziv Belirteçlerin Karşılaştırılması 26-28
SS-10 Akut Karaciğer Yetmezliği ile Prezenta Olan Çölyak Krizi 29
SS-12 Kolorektal Adenom ve Karsinomlu Hastalarda Metabolik ve İnflamatuar Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi 30
SS-013 Albümin–Karsinoembriyonik Antijen Oranı (ACR), Pankreas Kanseri Sağkalımını Öngörebilir mi? Prospektif Kohort Çalışmasının sonuçları 31-34
POSTER BİLDİRİLERİ **36-47**
PS-01 Walled-off Pankreatik Nekrozun Spontan Mideye Fistülizasyonu 36-37
PS-02 Özefagus Perforasyonu Nedeniyle Uygulanan Stentin İngrowth Olması Nadir Uygulanan ''Stent in Stent'' Yöntemi ile Çıkarılması 38-40
PS-03 Laksatif Kullanımına Bağlı Gastrointestinal Sistemde Görülen Ülserler 41
PS-04 Dev Hemanjiyom zemininde Karaciğer Sirozu Gelişen Hasta 42
PS-05 Taş Yutan Hasta 43
PS-06 Havacıva Otu Kullanımı Sonrası Gelişen Toksik Hepatit 44
PS-07 Safrayolu Yaralanması Sonrası Fark Edilen Koledok Polipi 45
PS-08 İleoçekalvalvde İğne Saptanan Hasta 46
PS-09 Endoskopik Biyopsi ile Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma Tanısı Alan Vaka 47-48

Değerli Meslektaşlarımız,

Küresel büyük bir felaket olan Pandemi yangını hala tam olarak söndürülememiş olsa da aşılamanın yaygınlaşması ile biraz olsun nefes alabiliyoruz. Bundan yararlanarak geçtiğimiz Şubat ayında ikincisini online olarak düzenlediğimiz ve çok ilgi gören 3'ü Bir Arada Gazi Gastroenteroloji Günleri toplantılarımıza yüz yüze devam etmek istiyoruz.

Her zaman olduğu gibi ilgi çeken, talep edilen üç ana konuyu incelemeye devam edeceğiz. Bu yıl seçtiğimiz konular Gazi Gastroenteroloji Bilim Dalı olarak da en yoğun çalıştığımız alanlar olacak. Gastrointestinal Motilite alanında ülkemizde öncü merkezlerden biri olarak Fonksiyonel GİS Hastalıklarını gündeme getiriyoruz. Toplumda yaygın olan, günlük pratikte hekimleri zorlayan konularını ele almaya çalışacağız. Girişimsel Endoskopi alanında yenilikler ilerlemeler hız kesmeden devam ediyor. İlgi artıyor. Artan bilgi birikimlerimizi paylaşmak istiyoruz. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları yine yoğun olarak gündemimizde. Her geçen gün vaka sayılarımız artıyor, çözmemiz gereken zorluklar da. Güncel gelişmeleri gözden geçiriyoruz, önemli noktaları, dikkat edilmesi gerekenleri ele almayı planlıyoruz.

Gazi Gastroenteroloji ailesi olarak üçüncüsünü bu kez yüz yüze yapabilmeyi planladığımız, ümit ettiğimiz 3'ü Bir Arada Gazi Gastroenteroloji Günleri toplantılarımızda sizleri de aramızda görmekten mutluluk duyacağız, toplantımıza katılmaya davet ediyoruz.

Selam ve Saygılarımızla,
Kongre Düzenleme Kurulu

KURULLAR

3.GAZİ GASTROENTEROLOJİ GÜNLERİ

3'ü bir arada | IBH GİRİŞİMSEL ENDOSKOPİ FONKSİYONEL GİS HASTALIKLARI



25-27 ŞUBAT 2022

Grand Ankara Hotel

www.gastrogunleri2022.org

DÜZENLEME & BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Şükrü DUMLU
Prof. Dr. Mehmet CİNDORUK
Prof. Dr. İbrahim DOĞAN
Prof. Dr. Tarkan KARAKAN
Prof. Dr. Mehmet ARHAN
Prof. Dr. Mehmet İBİŞ
Prof. Dr. Murat KEKİLLİ

BİLİMSEL PROGRAM

3.GAZİ GASTROENTEROLOJİ GÜNLERİ

3'ü bir arada | IBH GİRİŞİMSEL ENDOSKOPİ FONKSİYONEL GİS HASTALIKLARI



25-27 ŞUBAT 2022

Grand Ankara Hotel

www.gastrogunleri2022.org

BİLİMSEL PROGRAM

25 ŞUBAT 2022, CUMA

A SALONU

AÇILIŞ	**AÇILIŞ KONUŞMALARI**
09:00 - 09:30	**Mehmet CİNDORUK**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı **Şükrü DUMLU**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı Başkanı **Dilek OĞUZ,** Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Mustafa Necmi İLHAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı **Fazlı POLAT**, Gazi Üniversitesi Rektör Yardımcısı **M. Murat TUNCER,** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı
1. OTURUM	**MOTİLİTE-1**
Oturum Başkanları	**Selahattin ÜNAL,** HC International **Mehmet ARHAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
09:30 - 09:50	Kr Konstipasyon Tedavisi **İbrahim DOĞAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
09:50 - 10:10	Fonksiyonel Diyare **Zahide ŞİMŞEK,** SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı
10:10 - 10:30	Fonksiyonel GİS Gözden Kaçanlar CVS Ruminasyon **Ali KARATAŞ,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
10:30 - 11:00	**ARA**
UYDU-1	**DR. SCHAR UYDU SEMPOZYUMU**
Moderatör	**Mehmet CİNDORUK,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
11:00 - 11:30	Gluten: Hastalıkta ve Sağlıkta **Tarkan KARAKAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
2. OTURUM	**İBH 1**
Oturum Başkanları	**Aykut Ferhat ÇELİK,** İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Filiz AKYÜZ,** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
11:30 - 11:40	Ülseratif Kolitte Olgu Sunumu **Eylem KARATAY,** Liv Hospital Gastroenteroloji Bilim Dalı
11:40 - 12:00	Ülseratif Kolitte Biyolojik Tedaviler **Mehmet ARHAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
12:00 - 12:10	Crohn Hastalığında Olgu Sunumu **Zeynep GÖK SARGIN,** Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
12:10 - 12:30	Crohn Hastalığında Biyolojik Tedaviler **Tarkan KARAKAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
12:30 - 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**

UYDU-2	**DROGSAN - HER YÖNÜYLE RİFAKSİMİN**
Moderatör	**Murat KEKİLLİ**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
13:30 - 14:00	Fonksiyonel Abdominal Şişkinlik ve Gerginlik; "Şiştim Şiştim Patladım Hastasına Yaklaşım'' **Serhat BOR**, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
14:00 - 14:30	"Hepatik Ensefalopati Tedavisinde Güncel Yaklaşım, Yeni Neler Var? Kısa Sorular Net Cevaplar **Ramazan İDİLMAN,** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
3. OTURUM	**ESD-EUS-ERCP (CANLI YAYIN)**
Oturum Başkanları	**Hüseyin ALKIM,** Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Cengiz PATA,** Yeditepe Ünievrsitesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Osman ERSOY,** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı **Selim AYDEMİR**, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Ümit AKYÜZ**, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve AraştırmaHastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Beytullah YILDIRIM,** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
14:30 - 14:45	Kolon Poliplerinin Endoskopik Tedavisi; Lezyonlara Göre Tedavi Seçeneğimiz Ne Olmalı? **Özlem GÜL**, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
14:45 - 15:15	Kolorektal Lezyon: Kromoendoskopik Değerlendirme ve ESD **(Canlı Olgu)** **Mehmet İBİŞ,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Mustafa ERGİN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
15:15 - 15:30	Pankreasın Müsinöz Kistik Lezyonlarının Tanısı ve Yönetimi **Meltem ERGÜN**, Yeditepe Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
15:30 - 16:00	Pankreatobiliyer EUS: EUS ile Değerlendirme **(Canlı Olgu)** **Mehmet CİNDORUK**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Mehmet ARHAN**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
16:00 - 16:15	Periampullar Bölge Lezyonlarında Ne Zaman Endoskopik Biliyer Drenaj Yapılmalıdır? **İlker ŞEN**, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
16:15 - 16:45	İleri ERCP Vakası **(Canlı Olgu)** **İbrahim DOĞAN**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Murat KEKİLLİ**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
16:45 - 17:00	Çift Balon Enteroskopinin Kullanım Endikasyonları **Mustafa TAHTACI**, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
17:00 - 17:30	Çift Balon Enteroskopi **(Canlı Olgu)** **Tarkan KARAKAN**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Ödül EĞRİTAŞ GÜRKAN**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı

4. OTURUM	SÖZLÜ BİLDİRİLER
Oturum Başkanları **17:30 - 18:30**	**Tarkan KARAKAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Mehmet ARHAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **SS-08** Covıd-19 Pandemi Döneminde İnflamatuar Bağırsak Hastalığı Olanlarda Hastalık Aktivitesi, Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi **Beril DEMİR,** Mamak Devlet Hastanesi **SS-09** Çölyak Hastalarında Diyet Uyumu ile Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkiyi Göstermede Non-İnvaziv Belirteçlerin Karşılaştırılması **Sezgin BARUTÇU,** Gaziantep Üniversitesi **SS-10** Akut Karaciğer Yetmezliğiyle Prezente Olan Çölyak Krizi **M. Ali KÖSEKLİ,** Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi **SS-12** Kolorektal Adenom ve Karsinomlu Hastalarda Metabolik ve İnflamatuar Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi **İbrahimhalil DÜŞÜNCELİ,** Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi **SS-13** Albümin-Karsinoembriyonik Antijen Oranı (acr), Pankreas Kanseri Sağkalımını Öngörebilir mi? Prospektif Kohort Çalışmasının Sonuçları **Burcu KOÇYİĞİT,** Kocaeli Üniversitesi

26 ŞUBAT 2022, CUMARTESİ	
A SALONU	
5. OTURUM	**İBH 2**
Oturum Başkanları	**Ahmet Hüseyin TEZEL,** Trakya Üniversitesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Yusuf Ziya ERZİN,** Memorial Bahçelievler Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
09:00 - 09:20	Crohn Cerrahi Olgu **Güner KILIÇ,** SBÜ Van Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
09:20 - 09:40	Cerrahi Sonrası Crohn Takip **Ülkü DAĞLI,** Başkent Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
09:40 - 10:00	Crohn Hastalığında Ne Zamana Kadar Cerrahi İçin Bekleyelim? **İsmail Hakkı KALKAN,** TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
10:00 - 10:20	İlaç Düzey ve Antikorları Akılcı Kullanım ve Ülkemizde Durum? **Taylan KAV,** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
10:20 - 10:40	**ARA**
UYDU-3	**ABDİ İBRAHİM UYDU SEMPOZYUMU**
Moderatör	**Mehmet İBİŞ,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
10:40 - 11:10	Kronik Hepatit B Tedavisi Ne Zaman Zor? Zor Olgular Zor Kararlar **Bülent DEĞERTEKİN,** Acıbadem Ankara Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
6. OTURUM	**MOTİLİTE-2**
Oturum Başkanları	**Engin ALTINTAŞ,** Mersin Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı **Hüseyin ALKIM,** Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
11:10 - 11:30	Refrakter Reflü Neden Refrakter? **Fehmi ATEŞ,** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
11:30 - 11:50	İBS Patofizyolojisinde Mikrobiyota **Altay ÇELEBİ,** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
11:50 - 12:10	Fonksiyonel Dispepsi Tedavisi **Harun ERDAL,** SBÜ Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı
12:10 - 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**
UYDU-4	**PHARMAACTİVE UYDU SEMPOZYUMU**
Moderatör	**Mehmet ARHAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
13:30 - 14:00	Topikal Mesalazin Optimizasyonu **Tarkan KARAKAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
UYDU-5	**BABİRÜS - 'GIDA DUYARLILIĞI BAĞIRSAKTA BAŞLAR: FoodPrint® ve FoodDetective® TESTLERİNİN ROLÜ**
Moderatör	**İbrahim DOĞAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı **Tarkan KARAKAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
14:00 - 14:30	Gıda Duyarlılığı Bağırsakta Başlar: FoodPrint ve FoodDedective Testlerinin Rolü **Nergis EKMEN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı

KONFERANS	**FECAL MICROBIOTA TRANSPLANTATION in IBD**
Moderatör	**Mehmet CİNDORUK,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
14:30 - 15:00	**Andriy DOROFEEV**, Kiev, Ukrayna
15:00 - 15:15	**ARA**
15:15 - 17:30	**İNTESTİNAL ULTRASONOGRAFİ KURSU - 1**
Kurs Başkanları	**Tarkan KARAKAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı **Orhan SEZGİN,** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
B SALONU	**TÜRK GASTROENTEROLOJİ DERNEĞİ FELLOW BULUŞMASI**
ERCP KURSU	**TEMEL ERCP: DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER, ZORLUKLAR**
Kurs Başkanları	**Mehmet CİNDORUK,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı **İbrahim DOĞAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı **Mehmet İBİŞ,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
09:00 - 09:20	Kanülizasyon ve Sfinkterotomi: Dikkat Edilmesi Gerekenler, Zorluklar **Erkan PARLAK,** Hacettepe Üniversitesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
09:20 - 09:40	Biliyer Stent Takma Teknikleri: Dikkat Edilmesi Gerekenler, Zorluklar **Bülent ÖDEMİŞ,** Ankara Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
09:40 - 10:00	Taş Çıkarma: Dikkat Edilmesi Gerekenler, Zorluklar **Murat KEKİLLİ,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
10:00 - 10:20	Olmazsa B Planı Örnek Olgular
10:20 - 10:40	**ARA**
12:10 - 13:30	**ÖĞLE YEMEĞİ**
	GASTROİNTESTİNAL ULTRASONOGRAFİ KURSU
13:30 - 15:00	Hepatobiliyer Ultrasonografi **Dilek OĞUZ,** Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı İntestinal Ultrasonografi **Orhan SEZGİN,** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
15:00 - 15:15	**ARA**
15:15 - 17:30	**İNTESTİNAL ULTRASONOGRAFİ KURSU - 2**
	Mehmet ARHAN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı **İlhami YÜKSEL,** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı

27 ŞUBAT 2022, PAZAR	
A SALONU	
7. OTURUM	**SÖZLÜ BİLDİRİLER**
Oturum Başkanları	**İbrahim DOĞAN,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı **Murat KEKİLLİ,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
09:00 - 10:00	**SS-01** Dispeptik Yakınmalar Nedeniyle Endoskopi Ünitesine Başvuran Hastalarda Barret Özefagus Sıklığı: Endoskopik ve Histopatolojik Korelasyon **Yavuz Emre PARLAR,** Hacettepe Üniversitesi **SS-02** Covıd-19 Pandemisi ve Aşı Sonrası Dönemin Türkiye'deki Gastroenteroloji Uygulamasına Etkileri **İbrahimhalil DÜŞÜNCELİ,** Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi **SS-03** Serum Hbsag Pozitif Covıd-19 Hastalarında Klinik Seyir, Mortalite, Steroid Tedavisi Sonrası Biyokimyasal Alevlenme **Dilara TURAN,** Ankara Şehir Hastanesi **SS-04** Ülseratif Kolit Hastalık Aktivitesi ve Şiddetinin İnvaziv Olmayan Biyobelirteçler ile Değerlendirilmesi **Orhan COŞKUN,** Amasya Üniversitesi **SS-05** Primer Biliyer Kolanjit Tanılı Hastalarda Hastalıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi **Azar ABİYEV**, Gazi Üniversitesi **SS-06** Nlet Patch: Prevelansı, Histolojik Özellikleri, Helicobakter Pylori ve Barret Özofagus Birlikteliği **Fatma ÜNAL YILDIRIM**, Ankara Şehir Hastanesi **SS-07** Crohn Hastalığını Taklit Eden Diffüz İleal Ganglionöromatozis **Ali KARATAŞ,** Gazi Üniversitesi
10:00 - 10:30	**ARA**
AKILCI İLAÇ KULLANIMI	
10:30 - 11:00	**Akılcı İlaç Kullanımı** **Mehmet İBİŞ,** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı
11:00 - 12:00	**KAPANIŞ**

SÖZLÜ

BİLDİRİLER

3.GAZİ GASTROENTEROLOJİ GÜNLERİ

3'ü bir arada | IBH | GİRİŞİMSEL ENDOSKOPİ | FONKSİYONEL GİS HASTALIKLARI



25-27 ŞUBAT 2022

Grand Ankara Hotel

www.gastrogunleri2022.org

SS-01

DİSPEPTİK YAKINMALAR NEDENİYLE ENDOSKOPİ ÜNİTESİNE BAŞVURAN HASTALARDA BARRET ÖZEFAGUS SIKLIĞI: ENDOSKOPİK VE HİSTOPATOLOJİK KORELASYON

***Yavuz Emre PARLAR*[1], *Zahide ŞİMŞEK*[2]**

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Ankara
[2]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Barret Özefagus, distal özefagusta skuamöz epitelin, intestinal metaplazili kolumnar epitele dönüşmesidir. Barret özefagusun kronik gastroözefageal reflü hastalığının bir komplikasyonu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu çalışmada dispeptik yakınmalar ile endoskopi yapılan hastalarda barret özefagus sıklığını belirlemek, endoskopik olarak barret olarak tanımlanan mukozadan alınan biyopsilerde histopatolojik olarak barret özefagus sıklığını araştırmak planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmada Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği'ne dispeptik şikayetlerle başvuran 18 yaşından büyük toplamda 41.268 hastanın endoskopik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Endoskopik barret özefagus saptanan toplamda 840 hastadan alınan biyopsi örnekleri histopatolojik olarak değerlendirildi.

Bulgular: 840 hastanın 367'si kadın, 473'ü (%56) erkek idi. Tüm hasta grubunda ortanca yaş 51 (17-91) idi. Hastaların 818'sinde kısa segment barret özefagus, 22'sinde uzun segment barret özefagus tespit edildi. Endoskopik olarak kısa segment barret özefagus saptanan hastaların 414'ünde (%50.6) histopatolojik barret özefagus saptanmıştır. Uzun segment barreti olan hastaların ise 9'unda (%40.9) patolojik barret özefagus saptanmıştır.

Sonuç: Barret özefagus tanısında doğruluk oranının artması için; endoskopik değerlendirme sırasında doğru alandan biyopsi alınması ve bu alınan biyopsi örneğinin gastrointestinal alanda uzman patologlar tarafından değerlendirilmesi gereklidir.

SS-02

COVID-19 PANDEMİSİ VE AŞI SONRASI DÖNEMİN TÜRKİYE'DEKİ GASTROENTEROLOJİ UYGULAMASINA ETKİLERİ

Zeynep GÖK SARGIN, İbrahimhalil DÜŞÜNCELİ, Ümüt ÇELİK

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji ve Hepatoloji Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

Amaç: Tüm dünyayı etkisi altına alan koronavirüs (COVID-19) salgını nedeniyle ani ve yoğun bir yük ile karşı karşıya kalan sağlık sistemleri, birçok sağlık hizmetinin önceliğini değiştirmiştir. Son derece bulaşıcı olan yeni varyantlar ve aşılama hizmetleri gastroenterologların günlük uygulamalarını büyük ölçüde etkilemiştir. Bu anket çalışmasında Türk gastroenterologlarının günlük uygulamalarındaki değişimi değerlendirmeye çalıştık.

Yöntem: Google formları ile online anket hazırlanmış ve Türkiye Gastroenteroloji Derneği'ne kayıtlı gastroenterologlara online olarak gönderilmiştir. 147 gastroenterolog çevrimiçi anketi yanıtladı.

Sonuçlar: Gastroenterologların yaklaşık yarısı (%49,7) pandemi sırasında tesislerini hastanenin başka bir yerine taşıdı, endoskopi ünitelerinin yaklaşık üçte biri (%34,7) tamamen kapandı ve endoskopik prosedürlerin ve yatan hasta hizmetlerinin %56'sının kesintiye uğramasına neden oldu. Gastroenterologların %85'i hastaların ilaçlarını doğrudan eczanelerden temin etmesi nedeniyle kronik hastaların takip ve tedavilerinin aksadığını düşünmektedir. Türkiye'deki ilk vakanın ardından gastroenterologların %74'ü COVID-19 hasta bakım hizmetlerinde çalıştı. Bu görevler sırasında gastroenterologların %28,1'i COVID-19 ile infekte oldu. Pandemi boyunca gastroenterologların %60'ı gelirleri azaldı. %7'si ise psikolojik destek aldı. Aşılama sonrası gastroenterologların endoskopik işlemlerde kişisel koruyucu ekipman kullanımı %31 oranında azaldı ancak hastaların işlem öncesi COVID-PCR test gereksinimi önemli ölçüde değişmedi. Aşılamadan sonra gastroenterologların %70'i pandemi öncesi çalışma programlarına geri döndü.

Sonuç: Pandeminin uzaması gastroenteroloji pratiğini ve multidisipliner hasta yönetimini ciddi şekilde zedelemiştir. Normalleşme sürecinde hala endoskopik işlemlerde alınan önlemler devam etmektedir. Gastroenterologların üçte biri endoskopik kanser tespit oranlarında bir artış fark etti ve COVID-19 pandemisindeki değişimin durumunu değerlendirmek için takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Gastroenterolog, COVID-19, Aşılama dönemi, Endoskopik işlem, COVID-PCR

SS-03

SERUM HBSAG POZİTİF COVID-19 HASTALARINDA KLİNİK SEYİR, MORTALİTE, STEROİD TEDAVİSİ SONRASI BİYOKİMYASAL ALEVLENME

Dilara TURAN[1], Çiğdem Bengü CANDOĞAN[2], Derya ARI[1], Abdulsamed ERDEN[3], Meral AKDOĞAN KAYHAN

[1]Gastronteroloji Kliniği, Ankara Şehir Hastanesi
[2]İç Hastalıkları Kliniği, Ankara Şehir Hastanesi
[3]Romatoloji Kliniği, Ankara Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: HBs Ag pozitif olan COVID-19 hastalarında nukleoz(t)id analoglarının klinik seyri ve biyokimyasal alevlenmeyi belirlemeyi amaçlıyoruz.

Method: Eylül 2019-Mart 2020 tarihleri arasında hastaneye başvuran tüm HbsAg pozitif COVID-19 hastalarının verilerini değerlendirdik. Hastalar viral hepatit serolojisine ve tedavi öyküsüne göre kronik hepatit b enfeksiyonu (KHBE) ve kronik B hepatiti (KBH) gruplarına ayrıldı. Bu çalışmadaki birincil sonlanım noktası, bu iki grupta arasındaki mortaliteyi karşılaştırmaktı. İkincil sonlanım noktası, steroid tedavisi alan KHBE grubunda tedaviden 4-12 hafta sonra serum ALT'sinin normal üst sınır değerinin en az iki katına çıkması olarak tanımlanan biyokimyasal alevlenmeydi. Steroid tedavisi alan gruplar; grup 1 (metilprednizolon >40 mg gün, ≤7 gün) ve grup 2 (metilprednizolon >40 mg gün, 8-21 gün) olarak sınıflandırıldı.

Sonuçlar: COVID-19 tanılı serum HBsAg pozitif ortalama yaş 53,7 olan 225 hastanın verilerini değerlendirdik (kadın: 83 (%36,9) erkek: 142 (63,1)). Hastaların 58(%25,8)'i oksijen desteğine ihtiyaç duydu, 25 (%11.1) hasta mekanik ventilatör desteğine ihtiyaç duydu ve 45 (%20) hasta hayatını kaybetti. KHB grubunda yaş ortalaması ve AST daha yüksek iken (sırasıyla; p<0,001 ve p<0,001) serum ALT düzeyi, steroid kullanım öyküsü ve birden fazla ek hastalığı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla; p=0.356, 0.758 ve 0.354).

Ek oksijen tedavisi, entübasyon veya mortalite açısından KBH ve KHBE grupları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla; p=0.447, p:0.067 ve p:0.092). KHBE'lu hastaların %30'u steroid tedavisi gördü ve steroid tedavisi alan hastaların %51'i hayatını kaybetti. KHB'li hastaların yüzde %28'i steroid tedavisi aldı, bu hastaların % 33'ü hayatını kaybetti.Grup 2 steroid ile tedavi edilen hastalarda grup 1'e göre hepatit alevlenmesi daha yaygındı, ancak verilerin istatistiksel anlamlılığı sınırlıdır.

Sonuçlar: Antiviral (NA) tedavisi altındaki KHB ile karşılaştırıldığında KHBE hastalarında COVID-19 prognozunda fark yoktur. Steroid tedavisi sonrası hepatit alevlenme riskini ve COVID-19'un prognozunu değerlendirmek için geniş popülasyonlu kohort çalışmasına ihtiyacımız var.

SS-04

ÜLSERATİF KOLİT HASTALIK AKTİVİTESİ VE ŞİDDETİNİN İNVAZİV OLMAYAN BİYOBELİRTEÇLER İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Orhan COŞKUN[1], Mustafa ÇAPRAZ[2], Volkan GÖKBULUT[3]

[1] Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Amasya
[2] Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, Amasya
[3] Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Ankara

Giriş: Ülseratif kolit (ÜK), gastrointestinal yolun idiyopatik, kronik ve tekrarlayan inflamasyonuna neden olan hastalığıdır. Endoskopi, ÜK'de teşhis, tedavi ve hastalık aktivitesinin izlenmesinde önemli bir rol oynar. Bununla birlikte, endoskopi yoluyla mukozal aktivitenin değerlendirilmesi invaziv ve maliyetlidir ve şiddetli ÜK'li hastalarda uygun olmayabilir. UK'nin noninvaziv inflamatuar biyobelirteçleri olarak lökosit (WBC) sayısı, ESR ve CRP gibi klinik uygulamada kullanılmaktadır. Ancak ÜK'daki mukozal aktiviteyi değerlendirmek için ideal bir biyobelirteç tanımlanmamıştır. Nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR) ve monosit/lenfosit oranı (MLR) tam kan sayımından kolayca hesaplanabilir ve basittir. Çalışmalarda yüksek NLR veya PLR seviyelerinin aktif endoskopik hastalığı tahmin edebileceği belirtilmiştir. Bu çalışmamızda ÜK'da hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde NLR, PLR ve MLR'nin yararlılığını değerlendirdik.

Materyal-Metod: Mayıs 2017-Haziran 2021 tarihleri arasında ÜK tanısı ile takip ettiğimiz 110 hasta retrospektif olarak tarandı ve 87 hasta çalışmaya dahil edildi. ÜK'lı hastalarda klinik aktivite Truelove-Witts kriterleri kullanılarak (kansız günde 1 veya 2 dışkı, ateş ve taşikardi yokluğu, normal hemoglobin seviyeleri ve kilo alımı) değerlendirildi. Ayrıca endoskopik olarak hastalık aktivitesi Rachmilewitz endoskopik aktivite indeksi (EAI) ile değerlendirildi. Hastaların aktif ve remisyondaki dönemlerinin laboratuvar parametreleri değerlendirildi.

Bulgular: 87 hasta çalışmaya alındı. Hastaların E/K oranı: 60/27, ortalama yaş: 46,6'ydı. En sık hastalık tutulum bölgesi sol kolondu (%48,3) ve aktif dönemde ortalama EAİ: 7,9±0,2'idi (Tablo-1). Endoskopik olarak aktif hastalık döneminde ortalama NLR, PLR, MLR ve CRP/Albümin oranı değerleri hastalığın inaktif olduğu döneme göre daha yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo-2).

Sonuç: NLR, PLR, MLR ve CRP/Albümin oranı UK'lı hastalarda endoskopik aktiviteyi gösterir ve hastalık aktivitesinin teşhisi ve değerlendirilmesi için biyolojik belirteçler olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ülseratif kolit, hastalık aktvitesi, nötrofil lenfosit oranı, monosit lenfosit oranı, trombosit lenfosit oranı

Tablo 1. Ülseratif kolitli hastaların demografik verileri

		n	%
Yaş (yıl)	**Min-Max (Median)**		**18-71**
	Mean ± Sd		**46,6± 1,5**
Cinsiyet	**Kadın**	**27**	**31**
	Erkek	**60**	**69**
Hastalık tutulum bölgesi	**Proktit**	**10**	**11,5**
	Sol kolon tutulumu	**42**	**48,3**
	Extansif tutulum	**17**	**19,5**
	Pankolit	**18**	**20,7**
Rachmilewitz endoskopik aktivite indeksi (EAİ)	**Min - Max (Median)**		**6-12**
	Mean ± Sd		**7,9±0,2**
Hastaların kullandıkları ilaçlar	Mesalazin	**50**	**57,5**
	Mesalazin+Azatiopurin	**30**	**34,5**
	Anti TNF	**6**	**6,9**
	Sulfasalazin	**1**	**1,1**

Tablo 2. Ülseratif kolitli hastaların laboratuvar parametrelerinin değerlendirilmesi

	Aktif hastalık dönemi	Remisyonda hastalık dönemi	P
	Mean±Std	Mean±Std	
WBC (x 10^9/L)	9018±3559	7381±2014	0,000
Hemoglobin (gr/dl)	12,9±2,5	13,6±2,1	0,003
Hematokrit (%)	39,6±6,6	41,4±5,1	0,000
Trombosit (x 10^9/L)	312770±99484	276563±71744	0,000
Nötrofil (x 10^9/L)	5804±3018	385±1587	0,000
Lenfosit (x 10^9/L)	2153±850	2168±864	0,5
Monosit (x 10^9/L)	376±452	300±306	0,002
Glikoz (mg/dL)	108±23	100±23,4	0,006
Üre (mg/dL)	27±9,2	27,5±8,4	0,88
Kreatinin (mg/dL)	0,8±0,2	0,8±0,2	0,15
AST (U/L)	22,3±10	21±6,4	0,97
ALT (U/L)	19±9,7	21,6±13,6	0,01
GGT (U/L)	23,7±17,8	24,9±37,4	0,1
ALP (U/L)	78±18,4	78,5±25,3	0,5
T.Bilirübin (mg/dL)	0,6±0,3	0,6±0,3	0,7
D. Bilirübin (mg/dL)	0,2±0,1	0,1±0,1	0,5
Albümin (g/L)	4±0,6	4,4±0,3	0,000
Sedimentasyon (mm/saat)	29,5±20,1	19,2±14,7	0,000
CRP (mg/L)	26±38,7	3,8±5,4	0,000
Fbrinojen (mg/dL)	416±118,4	334±102,5	0,000
PLR	163,5±72,6	156,6±130,9	0,009
MLR	0,2±0,28	0,15±0,17	0,03
NLR	3±1,9	2,3±1,2	0,007
CRP/Albümin oranı	7,46±13,6	0,86±1,3	0,000

SS-05

PRİMER BİLİYER KOLANJİT TANILI HASTALARDA HASTALIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fahad Abdallah YASSIN[1], Azar ABIYEV[2], Mustafa ERGİN[2], Nergiz EKMEN[2], Mehmet İBİŞ[2]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD

Amaç: Primer biliyer kolanjit (PBK) tanısı alan hastalarda hastalıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji bilim dalında PBK tanısı alan hastalar arasında tek merkezli, prospektif, kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Veriler sosyo-demografik bilgi formu, hastane tıbbi veri tabanı ve PBK-40 anketi kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel karşılaştırma analizi kategorik değişkenler için Ki-kare testi ve sürekli değişkenler için Mann -Whitney U testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. P değeri 0.05‟ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya total olarak 37 PBK hastası dâhil edildi. Yaş ortalaması 54.2 ± 8.6 idi. Her etki alanındaki PBK-40 anket puanlarını şiddet açısından değerlendirirken, hastaların çoğunun kaşıntı %40.4 (n=19) ve sosyal %42,6 (n=20) etki alanlarında hafif şiddette olduğunu, yorgunluk %42.46 (n=20) , bilişsel %36 (n=17), duygusal %40,4 (n=19) ve diğer belirtiler %44,7 ((n=21) açısından orta şiddette bulgulara sahip olduğu tespit edildi. AMA pozitif ve AMA negatif olan hasta grupları arasında kaşıntı etki alanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p=0.007).

Tartışma: PBK-40 anketi kullanılarak Türk kökenli bir nüfus üzerinde yapılan bu çalışma ile PBK'lı hastaların hastalıkla ilişkili yaşam kalitelerinde önemli bir azalma olduğunu ve yorgunluğun en çok görülen semptom olduğunu gösterdik.

Anahtar Kelime: Primer biliyer kolanjit, Hastalıkla ilişkili yaşam kalitesi, PBK-40

SS-06

İNLET PATCH: PREVELANSI, HİSTOLOJİK ÖZELLİKLERİ, HELİCOBAKTER PYLORİ VE BARRET ÖZOFAGUS BİRLİKTELİĞİ

Fatma YILDIRIM[1], Merve Meryem KIRAN[1]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara

Giriş: İnlet patch, heterotopik mide mukozasından oluşan servikal özofagusun konjenital bir anomalisidir. Çalışmamızda "inlet patch"in prevalansını, histolojik tiplerini ve ayrıca Barret özofagus ve Helicobacter pylori ile ilişkili gastrit ile ilişkisini değerlendirmeyi hedefledik.

Yöntem: Üst gastrointestinal semptomları nedeniyle 2019-2021 yılları arasında özofagogastroduodenoskopi yapılan 1094 olgu retrospektif olarak tekrar değerlendirildi. Endoskopik olarak inlet patch saptanan ve biyopsi alınan 40 olgu çalışmaya dahil edildi. Helikobakter pylori varlığı histokimyasal olarak Modifiye Giemsa boyası ile değerlendirildi.

Bulgular: İnlet patch, özofagogastroduodenoskopi yapılan 1094 olgudan 40 tanesinde saptandı (prevelans %3,6). Olguların ortalama yaşı 43 (dağılım: 3-67) idi. Cinsiyet dağılımına bakıldığında erkek cinsiyet dominansı izlendi. Histolojik tip dağılımı %92,5 Antral (n=37), % 5 Onksintrik (n=2) tipte olduğu saptandı. Sadece 1 olguda oksintrik ve antral tip mukoza bir arada izlendi. İnflamasyon hafif ve orta düzeyde yaygın olarak izlendi. İnlet patch olgularının %7,5'inda intestinal metaplazi mevcuttu. Olguların sadece 2'sinde Helicobakter pylori pozitifliği saptandı. Barret özofagus ve inlet patch birlikteliği olguların %5'inde (n=2) izlendi.

Sonuç: Özofagusta inlet patch nadir görülen bir anomali değildir ve endoskopik incelemelerde rahatlıkla görülebilir. İnlet patch mukozasını oluşturan parietal hücre kitlesinin oranına göre değişebilen asit salgılarına bağlı önemli özofagus komplikasyonlarına yol açabileceğinden endoskopik inceleme sırasında akılda tutulmalıdır. Ayrıca inlet patch endoskopik olarak saptandığında Helicobakter Pylori enfeksiyonu açısından biyopsi alınması hasta yönetimi için yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İnlet Patch, Prevelans, Histolojik Özellikler, Barret Özofagus

SS-07

CROHN HASTALIĞINI TAKLİT EDEN DİFFÜZ İLEAL GANGLİONÖROMATOZİS

Ali KARATAŞ [1], ***Harun KÜÇÜK*** [1], ***Nergis EKMEN*** [1], ***Mehmet CİNDORUK*** [1]

[1]-***Gazi Üniversitesi Gastroenteroloji B. D.***

Vaka Takdimi

İntestinal ganglionöromatozis (IGNM), enterik sinir sisteminde ganglion hücrelerinin, sinir liflerinin ve Schwann hücrelerinin anormal proliferasyonu ile tanımlanan nadir bir hastalıktır.

Giriş: 21 yaşında bir erkek, bir buçuk yıldır crohn ile başka bir merkezde takipli tekrarlayan sağ hipogastrik ağrı atakları, kusma, bulantı ve son 1 yılda 20 kg kilo kaybı ile başvurdu. BT'de ileumda 25 cm distal kısımda darlık mevcut.Azotiopurin kullanan hasta anti-tnf tedavi öncesi yapılan kolonoskopide alınan ileum biyopsisinde S-100 + ganglionöromarozis saptandı.

Girişim: Hastaya ileal 100 cm rezeksiyon (tam rezeksiyon) ve uç uca anastomoz yapıldı.(Eylül 2021)

Sonuç: Hastaya yapılan kontrol kolonoskopide alınan ileum bx → Normal ileum mukozası ve ülser yok. Hasta 5 aydır asemptomatik takip ediliyor.

Tartışma: Bu olgu, NF1 veya MEN2b ile ilişkili olmayan nadir bir yaygın ileal ganglionöromatozis vakasını göstermiştir. Preoperatif radyolojik incelemede intestinal crohn hastalığını düşündürdü, ancak rezeke edilen spesmenin patolojik incelemesine göre diffüz IGNM kesin tanısı konuldu. Ganglionöromatozis prevalansı düşük olmasına rağmen erişkinlerde barsak kitlesinin ayırıcı tanısında bu durum düşünülmelidir.

Kaynaklar:

1) *Yin, X., Chen, X., Shu, R., Shen, C., Yin, Y., Cai, Z., ... & Zhang, B. (2019). Diffuse ileal ganglioneuromatosis mimicking a gastrointestinal stromal tumor: A case report. Medicine, 98(27).*

2) Mauro, A., Zenzeri, L., Esposito, F., Gaglione, G., Strisciuglio, C., Pilozzi, E., ... & Di Nardo, G. (2021). Isolated intestinal Ganglioneuromatosis: case report and literature review. *Italian journal of pediatrics*, *47*(1),

SS-08

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLANLARDA HASTALIK AKTİVİTESİ, YAŞAM KALİTESİ VE ANKSİYETE DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Beril DEMİR[1], Mustafa ERGİN[2], Emre DEMİR[3], Mehmet ARHAN[2]

[1]Mamak Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Amaç

Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi günlük yaşamı tüm yönleriyle etkilemiştir. COVID-19 pandemisi dünya çapında bir sağlık sorunu olmasının yanında, inflamatuar bağırsak hastalığı(İBH) olan hastaların takip ve tedavilerini de etkilemiştir. Biz bu çalışmamızda COVID-19 pandemi döneminde İBH hastalarında yaşam kalitesi, hastalık aktivitesi ve anksiyete düzeylerini değerlendirerek, hastalığın takip ve tedavisine yön verilebilmeyi ve hasta-hekim ilişkisine yeni bir boyut kazandırabilmeyi amaçladık.

Yöntem

Çalışma tek merkezli tanımlayıcı bir çalışma olup, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji polikliniğine ayaktan başvuran 62 İBH'li hasta ve 60 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. İBH grubu ve sağlıklı kontrol grubuna Beck Anksiyete Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği özet anketi, COVID-19 pandemisine ilişkin hasta tutumu anketleri uygulandı.

Bulgular

Hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun anksiyete düzeyleri ve yaşam kaliteleri karşılaştırıldı. Aynı zamanda anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesi demografik veriler ve hastalık aktivasyonu ile karşılaştırıldı.Sonuçlar değerlendirildiğinde; İBH hastalarının yaşam kaliteleri daha kötü ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulundu. Aktif hastalığı olanların yaşam kalitesi daha kötü, anksiyete düzeyi daha yüksek bulundu. Hastaların çoğunun pandemi ve kullandığı tedaviler yüzünden risk altında olduğunu düşündüğü, insanlarla iletişime geçmekte zorlandığı ve yolculuk yapmaktan kaçındığı görüldü.

Sonuç

Sonuç olarak, COVID-19 pandemi sürecinde İBH ile takipli hastaların normal popülasyona göre yaşam kaliteleri düşük, anksiyete seviyeleri yüksek bulundu. Bu süreçte hasta-hekim ilişkisine daha çok dikkat edilmeli, iletişim gerekirse teletıp uygulamaları ile gerçekleştirilmeli, hastalara daha çok bilgi verilmeli ve böylece yaşam kaliteleri arttırılmalı, hastane maliyetleri en aza indirilmelidir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuar bağırsak hastalığı, COVID-19, yaşam kalitesi

SS-09

ÇÖLYAK HASTALARINDA DİYET UYUMU İLE HASTALIK ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTERMEDE NON-İNVAZİV BELİRTEÇLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sezgin BARUTÇU, Çiğdem YILDIRIM, Seval KUL, Mahmut POLAT, Murat Taner GÜLŞEN

Gaziantep Üniversitesi

Amaç: Çölyak hastalığında diyet uyumu ile hastalık şiddeti arasında ilişkiyi gösteren güvenilir belirteç halen bulunmamaktadır. Biz de bu çalışmamızda diyet uyumuyla hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi öngörebilecek non-invaziv belirteçleri tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: Gaziantep Üniversitesi Gastroenteroloji polikliniğine başvuran, serolojik testler, endoskopik ve patolojik incelemelerle çölyak tanısı konmuş diyet uyumu olmayan 183 hasta, kontrol grubu olarakta diyet uyumu olan 20 hasta retrospektif olarak çalışmaya alındı. Diyet uyumu olmayan hastalar doku transglutaminaz (TTG) Ig-A değerlerine göre 21-100 (Hafif), 100-200 (Orta) ve >200 (Şiddetli) olarak sınıflandırıldı. Diyet uyumlu ve uyumsuz hastalar; demografik özellikler, laboratuvar parametreleri, nötrofil/lenfosit oranı (N/L), platelet/lenfosit oranı (P/L), sistemik inflamatuvar indeks (Sİİ) (Platelet x N/L) ve MPV/RDW oranı açısından karşılaştırıldı. Aynı karşılaştırmalar diyet uyumsuz gruptaki hafif, orta ve şiddetli hastalar içinde uygulandı.

Bulgular: Diyet uyumsuz 183 hastanın 119'u (%65), uyumlu olanların 16'sı (%80) kadındı (p:0,178). 2 grup arasında RDW(p:0,035) ve AST (p:0,037) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Diğer laboratuvar parametreler ile N/L, P/L,MPV/RDW oranı ve SII açısından anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo:1).Diyet uyumsuz grupta TTG-IgA düzeyi ile P/L oranı(p=0,004) ve RDW(p<0,001) arasında pozitif yönde,MPV ile MPV/RDW(p<0,001) arasında ise negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı.Diyet uyumsuzluğuna göre (hafif-orta-şiddetli) non-invaziv belirteçler karşılaştırıldığında MPV,RDW,MPV/RDW,P/L ve Sİİ açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlendi (Tablo:2). Şiddetli diyet uyumsuzluğu olan hastalarda hafif ve orta şiddettekilere göre MPV, RDW ve MPV/RDW oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,001). Ancak N/L(p=0,325), P/L(p=0,063) ve Sİİ (p=0,877) açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Diyet uyumsuzluğunun ikili karşılaştırmalarında ise RDW her üç grupta da anlamlı olarak tespit edildi (Tablo:3)

Sonuç: Çölyak hastalarının diyet uyumsuzluğunun şiddetinin değerlendirilmesinde MPV, RDW, MPV/RDW, P/L oranı ve Sİİ klinik pratikte yol gösterici olabilmekle birlikte daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çölyak hastalığı, diyet uyumu, non-invaziv belirteçler

Tablo 1: Diyet uyumlu ve uyumsuz hastaların demografik ve laboratuar özelliklerinin karşılaştırılması

	Diyet uyumsuz (n=183)	**Diyet uyumlu (n=20)**	
	Median[25%-75%]	**Median[25%-75%]**	
Yaş	27 [23 -38]	25 [22,5 -34,5]	
VKİ	21,36 [18,07 -24,65]	20,39 [18,66 -23,16]	
Hemoglobin	12,7 [11,3 -13,9]	13,3 [12,2 -13,7]	
Trombosit	298000 [236000 - 375000]	298000 [224500 -355000]	
Lökosit	6710 [5810 -8010]	6970 [6280 -7840]	
nötrofil	3730 [2960 -4470]	4150 [3400 -5245]	
Lenfosit	2280 [1840 -2700]	2170 [1720 -2465]	
MPV	9,7 [8,7 -10,4]	9,45 [8,3 -11,2]	
RDW	15 [13,4 -18]	13,55 [12,85 -15,7]	
AST	24 [20 -31]	22 [17,5 -25,5]	
ALT	20 [15 -30]	21 [15 -28]	
Albumin	4,6 [4,27 -5,04]	4,51 [4,11 -22,57]	
CRP	1 [0,37 -3,3]	0,58 [0,19 -2,52]	
Sedim	9 [5 -14]	9 [6 -16]	
Demir	59,95 [33 -92,5]	65 [47,5 -90]	
SDBK	391 [345,2 -436]	412 [339 -439]	
Ferritin	10,3 [5,28 -23,6]	15,8 [5,59 -37]	
D vitamini	16,42 [10,9 -22,5]	16 [13,58 -18,75]	
Vitamin B12	229,4 [176 -301]	200 [152 -260]	
TTG-Ig A	202 [147,8 -300]	13,25 [9,99 -17,2]	
N/L oranı	1,67 [1,22 -2,18]	1,94 [1,34 -3]	
PLT/L oranı	135,38 [99,57 -169,58]	148,62 [98,45 -195,27]	
SII INDEKSI (PLT*N/L)	473814,21 [352989,25 - 715400]	599810,93 [365088,58 - 969505,35]	
MPW/RDW	0,63 [0,51 -0,74]	0,68 [0,57 -0,8]	

Tablo 2: Diyet uyumsuzluğu şiddeti ile non-invaziv belirteçler arasındaki ilişki

	Hafif (n=32)	**Orta (n=47)**	**Şiddetli (n=104)**	
	Median[25%-75%]	**Median[25%-75%]**	**Median[25%-75%]**	
N/L oranı	1,46 [1,07 -1,95]	1,84 [1,35 -2,32]	1,62 [1,22 -2,17]	
PLT/L oranı	109,66 [84,26 -141,21]	125,82 [101,58 -175,42]	141,89 [110,17 - 172,67]	
SII INDEKSI (PLT*N/L)	353420 [255360,62 - 626791,22]	526064 [423160,17 - 768598,93]	468174 [364352,09 - 741786,7]	
MPW/RDW	0,72 [0,64 -0,81]	0,71 [0,58 -0,8]	0,55 [0,46 -0,68]	
MPV	10,05 [8,8 -10,75]	10,3 [9,3 -11]	9,1 [8,4 -10,1]	
	13,35 [12,7 -14,65]	14,6 [13,3 -16,7]	16 [13,7 -19,6]	

Tablo 3: Diyet uyumsuzluğu şiddetinin non-invaziv belirteçlerle ikili karşılaştırılması

	Hafif-Orta	**Hafif-Şiddetli**	**Orta-Şiddetli**
N/L oranı	p>0,05	p>0,05	p>0,05
PLT/L oranı	P=0,071	**P=0,004***	P=0,318
SII INDEKSI (PLT*N/L)	**P=0,002***	**P=0,008***	P=0,281
MPW/RDW	P=0,270	**P=0,001***	**P=0,001***
MPV	P=0,334	**P=0,009***	**P=0,001***
RDW	**P=0,020***	**P=0,001***	**P=0,024***

SS-10

AKUT KARACİĞER YETMEZLİĞİYLE PREZENTE OLAN ÇÖLYAK KRİZİ.

Mehmet Ali Kösekli[1].

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD.

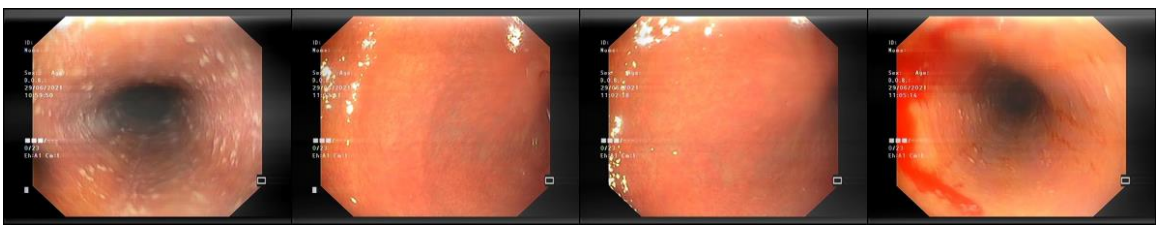
Orcid No: 0000-0002-3172-8200.

Giriş: Çölyak hastalığının hayatı tehdit eden komplikasyonlarla seyretmesi çölyak krizi olarak bilinmektedir. Akut karaciğer yetmezliğiyle prezente olan çölyak krizini sunuyoruz.

Vaka: 33 yaş kadın hasta, 1 ay önce 4-5 gün süren 3-4 kez ishal, halsizlik nedeniyle özel hastanede takip edilmiş, anemi dışında patoloji saptanamamış. Ayaklarda şişlik, halsizlik nedeniyle tekrar yatırıldıktan sonra karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk nedeniyle tarafımıza sevkedildi. Solukluk, sarılık, bilateral pretibial ödem saptandı. Ateş, ishal, kusma saptanmadı. WBC:15.83K/uL, Hb:9.7gr/dl, Plt:204K/UL, ALT: 69U/L, AST:161U/L, ALP: 254U/L, GGT:152U/L TBil:4.31, D.Bil:3,5 mg/dL, Tprot: 59 g/L, Alb:34- 21 g/L, INR: 2.08. Immunglobulinler, hepatotropik virüs ve otoimmun seroloji negatif saptandı. Ferritin ve seruloplazmin normaldi. Na:137, K:2.3 mmol/L, TKol:53, TG:65 mg/dl saptandı. Özel merkezde MRCP'de hepatomegali, batında asit, gastroskopi ve kolonoskopisi normal saptanmış. Kliniğimizde USG ve CT'de; hepatomegali ve ileri hepatosteatoz-parankim dansitesinde azalma var, splenomegali yok. Hipopotasemi, hipoalbuminemi nedeniyle çölyak düşünülerek gastroduodenoskopi yapıldı, candida özofajiti ve duodenumda mozaik patern, foldlarda silinme izlendi. Çölyak serolojisi istendi. Hepatik ensefalopati, koagulopati (INR:6.5), hiperbilirübinemi nedeniyle nakil yapılabilen merkeze sevk edildi. Hastanın akut karaciğer yetmezliğine solunum distresi eklenmesiyle entübe edildi. Hekimine ulaşılarak çölyak ön tanımız paylaşıldıktan sonra glutensiz diyete başlandıktan sonra extube oldu. Doku transglutaminazı: 300U/mL (normali <12), duodenumda total villöz atrofi raporlandı. Karaciğer biyopsisinde parankimin %95'inde makrovesikuler yağlanma, intralobuler-portal inflamasyon, hafif portal, periportal- fibroz raporlandı. Diyete uyumlu 5. ay kontrolünde genel durumu iyi, laboratuvar normal, USG'de hafif hepatosteatoz saptandı.

Tartışma: Çölyak krizi çocuklarda tanımlanmış olmakla birlikte erişkinlerde de görülebilmektedir. Malabsorbsiyona sekonder albümin, elektrolit düşüklüğüne bağlı değişik tablolarla prezentasyon bildirilmiştir. Akut karaciğer yetmezliğiyle prezentasyon literatürde ilktir.

Anahtar kelimeler: çölyak hastalığı, çölyak krizi, hepatosteatoz, akut karaciğer yetmezliği, sarılık, ensefalopati.



Şekil: Hastanın özofagus ve duodenum mukozasına ait endoskopik görünüm.

SS-12

KOLOREKTAL ADENOM VE KARSİNOMLU HASTALARDA METABOLİK VE İNFLAMATUAR RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi KARAHAN[1], Zeynep GÖK SARGIN[2], İbrahimhalil DÜSÜNCELİ[2], Yücel USTUNDAG[2]

[1]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye
[2]Gastroenteroloji ve Hepatoloji Anabilim Dalı, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak, Türkiye

Giriş: Metabolik sendrom (MetS) ve ilgili bileşenlerinin, hiperinsülinemi, insülin direnci ve oksidatif strese bağlı olarak kronik düşük dereceli inflamasyona neden olan kolorektal kanser geliştirme riski olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı kolorektal neoplazmalar (kolon adenokarsinom ve kolon adenomu), metabolik sendrom bileşenleri ve inflamatuar belirteçler arasındaki ilişkiyi açıklamaktır.

Yöntem: Ocak 2017-2019 tarihleri arasında kliniğimizde kolon adenomu ve kolorektal adenokarsinom (KRK) tanısı alan 151 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi ve kaydedildi.

Bulgular: Hastaların %47'sinde adenom, %53'ünde adenokarsinom görüldü. Adenokarsinom grubunda diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon, hipertrigliseridemi ve metabolik sendromlu hasta oranları adenom grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. İnsülin direnci zemininde gelişen şiddetli NASH (alkolsüz yağlı karaciğer hastalığı) (4. derece) adenokarsinom grubunda adenom grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Enflamatuar belirteçler; Adenom grubuna göre adenokarsinom grubunda CRP, CRP/albümin ve Nötrofil/lenfosit oranı (NLR) anlamlı olarak daha yüksek, vitamin D ve albümin ise anlamlı olarak daha düşüktü. Lojistik regresyon analizine göre şiddetli hepatosteatoz, DM ve trigliserit düzeyleri KRK için bağımsız risk faktörleriydi. Nihayet; NLR, MetS ve NAFLD arasında pozitif bir korelasyon gözlendi.

Sonuçlar: İnsülin direnci temelinde ortaya çıkan MetS ve NAYKH ile CRC arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösterdik ve bu ilişki inflamatuar parametrelerle korele idi. Bu, kolonun benign ve malign adenomatöz neoplazmalarını karşılaştırarak KRK, MetS, NAYKH ve inflamatuar ilişkinin belirlendiği literatürdeki tek çalışmadır.

Anahtar kelimeler: Kolorektal adenokarsinom, Adenom, Metabolik sendrom, İnsülin direnci, Enflamasyon

SS-13

ALBÜMİN-KARSİNOEMBRİYONİK ANTİJEN ORANI (ACR), PANKREAS KANSERİ SAĞKALIMINI ÖNGÖREBİLİR Mİ? PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASININ SONUÇLARI

[1]Hasan YILMAZ, [2]Burcu KOÇYİĞİT

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Pankreas kanseri, en agresif malignitelerinden biri olup toplam 5 yıllık sağkalım oranı %6'nın altındadır. Pankreas kanserli hastaların sağkalım süresini tahmin etmek için mevcut yöntemler sınırlıdır. Bu çalışmada amacımız, pre-diagnostik ACR oranının ve diğer biyobelirteçlerin pankreas kanseri sağkalım süresini etkileyen prognostik faktörler olup olmadığını analiz etmekti.

Yöntem: Ekim 2017-Eylül 2021 tarihlerin arasında 3.basamak sağlık tesisinde pankreastan kitle bx yapılan 212 hastanın verileri prospektif olarak incelendi. Pankreas kanseri tanısı alan hastaların bx den bir hafta önce bakılan absolute beyaz küre, nötrofil, lenfosit, trombosit, ortalama trombosit hacmi (MPV), albümin, carcinoembryonic antigen (CEA), carbohydrate antigen19-9 (Ca19-9) seviyeleri toplandı. NLR (nötrofil-lenfosit oranı), PLR (trombosit-lenfosit oranı), ACR (albümin-karsinoembriyonik antijen oranı) hesaplandı. Bu bağımsız değişkenler ile demografik özellikler kulanılarak Cox regresyon modelinde sağkalım analizi yapıldı. Değişkenlerin hayatta kalma kümülatif eğrileri Kaplan-Meier yöntemi kullanılarak oluşturuldu ve istatistiksel anlamlılık log-rank testi kullanılarak ölçüldü.

Bulgular: 115 hasta pankreas kanseri tanısı aldı. Hastaların 61'i (%73,5) erkekti ve yaş ortalaması 61,5 ± 13 yıl idi. Ortalama takip süresi 27,2ay (aralık: 1-94) olarak hesaplandı. Hastaların 65'i (%41,4) takip süresi içinde öldü. Cox regresyon modelinde; NLR (HR: 1.245; %95 CI: 1.080 - 1.435;p=0.003), albümin (HR: 0.948; %95 CI:0.908 - 0.991;p=0.018) ve ACR (HR: 0.955; %95 CI: 0.928 - 0.983;p=0.002) sağkalım süresi ile anlamlı ilişkilendirildi. Ek olarak; hastanın yaşı, PLR ve MPV değerlerinin genel sağkalım süresi üzerinde etkili olmadığı görüldü.

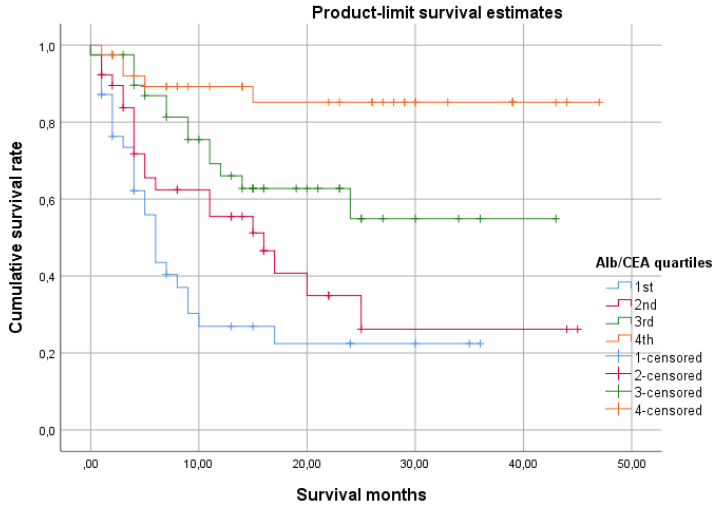
Sonuç: Biyopsi öncesi yüksek NLR, düşük albümin ve ACR oranı pankreas kanserli hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmış sağkalım süresi ile ilişkilendirildi. Bu bağımsız prognostik belirteçler pankreas kanserinde sağkalım risk sınıflandırmasında yardımcı olabilir.

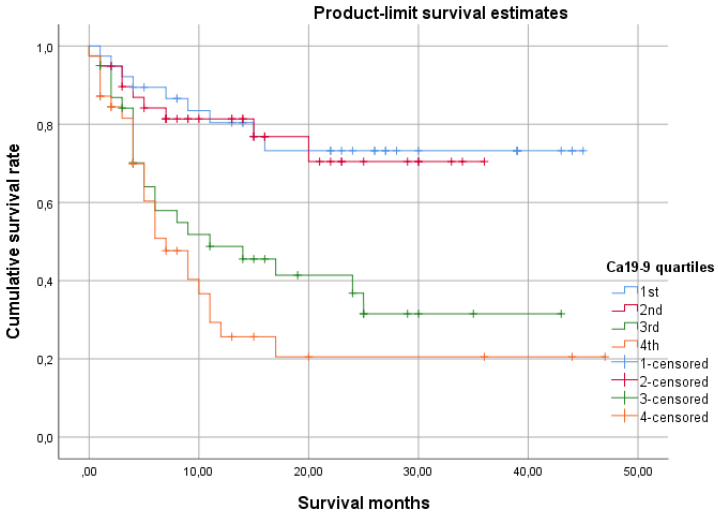
Anahtar Kelimeler: Pankreas kanseri, Albümin-karsinoembriyonik antijen oranı (ACR), İnflamatuar indeksler, Hayatta kalma analizinde

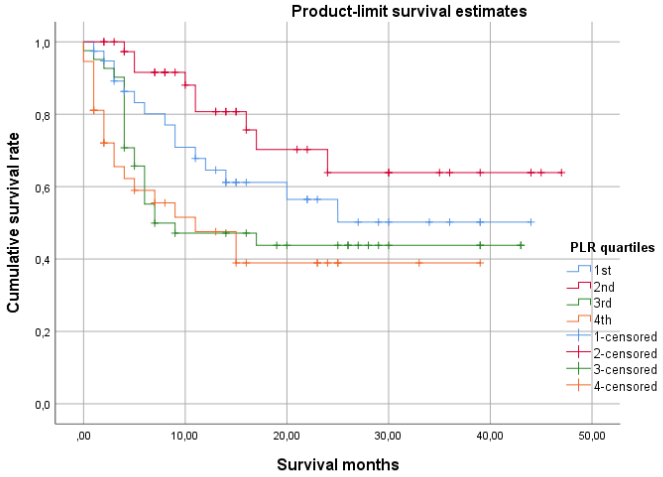
Tablo 1: Parametreler		
	n	(%)
Cinsiyet		
Erkek	61	(73.5)
Kadın	54	(73)
Yaş	61,5 ± 13	(18-85)
Tümör boyutu cm^2	8.7	(5-15.9)
WBC ($x10^3/\mu l$)	7.7	(6.1-8.9)
Neu ($x10^3/\mu l$)	4.5	(3.7-6.1)
Lym ($x10^3/\mu l$)	1.8 ± 0.9	(0.46-5.1)
NLR	2.79	(1.7-4.6)
Plt ($x10^3/\mu l$)	244	(203-305)
PLR	140	(104-203)
MPV fL	9.3 ± 1.2	(7-12.7)
Albümin g/L	36.3	(31.5-40.1)
CEA ng/mL	4.7	(2.4-9.2)
ACR ng/mL ($x10^6$)	7.3	(3.7-16.2)
Ca19-9 U/mL	180	(19-713)
Verile; ortalama ± SD (minimum-maksimum değerler) veya medyan (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir. WBC: beyaz kan hücresi. Neu: nötrofil, Lym: lenfosit, Plt: trombosit, NLR: nötrofil-lenfosit oranı, PLR: trombosit-lenfosit oranı, MPV: ortalama trombosit hacmi. ESR: sedimantasyon. CRP: c-reaktif protein, CEA: karsinoembriyonik antijen. ACR: albümin-karsinoembriyonik antijen oranı, Ca19-9: karbonhidrat antijeni 19-9		

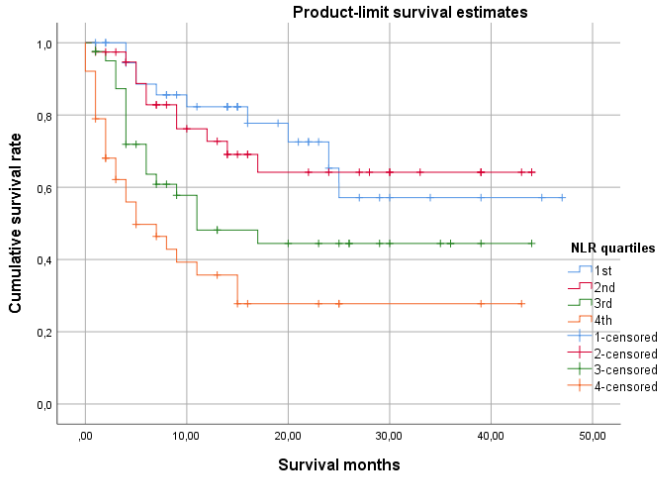
Tablo 2: Parametrelerin hayatta kalma analizinde tehlike oranları ve %95 güven aralığı		
	Tehlike oranları ve %95 Güven aralığı	p value
Yaş	1.009 (0.987 - 1.032)	0.429
NLR	1.245 (1.080 - 1.435)	0.003
PLR	0.998 (0.994 - 1.002)	0.355
MPV	1.212 (0.992 - 1.481)	0.060
Albümin	0.948 (0.908 - 0.991)	0.018
ACR	0.955 (0.928 - 0.983)	0.002
NLR: nötrofil-lenfosit oranı. PLR: trombosit-lenfosit oranı, MPV: ortalama trombosit hacmi, ACR: albümin-karsinoembriyonik antijen oranı		

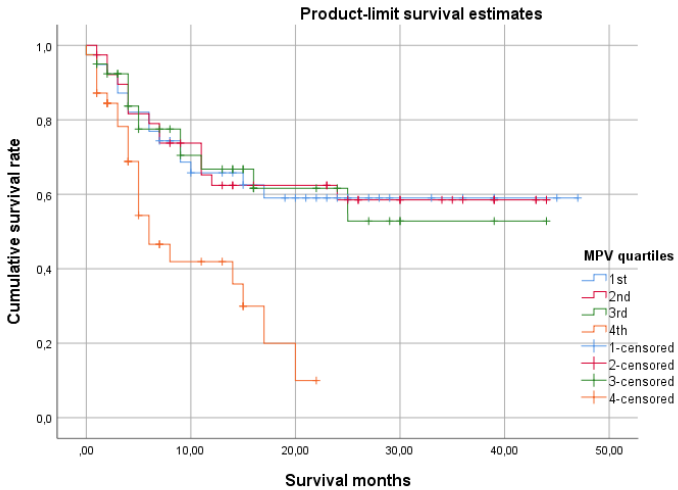
MPV, NLR, PLR, ACR ve Ca19-9'un dörtte birlik yüzdeliklere göre Kaplan-Meier hayatta kalma kümülatif eğrileri


Product-limit survival estimates
Cumulative survival rate
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,00
10,00
20,00
30,00
40,00
50,00
Survival months
Alb/CEA quartiles
1st
2nd
3rd
4th
1-censored
2-censored
3-censored
4-censored


Product-limit survival estimates
Cumulative survival rate
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,00
10,00
20,00
30,00
40,00
50,00
Survival months
Ca19-9 quartiles
1st
2nd
3rd
4th
1-censored
2-censored
3-censored
4-censored


Product-limit survival estimates
Cumulative survival rate
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,00
10,00
20,00
30,00
40,00
50,00
Survival months
PLR quartiles
1st
2nd
3rd
4th
1-censored
2-censored
3-censored
4-censored


Product-limit survival estimates
Cumulative survival rate
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,00
10,00
20,00
30,00
40,00
50,00
Survival months
NLR quartiles
1st
2nd
3rd
4th
1-censored
2-censored
3-censored
4-censored


Product-limit survival estimates
Cumulative survival rate
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,00
10,00
20,00
30,00
40,00
50,00
Survival months
MPV quartiles
1st
2nd
3rd
4th
1-censored
2-censored
3-censored
4-censored

POSTER BİLDİRİLER

3.GAZİ GASTROENTEROLOJİ GÜNLERİ

3'ü bir arada | IBH GİRİŞİMSEL ENDOSKOPİ FONKSİYONEL GİS HASTALIKLARI



25-27 ŞUBAT 2022

Grand Ankara Hotel

www.gastrogunleri2022.org

PS- 01

WALLED-OFF PANKREATİK NEKROZUN SPONTAN MİDEYE FİSTÜLİZASYONU

İdris KURT[1], Ali Rıza Soylu[1], Hasan Celalettin Ümit[1], Hüseyin Ahmet Tezel[1]

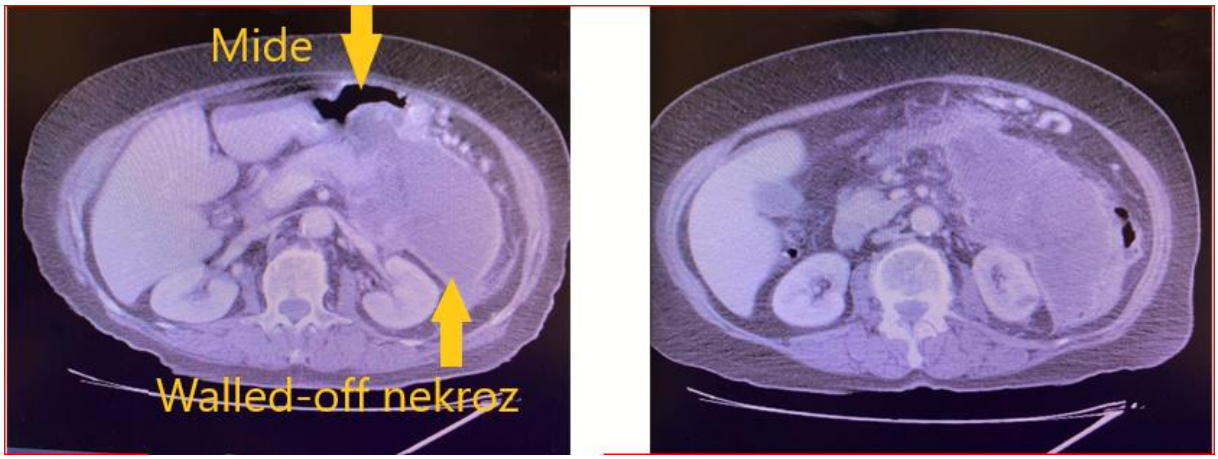
1– Trakya Üniversitesi Tıp Fakiltesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Pankreatit sonrası oluşan lokal komplikasyonlar 2012'de revize Atlanta kriterlerine göre tanımlanmıştır. Nekroz durumuna ve ortalama dört hafta sürecine göre (kapsül oluşması için gereken süre) kollekiyonlar 4'e ayrılmaktadır: akut peripankreatik koleksiyon, akut nekrotik koleksiyon, psödokist, walled-off nekroz. Walled-off nekroz seyrek olarak komşu gastrointestinal trakt yapıları (mide, ince bağırsak, kolon) duvarlarını erode ederek spontan fistülize olabilmektedir. Bu vakamızda gelişen walled-off nekrozun spontan mideye fistülizasyonunu sunmayı amaçladık.

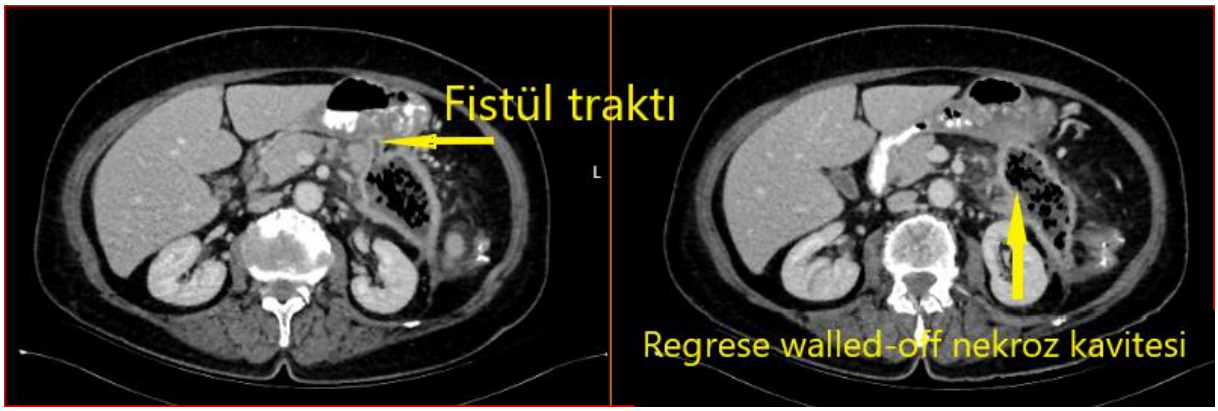
Vaka: Bilinen kronik hastalığı olmayan 79 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 ay kadar önce dış merkezde akut pankreatit nedeni ile interne ediliyor. Konservatif tedavi altında yaklaşık 1 hafta kadar hospitalize şekilde takip ediliyor. Sonrasında ayaktan antibiyoterapi ile takibe alınıyor. Pankreatit etyolojisinde kolelitiazis saptanıyor. Dört hafta sonrasında çekilen bilgisayarlı tomografisinde(BT), pankreas kuyruk kısmını destrukte eden, mide duvarına bası oluşturan, yaklaşık 140*70mm boyutlarında walled-off nekroz ile uyumlu sıvı koleksiyonu izleniyor(Resim1). Kusma ve aralıklı karın ağrısı ile tarafımıza başvuran hastanın çekilen kontrol BT'sinde kolleksiyonun küçüldüğü, içerisinde hava dansitelerin oluştuğu ve mide ile arasında fistül traktı gözlendi(Resim2). Fisül orifisi ve aktif pürülan mayii drenajı endoskopik olarak verifiye edildi(Resim3). Spontan drenajı, morfolojik regresyonu, klinik yanıtı olan hasta tarafımızca konservatif tedavi altında takip edilmektedir.

Tartışma: Son yıllardaki eğilim walled-off kavitesi enfekte olmadıkça, semptomatik hale gelmedikçe(refrakter karın ağrısı, gastrik çıkış yolu obstrüksiyonu , anoreksi, kilo kaybı) konservatif takip etme yönündedir. Daha seyrek olarak spontan fistülizasyon da izlenebilmektedir. Sonuçları kanama, sepsis gibi hayatı tehtid edebilecek komplikasyonlar olabileceği gibi, semptom ve morfolojik rezolüsyon da olabilir. Bizim hastamızdaki durum, şu aşamada rezolüsyona gitme eğilimindedir.

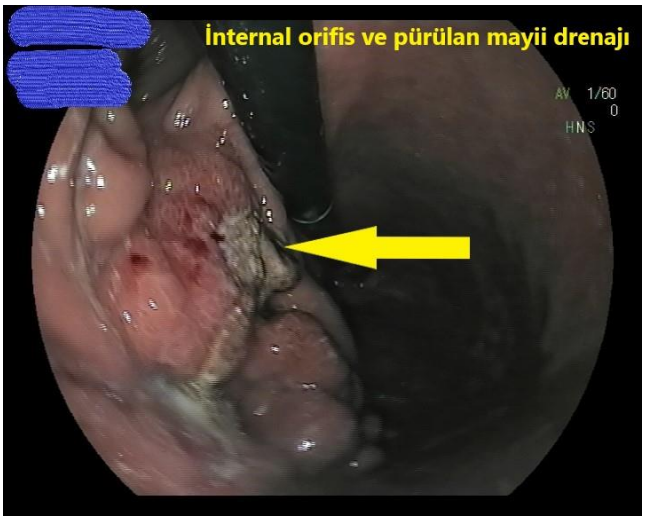
Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



PS-02

ÖZEFAGUS PERFORASYONU NEDENİYLE UYGULANAN STENTİN İNGROWTH OLMASI NADİR UYGULANAN ''STENT İN STENT'' YÖNTEMİ İLE ÇIKARILMASI

Yusuf Serdar SAKİN[1], Mehmet Göktürk KABAN, Galip BÜYÜKTURAN, Ferdane PİRİNÇÇİ SAPMAZ, Emine GÜL AYDIN

[1]S.B.Ü Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş; Benign özofagus perforasyonları potansiyel olarak mortal seyredebilen bir durumdur. Cerrahi tedavi uzun yıllar boyunca altın standart tedavi olarak kabul edilmiştir **(1,2).** Ancak cerrahinin yüksek Mortalite ve morbidity ile seyretmesi nedeniyle son yıllarda çeşitli endoskopik tedavi seçenekleri geliştirilmiştir. Yakın zamanda kaplı self-expandable metallic stent (SEMS) yerleştirilmesi benign özefagus perforasyonu için etkili bir tedavi olduğu bildirilmiştir. **(3,-9)** Bununla birlikte stent migrasyonu ve ingrowthu gibi stentle ilgil komplikasyonlar bildirilmiştir. **(4,5,8,-10)** Bu posterimizde tam kaplı Sems uygulanması sonrasında gelişen stent ingrowthunun nadir uygulanan stent in stent tekniği ile çıkarılmasını anlatan olgudan bahsedeceğiz.

Olgu: 50 yaşında kadın hasta; dış merkezde plevral biyopsi operasyonu zemininde, post op uygulanan Lma sonrasında gelişen özefageal perforasyon tanısı ile hastanemiz göğüs cerrahi kliniğine kabul edilmiş. Hastaya göğüs cerrahisi kliniği tarafından oralı kapatılıp, sağ tüp torakostomisi uygulanmış. Hasta yatışından sonra tarafımıza özefageal stentleme amacıyla danışılmış, yapılan endoskopide daha önce atılan hemokliplerin kapatamadığı kaçak alanı gözlenmesi nedeniyle 8 cm tam kaplı özefagus stenti yerleştirilmiştir. Kontrolde yerinde olduğu değerlendirildiğinden migrasyonu engellemek amacıyla proksimaline iki adet hemoklip atılarak fiske edilmeye çalışılmıştır. Daha sonra klinik olarak stabilleşen ve stentin oturduğu hasta 3 hafta sonrasına stent çıkarılması amacıyla poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edilmiştir. Bu süreçte hasta covid geçirmesi nedeniyle kontrollere gelememiş ve stent kontrolü yapılamamıştır. . Covid sonrasında (yaklaşık 2 ay) hastada disfaji şikayetleri başlamış. Bu nedenle yapılan kontrol endoskopisinde stent distalinde gelişen doku ingrowthu saptamamız üzerine balon dilatasyonu denendi. Ancak başarılı olmaması üzerine mevcut stentten daha uzun (10 cm) tam kaplı özofagus stenti takılarak 2 hafta sonra ikisi beraber komplikasyonsuz olarak çıkarıldı.

Gastroskop ile skopi altında girildi. Tam kaplı stentin proksimal ve distalinden ingrowth yapılarının arttığı, distalde lümeni tam tıkadığı gözlendi. Stent proksimali skopi altında çıkarıldı ancak Distal kısmı manevralara rağmen çıkarılamadı. Distal kısmı kurtarılamadığı için Guide ile mideye geçilerek lümen belirlendi. Daha sonra balon ile doku aralığı açılarak mideye geçiş açıldı. Guide üzerinden 10 cm tam kaplı özefagus stenti skopi altında Guide üzerinden takılmaya çalışıldı. Ancak stentin her iki ucu kapamadığından ve elimizde daha uzun bir stent olmadığından stent tekrar çıkarıldı.

Sonuç: Özefagustaki stent ingrowthu, stentleme süresi ile ilgili olduğundan stentlerin erken çıkarılmasını sağlamak,stent ingrowthunu engelleme noktasında en önemli basamağı oluşturmaktadır. **(8,9,11)**
Son zamanlarda ingrowth olmuş metalik stentin çıkarılması için ingrowth olan stentle aynı çapta Sems yerleştirilmesi önerilmektedir. **(8,9,19)** Bu stent in stent tekniği ingrowth olmuş stent içindeki hiperplastik dokuda

nekroza neden olarak her iki stentinde 10-14 günlük bir sürenin ardından sorunsuz bir şekilde çıkarılabilmesini sağlamaktadır. **(12) .** Biz de bu nadir uygulanan işlemi kullanarak hastamızı tedavi ettik

Referanslar

1-Brinster C J, Singhal S, Lee L, Marshall M B, Kaiser L R, Kucharczuk J C. Evolving options in the management of esophageal perforation. Ann Thorac Surg 2004; 77: 1475–1483

2-Lazar GJr, Paszt A, Simonka Z, Barsony A, Abraham S, Horvath G. A successful strategy for surgical treatment of Boerhaave's syndrome. Surg Endosc 2011; 25: 3613–3619.

3-Davis A P, Vaughan R. Expanding mesh stent in the emergency treatment of Boerhaave's syndrome. Ann Thorac Surg 1999; 67: 1482–1483

4-Siersema P D, Homs Y V M, Haringsma J, Tilanus H W, Kuipers E J. Use of large-diameter metallic stents to seal traumatic nonmalignant perforation of the esophagus. Gastrointest Endosc 2003; 58: 356–361.

5-Gelbmann C M, Ratiu N L, Rath H C et al. Use of self-expandable plastic stent for the treatment of esophageal perforations and symptomatic anastomotic leaks. Endoscopy 2004; 36: 695–699.

6-Johnsson E, Lundell L, Liedman B. Sealing of esophageal perforation or ruptures with expandable metallic stents: a prospective controlled study on treatment efficacy and limitations. Dis Esophagus 2005; 18: 262–266.

7-Fisher A, Thomusch O, Stefan B, von Dobschuetz E, Baier P, Hopt U T. Nonoperative treatment of 15 benign esophageal perforations with self-expandable covered metal stent. Ann Thorac Surg 2006; 81: 467–473.

8-van Boeckel P G A, Sijbring A, Vleggaar F P, Siersema P D. Systematic review: temporary stent placement for benign rupture or anastomotic leak of the oesophagus. Aliment Pharmacol Ther 2011; 33: 1292–1301.

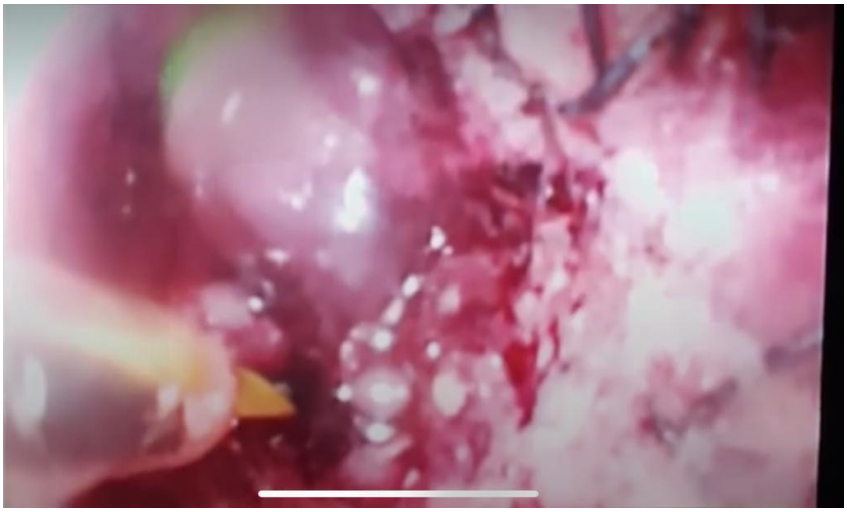
9-van Boeckel P G A, Dua K S, Weusten B L A M et al. Fully covered self-expandable metal stents (SEMS), partially covered SEMS and self-expandable plastic stents for the treatment of benign esophageal ruptures and anastomotic leaks. BMC Gastroenterol 2012; 29: 12–19.

10-Ackroyd R, Watson D I, Devitt P G, Jamieson G G. Expendable metallic stents should not be used in the treatment of benign esophageal strictures. J Gastroenterol Hepatol 2001; 16: 484–487.

11-van Heel N C M, Haringsma J, Wijnhoven B P I, Kuipers E J. Endoscopic removal of expandable metal stents from esophagus. Gastrointest Endosc 2011; 74: 44–50

12-Hirdes M M C, Siersema P D, Houben M H M G et al. Stent-in-stent technique for removal of embedded esophageal self-expanding metal stents. Am J Gastroenterol 2011; 106: 286–293.





PS-03

LAKSATİF KULLANIMINA BAĞLI GASTROİNTESTİNAL SİSTEMDE GÖRÜLEN ÜLSERLER

Ergin TURGUT[1], İsmet KIZILKAYA[1], Emin OĞUZ[2]

[1]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Van, Türkiye
[2]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van, Türkiye

Özet

Giriş: Kolonoskopi işleminin yapılabilmesi için işlem öncesi barsak temizliğinin yapılması gerekmektedir. Bu amaçla laksatif ilaçlardan faydalanılmaktadır. İşlem öncesi yapılan hazırlığa bağlı çoğunlukla klinik olarak belirti verecek düzeyde bir patoloji gözlenmemektedir. Ancak bazı hastalarda laksatif ilaçların fazla emilimine bağlı hiperfosfatemi, hipokalsemi ve diğer elektrolit bozuklukları görülebildiği gibi barsaklarda mukozal hasarlar ve ülserler de görülebilmektedir. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz kolonoskopi hazırlığı yapıldıktan sonra kolonoskopisinde ileum ve rektum bölgesinde ülserler geliştiği görülen vakamızı sunduk

Vaka:31 yaşında kadın hasta karın ağrısı kabızlık şişkinlik şikâyetleri ile yönlendirilmiş. Daha önce mevcut şikâyetleri için sık sık ilaç kullanımı olmuş ancak hastada klinik olarak rahatlama saptanmamış. Özgeçmişinde bilinen hastalık öyküsü olmayan hastanın muayenesinde batın alt kadranda hassasiyet dışında anlamlı bulgusu yoktu. Tetkiklerinde demir eksikliği anemisi mevuttu, biyokimyasal parametreleri normaldi. Hastanın önceki tedavilerden fayda görmemesi üzerine hastaya kolonoskopi yapılmasına karar verildi. İşlem öncesi hastaya diyet tedavisi başlandı, laksatif ilaçları reçete edildi. Kolonoskopisi yapılan hastanın kolonoskopisinde ileum girişinde yaklaşık 1 cm lik ülsere alan, rektumda sadece bir alanda milimetrik aftöz ülser saptandı. Bu alanlardan biyopsi alındı. Hastanın biyopsisi belirgin histomorfolojik değişiklik göstermeyen ince barsak ve kolon mukozası olarak yorumlandı. Bunun üzerine hastaya semptomlarına yönelik tedavi verilerek poliklinik kontrol önerildi.

Tartışma: Gastrointestinal traktusun herhangi bir yerinde iltihabi bağırsak hastalıklarına bağlı ülserlerin gelişebildiğini bilmekteyiz. Ancak bunun yanısıra laksatif kullamına sekonder olarak barsaklarda mukozal hasarlar ve ülserlerin gelişebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Laksatif ülser, Gastrointestinal Sistem

PS-04

DEV HEMANJİYOM ZEMİNİNDE KARACİĞER SİROZU GELİŞEN HASTA

Emin OĞUZ[1], Ergin TURGUT[2], İsmet KIZILKAYA[2]

[1]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van, Türkiye
[2] Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Van, Türkiye

Özet

Giriş: Hemanjiyomlar karaciğerin en sık saptanan benign tümörü olup toplumun %3-20'sinde görülmektedir. Görülme oranı kadınlarda erkeklere oranla daha sık (K:E 5:1)olup daha çok orta yaş kadınlarda saptanmaktadır. Patogenezi çok açık olmamakla birlikte hepatik hemanjiyomların bir konjenital vasküler malformasyon veya hamartom olabileceği düşünülmektedir. Histolojik olarak fibröz bağ doku ile desteklenen, basit düz bir endotelyal hücre tabakası ile çevrelenmiş, farklı boyutlarda, kan ile dolu, mezenkimal bir lezyondur. Tipik formunda kapiller hemanjyom, kavernöz hemanjiyom ve skleroze hemanjiyom olmak üzere üç histolojik alttipi mevcuttur. Çoğunlukla görüntülemede insidental olarak saptanmaktadır. Güncel kılavuzlar dev karaciğer hemanjiyomu (>5 cm) olan hastalarda sürveyans ve semptomatik olan hastalarda cerrahi seçeneklerinin gözönünde bulundurulmasını önermektedir zira dev hemanjiyomlar karın ağrısı, konjestif kalp yetmezliği, karaciğer sirozu hatta nadir görülen ve yaşamı tehdit edebilecek, tüketim koagulopatisine yol açan Kasabach-Merritt Sendromuna (KMS) yol açabilir..Biz, yaklaşık 10 yıldır bilinen karaciğerde dev hemanjiyomu (35x26,5x20 cm) olan hastamızı bildirdik.

Vaka: Vakamız 61 yaşında bir kadın hasta olup karında şişlik, kilo kaybı, iştah kaybı şikayetleri ile başvurması üzerine gastrointestinal malignite taranırken abdomen bilgisayarlı tomografisinde insidental olarak 35 cm'lik dev hemanjiyom saptandı. Fizik muayesinde tüm batını dolduran bir kitle palpe edilmekteydi. Kitlenin ayırıcı tanısı için USG ve MRG istedik. Karaciğer parankimini büyük oranda dolduran 20x26,5x35 cm boyutlarında olan santralinde kistik-nekrotik alanlar barındıran, santral milimetrik kalsifiye komponent içeren, İVKM sonrası erken arteryal fazda ve venöz fazda artarak devam eden büyük oranda periferal tarzda nodüler kontrast tutulumu gösteren lobüle kontürlü kitle lezyon izlenmiş olup kitleye sekonder vena kava inferior (VCI) ve sağ hepatik ven belirgin basılı, ana portal ven ve izlenebildiği kadarıyla sağ portal ven dalı açık, kitle dışındaki karaciğer parankimi hafif heterojen izlendi. Sağ sürrenal gland, sağ böbrek, mide, barsak ansları, pankreas kitleye sekonder basılı izlendi. Hastanın viral seroloji markırları, tümör markırları negatif saptandı. Hemoglobin:9,1 gr/dL, Lökosit:2,1 10^9/mL, Trombosit:111 10^3/mL, ALT:14 U/L, AST: 26 U/L, kreatinin:0,6 mg/dL saptandı. Hasta genel cerrahiye konsülte edildi. En sık cerrahi yöntemler olan enükleasyon ve rezeksiyon için uygun bir hasta olmadığı belirtildi. Hasta gelişebilecek olası komplikasyonlar (Hemoraji? Kasabah Merritt Sendromu? Karaciğer Sirozu?) açısından takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Karaciğerde saptanan büyük boyutlu lezyonların ayırıcı tanısında dev hemanjiyomlar akılda tutulmalı, dev hemanjiyomların çoğu zaman asemptomatik olabileceği, cerrahiye elverişli ise enükleasyon veya rezeksiyon yapılabileceği bilinmelidir.

Anahtar Sözcükler: Dev Karaciğer Hemanjiyomu, Karaciğerde İnsidental Lezyonlar

PS-05

TAŞ YUTAN HASTA

Emin OĞUZ[1], Ergin TURGUT[2], İsmet KIZILKAYA[2]

[1]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van, Türkiye
[2] Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Van, Türkiye

Özet

Giriş: Bazı kişilik bozuklukları ve mental retardasyon durumlarında hastalar farklı davranışlar sergileyebilmektedir. Madde bağımlılıkları, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları bunların en başında gelmektedir. Ağır ve orta düzeyde mental retarde hastalarda çoğunlukla yapılan davranış veya hareketin sonucu bilinmez veya düşünülmez. Genellikle dürtüsel hareketler gözlenmektedir. Kendine zarar verme davranışları da bunlardan biridir. Kafayı yumruklama, elleri veya vücudun değişik kısımlarını ısırma, elleri ve ayakları sert cisimlere vurma en başta gelen kendine zarar verme davranışlarıdır. Biz de acil servisimize başvuran ve yaptığımız endoskopik incelemede taş yutan ağır mental retarde bir hastamızı sunduk.

Vaka: 22 yaşında erkek hasta dünden beri yediği her şeyi kustuğu için yakınları tarafından acil servise getirildi. Anamnezinde ağır mental retarde olduğu aileden öğrenildi. Hasta mental retarde olduğu için kendisinden bir bilgi alınamadı. İlk muayenesinde hastanın vital bulgularının normal olduğunu gördük. Solunum sesleri ve kalp sesleri olağandı. Batın muaeyenesi normaldi. Göğsünü yumruklama şeklinde kendine zarar verici hareketleri olduğunu gözlemledik. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patolojik değer yoktu. Acilde semptomatik tedavi ile şikayetleri azalmayınca endoskopik olarak bakılması için kliniğimize yönlendirildi. Endoskopi ünitesinde hastaya sedasyon verilerek üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Hastanın özofagus orta alanında yaklaşık 28. cm civarında lümeni kapatan bir yabancı cisim olduğu görüldü. Yabancı cisimin taş olduğu ve sivri kısımlarının özofagus lümenine saplandığı görüldü. Etrafında metal para ve gıda artıkları da mevuttu. Lümen tamamen kapalı olduğundan distale geçiş mümkün değildi. Hastaya sedasyon altında yabancı cisim forsepsi ile taş saplandığı alandan çıkarılması için distale doğru itildi. Distalde taşın uçları serbestleşince file ile yakalanarak solunum yoluna girmeyecek şekilde yabancı cisim çıkarma aparatı ile dışarı çıkarıldı. Sonrasında lümendeki metal para yine fileli snare ile yakalanarak çıkarıldı. Lümenin açık olduğu gözlendi. Taşın öncesinde saplandığı alanda mukozanın derin şekilde erode olduğu ve ülserleştiği görüldü. Bu alana iki adet klips atılarak ülsere alan tamamen kapatıldı. Hasta sonrasında 72 saat klinikte yatırılarak takip edildi. Akciğer grafisinde özellik saptanmadı. Beslenme sonrası kusma veya başka bir şikayeti olmadı. Sonrasında hasta oral pantoprazol reçete edilerek taburcu edildi. Bir ay sonrasında yapılan gastrokopik incelemesinde özofagus mukozasının iyileştiği gözlendi.

Tartışma: Mental retarde hastalarda davranış bozuklukları olabileceği her zaman düşünülmelidir. Özellikle yabancı cisimleri ağzına götürme davranışı olanlarda yabancı cisimlerin yutulabileceği mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Mental Retardasyon, Yabancı Cisim, Endoskopi

PS-06

HAVACIVA OTU KULLANIMI SONRASI GELİŞEN TOKSİK HEPATİT

İsmet KIZILKAYA[1], Ergin TURGUT[1], Emin OĞUZ[2]

[1]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Van, Türkiye
[2]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van, Türkiye

Özet

Giriş: Latince adı 'Alkannatinctora' olan havacıva bitkisi hodangiller familyasındandır. Anavatanı Akdenizdir. Ülkemizde Güney ve Doğu Anadolu bölgelerinde yaygındır. Bölge insanı tarafından şifalı gücü nedeni ile çeşitli hastalıklarda kullanılmaktadır. Öksürüğü azalttığı, bağışıklık sistemini güçlendirici özelliği olduğu, ağrı kesici olduğu, mide ülseri ve egzema gibi cilt hastalıklarında yararlı olduğuna inanılmaktadır. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz havacıva otu kullanımı sonrası gelişen akut toksik hepatit olgumuzu sunduk.

Vaka: 70 yaşında kadın hasta kliniğimize sarılık, kaşıntı, tetkiklerinde karaciğer değerlerinde artış olması nedeniyle yönlendirilmiş. Özgeçmişinde hipertansiyon ve koroner arter hastalığı olan hasta mevcut hastalıklar için ilaç kullanırken karaciğer değerlerinde artış olmadığı görüldü. Hastanın yaklaşık 2 aydır şifa nedeniyle havacıva otu aldığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde skleralar ikterikti, batın sağ üst kadranda minimal hassasiyet ve idrar renginde koyulaşma mevcuttu. Labaratuvar değerlerinde beyaz küre sayısı:11.3 x103 /uL, trombosit:197 x103 /uL, internationalnormalizedratio (INR):1.53, aspartataminotrasferaz (AST): 1314 U/L, alanintransaminaz (ALT):890 U/L, alkalenfosfataz (ALP):211 U/L, gamaglutamiltrasferaz (GGT):58 U/L, total biluribin:15.5 mg/dl, direkt biluribin:14.3 mg/dl saptandı. Abdominal ultrasonografik görüntülemede karaciğer parankim ve ekosu normal saptandı. Safra yolları ve safra kesesi normaldi. Hastada hepatit tablosu olması nedeniyle viral ve otoimmun seroloji çalışıldı ve normal geldi. Hastanın hikayesinde alkol alımı veya toksik başka bir ilaç kullanımı yoktu. Ensefalopati ve INR yüksekliği devam etmeyen hasta için Kings College kriterlerine göre karaciğer nakli düşünülmedi. Havacıva otu alımından sonra hepatit tablosunun ortaya çıkması nedeniyle hastada buna bağlı toksik hepatit tablosu düşünüldü. Hastanın havacıvaotu kullanımı sonlandırıldı. Hastaya ursodeoksikolik asit N-asetilsitein ve destek tedavisi verildi. Hastada günlük karaciğer enzimleri, bilirübinler, INR değerleri çalışıldı. Takiplerinde değerlerinde düşüş gözlenen hasta taburcu edildi.

Tartışma: Toksik hepatit sıklıkla ilaç ve bitkisel maddelerin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan, hafif biyokimyasal anormallikten akut karaciğer yetmezliğine kadar değişen tabloya sebep olabilen bir hastalıktır. Yöremizde şifa niyetiyle kullanılan havacıva otunun toksik karaciğer hasarı yapabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Toksik Hepatit, Havacıvaotu, Karaciğer

PS-07

SAFRA YOLU YARALANMASI SONRASI FARK EDİLEN KOLEDOK POLİPİ

İsmet KIZILKAYA[1], Ergin TURGUT[1], Emin OĞUZ[2]

[1]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Van, Türkiye
[2]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van, Türkiye

Özet

Giriş: Kolesistit safra kesesinin inflamasyonudur. Çoğunlukla kesede bulunan kalküllerden kaynaklanmaktadır. Nadir de olsa akalkülöz kolesistit görülebilmektedir. Kolesistit tedavisinde en güncel yaklaşım kolesistektomidir. Kolesistektomi komplikasyonu olarak safra yolu yaralanmaları görülebilmektedir. Bu durumda safra yollarına ERCP ile stent konularak safra kaçakları önlenebilmektedir. Biz hastanemizde kolesistektomiye bağlı safra yolu yaralanması olan ve ERCP esnasında koledok polipi saptanan hastamızı sunduk.

Vaka: 65 yaşında erkek hasta bir hafta önce kolesistektomi yapılmış ve sonrasında geçmeyen karın ağrıları başlamış. Uygulanan tedaviler ile hastada klinik düzelme gözlenmemiş. Fizik muayenesinde ateş:37.8, TA:110/70 mmHg, Nb:98/dk ölçüldü. Akciğer ve kalp sesleri doğaldı. Karında özellikle sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Aynı alanda post-op ciltte insizyon yerleri ve dren mevcuttu. Diğer sistemik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde hastanın kronik bir hastalığı olmadığı, bir hafta önce kolesistektomi yapıldığı öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar bulgularında Lökosit:16500 /ML (%78 PNL), Hemoglobin:15.2 gr/dl, Hemotocrit:%48.1, Platelet:46000/ML, Kreatinin:0.92 mg/dl, AST:27 U/L, ALT:47 U/L, Tot. bilirubin:6.5, direk bilirubin:5.8, ALP:560, GGT:234, BUN:36, CRP:95 mg/dl (0-5), ESR:26 mm/saat (0-12) saptandı. Batın USG'de kolesitektomi sonrası koledok ve intrahepatik safra yolları dilate izlendi. Hastanın dreninden safra akımı olduğu gözlendiği için, safra yolu yaralanması olabileceği düşünülerek ERCP planlandı. Hastaya genel anestezi altında ERCP yapıldı. İşlemde papillanın ödemli olduğu gözlendi. Papilla etrafında ilk bakıda başka özellik yoktu. Ancak koledok kanüle edildikten sonra sfikterotomi yapılınca, yaklaşık 4x2x1,5 cm boyutlu polipoid bir lezyonun koledoktan dışarı doğru protrüde olduğu izlendi. Polipoid lezyon altına adrenalin yapılarak sapından tutuldu ve koter ile eksize edildi. Polip alındıktan sonra yapılan incelemede alınan polipinin koledok iç yüzünden kaynaklı olduğu görüldü. Hastanın polipi eksize edildikten sonra yoğun püy ve beklemiş safra akışı olduğu gözlendi. Koledoğa stent takıldı. Takibinde bilirubin değerleri ve diğer karaciğer fonksiyonları normale geldi. Alınan biyopsi sonucunda adenomatöz polip olduğu görüldü. Hastanın işlem sonrası kliniği düzeldi. Hasta sorunsuz bir şekilde takip edilmektedir.

Tartışma: Kolesistektomi sonrası nadir görülen safra yolu yaralanmalarında ERCP ile müdahale edilerek safra kaçağı varsa stentleme yapılarak müdahale edilmelidir. Kese polipleri sık olmasına karşın koledok polipleri çok nadirdir. Koledokolitiasis sebebi olarak nadiren görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Kolesistektomi, Safra Yolu Yaralanması, Koledok Polipi

PS-08

İLEOÇEKALVALVDE İĞNE SAPTANAN HASTA

Ergin TURGUT[1], İsmet KIZILKAYA[1], Emin OĞUZ[2]

[1]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Van, Türkiye
[2]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü, Van, Türkiye

Özet

Giriş: Yabancı cisim yutmaları çocuklarda daha sık görülmesine rağmen, erişkinlerde de görülebilmektedir. Yetişkinlerde daha çok psikiyatrik hastalığı olanlarda mental retarde olanlarda görülürken bazen sağlıklı erişkinlerde yanlışlıkla da olabilmektedir. Bunlar bazen ciddi komplikasyonlara yol açmaktadır. Özellikle keskin cisim yutmaları sonucu perforasyon gibi ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir. Biz bu vakamızda örtülü bir bayanda eşarp bağlama esnasında yanlışlıkla iğne yutmasını ele aldık.

Vaka:35 yaşında bayan hasta acil servisimize iğne yutma şikâyeti ile başvurmuş. Özgeçmişinde bilinen hastalık öyküsü olmayan hasta eşarbını bağlarken yanlışlıkla iğne yuttuğunu ifade etmiş. Muayenesinde batında hafif hassasiyeti ve ajite olduğu gözlenen hastaya çekilen düz karın grafisinde iğnenin batında olduğu saptanmış. Hasta takip amaçlı ve gerekirse endoskopik işlem yapılması planlanarak servisimize yatırıldı. Laboratuvar değerlendirmesinde kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı, hemogram takiplerinde düşüş olmadı. Rektal yoldan yabancı cisim çıkışı olmayınca hastaya gastroskopi yapıldı ancak özefagus, mide ve duodenumda iğneye rastlanmadı. Bunun üzerine hastaya kolonoskopi yapılmasına karar verildi. Kolonoskopide iğnenin ileoçekalvalve saplanmış olduğu görüldü. İşlem esnasında iğne olduğu yerden çıkarıldı ve herhangi bir komplikasyon olmadı. Takiplerinde labaratuvar parametrelerinde ve kliniğinde anormal bulgu olmaması üzerine hasta taburcu edildi.

Tartışma: Yabancı cisim yutmalarında konservatif izlemle tedavi,endoskopik çıkartma ve cerrahi girişimler gerekebilmektedir.İzlemle tedavisi olmayan durumlarda endoskopik yöntemlerle yabancı cisimlerin uzaklaştırılabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Endoskopi, Yabancı Cisim

PS-09

ENDOSKOPİK BİYOPSİ İLE DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA TANISI ALAN VAKA

Halil YILMAZ[1], Melek SOYKAN[1], Mustafa ÇELİK[1], Mustafa YILMAZ[1]

[1] Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş

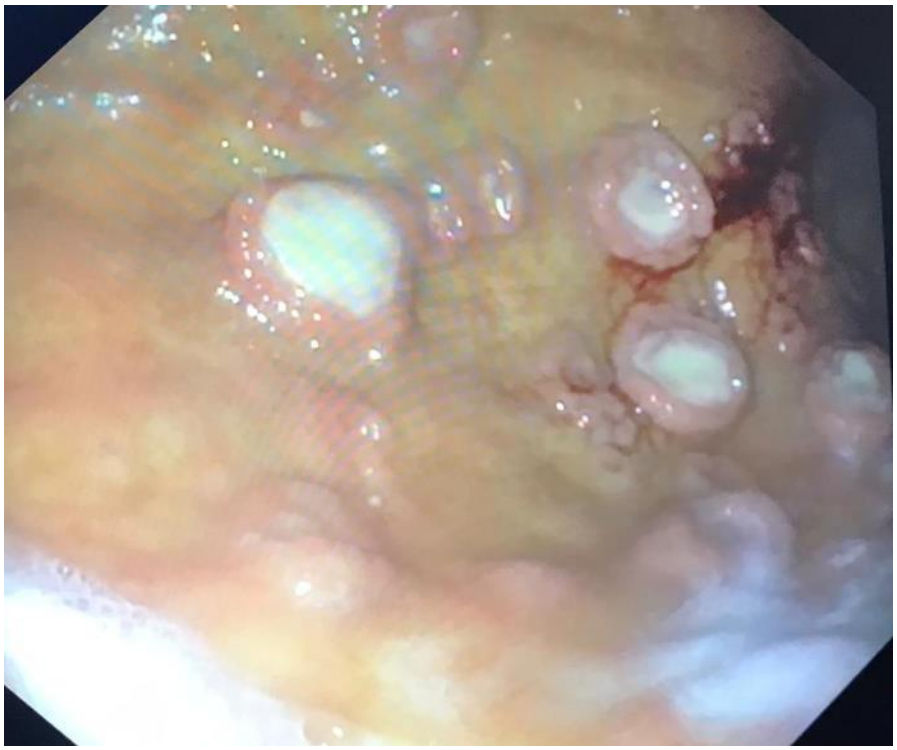
Gastrointestinal sistem (GIS) lenfomaların ekstranodal tutulumunun sık görüldüğü yerdir. Non-hodgkin lenfomaların %4-12'sini, primer extranodal lenfomaların ise %40-50'sini primer gastrointestinal lenfomalar oluşturur. Primer gastrik lenfoma, lenfomaların %10'unu, gastrik neoplazmların %3'ünü oluşturur. Primer gastrik lenfoma 55-60 yaşlarında pik yapar. Erkeklerde kadınlara göre 7 kat daha fazla görülür. GIS Lenfomalarının klinik semptomları non-spesifiktir. Genelde anemi ve epigastrik bölgede ağrı gibi semptomlar nedeniyle yapılan üst GİS endoskopisi sırasında görülen lezyonlardan alınan endoskopik biyopsi ile patolojik tanısı koyulur. Bizde 72 yaşında siyah dışkılama ve anemi nedeniyle üst GIS endoskopisinde diffüz b hücreli lenfoma tanısı koyduğumuz vakayı sunduk.

Olgu

72 yaşında myelofibrozis nedeniyle hematolojide takipli kadın hasta siyah dışkılama nedeniyle başvurduğu bölümde yapılan tetkiklerde anemi (Hgb:6,5) saptanması nedeniyle GIS tarama için tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayanede hepatosplenemegali dışında bulgu saptanmadı. Hastanın kolonoskopik bulguları olağandı. Üst GIS Endoskopide tüm midede 5-20 mm boyutlarında mukozadan kabarık üzeri ülsere ve ortası hafif çökük lezyonlar izlendi (Şekil 1). Endoskopik biyopsi alındı. Patolojik tanı Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma ile uyumlu gelen hasta hematoloji bölümüne takip ve tedavi için yönlendirildi.

Tartışma

Gastrik Lenfomalar genelde spesifik olmayan klinik semptomlarla ortaya çıkar. En yaygın görülen semptomlar epigastrik ağrı, anoreksiya, kilo kaybı, bulantı, kusma ve gizli gastrointestinal kanamadır. B semptomları yüzde 12 oranında görülmektedir. Hematamez ve melena nadirdir. Hastamız anemi ve melana nedeniyle başvurmuş olmasına rağmen B semptomları öyküde yoktu. Gastrik lenfomalarda endoskopik tutulum genelde antrumda olurken, bizim vakamızda tüm midede yaygın lezyonlarla beraber korpusda daha fazla tutulum izlendi. Sonuç olarak midede atipik endoskopik lezyonlar görüldüğünde B semptomların varlığı sorgulanıp gastrik lenfomalar akılda tutulmalıdır.



Şekil 1. Üst GIS Endoskopide tüm midede 5-20 mm boyutlarında mukozadan kabarık üzeri ülsere ve ortası hafif çökük lezyonlar