



17 ULUSAL HEPATO - GASTROENTEROLOJİ • KONGRESİ

17 - 19 HAZİRAN 2021

www.hg2021.hepatogastrotr.org

In Association With
Middle East & North Africa EUS Club

4th MENA
EUS & ERCP
WORKSHOP

June 16th

<https://zoom.us/j/93626786529>



ONLINE KONGRE



KONGRE BİLDİRİ E-KİTABI / CONGRESS PROCEEDINGS E-BOOK

HEBİPA DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan
Prof. Dr. Hasan ÖZKAN

Başkan Yardımcısı
Uzm. Dr. Enver ÜNER

Genel Sekreter
Prof. Dr. İbrahim DOĞAN

Sayman
Uzm. Dr. M. Fatih KARAKAYA

Asil Üye
Doç. Dr. Ali Emrehan TÜZÜN

HEBİPA DERNEĞİ DENETİM KURULU

Prof. Dr. Mehmet CINDORUK

Prof. Dr. İsmail BALIK

Prof. Dr. İsmail DOĞAN

17. ULUSAL HEPATO GASTROENTEROLOJİ KONGRESİ

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Mehmet İBİŞ

Kongre Sekreteri
Prof. Dr. Erden AKBAL

Kongre Sekreter Yardımcısı
Öğr. Gör. Dr. Ramazan Erdem ER

KONGRE BİLİMSEL DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Gupse ADALI

Prof. Dr. Mehmet ARHAN

Prof. Dr. Yasemin BALABAN

Prof. Dr. Hale Gökcan

Prof. Dr. Öykü Tayfur YÜREKLİ

4th MENA EUS & ERCP WORKSHOP

Prof. Dr. Hakan ŞENTÜRK
President, MENA EUS CLUB

Prof. Dr. Hussein OKASHA (Egypt)
Vice President, MENA EUS CLUB

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr. Mediha Eldem Sok. No: 68/8 Kızılay / Ankara
hebipadernegi@gmail.com • www.hepatogastrotr.org • Tel: 0 312 435 69 92 • Mobil: 0 530 310 99 81

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

0 533 394 23 26
deniz@compasscongress.com

0 506 370 40 01
hande@compasscongress.com

MENA EUS CLUB

drhakansenturk@bezmialem.edu.tr

hg2021.hepatogastrotr.org

Kongre Bilimsel Danışma Kurulu

Ulus Salih Akarca
Hale Akpınar
Murat Akyıldız
Filiz Akyüz
Ümit Akyüz
Murat Aladağ
Hakan Alagözlü
Emrah Alper
Engin Altıntaş
Emin Altıparmak
Mehmet Arslan
Fatih Aslan
Hüseyin Ataseven
Fehmi Ateş
Selim Aydemir
Ahmet Aydın
İbrahim Halil Bahçecioğlu
Kadir Bal
İsmail Balık
Mevlüt Başkol
Ahmet Bektaş
Mehmet Bektaş
Yavuz Beyazıt
Serhat Bor
Biol Bostancı
A. Sedat Boyacıoğlu
Mehmet Cindoruk
Altay Çelebi
Aykut Ferhat Çelik
Hülya Çetinkaya
Kubilay Çınar
Ülkü Dağlı
Bülent Değertekin
Ali Demir
Kadir Demir
Ulvi Demirel
Dinç Dinçer
Selçuk Dişibeyaz
Ahmet Dobrucalı
Enver Dolar
Deniz Duman
Şükrü Dumlu

Cumhur Dülger
Levent Erdem
Bilal Ergül
Murat Erkut
Osman Ersoy
Galip Ersöz
Yusuf Erzin
Hüseyin Savaş Göktürk
Özlem Gül
Murat Gülşen
Mustafa Gülşen
Macit Gültan
Fulya Günşar
Ahmet Gürakar
Selim Gürel
Şebnem Gürsoy
Murat Harputluoğlu
Sadettin Hülagu
Ramazan İdilman
Murat Kantarcıoğlu
Bülent Kantarçeken
Tarkan Karakan
Zeki Karasu
Eylem Karatay
Taylan Kav
Muhsin Kaya
Ertuğrul Kayaçetin
Sebahattin Kaymakoğlu
Murat Kekilli
Murat Kıyıcı
İrfan Koruk
Mehmet Koruk
Aydın Şeref Köksal
Sedef Özdal Kural
Dilek Oğuz
Mehmet Derya Onuk
Nevin Oruç
Bülent Ödemiş
Ayşegül Özakyol
Ömer Özbakır
Kamil Özdil

Osman Cavit Özdoğan
Biol Özer
Orhan Özgür
Mehmet Özmen
Erkin Öztaş
Erkan Parlak
Cengiz Pata
Murat Saruç
Yüksel Seçkin
Gülseren Seven
Orhan Sezgin
Abdullah Sonsuz
İrfan Soykan
Mehmet Sökmen
Ebubekir Şenates
Altuğ Şenol
Hakan Şentürk
Ömer Şentürk
Halis Şimşek
Orhan Tarçın
Fatih Tekin
Ahmet Tezel
Ömer Topalak
Murat Törüner
Murat Tuncer
Ali Emrehan Tüzün
Ahmet Uygun
Metin Uzman
Selahattin Ünal
Oğuz Üsküdar
Yücel Üstündağ
Mustafa Yakut
Kendal Yalçın
Mesut Yalınkılıç
Mehmet Hadi Yaşa
Beytullah Yıldırım
Bülent Yıldırım
Ömer Yılmaz
Yusuf Yılmaz
Alper Yurçü
Orhan Yüceyar

İÇİNDEKİLER

Bilimsel Program	9
Sözlü Bildiriler	27
[Abstract:0082] Karaciğer sarkoidozu: 52 yaşında kadın hasta vaka sunumu.....	27
[Abstract:0083] Melatonin has favorable preventive effects on experimental chronic pancreatitis model via decreasing endoplasmic reticulum stress and affecting Abcc2, Abcc5, Abcg2 expression levels	29
[Abstract:0084] mir-221, mir-190b, mir-363-3p, mir-200c are involved in rat liver ischemia-reperfusion injury through oxidative stress, apoptosis and endoplasmic reticulum stress.....	30
[Abstract:0085] Deneysel Akut Nekrotizan Pankreatitte Nigella Sativanın Koruyucu Rolü.....	31
[Abstract:0090] Granümatöz gastrit tanısı alan hastaların değerlendirilmesi	34
[Abstract:0092] Pandemi döneminde tekrarlayan akut kolesistit ataklarının morbidite üzerine etkisi nedir?	38
[Abstract:0094] Akut epiploik appendagitis; klinik ve radyolojik özellikler	39
[Abstract:0095] Akut pankreatitte seçilen sıvı tedavisinin prognoza etkisi	41
[Abstract:0096] Reversible intrahepatik kolestaz; nadir görülen intrahepatik kolestaz olgusu	42
[Abstract:0097] Alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı mevcut bireylerde sağ ventrikül fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve hepatosteatoz derecesi ile ilişkisi	44
[Abstract:0099] Demir eksikliği anemisi ve kronik diyaresi olan erişkin hastalarda çölyak hastalığı sıklığı.....	47
[Abstract:0098] CMV kolitini hemogram temelli indekslerle öngörebilir miyiz?	45
[Abstract:0100] Hiyatal Herninin Endoskopik Tanısında Derin Sedasyonun Etkisi.....	48
[Abstract:0101] Impact of Hydroxychloroquine on liver tests in patients with mild to moderate COVID-19 infection	49
[Abstract:0102] Alkol öyküsü olmayan sirozlu hastalarda Tp-Te süresi ve Tpe/QTc oranının hastalığın ciddiyeti ile ilişkisi....	50
[Abstract:0103] Non-Alkolik Yağlı Karaciğer hastalıklı olgularda COVID-19 infeksiyonunun ağırlığını gösteren laboratuvar parametreleri. Pandemiye Doğu Karadeniz Kriterleri	52

[Abstract:0104]	
Crohn hastalarında serum vitamin B12 ve folik asit durumunun değerlendirilmesi	53
[Abstract:0106]	
Pankreasın solid kitlelerinde radyolojik kriterlerle malignite ayrımı yapılabilir mi?	54
[Abstract:0107]	
Nadir bir intestinal psödo-obstrüksiyon nedeni: CAID Sendromu.....	107
[Abstract:0117]	
İndex Karaciğer Biyopsi Sonucuyla Tedavi Alamayan Kronik Hepatit B Hastalarının Rebiyopsilerinin Değerlendirilmesi	66
[Abstract:0126]	
Kolorektal kanser ve displastik kolon poliplerinde tümör M2-PK enzim düzeyi	68
[Abstract:0128]	
Karaciğer siroz olan hastalarda COVID-19'un etkisi.....	77
[Abstract:0129]	
Hafif kolanjitli hastalarda erken ve elektif dönemde yapılan ERCP sonuçlarının karşılaştırılması.....	79
[Abstract:0130]	
Nonalkolik yağlı karaciğer hastalığındaki patofizyolojik değişikliklerin tiroid disfonksiyonu ve tiroid nodülü gelişimi üzerine olan etkileri	80
[Abstract:0131]	
Semptomatik zenker divertikülünün endoskopik tedavisi: tek merkez deneyimi	82
[Abstract:0132]	
Pandemi Döneminde ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi) Sonuçlarımız	84
[Abstract:0133]	
Periampüller Divertikül Varlığı ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi) İşleminde Fark Yaratıyor mu?	85
[Abstract:0135]	
Karaciğer Biyopsisi Randevu Süresi Uzunluğunun Randevulara Uyuma Etkisi	86
[Abstract:0137]	
Safra kaçağı tespit edilen hastalarda bilier stent ile nazobilier dren uygulamasının etkinliğinin karşılaştırılması.....	88
[Abstract:0139]	
Yüksek Normal Alanin Aminotransferaz Değerleri Hbe Ag negatif Kronik Hepatit B Hastalarında Ciddi Karaciğer Hastalığına İşaret Edebilir	89
[Abstract:0140]	
Çorum Bölgesinde Farklı Yaş Gruplarında Hepatit A Seroprevalansı	90
[Abstract:0144]	
Akut pankreatitli hastalarda paraoksonaz-1 düzeyinin belirlenmesi	92
[Abstract:0145]	
Kolorektal Lateral Yayılımlı Tümörlerde Endoskopik Mukozal Rezeksiyon İle Başarısız Rezeksiyon Girişimi Sonrası Endoskopik Submukozal Diseksiyonun Yeri.....	93
[Abstract:0146]	
Kolorektal Polip Saptanan Çocukların Değerlendirilmesi	95

[Abstract:0147]	
Mide Çıkış Obstrüksiyonuna Neden Olan Dev Lipomların Tedavisinde Endoskopik Submukozal Diseksiyon Yöntemi İle İlgili Deneyimimiz.....	98
[Abstract:0151]	
Mide Lenfomalarında Endoskopik Özelliklerin,Histopatolojik Alt tiplerin ve Hastaların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi: Tek Merkez Deneyimi	100
[Abstract:0152]	
Crohn hastalığına bağlı perianal fistüllerde cerrahi deneyimlerimiz.....	101
[Abstract:0154]	
Siroz hastalarında özofagus varis kanamasını öngörmeye APRİ ve FİB-4 kullanılabilir mi?	102
[Abstract:0155]	
COVID-19 Pandemisinin Türkiye'de Üst Gastrointestinal Kanama Hastalarının Sonuçlarına Etkisi	104
[Abstract:0156]	
Outcome of COVID-19 in Patients with Autoimmune Hepatitis: an International Multi-Centre Study	105
[Abstract:0157]	
Metabolik Faktörlerin Karaciğer Yağlanması Üzerine Etkisi.....	107
[Abstract:0159]	
Şanlıurfa'da Karaciğer Transplant Hastalarında Kan Sirolimus Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	108
[Abstract:0160]	
Kronik HBV hastalarında karaciğerde hafif ve orta ileri fibrozis ayrımında biyopsi sonuçları ile noninvaziv testlerin karşılaştırılması.....	109
[Abstract:0165]	
Hepatosellüler karsinom olgularında total AFP, AFP-L3, AFP-L3/AFP, haptoglobulin ve asprosin düzeylerinin değerlendirilmesi.....	111
[Abstract:0166]	
Çölyak hastalarında nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranı.....	112
[Abstract:0171]	
Yoğun bakım ünitelerinde takip edilen hastalarda gastrointestinal sistem kanama insidansının ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi	114
[Abstract:0175]	
İleri evre kalp yetersizliği hastalarında MELD, MELDNa ve albumin/bilirubin oranlarının TAPSE/SPAB oranı ile ilişkileri.....	119
[Abstract:0180]	
Covid-19 enfeksiyonunda ilk başvuruda karaciğer enzim yüksekliğinin mortalite prediksyonundaki yeri... ..	119
[Abstract:0182]	
Metotreksat İntoleransı olan Romatoid Artrit Hastalarında Helicobakter Pylori Sıklığı.....	120
[Abstract:0184]	
Serum betatrofin düzeylerinin karaciğer sirozu ve dekompanzasyonu ile ilişkisi	121
[Abstract:0185]	
Pankreatite sekonder duodenal intramural hematoma: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi	123

[Abstract:0189]	
Ortalama trombosit hacmi Crohn hastalık aktivasyon göstergesi olarak kullanılabilir mi?	126
[Abstract:0190]	
İBH hastalarında COVID-19 pnömonisi sıklığı ve etkileyen faktörler.....	127
[Abstract:0193]	
Canlı Vericili Karaciğer Nakil Hastalarında İmmünsupresif Tedavi Ajanlarının Post-ERCP Pankreatit Gelişimine Etkisi.....	129
[Abstract:0195]	
Parsiyel Hepatektomi Modelinde Apocyninin Karaciğer Rejenerasyonu Üzerine Etkisi.....	130
[Abstract:0199]	
Mide stromal tümörlerde endoskopik-laparoskopik kombine tedavi yaklaşımı.....	131
Poster Bildiriler	131
[Abstract:0086]	
Otoimmün gastritli hastalarda mikro besin eksikliğinin ve otoimmün poliendokrin sendrom tip 3 ilişkisinin değerlendirilmesi	132
[Abstract:0087]	
Nadir görülen bir olgu: Budd Chiari Sendromu.....	133
[Abstract:0088]	
'Çin Topu' ile Gelişen Toksik Hepatit Vakası.....	135
[Abstract:0091]	
A unique case of granulomatous gastritis with noncirrhotic portal hypertension due to granulomatous hepatitis secondary to sarcoidosis	138
[Abstract:0105]	
Alveolar Ekinokokkozis: Olgu Sunumu	141
[Abstract:0108]	
Nadir bir intestinal psödo-obstrüksiyon nedeni: CAİD Sendromu.....	142
[Abstract:0110]	
Multiple Myeloma'da Gastrik Tutulum.....	143
[Abstract:0111]	
Karaciğerde Kitle ile Prezente Olan Nadir Bir Olgu: Abernethy Malformasyonu	145
[Abstract:0112]	
Mide Lümeni ile İlişkili Dublikasyon Kistinde Laparoskopik Eksizyon	147
[Abstract:0113]	
Anti-TNF Tedaviye Bağlı Anemi Gelişen Nadir bir Crohn Hastalığı Olgusu	149
[Abstract:0114]	
Impact of Favipravir treatment on H.Pylori infection in patients with mild to moderate COVID-19 infection	151
[Abstract:0115]	
Peptik ülserli hastalarda helicobakter pilori tespitinde hangi testi kullanalım?	152

[Abstract:0116]	
Eozinofilik asit ve solunum sıkıntısı ile seyreden visseral larva migrans: Bir olgu sunumu	153
[Abstract:0118]	
Kronik kabızlık tanı ve tedavisinde birinci basamak hekimlerinin farkındalığı	154
[Abstract:0119]	
Yaygın Değişken İmmün Yetmezliğin Farklı Gastrointestinal Prezantasyonları	155
[Abstract:0121]	
İnteresting Case of Advanced Stage Duodenal Follicular Lymphoma	156
[Abstract:0123]	
Doğu Karadeniz Kadınlarında Düşük Gastrik Metaplazi Oranları: Neden uzun yaşıyorlar?	157
[Abstract:0124]	
Covid-19'lu bir olguda favipravir aşırı dozu ilişkili akut pankreatit	158
[Abstract:0125]	
Bir gün önce tavuk eti yiyen olguda rektumdan yabancı cisim olarak lades kemiği çıkarılması.....	159
[Abstract:0127]	
Yeni Tip Koronavirüs (Sars-CoV-2) Hastalığının Ekstrapulmoner Bulgusu: Paralitik İleus.....	160
[Abstract:0134]	
Nazogastrik beslenme tüpü yerleştirilmesi güvenilir midir ve endoskopik incelemelerde ne zaman çıkarılmalıdır?.....	161
[Abstract:0136]	
Risperidona bağlı subakut karaciğer yetmezliği	163
[Abstract:0138]	
Uterin Myomatosis ve Gastrik İntestinal Metaplazi Arasındaki İlişki: Tek merkezli retrospektif bir çalışma .	164
[Abstract:0142]	
Nadir bir akut batın nedeni: Epiplöik apendajitis	165
[Abstract:0143]	
The value of 25(OH) and 1,25(OH) vitamin D serum levels in adult newly diagnosed and dieting celiac patients, a case control study	167
[Abstract:0148]	
2. gastroskopide saptanan dieulafoy lezyonuna bağlı üst gastrointestinal kanama: olgu sunumu	168
[Abstract:0150]	
Nadir Görülen Bir Hastalık; Kollajenöz Kolit	169
[Abstract:0153]	
Polikliniklerimize başvuran siroz hastalarındaki Covid-19 PCR sonuçları	170
[Abstract:0161]	
COVID-19 tanısı ile tedavi gören hastada karaciğer toksisitesi: Bir olgu sunumu.....	171
[Abstract:0162]	
Dirençli dispepsinin nadir bir nedeni olarak Hashimoto tiroiditi hastalığı: OLGU SUNUMU.....	173
[Abstract:0163]	
Mezenterik pannikülit: Olgu sunumu	174
[Abstract:0164]	
Melanozis koli: Olgu sunumu	175

[Abstract:0167] Diyarbakır İlinde İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanılı Olguların Demografik, Klinik Özellikleri ve Tedavi Rejimlerinin Değerlendirilmesi: 80 Olgu Analizi	176
[Abstract:0168] Sleeve gastrektomi sonrası gelişen çölyak hastalığı: Olgu sunumu	177
[Abstract:0169] Sürpriz tanıyla sonuçlanan konstipasyon vakası	179
[Abstract:0170] Primer ince bağırsak non-Hodgkin lenfoması	180
[Abstract:0174] Biyolojik ajan ve immünsüpresif tedavi alan inflamatuvar barsak hastalığında SARS-CoV-2 enfeksiyonu: Üç olgu sunumu.....	181
[Abstract:0177] Post-Covid19 Kolanjiopati/COVID 19 ilişkili Sekonder Sklerozankolanjit: Olgu Sunumu.....	182
[Abstract:0178] Ülseratif Kolit ve Tip 2 Otoimmün Pankreatit Birlikteliği	184
[Abstract:0179] Bilgisayarlı Tomografide Görülemeyen Özofagus Yabancı Cisim Çıkarılması.....	186
[Abstract:0186] Nadir Bir Komplikasyon Olarak Biliyer Stent Migrasyonuna Bağlı Sigmoid Kolon Perforasyonu.....	188
[Abstract:0187] Nadir Bir Üst Gastrointestinal Sistem Kanama Sebebi: Safra Taşı.....	189
[Abstract:0188] Alt Gastrointestinal Sistem Kanamasının Nadir Bir Nedeni:Rektal Varis	190
[Abstract:0191] İnflamatuvar bağırsak hastalığında ekstraintestinal manifestasyon olarak hava yolu tutulumu ile seyreden iki olgu sunumu	191
[Abstract:0192] Üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran ve bruselloz tanısı alan bir olgu sunumu.....	193
[Abstract:0194] Helikobakter pylori tedavisi ile iyileşen rekürren aftöz ülser: olgu sunumu.....	194
[Abstract:0196] Akut kolşisin intoksikasyonu ve kolşisine bağlı CA 72-4 yüksekliği.....	195
[Abstract:0197] Rare association, pregnancy, gaucher's disease and SLE; due to a case	196

BİLİMSEL PROGRAM

17 HAZİRAN 2021 - PERŞEMBE / SALON 1

17:30-17:45

AÇILIŞ:

HEBİPA Başkanı – **Hasan ÖZKAN**

TGD Başkanı – **Birol ÖZER**

Kongre Başkanı – **Mehmet İBİŞ**

TEMELDEN ZİRVEYE PANKREAS

17:45-19:00

Pankreasın Normal Anatomisi ve Radyolojisi

Oturum Başkanları:

Birol ÖZER, Dilek OĞUZ

17:45-18:00

Pankreasın Mikroanatomisi

Ufuk ŞAKÜL

18:00-18:15

Transabdominal USG

Orhan SEZGİN

18:15-18:30

EUS

Emrah ALPER

18:30-18:45

Kesitsel BT, MR Görüntüleme

Murat UÇAR

18:45-19:00

Tartışma

19:00-19:15

ARA

19:15-20:45

Pankreas Hastalıklarında Merak Edilen Konular

Oturum Başkanları:

Nevin ORUÇ, Aliye SOYLU

19:15-19:30

Rekürren Akut Pankreatit Hereditör mi? Erken KR Pankreatit mi?

Dilek OĞUZ

19:30-19:45

Pankreasın IPMN ve Müsinöz Kistik Lezyonlarında Tedavi Seçenekleri Takip,
Ablasyon, Operasyon**Müjde SOYTÜRK**

19:45-20:00

Pankreasın Fonksiyonel Olmayan, 2 cm'nin Altındaki Nöroendokrin Lezyonlarının Yönetimi

Hakan ŞENTÜRK

20:00-20:15

Otoimmün Pankreatitte Tedavi, Nereye Kadar?

Deniz DUMAN

20:15-20:30

Pankreatik Steatoz Bize Neler Anlatıyor?

Mustafa TAHTACI

20:30-20:45

Tartışma

17 HAZİRAN 2021 - PERŞEMBE / SALON 2

17:30-19:30

Sözlü Bildiriler

18 HAZİRAN 2021 - CUMA / SALON 1

08:40-09:15

Sözlü Bildiri Oturumu 2

08:40-09:15

Ara

09:30-11:00

PANEL 1: Gastroenteroloji pratiğinde gözden kaçanlar

Oturum Başkanları: **Selahattin Ünal, Murat TUNCER, Orhan ÖZGÜR**

09:30-09:45

Gastroözofageal Reflüde Neyi Yanlış Yapıyoruz? **İbrahim DOĞAN**

09:45-10:00

Alkalin Reflü Gastriti Gerçekten Var mı? **İrfan SOYKAN**

10:00-10:15

Safra Asiti İlişkili Diyareyi Gözden mi Kaçıyoruz? **Filiz AKYÜZ**

10:15-10:30

Post Enfeksiyöz İBS **Serhat BOR**

10:30-10:45

Dissinerjik Defekasyonu Tanıyabiliyor muyuz? Tedavi Edebiliyor muyuz? **Özdağ ERSOY**

10:45-11:00

Tartışma

11:00-11:40

UYDU SEMPOZYUMU-1

JANSSEN

İBH Tedavisinde Ustekinumabın Etkinliği Moderatör: **Ahmet TEZEL** Konuşmacı: **Filiz AKYÜZ**
Ülseratif Kolit tedavisinde Ustekinumabın etkinliği Konuşmacı: **Tarkan KARAKAN** Crohn tedavisinde Ustekinumab etkinliği

11:40-11:55

Ara

11:55-13:30

PANEL 2: Gastroenterolojide Göz Ardı Edilen Beslenme Gerçeği ve Egzersiz Oturum
Başkanları: **Murat ALADAĞ, Metin UZMAN**

11:55-12:15

Yağlı Karaciğerde Beslenme **Mevlûde KIZIL**

12:15-12:35

İBH'da Beslenme **Çağdaş KALKAN**

12:35-12:55

Fonksiyonel Hastalıklarda Beslenme **İnci TÜRKÖĞLU**

12:55-13:15

Gastrointestinal Sistemin Kronik Hastalıklarında Egzersiz **Edibe ÜNAL**

13:15-13:30

Tartışma

13:30-14:05

Ara

14:05-14:45

UYDU SEMPOZYUMU-2

**ABDİ İBRAHİM**VSL#3 Artık Türkiye'de Konuşmacı: **Taylan KAV**

14:45-16:15

PANEL 3: Karaciğer Transplantasyonu

Oturum Başkanları: **Zeki KARASU, İbrahim Halil BAHÇECİOĞLU, Erdal Birol BOSTANCI**

14:45-15:00

Alkolik Karaciğer Hastalığında Türkiye Gerçeği ve KC Naklinde Yaşanan Zorluklar

Sezai YILMAZ

15:00-15:15

NASH'te Nakil Öncesi ve Sonrası Zorluklar **Gökhan KABAÇAM**

15:15-15:30

Posttransplantasyon Hastada İmmüsupresif Yönetimi **Gupse ADALI**

15:30-15:45

Posttransplantasyon Biliyer Komplikasyon Yönetimi **İrfan KORUK**

15:45-16:00

Transplantasyonda Yeni Endikasyonlar **Murat AKYILDIZ**

16:00-16:15

Tartışma

16:15-16:30

Ara

16:30-17:00

Konferans 1: Moderatör: **Yasemin BALABAN** Konuşmacı: **Kadir DEMİR** Wilson Hastalığında Güncel Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

17:00-18:45PANEL 5: Hepatosellüler Karsinom Oturum Başkanları: **Halis ŞİMŞEK, Ebubekir ŞENATES****17:00-17:15**HCC Epidemiyolojisi ve Taramasında Yenilikler var mı? **Hale GÖKCAN****17:15-17:30**HCC Tedavi Planında Biyopsinin Yeri (Standart mı? Likit mi?) **Ayşe AYTAMAN****17:30-17:45**HCC Mikrobiyata İlişkisi **Tarkan KARAKAN****17:45-18:00**HCC'de Lokal Ablatif Tedaviler Küratif mi? Palyatif mi? **Fatih Oğuz ÖNDER****18:00-18:15**HCC'de Değişen Medikal Tedaviler **Ömer DİZDAR****18:15-18:30**HCC Tanısında Radiomics ve Radiogenomics **Ayşegül SAĞIR KAHRAMAN****18:30-18:45**

Tartışma

18:45-19:00

Ara

19:00-19:40

UYDU SEMPOZYUMU-3

GILEADKronik Hepatit B Tedavisinde Bütüncül yaklaşımlar: Birlikte Konuşalım Konuşmacılar: **Hasan ÖZKAN, Ahmet BEKTAŞ****19:40-21:00**Pandemi Sürecinde Dernek Başkanlarının Dilinden Türk Gastroenterolojisinin Bugünü ve Geleceği Oturum Başkanı: **Hasan ÖZKAN, Tülay BAKIR** Konuşmacılar: TGD Başkanı: **Biol ÖZER**, HEBİPA Başkanı: **Hasan ÖZKAN**, TKAD Başkanı: **Ramazan İDİLMAN**, İBH Derneği Başkanı: **Aykut Ferhat ÇELİK**, TUGED Başkanı: **Cengiz PATA****18 HAZİRAN 2021 - CUMA / SALON 2****08:40-11:00**

Sözlü Bildiri Oturumu 3

11:00-11:40

UYDU SEMPOZYUMU-1

JANSSEN

İBH Tedavisinde Ustekinumabın Etkinliği

Moderatör: **Ahmet TEZEL**Konuşmacı: **Filiz AKYÜZ**

Ülseratif Kolit tedavisinde Ustekinumabın etkinliği

Konuşmacı: **Tarkan KARAKAN**

Crohn tedavisinde Ustekinumab etkinliği

11:55-13:30

Başkanın Seçtikleri:

Oturum Başkanları

Selim AYDEMİR, İsmail Hakkı KALKAN**11:55-12:15**

Enteroskopide Geline Son Nokta

Göktuğ ŞİRİN**12:15-12:35**

Otoimmün Hepatitte Güncelleme

Ersan ÖZASLAN

12:35-12:55

Yeni Kuşak Atikoagulan ve Antiagreganler Altında Girişimsel Endoskopi Yönetimi

Erdem KOÇAK**12:55-13:15**

Update of H pylori Treatment

Gerardo Nardone (Italy)**13:15-13:30**

Tartışma

13:30-14:05

ARA

14:05-14:45

UYDU SEMPOZYUMU-2

 **ABDiBRAHİM****ABDi İBRAHİM**VSL#3 Artık Türkiye'de Konuşmacı : **Taylan KAV****14:45-16:15**

PANEL 4: İBH: Arada Kalınlar

Oturma Başkanları **Mehmet ARHAN, Canan ALKİM****14:45-15:00**

İBH Tanısındaki Yanlışlıklar. Hastam Gerçekten İBH mi?

Ülkü DAĞLI**15:00-15:15**

İBH'da Endoskopik Skorumla Standardizasyonu, Rapordaki Tanımlamalarımız!

Nalan Gülşen ÜNAL**15:15-15:30**

Üst GIS ve İnce Bağırsak Tutulumlu Crohn

Yusuf Ziya ERZİN**15:30-15:45**

İBH Tedavisinde Romatoloji ile Kesişen Yollar

Abdurrahman TUFAN**15:45-16:00**

İBH'da Başka ne Yapabiliriz: Koruyucu Hekimlik Uygulamaları

Elif Sarıtaş YÜKSEL**16:00-16:15**

Tartışma

16:15-16:30

ARA

16:30-18:15

PANEL 6: İBH'da Tedavi

Oturma Başkanları:

Şebnem GÜRİSOY, Ayhan Hilmi ÇEKİN, Murat HARPUTOĞLU**16:30-16:45**Şiddetli ÜK'te Tedavi Yaklaşımı **Ahmet TEZEL****16:45-17:00**

Fistüle Crohn Tedavisinde Zorluklar

Yasemin Özderin ÖZİN**17:00-17:15**

Crohn Hastalarında Cerrahide Geç mi Kalıyoruz?

İbrahim HATEMİ**17:15-17:30**

Biyolojik Ajanlar Arasında Tedavi Değişimleri, Hangi Hastaya Ne Zaman?

Murat TÖRÜNER

17:30-17:45

İBH'da FMT Etkinliği Nasıl? Uygun Donör Seçimi Yapılıyor mu?

Ahmet UYGUN**17:45-18:00**

İBH'da Hiperbarik Oksijen ve Ozon Tedavilerinin Yeri

Öykü Tayfur YÜREKLİ**18:00-18:15**

Tartışma

18:15-19:00

ARA

19:00-19:40

UYDU SEMPOZYUMU-3

**GILEAD**

Kronik Hepatit B Tedavisinde Bütüncül yaklaşımlar: Birlikte Konuşalım

Konuşmacılar:

Hasan ÖZKAN, Ahmet BEKTAŞ**19:40-21:00**

Pandemi Sürecinde Dernek Başkanlarının Dilinden Türk Gastroenterolojisinin

Bugünü ve Geleceği

Oturum Başkanı:

Hasan ÖZKAN, Tülay BAKIR

Konuşmacılar:

TGD Başkanı: **Birol ÖZER,**HEBİPA Başkanı: **Hasan ÖZKAN,**TKAD Başkanı: **Ramazan İDİLMAN,**İBH Derneği Başkanı: **Aykut Ferhat ÇELİK,**TUGED Başkanı: **Cengiz PATA****19 HAZİRAN 2021 - CUMARTESİ / SALON 1****08:15-08:50**

Sözlü Bildiri Oturumu 4

08:50-09:10

Ara

09:00-10:30

PANEL 7: Viral Hepatitler

Oturum Başkanları:

Mehmet KORUK, Ömer YILMAZ**09:00-09:15**

Viral Hepatitlerin Tedavisindeki Zorluklar

Ramazan İDİLMAN**09:15-09:30**

HBV ve NAFLD Birlikteliği Epidemiyolojisi ve Doğal Seyir

Arif Mansur COŞAR**09:30-09:45**

HBV'de Antiviraller Kesilebilir mi?

Dinç DİNÇER**09:45-10:00**

Kr HBV Tedavisini Planlamada Biyopsi Her Zaman Şart mıdır? (Klavuzlar – SUT)

Bülent DEĞERTEKİN**10:00-10:15**

Kronik Hepatit B Takibinde Yapay Zeka

Hasan ÖZKAN

10:15-10:30

Tartışma

10:30-10:45

Ara

10:45-11:25

UYDU SEMPOZYUMU-4

NOVO NORDISK

'Obeziteye Farklı Bakın Fazlasını Görün' Gastroenterolog Gözüyle Obezite ve Tedavisi

Moderatör: **Yusuf YILMAZ**Konuşmacı: **Murat KIYICI****11:25-12:55**

PANEL 9: Hepatobiliyer Hastalıklar

Oturum Başkanları:

Kadri GÜVEN, Murat SARUÇ**11:25-11:40**

NAFLD Tanısı ve Tedavi Cevabının Değerlendirilmesinde

Biyobelirteç ve Görüntülemenin Rolü

Yusuf YILMAZ**11:40-11:55**

NAFLD Versus MAFLD Namechange: What's in a name

Shivaram Prasad Singh, President of SAASL (India)**11:55-12:10**

Immun Check-point inh ilişkili KC hastalıkları

Savaş Cumali EFE**12:10-12:25**

Hepatorenal Sendromda Yenilikler

Gülbanu Canbaloğlu ERKAN**12:25-12:40**

PSK ve İmmün Kolanjiyopati Tanısında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

İlker TURAN**12:40-12:55**

Tartışma

12:55-13:25

ARA

13:25-14:05

UYDU SEMPOZYUMU-5

TAKEDA

İBH Tedavisinde Entyvio Zamanı

Moderatör: **Ahmet TEZEL**

Ülseratif Kolit Tedavisinde Entyvio Zamanı

Konuşmacı: **Tarkan KARAKAN**

Crohn Hastalığı Tedavisinde Entyvio Zamanı

Konuşmacı: **Orhan SEZGİN****14:05-14:35**

Conferance 2:

Moderator: **Hasan ÖZKAN, Ramazan İDİLMAN**Speaker: **Fazle AKBAR** (Japan),

Functional cure of chronic hepatitis B; bench and bedside with hope and hype

14:35-15:05

Konferans 3:

Moderatör: **Murat Taner GÜLŞEN**Konuşmacı: **Ahmet GÜRAKAR** (USA),

Kadavradan Transplantasyonda Marjinal Donör Kullanımı

15:05-16:20

PANEL 12: COVID-19

Oturum Başkanları:

Mehmet DURSUN, Osman ERSOY

15:05-15:20

Ülkemizde COVID-19'da Son Durum Nedir?

İsmail BALIK

15:20-15:35

COVID ve Gastrointestinal Semptom ve Bulgular

Yasemin BALABAN

15:35-15:50

COVID 19'lu Kronik Gastrointestinal Sistem Hastalarının Yönetimi

Fatma Ebru AKIN

15:50-16:05

COVID 19'a Bağlı Kaybettiğimiz Değerlerimiz Anısına

Ankara Tabip Odası Başkanı: Vedat BULUT

16:05-16:20

Tartışma

16:20-17:00

UYDU SEMPOZYUMU-6

**RECORDATI**

Kolonoskopide Kullanılan Ajanlar, CitraFleet Pankreoflat

Konuşmacı: Züleyha AKKAN ÇETİNKAYA

17:00-17:30

Konferans 4:

Oturma Başkanı: Mehmet İBİŞ

Konuşmacı: Fatih BEŞİŞİK

Klinisyen Gözüyle İntestinal Yetmezlik

17:30-17:45

Akılcı İlaç Kullanımı

Gülçin Türkmen SARIYILDIZ

19 HAZİRAN 2021 - CUMARTESİ / SALON 2**08:15-08:50**

Sözlü Bildiri Oturumu 5

08:50-09:10

Ara

09:00-10:30

Panel 8: Özofagus-Mide Oturma Başkanları: Cengiz PATA, Ömer TOPALAK, Hüseyin ALKİM

09:00-09:15

Özofagus ve Mide Endoskopisinde Önemli Noktalar: Kromoendoskopi Nasıl – Ne Zaman?

Mehmet İBİŞ

09:15-09:30

Özofagus ve Mide Subepitelyal Lezyonları; Takip mi – Rezeksiyon mu? Fatih ASLAN

09:30-09:45

Barrett Özofagusta Tanı, Takip ve Tedavi; EMR/ESD/RFA/Kriyoablasyon Süleyman GÜNAY

09:45-10:00

Atrofik Gastrit ve İntestinal Metaplazide Endoskopi; Nereden Biyopsi Alınmalı – Takip Nasıl Olmalı? Mehmet BEKTAŞ

10:00-10:15

Mide NET'lerinde Endoskopik Yöntemlerin Seçimi (EMR, ESD, Tam Kat Rezeksiyon)

Beytullah YILDIRIM

10:15-10:30

Tartışma

10:30-10:45

Ara

10:45-11:25

UYDU SEMPOZYUMU-4

NOVO NORDISK



'Obeziteye Farklı Bakın Fazlasını Görün' Gastroenterolog Gözüyle Obezite ve Tedavisi
Moderatör: **Yusuf YILMAZ** Konuşmacı: **Murat KIYICI**

11:25-12:55

PANEL 10: Obezite Oturum Başkanları: **Mehmet Hadi YAŞA, Kamil ÖZDİL**

11:25-11:45

Türkiye'deki Obezite Gerçeği **Zahide ŞİMŞEK**

11:45-12:05

Endoskopik Balon Uygulaması. Botulinum Toksin Uygulamasındaki Yanlışlar **Ümit AKYÜZ**

12:05-12:25

Endoscopic Sleeve Gastroplasty **Manoel Galvao Neto (Brazil)**

12:25-12:45

Obezite Cerrahisi Komplikasyonlarının Endoskopik Yönetimi **Bilal ERGÜL**

12:45-12:55

Tartışma

12:55-13:25

ARA

13:25-14:05

UYDU SEMPOZYUMU-5

TAKEDA



İBH Tedavisinde Entyvio Zamanı Moderatör: **Ahmet TEZEL** Ülseratif Kolit Tedavisinde Entyvio Zamanı Konuşmacı: **Tarkan KARAKAN** Crohn Hastalığı Tedavisinde Entyvio Zamanı Konuşmacı: **Orhan SEZGİN**

14:05-15:50

PANEL 11: Kolorektal Oturum Başkanları: **Nurdan TÖZÜN, Saadettin HÜLAGÜ**

14:05-14:20

Kolon Polip ve Kanserlerinde Tarama **Levent ERDEM**

14:20-14:35

20 mm'den Küçük Poliplerde Soğuk Polipektomi mi, EMR mi? **Eylem KARATAY**

14:35-14:50

Kompleks Kolon Polipleri Nedir? Hangi Endoskopik Yöntem? **Erkin ÖZTAŞ**

14:50-15:05

Rektumun Epitelyal ve Subepitelyal Lezyonlarına Doğru Yaklaşım **Orhan TARÇIN**

15:05-15:20

Piecemeal EMR, ESD'de Doğu ve Batıdaki Farklılıklar **Müge USTAOĞLU**

15:20-15:35

Kolon Polip Taramalarında Yapay Zeka **Erdem AKBAL**

15:35-15:50

Tartışma

15:50-16:20

ARA

16:20-17:00

UYDU SEMPOZYUMU-6

RECORDATI



Kolonoskopide Kullanılan Ajanlar, CitraFleet Pankreoflat Konuşmacı:
Züleyha AKKAN ÇETİNKAYA

17:00-18:30

PANEL 13: EUS-ERCP Oturum Başkanları: **Muhsin KAYA, Yücel ÜSTÜNDAĞ**

17:00-17:15

EUS'ta Biliyopankreatik Drenaj Kime? Ne Zaman? **Mehmet CİNDORUK**

17:15-17:30

Kistogastrotomi ve Kistonekrozektomi **Özlem GÜL**

17:30-17:45

Zor Biliyer Taşlarda Hangi Yöntem; Stent, Basket, Litotriptör, Lazer? **Murat KEKİLLİ**

17:45-18:00

PSK ve Otoimmün Kolanjiyopatide Girişimsel İşlemlerde Doğru Zamanlama **Bülent ÖDEMiŞ**

18:00-18:15

ERCP Sonrası Perforasyonların Yönetimi **Fatih TEKİN**

18:15-18:30

Tartışma

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[Abstract:0082]

Karaciğer sarkoidozu: 52 yaşında kadın hasta vaka sunumu

Kadir Gisi, Mustafa Serhan Erayman, Murat İspiroglu
Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

GİRİŞ

Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen kronik, multisistemik ve granülomatoz bir hastalıktır. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber, sarkoidoz da görülen granülomlar, özellikle tüberküloz, mantar gibi bazı mikrobik ajanlar ve organik maddelere karşı gelişen hipersensitivite reaksiyonuna benzemektedir. Hastalığın başlama yaşı genellikle 20-40 yaşlar arasındadır. Kadınlarda daha siktir. Sarkoidozun ekstrapulmoner tutulumu arasında en sık göz ve cilt tutulumu vardır. Gastrointestinal tutulumu ise nadir gözlenir ve vakaların %60-90'ında karaciğer granülomları bulunur. Pulmoner tutulumun aksine hepatik tutulumu olan hastaların çoğu asemptomatiktir. Biz bu çalışmada bulantı kusma, kilo kaybı ve hafif yüksek karaciğer enzimleri ile kliniğimize başvuran ve karaciğer sarkoidozu tanısı konan vakayı sunmayı amaçladık.

VAKA SUNUMU

Bilinen hipotiroidi, kronik böbrek yetmezliği, tip 2 diyabeti ve hipertansiyon tanısı olan 58 yaşında kadın hasta polikliniğimize 2 haftadır olan bulantı kusma ve kısa zamanda yüksek miktar kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Hasta öyküsünde yaklaşık 1 ay içinde 16 kg kaybetmişti. Hasta tarafımıza başvurmadan önce dış merkez de semptomatik tedaviler almış ancak fayda görmemişti. Hastanın soy geçmişinde özellik yok. Yüzde ve kolda eritemli papüler lezyonlar ve hafif hepatomegali dışında tüm sistem muayenesi normaldi. Hastanın bakılan kan değerlerinde; AST:56, ALT:25, Alkalen fosfataz (ALP):296, Gama glutamil transferaz (GGT):415, total billürubin:0.64 (normal), TSH:6,2, fT4:1,9, Serum anjiyotensin converting enzim(ACE) düzeyi 196 (normal değerler), kalsiyum:8,9, Hepatit A, B ve C virüsü testleri negatifti. Antimitokondriyal antikor (AMA), antineutrofil sitolazmik antikor (ANCA), antinükleer antikor (ANA), karaciğer böbrek mikrozom antikor (LKM), düz kas antikor (SMA) ve demir ve bakır metabolizmasının serum değişkenlerinin tümü negatif saptandı. Hastanın yapılan hepatobilier ultrasonunda grade 2 hepatosteatoz ve hafif hepatomegali dışında özellik yoktu. Hastanın ciddi kilo kaybı olduğundan hastaya toraks ve batin bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Yapılan BT'de; her iki hiler bölgede ve mediastende büyüğü subkarinal yerleşimli 13 mm kısa akslı, hiler bölgelerde büyüğü 1 cm kısa akslı büyümüş lenf nodları mevcuttu. Ayrıca abdomende paraaortik, paraçölyak alanda birkaç adet subsantimetrik lenf nodu mevcuttu. Ayrıca hastaya özefago-gastroduodenoskopi (ÖGD) yapıldı ve pangastriit saptandı. Hasta kolonskopiyi kabul etmedi. Hasta eş zamanlı olarak cilt lezyonları açısından dermatolojiye yönlendirildi. Orda yapılan cilt biyopsisinde patolojik olarak ortokeratoz, lenfosit egzositozu, retelerde düzleşme, papiller dermiste non-nekrotizan iyi sınırlı granülomların varlığı gözlenmiş olup, kutanöz granülomatoz hastalıklar açısından araştırılması önerilir olarak raporlandı. Ciltte granülomatöz tutulum olması nedeniyle hastaya karaciğer sarkoidozu ve otoimmün hepatit açısından biyopsi yapıldı. Hastanın karaciğer biyopsisinde; yuvarlak/oval eozinofilik epitelooid histiyositlerden oluşan multinükleer dev hücrelerinin eşlik ettiği belirgin forma granülom yapıları izlenmekte ve granülomlara hafif derecede lenfositler, yer yer histiyositler, çok seyrek eozinofil lökositler ve nötrofiller eşlik etmekteydi. Hastaya patoloji sonucuna göre diğer granülomatöz hepatit etyolojisinde yer alan enfeksiyöz ve non enfeksiyöz nedenler dışlanarak sarkoidoz tanısı konuldu. Akciğer ve göz taramasında sarkoidoz tutulumu saptanmadı. Hastaya metil prednisolon 40mg/gün tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında karaciğer enzimleri düzeldi ve şikayeti yok.

SONUÇ

Karın ağrısı, bulantı, kusma ve hepatomegali ile başvuran hastalarda ayrıncı tanıda hepatik sarkoidoz da düşünülmelidir. Karaciğer biyopsisi öncesinde hepatik granülomlara neden olabilecek diğer etiyolojiler dışlanmalıdır. Steroidlerle tedavi, karaciğer sarkoidozunun temel tedavisidir, ancak ciddi vakalarda hastalar karaciğer transplantasyonu gerektirebilir. Biz bu vaka ile hafif karaciğer ve kolestaz enzim yüksekliği ile başvuran hastalarda hepatik sarkoidozun da ayrıncı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, karaciğer

[Abstract:0083]

Melatonin has favorable preventive effects on experimental chronic pancreatitis model via decreasing endoplasmic reticulum stress and affecting Abcc2, Abcc5, Abcg2 expression levels

Alpaslan Tanoğlu¹, Esra Güzel Tanoğlu², Muhammed Fevzi Esen³, Çisel Meriçöz Aydın⁴

- ¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof.Dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji, İstanbul
- ² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Moleküler Biyoloji ve Genetik, İstanbul
- ³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilişim Sistemleri Bölümü, İstanbul
- ⁴ Koç Üniversitesi, Tıbbi Patoloji, İstanbul

Background-Aim: Chronic pancreatitis (CP) is inflammation of the pancreas that may have high morbidity and mortality. Currently, there is not any specific treatment for CP. It was aimed to investigate the effects of melatonin administration on endoplasmic reticulum (ER) stress, oxidative stress, fibrosis, biochemical and histopathological parameters and ABC transporter gene family members Abcc2, Abcc5 and Abcg2 gene levels in an experimental rat CP model.

Methods: Forty rats were randomized into five groups: Sham, CP, CP+25 mg/kg melatonin, CP+50 mg/kg melatonin, and CP+placebo. In all rats except the sham group, a model of chronic pancreatitis was accomplished with intraperitoneal caerulein administration. In treatment groups, melatonin was used as a therapeutic agent. Serum TGF- β , TNF- α , MDA and GPx levels were studied. Pancreatic tissues were evaluated histopathologically. The expression levels of α Sma, IR1 α , Perk, Abcc2, Abcc5 and Abcg2 genes were measured with the qRT-PCR.

Results: Biochemical results for the treatment groups treated with melatonin exhibited changes compared to the CP and placebo groups. ER stress was significantly lower in the melatonin groups. The expression levels of Abcc2, Abcc5 and Abcg2 were significantly higher in the CP group compared to the sham group and these gene levels were significantly lower in the melatonin groups compared to the CP group ($p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.05$, respectively).

Conclusion: In this current study, it was shown that melatonin has positive protective properties and plays a regulatory role on oxidative stress, endoplasmic reticulum stress, apoptosis, pancreatic fibrosis and Abcc2, Abcc5, and Abcg2 gene expression levels in an experimental CP model. In other words, melatonin may be used as a preventive and therapeutic option for CP in the future.

Anahtar Kelimeler: chronic pancreatitis, melatonin, ABC transporter genes

[Abstract:0084]

mir-221, mir-190b, mir-363-3p, mir-200c are involved in rat liver ischemia-reperfusion injury through oxidative stress, apoptosis and endoplasmic reticulum stress

Alpaslan Tanoglu¹, Esra Güzel Tanoğlu², Bülent Barış Güven³

- ¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof.Dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji, İstanbul
- ² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Moleküler Biyoloji ve Genetik, İstanbul
- ³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2.Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon, İstanbul

Objectives: Liver ischemia reperfusion (IR) injuries occur when blood flow to the liver temporarily stops and then blood flow is restored. In liver transplantation and surgical interventions for the treatment of some other liver diseases. In this study, it was aimed to investigate the relationship between expression levels of micrnas, endoplasmic reticulum (ER) stress, apoptosis and oxidative stress markers in hepatic IR injury.

Materials-Methods: Sixteen rats were randomized into two groups: sham and IR group. In IR group, portal vein and hepatic artery were totally clamped with an atraumatic microvascular clamp and 60 minutes later unclamped and finally IR model was accomplished (60 min ischemia and 60 min reperfusion). After sacrifice, serum insulin-like growth factor-1 (IGF-1), tumor necrosis factor- α (TNF- α), AST, ALT levels were studied. Liver tissue samples were evaluated histopathologically. The expression levels of IR1-alpha, Perk, Catalase, Gpx-1, Caspase-3, Bcl-2 genes and mir-33a, mir-221, mir-190b, mir-363-3p, mir-200c, mir-223, mir133b were measured by quantitative real time PCR method.

Results: Biochemical parameters of IR group showed significantly higher changes compared to sham group ($p<0.01$). Histological tissue damage was significantly prominent in IR group. ER stress, oxidative stress and apoptosis gene expression levels were significantly higher in IR group ($p<0.01$). Expression levels of mir-221, mir-190b, mir-363-3p and mir-200c were increased in the IR group compared to the sham group. No significant difference was found between the two groups in terms of miR-33a, mir-133b and mir-223 expression levels ($p>0.05$).

Conclusion: There is a strong need to enlighten the physiopathological and molecular mechanisms of liver IR injury and to find more specific biomarkers for IR damage, and mir-221, mir-190b, mir-363-3p and mir-200c maybe used as potential biomarkers of hepatic IR injury.

Anahtar Kelimeler: Liver ischemia reperfusion, oxidative stress, micrna

[Abstract:0085]

Deneysel Akut Nekrotizan Pankreatitte Nigella Sativanın Koruyucu Rolü

Mehmet Ali Köseklî¹, Uğur Sungurtekin², Özlem Özmen³, Sima Şahinduran⁴, Mustafa Yılmaz⁵

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fak Gastroenteroloji BD

²Pamukkale Üni Tıp Fak Genel Cerrahi AD

³Mehmet Akif Üni Veterinerlik Fak Patoloji AD

⁴Mehmet Akif Üni Veterinerlik Fak İç Hastalıkları AD

⁵Pamukkale Üni Tıp Fak Gastroenteroloji BD

Giriş-Amaç:

Pankreas bezinin farklı neden ve derecelerde ani yangısal reaksiyonu akut pankreatit(AP) olarak bilinir. Koledok distalinin obstrüksiyonuyla staza uğrayan pankreatik sekresyonun asiner proteolitik enzimleri aktive etmesiyle tetiklenen otodijesyon, klinik pratikte en sık görülen biliyer pankreatiti açıklamada kabul gören teoridir. Ödematöz pankreatitten, nekrotizan pankreatite değişen klinik formlarına paralel morbidite ve mortalite oranları vardır. Obezite ve safra taşı görülme sıklığının artmasıyla insidansı artmaktadır. Destek tedavi, sıvı replasmanı dışında kesin tedavisi olmayan bu tabloda yeni tedavi arayışları sürmektedir. Nigella Sativa(NS) antibakteriyel, antiinflamatuvar etkileri gösterilmiş bir bitkisel ekstrattır. Bu çalışmada taurokolat ile nekrotizan pankreatit oluşturulan ratlarda NS'nin koruyucu rolünü araştırdık.

Materyal-Metod:

Ağırlıkları 180-220 gr arasında değişen 36 adet wistar albino cinsi erkek rat randomize 4 eşit gruba ayrıldı. Çalışma için Pamukkale Üniversitesi Hayvan Deneyleri Etik Kurulundan izin alındı. Deney süresince nem ve sıcaklığı standart odada eşit siklüste tekli kafeslerde tutuldu. Deney öncesinde ratlar 12 saat aç bırakıldı. Ratlara xylazine hidroklorid ve ketamin anestezisi altında steril koşullarda laparotomi uygulandı. Abdomen midline insizyonla açıldı. Duodenum seromusküler tabakası, anti mezenterik bölgede bilier kanal girişinin 2-3 mm uzağından 27-gouge iğne ile delindi. Duodenum ve biliyer kanal korunarak iğne yerleştirildi. Steril % 3 sodyum taurokolat 1 ml/kg dozunda infüze edilerek iğne çekildi. Abdomen steril koşullarda kapatıldı.

Kontrol Grubu ratları deney öncesi standart rat yemi ve içme suyu ile serbest olarak beslendi. Nigella Sativa(NS) Grubu ratlara deneyden önceki 3 gün boyunca standart beslenmeye ek oral kanulle 0,25ml/kg/gün Nigella Sativa Oil verildi. Nekrotizan Pankreatit (NP) Grubu standart yemle beslenen bu gruptaki ratlara deney günü yukarıda tanımlandığı gibi koledok kanalından 1 ml/kg dozda %3 lük Na-Taurokolat verilerek pankreatit oluşturuldu. Nigella Sativa Tedavi Grubu (NS+NP) standart beslenmelerine ilaveten 3 gün boyunca 0,25ml/kg/gün Nigella Sativa oil verilmiş ratlara koledoktan 1ml/kg % 3 Na-Taurokolat verilerek pankreatit oluşturuldu. Biyokimyasal İnceleme: Amilaz, lipaz ve LDH ölçümleri Idexx vettest kitleri ile otoanalizde rat için spesifik kitler kullanılarak incelendi. Histopatolojik İnceleme: Pankreas örnekleri %10 formaldehit içerisinde tespit edildi, 5 μ m kalınlığında kesilen doku örnekleri hematoxylin-eosin (HE) ile boyanarak ışık mikroskopunda incelendi. İmmunohistokimyasal değerlendirme: Tüm pankreas numuneleri malondialdehit (MDA), Miyeloperoksidaz (MPO), TNF- α ve Caspase-3 antikori ile immunolojik olarak işaretlendi.

Sonuçlar:

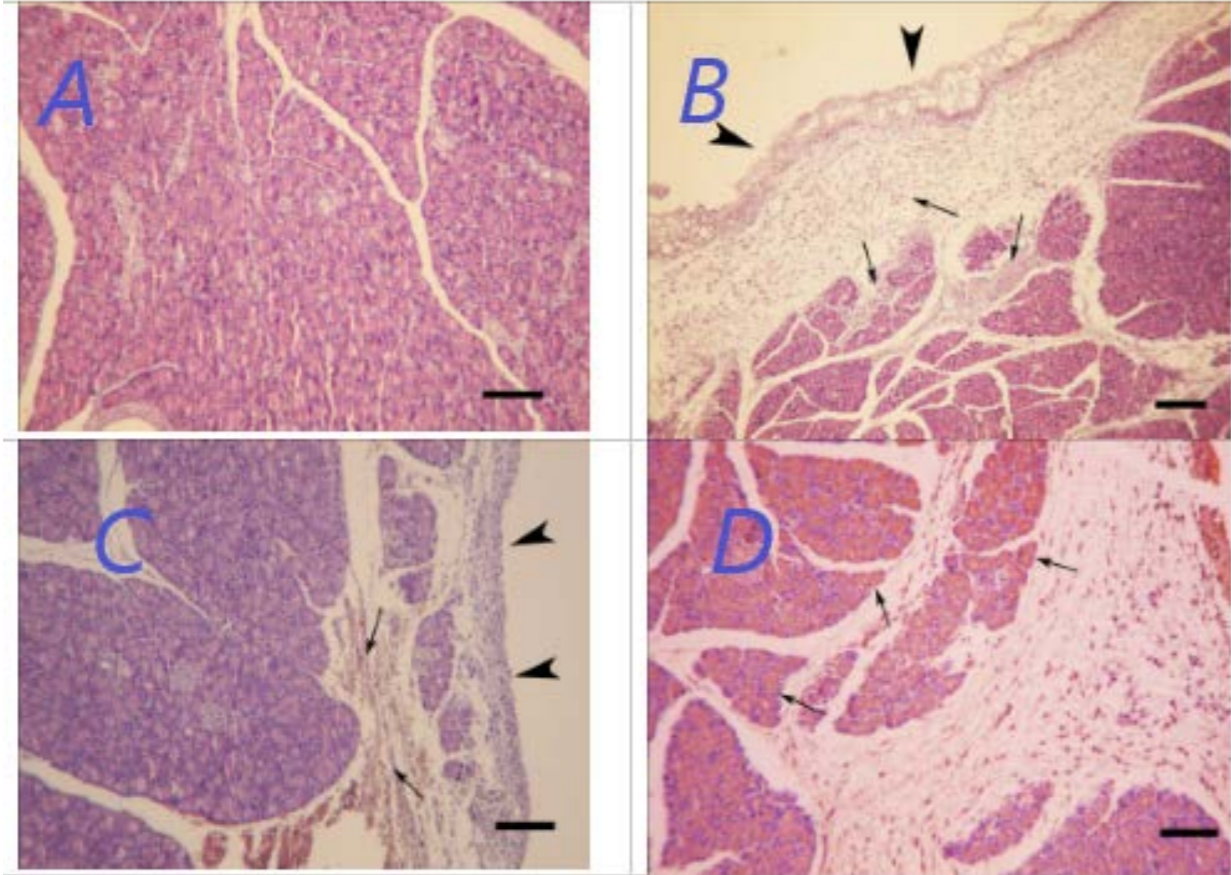
Gruplardan elde edilen sonuçlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Nigella sativa alan grup ile kontrol grubu arasında histopatolojik, biyokimyasal ve immunohistokimyasal parametreler açısından farklılık yoktur. Taurokolatla pankreatit oluşturulan grupta pankreas dokusunda şiddetli (nekrotizan) pankreatit bulguları saptanmış, biyokimyasal ve immunohistokimyasal parametrelerle nekrotizan pankreatit desteklenmiştir. NS ön tedavisi alan grupta(Grup 4) pankreatit bulguları relatif olarak daha hafif olup immunohistokimyasal ve serum markerleri relatif olarak daha düşük saptanmıştır (Figure 1).

Tartışma:

Klinikte A. pankreatit oluşumunda en sık biliyer kökenli nedenler suçlanmaktadır. Distal koledokta oluşan staz pankreatik proenzimlerin aktivasyonu ile pankreatiti tetiklemektedir. Çalışmamızda biliyer pankreatite benzeri modeli bu nedenle tercih ettik. Nigella sativa anti-enflamatuvar, anti-oksidan, anti-onkojenik etkileri gösterilmiş bir ekstrattır. Ülseratif kolitte amikacin ile indüklenen nefrotoksisitede, peritonitte tedavi edici özelliği gösterilmiştir. Çalışmamızda NS ön tedavisi taurokolatin oluşturduğu pankreatitte ödem, yağ nekrozu, lökosit infiltrasyonunu azaltmıştır. AP etyopatogenezinde ve sistemik komplikasyonlarda önemli rolü olan TNF- α , MPO, Caspase gibi mediatörlerin doku düzeylerini azaltarak koruyucu etki göstermiştir. Konuyla ilgili farklı model ve klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akut Pankreatit, nigella sativa, rat

Gruplara ait histopatolojik ve immun boyama örnekleri



A: Normal pankreas dokusu

B: TC grubu, Akut nekrotizan pankreatit, ciddi nekroz nötrofil infiltrasyonu

C: NS+TC grubunda hafif nekroz ve hemoraji, NS hafifletici etkisi izlenebiliyor

D: TC nekrotizan gruba ait Caspase-3 immunboyanması izleniyor.

Table 1. Grupların histopatolojik, biyokimya ve immunohistokimyasal sonuçları

	Kontrol	Nigella Sativa	Nek.Pankreatit	Nig. Sat+N.Pankr.	P value
Ödem	0.00±0.00	0.00±0.00	1.85±0.40	1.00±0.23	<0.001
Hemoraji	0.00±0.00	0.00±0.00	1.71±0.18	0.88±0.26	<0.001
Par. nekrozu	0.00±0.00	0.00±0.00	1.71±0.35	0.66±0.23	<0.001
Yağ nekrozu	0.00±0.00	0.00±0.00	1.28±0.42	0.88±0.26	<0.01
Lök. infiltr.	0.00±0.00	0.00±0.00	1.57±0.36	0.77±0.22	<0.001
LDH(U/L)	746.33±38.27	776.33±68.11	3915.28±183.37	1863.33±174	<0.001
Amylase(U/L)	1044.75±52.45	1006.00±48.79	2807.28±147.17	1896.66±266.10	<0.001
Lipase(U/L)	41.00±8.05	41.77±7.77	342.42±47.69	277.55±74.40	<0.001
MDA	0.37±0.26	0.11±0.11	2.00±0.30	1.22±0.32	<0.001
TNF- α	0.37±0.74	0.44±0.52	2.42±0.78	1.00±0.70	<0.05
MPO	0.37±0.26	0.33±0.16	1.42±0.20	1.11±0.20	<0.001
Caspase-3	0.62±0.32	0.55±0.29	2.00±0.30	1.11±0.26	<0.01

[Abstract:0090]**Granülomatöz gastrit tanısı alan hastaların değerlendirilmesi****Dr.Öğr.Üye.Gülten Can Sezgin¹**

1.Dr.Öğr.Üye.Gülten Can Sezgin,
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD-Gastroenteroloji BD, gcsezgin@erciyes.edu.tr,ORCID ID:0000 0001 5537 7882

Özet

Amaç: Granülomatöz gastrit (GG), histolojik olarak mide mukozasında epitelooid granülomların ve dev hücrelerin varlığı ile karakterizedir. GG tanısı morfolojik bulgulara, klinik ve laboratuvar verilerine dayanmaktadır. Crohn hastalığı, sarkoidoz, vaskülit gibi sistemik hastalıklar, tüberküloz, histoplazma veya sifiliz gibi enfeksiyonlar, altta yatan malignite veya yabancı cisimler sebepler arasındadır. Çalışmamızın amacı, hastalarımızda granülomatöz gastritin klinik, endoskopik ve etyolojik özelliklerini değerlendirmektir.

Yöntem: 2007 ile 2020 yılları arasında GG tanısı alan 27 vaka çalışmaya alınmıştır. Çalışma retrospektif olarak yapılmıştır ve herhangi bir sebeple endoskopi yapıp, alınan biyopsi sonucunda GG tanısı alan vakaların klinik, etyolojik ve endoskopik özellikleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 44,8 ve cinsiyet olarak kadın hasta sayısı daha fazla idi. Mide ağrısı en sık görülen semptom idi. Endoskopi bulguları 1 hastada antrumda ülser kitle, 10 hastada antral gastrit, 1 hastada duodenit bulguları, 3 hastada gastropati, 2 hastada pangastrit ve bulbusta ülser, 1 hastada midede multipl ülserler, 9 hastada noneroziv gastrit saptandı. Etiyoloji ile ilgili olarak Crohn hastalığı, sarkoidoz, karaciğerde granülomatöz lezyon, malignite, H.pylori ve kronik gastrit ön plana çıkmakta idi. 10 hastada etyoloji saptanmadı.

Sonuç: Gastrointestinal sistemin granülomatöz lezyonları nadir görülen bir durumdur. Klinik olarak, asemptomatik bir hastada genellikle tesadüfen saptanabilir. Mide ağrısı ana semptom olabilir. Bizim hasta grubunda mide ağrısı fazla görülmekteydi. Literatürde yaşa veya cinsiyete göre klinik veya histolojik olarak fark yok gibi görünmekle birlikte bizim serimizde kadın cinsiyette daha sık rastlandığını gözlemledik. GG'de Crohn hastalığı veya tüberküloz tanısı konulabilir. Bu tanıları dışlanırsa, H. pylori ile granülomatöz gastrit arasındaki ilişki göz ardı edilemez. Diğer nedenler son derece nadirdir. Bizim hastalarımızda etyolojisi aydınlatılmayan hasta oranı yüksekti ve tüberküloz tanısı alan hasta yoktu.

Anahtar kelimeler: gastrit, helikobakter pylori, sarkoidoz

Giriş

Granülomatöz gastrit (GG), histolojik olarak mide mukozasında epitelooid granülomların ve dev hücrelerin varlığı ile karakterizedir. Mide biyopsilerinin % 0.01-% 0.35'inde tespit edilir. GG tanısı morfolojik bulgulara, klinik ve laboratuvar verilerine dayanmaktadır. Crohn hastalığı, sarkoidoz, vaskülit gibi sistemik hastalıklar, tüberküloz, histoplazma veya sifiliz gibi enfeksiyonlar, altta yatan malignite veya yabancı cisimler sebepler arasındadır. Batı ülkelerinde vakaların yaklaşık %20-50'sinden Crohn hastalığı ve sarkoidoz sorumlu olarak görülmektedir (1). Gelişmekte olan ülkelerde özellikle M.tüberkülozis enfeksiyonu etyolojide yer almaktadır. Vakaların yaklaşık %25'inde etyoloji aydınlatılmamaktadır. Bu hastaların izole GG olduğu düşünülmektedir (2). Etyopatogenik tanı klinik, patolojik ve laboratuvar incelemeler sonucu ile konmaktadır (3). GG tanısı alan vakaların klinik, etyolojik ve endoskopik özellikleri değerlendirilmiştir.

Yöntem

2007 ile 2020 yılları arasında GG tanısı alan 27 vaka çalışmaya alınmıştır. Çalışma retrospektif olarak yapılmıştır ve herhangi bir sebeple endoskopi yapıp, alınan biyopsi sonucunda GG tanısı alan vakaların klinik, etyolojik ve endoskopik özellikleri değerlendirilmiştir. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan rutin endoskopi raporları, patoloji raporları ve hasta dosyaları incelenmiştir. Patoloji raporlarından granülomatöz gastrit varlığı, kronik gastrit, H.pylori varlığı ve eşlik eden diğer bulgular değerlendirilmiştir.

Bulgular

Yaş ortalaması 44,8 (min:16 – max:89) ve cinsiyet olarak kadın hasta sayısı daha fazla idi (E:9/ K:18). Hastaların semptomları ve endoskopi endikasyonları açısından bakıldığında mide ağrısı 12, kronik ishal 2, anemi 2, kanlı kusma 4, midede PET BT'de tutulum 1, perianal fistül 1, karın ağrısı 5 vakada görüldü (Tablo 1). Endoskopi bulguları 1 hastada antrumda ülser kitle, 10 hastada antral gastrit, 1 hastada duodenit bulguları, 3 hastada gastropati, 2 hastada pangastrit ve bulbusta ülser, 1 hastada midede multipl ülserler, 9 hastada noneroziv gastrit saptandı. Etiyoloji ile ilgili olarak hastalarımızın 5'inde Crohn hastalığı, 2'sinde sarkoidoz, 2'sinde karaciğerde granülomatöz lezyon, 2'sinde malignite (mide ca), 1'inde CMV koliti, 1 hastada H.pylori, kronik gastrit ve nöroendokrin hiperplazi, 4 hastada H.pylori ve kronik gastrit vardı. Geri kalan 10 hastada etyoloji saptanmadı (Tablo 2). Bir hastanın öyküsünde kronik HCV'ye sekonder karaciğer sirozu, bir hastada Sjögren sendromu, bir hastada Çölyak ve Dühring hastalığı, 3 hastanın öyküsünde sırası ile tiroid papiller Ca, serviks Ca ve kolonjio Ca mevcuttu. Hastalarda tüberküloz enfeksiyonu saptanmadığı görüldü. Kolonoskopi işlemi sadece 13 hastaya yapılmıştı. Hastaların 8'inde kontrol endoskopi yapıldığı ve kontrol endoskopilerde granülom izlenmediği görüldü.

Tablo 1. Üst endoskopi endikasyonları

Semptomlar	n	%
Mide ağrısı	12	45
Hematemez	4	15
Karın ağrısı	3	11
Anemi	2	7
Diare	2	7
Diğer		
PET BT.de mide tutulumu	4	15
Perianal fistül		
Tbc?		

Tablo 2. Granülomatöz gastrit etyolojik nedenleri

Tanı	n	%
Bilinmeyen	10	37
Crohn	5	19
H.pylori	5	19
Malignite	2	7
Sarkoidoz	2	7
Hepatik granülomatozis	2	7
CMV kolit	1	4

TARTIŞMA

GG nadir görülen bir durumdur. Klinik ve laboratuvar araştırmalar sonucu etiyopatogenik tanıya ulaşılabilir.

Klinik olarak, asemptomatik bir hastada genellikle tesadüfen saptanabilir. Yapılan bir çalışmada mide ağrısı ana semptom olarak öne çıkmaktadır. Özellikle GG'in ilişkili olduğu hastalığın semptomları ön plana çıkabilir (4). Bizim yaptığımız çalışmada semptom ve endoskopi endikasyonları açısından bakıldığı zaman mide ağrısı, kronik ishal, anemi, kanlı kusma, çekilen PET BT'de mide tutulumu, perianal fistül, karın ağrısı gibi birçok parametre olduğu görülmektedir. Ancak literatürle uyumlu olarak mide ağrısı en fazla görülen semptom olarak yer almaktadır. GG'in endoskopik olarak spesifik bir görüntüsü olmamakla birlikte, gastropati, kronik gastrit ve ülser lezyonlara eşlik edebilmektedir (5). Bizim hastalarımızda da spesifik bulgu olmamakla birlikte gastropati, kronik gastrit, antral ülser gibi bulgular mevcuttu. Literatürde yaşa veya cinsiyete göre değerlendirildiğinde her iki cinsten görüldüğü izlenmiştir ve yaş aralığının (24-69) geniş olduğu görülmektedir (6). Bizim hastalarımızda yaş ortalaması 44,8 idi ve yaş aralığı 16-89 olarak oldukça geniş olarak izlendi. Hastalar cinsiyet yönünden değerlendirildiğinde literatürden farklı olarak GG'in kadın cinsiyette daha sık rastlandığını gözlemledik.

Histopatolojik olarak GG tanısı nadir bir tanıdır. Ancak hastaların etyolojisi belirlemek çok kolay olmamakta veya etyoloji belirlenmemektedir. GG etyolojisinde enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz olmak üzere bir çok hastalık yer almaktadır. Tüberküloz, sfiliz, histoplazmozis, H.pylori gibi enfeksiyonlar ilk akla gelenlerdir. Nonenfeksiyöz nedenlerden Crohn hastalığı, sarkoidoz, altta yatan malignite özellikle lenfoma, vaskülit, yabancı cisimler GG'e neden olmaktadır (7). Yabancı cisim varlığı ve öyküde geçirilmiş operasyon, baryumlu grafi çekimine maruz kalma araştırılmalıdır. Özellikle çözünmeyen kabuğa sahip yiyecek partikülleri granüloamatöz reaksiyona yol açarak, fibrozis ve kitle görünümü oluşturabilir. Ayrıca ilaçlar, özellikle kokain gastrik granülomlar yapabilir (3). Abdominal tüberküloz intestinal tüberküloz ve peritoneal tüberküloz şeklinde görülür ve çoğunlukla ileoçekal bölgede tutulumu yol açar. Abdominal tüberkülozun daha nadir görülen formu gastrik tüberküloz ve GG nedenleri arasında yer almaktadır. Özellikle tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde görülebilir. Ancak histopatolojik preparatlarda etkeni direk görebilmenin zorluğu nedeni ile tüberküloz gastrit tanısını koymak zordur (8). Bizim hastalarımızda tüberküloz tanısı alan hasta yoktu. Hastaların %37'sinin etyolojisi bilinmemekteydi, bu hastalar arasında tüberküloz tanısı koymak zor olduğundan dolayı tanı alamayan hastalar olmuş olabilir. GG'de Crohn hastalığı veya tüberküloz tanısı yönünden hastalar mutlaka değerlendirilmelidir. Bu tanıları dışlanırsa, H. pylori ile granüloamatöz gastrit arasındaki ilişki göz ardı edilemez. Diğer nedenler son derece nadirdir. H. pylori ile granüloamatöz gastrit arasındaki ilişki ilk kez 1989'da bildirilmiştir. GG'in nedeni ne olursa olsun GG vakalarında H.pylori birlikteliğinin büyük oranda varlığı iddia edilmiştir. H.pylori tedavisi sonrası GG düzelen vakalar bildirilmiştir (6) Bizim seride etyolojisi belirlenen hastalarda en sık görülen sebep Crohn hastalığı ve H.pylori enfeksiyonu idi. Diğer nedenler mide kanseri, sarkoidoz ve hepatik granüloamatöz gastrit idi. Bir hastada CMV koliti ile birlikte GG tanısı mevcuttu. İzole veya idiyopatik granüloamatöz gastrit (IGG) ilk olarak Fahimi tarafından 1965'te tanımlanmıştır. Diğer granüloamatöz tanıların dışlanmasıyla teşhis edilir. Ancak, IGG'nin ayrı bir hastalık olarak değerlendirilmesi tartışmalıdır ve uzun süreli takip ve daha titiz bir klinik çalışma ile tespit edilebileceği bildirmiştir. Ectors ve ark. GG tanısı alan hastaları etyolojiye göre değerlendirdiğinde; Crohn hastalığı %52, IGG %25, yabancı cisim %10, altta yatan malignite %7, sarkoidoz %1, Whipple hastalığı %1 ve sınıflandırılmamış %3 idi (9). Bizim hastalarımızda etyolojisi aydınlatılmayan hasta oranı literatürle uyumlu olarak yüksekti ve bu hastalar IGG olarak değerlendirilebilir. Hastalar özgeçmiş yönünden değerlendirildiğinde bir hastanın öyküsünde kronik HCV'ye sekonder karaciğer sirozu, bir hastada Sjögren sendromu, bir hastada Çölyak ve Dühring hastalığı olduğu, ayrıca 3 hastada tiroid papiller Ca, serviks Ca ve kolonjio Ca tanısı olduğu görüldü. Literatürde bu hastalıkların GG etyolojisinde rol aldığı bilgisine rastlanmamıştır. Hastaların 8'ine kontrol endoskopi yapıldığı ve yeniden granülom izlenmediği görülmüştür. Bu durum biyopsilerin rastgele alınması ve H.pylori tedavisi sonrası granülomların kaybolması ile açıklanabilir.

SONUÇ

Gastrointestinal sistemin granüloamatöz lezyonları nadir görülen bir durumdur. Granüloamatöz gastrit kadınları etkileyen nadir bir histolojik antite olarak görülmektedir. Birçok vakada etyoloji aydınlatılmamış olsa da, Crohn hastalığı, H. Pylori, sarkoidoz, malignite ve granüloamatöz gastrit arasındaki ilişki göz ardı edilemez. Etiyolojisi aydınlatılmayan hastaların yeniden tetkik edilmesi ve altta yatan tanıların yeniden değerlendirilmesi düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- Mee J. Rare Gastric Lesions Associated with *Helicobacter pylori* Infection: A Histopathological Review. J Pathol Transl Med. 2017 .51(4): 341-351.
- Imbe K, Irisawa A., Shibukawa G., et al. Idiopatik granüloamatöz gastritis diagnosed with endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration: report of a case. Endosc Int Open. 2014 Dec; 2(4): E259-E261.
- Raoua B., Arwa G., Firas A., et al. Granüloamatöz Gastritis: Clinical and Pathological Features. EC Gastroenterology and Digestive System 6.1 (2019): 03-05.
- Raja J., Meriam S., Meriam N., et al. Granüloamatöz Gastritis: A Clinicopathologic Analysis of 39 Biopsy Cases. Journal of Spleen and Liver Research. Vol-1 / 2 - 10.
- Renault M., Goodier A., Subramony C., et al. Age-related differences in granüloamatöz gastritis: a retrospective, clinicopathological analysis. J Clin Pathol. 2010 Apr;63(4):347-50.
- Soo Kim Y., Le H.K., Kim J.O., et al. A Case of H.pylori associated Granüloamatöz Gastritis with Hypertrophic Gastropathy. Gut Liver. 2009 Jun; 3(2): 137-140
- Maeng L, Lee A, Choi K, et al. Granüloamatöz gastritis: a clinicopathologic analysis of 18 biopsy cases. Am J Surg Pathol. 2004 Jul;28(7):941-5.
- Değer A.N., Atay L., Üstün H. Granüloamatöz Gastritis/ Case report. Kocatepe Medical Journal 18:73-77/April/2017.
- Miyamoto M., Haruma K., Yoshihara M. Isolated granüloamatöz gastritis successfully treated by Helicobacter pylori eradication: a possible association between granüloamatöz gastritis and Helicobacter pylori. J Gastroenterol 2003; 38:371-375.

[Abstract:0092]**Pandemi döneminde tekrarlayan akut kolesistit ataklarının morbidite üzerine etkisi nedir?**

Nadir Adnan Hacım, Yunus Emre Aktimur, Yüksel Altinel

SBÜ Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Pandemi süresince birçok hasta grubunda tanı ve tedavide gecikmeler yaşanmıştır. Bu durumun cerrahi sonuçları açısından belirleyici etkileri hala araştırılmaktadır. Biz bu çalışmada sık karşılaşılan inflamatuvar bir hadise olan akut kolesistit olgularının gecirdiği atakların cerrahi tedavi sonuçlarını nasıl etkilediğini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimize; pandemi dönemi içinde, Ocak 2019 ve Aralık 2020 tarihleri arasında akut kolesistit kliniği ile başvuran ve akut kolesistit nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 77 hastanın, geçirilen atakları (atak sayısı <1, >=1) ve postoperatif sonuçları araştırıldı. Bu hastaların demografik verileri, lökosit, C-reaktif protein (CRP) ve tedavi protokolleri retrospektif olarak tarandı. İstatistiksel analiz R Studio 4.0.5 programı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışma sürecinde yaş ortalaması 48.7 yıl olan (alt-üst sınır:17-87 yıl) 52'si erkek, 25'i kadın hasta tespit edildi. Atak sayısı <1 olan 53 hastanın 19 (%35.8)'unda, atak sayısı >=1 olan 24 hastanın 7 (%29.2)'sinde COVID pozitif (p=0.753) izlenmiştir. CRP değerlerinde (131.09 ±119.48 vs.142.05 ±123.24; p=0.713) ve lökosit değerlerinde (14.77 ± 5.34 vs. 14.33±7.39; p=0.766), tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde atak geçiren ve geçirmeyenler arasında anlamlılık izlenmedi. Morbidite (7, %13.2 vs. 7, %29.2, p= 0.173) ve perop kese perforasyonu (10, %18.9 vs. 7, %29.2, p=0.476) atak sayısı 1'den fazla olanlarda daha fazla görüldü.

Sonuç: Akut kolesistit nedeniyle pandemi döneminde cerrahi tedavi uygulanan hastalarda; postoperatif takipte karşılaşılan komplikasyonlar, artan morbidite oranları ve hastaların erken dönem atak geçirmeleri nedeniyle yakın takibi gereklidir. Ayrıca, gerektiğinde erken cerrahi seçeneği uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut kolesistit, morbidite, atak sayısı

[Abstract:0094]**Akut epiploik appendagitis; klinik ve radyolojik özellikler**

Süleyman Hilmi Aksoy

Hisar Hospital Intercontinental, Radyoloji bölümü, İstanbul

Giriş-Amaç:

Epiploik appendagitis (EA), akut karın ağrısının nadir görülen ve sıklıkla ayırıcı tanıda geç akla gelen bir nedendir. Epiploik appendiksin torsiyonundan veya drenaj damarının spontan trombozundan kaynaklanmaktadır. EA, klinik tanıda erken akla gelmemekte ve lokalizasyonuna göre genellikle divertikülit, akut apandisit, renal patolojiler veya kolesistit gibi akut karın ağrısının diğer nedenleri bu hastalarda ilk olarak düşünülmektedir. Bu ise klinik tanının gecikmesine ve hastaların gereksiz tanısız ve terapötik prosedürlere tabi tutulmasına neden olmaktadır. Akut karın ağrısının tanısız ikilemelerinde altın standart görüntüleme testi olarak bilgisayarlı tomografinin (BT) ortaya çıkması, EA'nın tanınması ve tanısının artmasıyla sonuçlanmıştır. Bu çalışmamızda, hastanemizde çeşitli klinik ön tanılarda tetkik edilip EA tanısı koymuş olduğumuz 39 hastadaki klinik ve BT bulgularını retrospektif sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:

Ağustos 2015 ve Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemize başvuran, BT sonuçlarına göre EA tanısı alan 39 hastanın, demografik verileri, BT bulguları, karın ağrısı özellikleri, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları ve tedavi yöntemleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

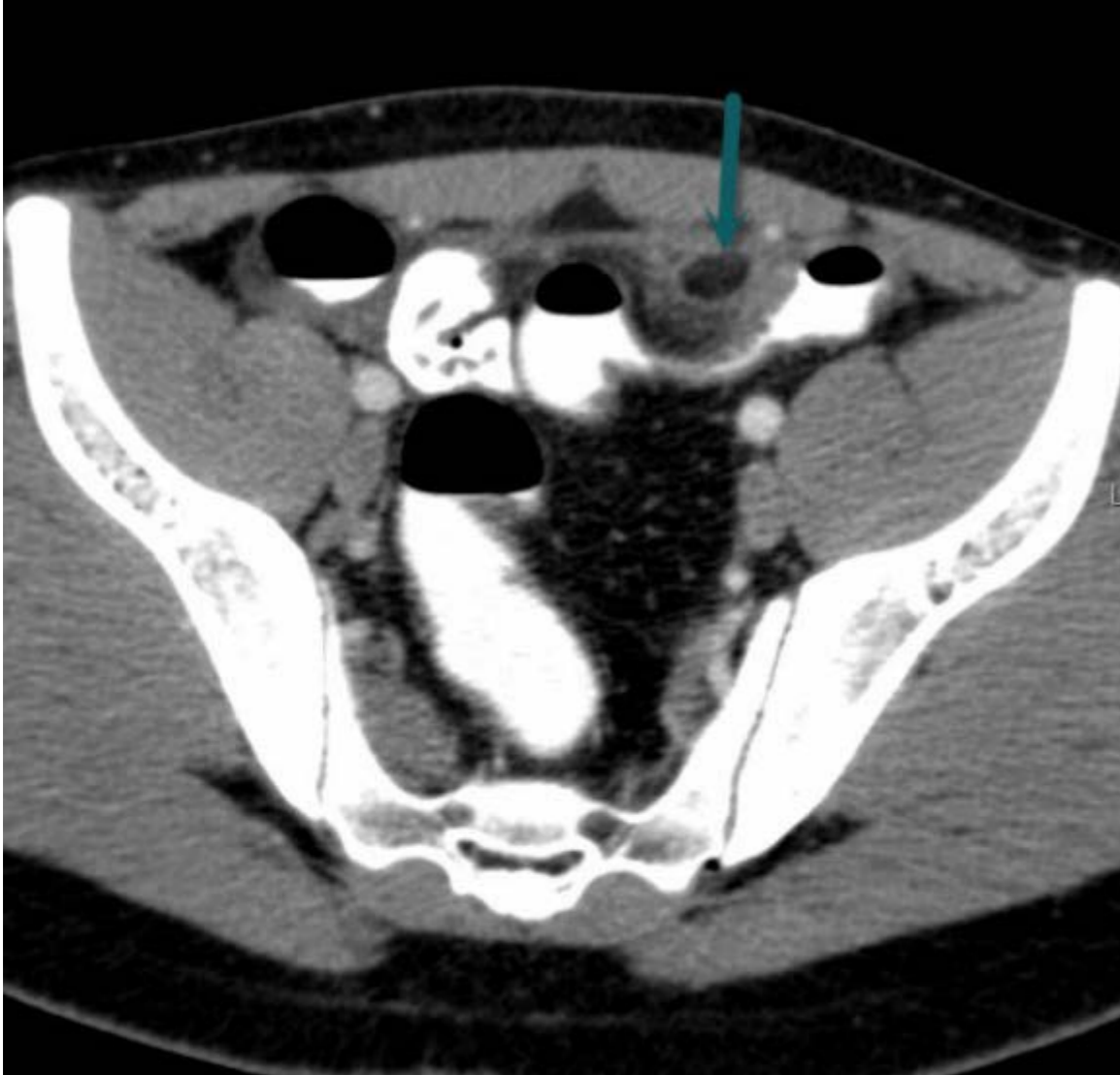
EA teşhisi konulan 39 hastanın 35'i erkek ve 4 kadın hastaydı, hastaların yaşları ortalaması 36.0±10.3 idi. Ortalama BMI 28.2±3.2 kg/m² idi. Hastaneye başvuru şikayetleri %69.2 ile karın ağrısı,% 12.8 ile kasık ağrısı, % 5.1'de yan ağrısı ve bulantı,% 2.6'sında bulantı, karında şişlik ve dizürri şikayeti vardı. Fizik muayenede % 51.3'de sol alt kadranda hassasiyet,%23.1 de sağ alt kadranda hassasiyet mevcut.%5.1'de sağ yanda hassasiyet,%2.6'da her iki yanda hassasiyet,%2.6'da normal fizik muayene bulguları mevcuttu. Laboratuvar testlerinde, tam kan sayımında lökosit 9.45±2.80, nötrofil 5.86±2.13, lenfosit 2.59±0.93,Plt 260.0±59.2,CRP 0.5 (0.02-4.55), idrar analizinde % 20.5 eritrositüri,% 2.6 lökositüri, % 2.6'sında kristalüri görüldü. Hastaların yapılan CT'lerinde, tubuler yağ dansitesinde oluşum, etrafında ödem izlenmiş olup, 21(%53.8) hastanın EA sigmoid yerleşimli, 10(%25.6) hasta desendan kolon yerleşimli, 5(%12.8) hastanın asendan, 2(%5) hastanın çekum, 1(%2.5) hastanın hepatik fleksura yerleşimli olduğu görüldü. EA tanısı konulan hiçbir hastaya cerrahi tedavi uygulanmamış olup, hematürisi olan 9 hastanın 3'ünde de aynı zamanda üreter taşı mevcuttu, bu hastalara URS işlemi yapıldı. Çocuk hastanın karın ağrısı çok olduğu için medikal tedavi amaçlı yatırıldı, antibiyotik ve analjezik tedavi verildi. 6 hastada beraberinde akut divertikülit olduğunda yatarak antibiyotik analjezik tedavisi verildi. Diğer hastalarda ayaktan analjezik tedavisi verilerek taburcu edildi. Tüm hastaları semptomları 1'den 15 güne (ortalama, 5.3 gün)kadar sürdü. Hastaların 1 yıllık takip süresi boyunca semptomların tekrarlaması olmadığı görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Epiploik apandiksler, kolon serozalarından çıkan küçük yağ keseleri olup en sık sigmoid kolonda görülmektedir. EA gelişen hastalarda enflamasyon bölgesinde şiddetli ve fokal karın ağrısı ile görülebilir, bu da diğer akut karın durumlarını (yani apandisit, divertikülit, fıtık veya kolesistit) taklit edebilir. Tanıdaki gecikme, gereksiz hastanede kalış, antibiyotik kullanımına ve cerrahi müdahaleye yol açabileceğinden, BT radyolojik istemi sırasında klinisyenler EA'yı da ayırıcı tanıda düşünmelidir.

Anahtar Kelimeler: Epiploik appendagitis

Resim 1



Oral, rektal ve intravenöz kontrastlı aksiyel BT kesitlerinde sigmoid kolonun ön komşuluğunda tubuler yağ

dansitesinde oluşum ve etrafında ödem izlenmektedir (Sigmoid yerleşimli akut epiploik appendagitis)

[Abstract:0095]

Akut pankreatitte seçilen sıvı tedavisinin prognoza etkisi

Büşra Selcen Akyol¹, Sanem Kayhan²

¹ Kağızman Devlet Hastanesi, Kars

² SBÜ, Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH, Ankara

Amaç: Akut pankreatit (AP), hastaneye yatış gerektiren ve genellikle iyi prognoza sahip inflamatuvar bir hastalıktır. Özellikle hastalığın erken fazında standart tedavi sıvı resusitasyonu olup tercih edilecek sıvı tipi belirsizliğini korumaktadır. Çalışmamızın amacı; AP sıvı tedavisinde Ringer Laktat (RL) ve Normal Salin (NS) ile resusitasyonun prognoz üzerine etkilerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2019- Eylül 2019 tarihleri arasında, AP tanısı ile servise yatırılan >18 yaş hastalar alındı. Hastalar NS veya RL alanlar olarak randomize edildi. Ranson skorları ve Revize Atlanta skorlamasına göre AP şiddeti kaydedildi. Ek olarak 24., 48. ve 72. saatlerde C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin (PCT) değerleri, sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) skorları ile hastanede yatış süreleri analiz edildi.

Bulgular: RL alan 54, NS alan 59 toplam 113 hasta randomize edildi. Hastaların hastaneye başvuru anında ve 48. saatlerinde Ranson kriterleri kaydedildi. Başvuru anında Ranson kriterlerine göre 0 puan alan hastalar RL kolunda 12(%22,6), NS kolunda 15(%26,3); 1 puan alan hastalar RL kolunda 23(%43,4), NS kolunda 22(%38,6); 2 puan alan hastalar RL kolunda 12(%22,6), NS kolunda 12(%21,1); 3 puan alan hastalar RL kolunda 6(%11,3), NS kolunda 5(%8,8); RL kolunda 4 puan alan hasta yokken, NS kolunda 3(%5,3) hastaydı. (p=0,508) Hastaneye kabulün 48. saatinde bakılan Ranson kriterlerine göre RL kolunda 5(%9,4) hasta 1 puan alırken, NS kolunda 1 puan alan olmadı. 2 puan alan hastalar RL kolunda 30(%56,6), NS kolunda 25(%50); 3 puan alan hastalar RL kolunda 16(%30,2), NS kolunda 16(%32); 4 puan alan hastalar RL kolunda 2(%3,8), NS kolunda 9(%18) idi. Hastaneye kabulün 48. saatinde bakılan Ranson kriterlerine göre gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı. (p=0,020) Hastalar Atlanta Şiddet Sınıflaması'na göre hafif, orta ve şiddetli olarak 3 gruba ayrıldılar. Hafif AP hastaları 43(%79,6) RL kolunda, 37(%62,7) NS kolundaydı. Orta-şiddetli AP hastaları 11(%20,4) RL kolunda, 22(%37,3) NS kolundaydı. Atlanta Şiddet Sınıflaması yönünden gruplar arasındaki istatistiksel fark anlamlıydı. (p=0,048) Hastalardan izlemin 24., 48. ve 72. saatlerinde CRP bakılarak medyanları hesaplandı. Medyan CRP değerleri 24. saatte RL kolunda 14,20(7,74-43,88), NS kolunda 36,60(12,10-80,80) idi. (p=0,013) 48. saat medyan CRP değerleri RL kolunda 21,40(9,70-93,20), NS kolunda 75,20(26,80-124) idi. (p=0,004) 72. saat medyan CRP değerleri RL kolunda 21,90(9,98-113,50), NS kolunda 75(17,5-130) (p=0,030) olup iki grup arasında 24., 48 ve 72. saatlerde anlamlı istatistiksel farklılık bulundu. Hastalardan izlemin 24., 48. ve 72. saatlerinde PCT bakılarak medyanları hesaplandı. 24. saat medyan PCT değerleri RL kolunda 0,155(0,11-0,27), NS kolunda 0,190(0,11-0,60) idi. (p=0,325) 48. saat medyan PCT değerleri RL kolunda 0,120(0,11-0,21), NS kolunda 0,160(0,11-0,70) idi. (p=0,084) 72. saat medyan PCT değerleri RL kolunda 0,110(0,11-0,193), NS kolunda 0,120(0,11-0,53) idi. (p=0,087) Hastalar izlem sırasında 24., 48. ve 72. saatlerde kaydedilen SIRS skorlarının medyanları hesaplandı. Hesaplanan medyan SIRS skoru 24. Saatte RL kolunda 0(0-1), NS kolunda 0(0-1) idi. (p=0,94) 48. Saat medyan SIRS skoru RL kolunda 0(0-1), NS kolunda 0(0-1) idi. (p=0,128) 72. Saat medyan SIRS skoru RL kolunda 0(0-0), NS kolunda 0(0-1) idi. (p=0,185) Her iki grubun hastanede yatış sürelerinin medyanları hesaplanarak analiz edildi. RL grubunda 2(2-4) gün, NS grubunda 3(2-5) gün olarak hesaplandı. İki grubun karşılaştırmalı incelemesinde istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. (p=0,041)

Sonuç: AP tedavisinde seçilecek sıvı tipi hastalığın prognozunu etkileyebilir. RL ile resusitasyonun, NS'ye kıyaslandığında AP prognozu üzerine olumlu etkileri vardır.

Anahtar Kelimeler: akut pankreatit, prognoz, sıvı resusitasyonu

[Abstract:0096]**Reversible intrahepatik kolestaz; nadir görülen intrahepatik kolestaz olgusu**

Berat Ebik, Nazım Ekin, Ferhat Bacaksız, Ferhat Bingöl
SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

GİRİŞ

İntrahepatik kolestaz safranin hepatositlerden sekresyonunda bozulma veya safra kanalikülleri, hering kanalları, septal, veya segmental dallar düzeyinde gelişen obstrüksiyon sonucu klinik olarak sarılık, laboratuvar olarak da hiperbilirubinemi ile ortaya çıkan bir tablodur. Maligniteler, paraneoplastik intrahepatik kolestaza neden olabilirler. Özellikle renal Cell Ca, lösemi ve lenfomalar iyi tanımlanmış intrahepatik kolestaz nedenidir.

OLGU

78 yaşında erkek hasta sarılık, bulantı, kusma, kilo kaybı ve iştahsızlık şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde T.bilirubin düzeyi:6,8 mg/dl, direk bilirubin:5,4 mg/dl, ALT:76 IU/L, AST:88 IU/L,GGT:775 IU/L,ALP:867 IU/L, Kreatinin:1,1 mg/dl olarak saptandı. Kolestaza neden olabilecek hepatit testleri, HIV ve diğer virüs testleri negatif idi. WBC ve CRP değeri normal olan hastada sepsis tablosu yoktu. Primer bilier kolanjit açısından bakılan AMA testi negatif ve Ig M düzeyi normaldi. Görüntülemeye ise USG de karaciğer normal boyut konumunda olup, intra ve extrahepatik safra yolları normal olarak saptandı. Primer sklerozan kolanjiti ve diğer safra yolu patolojilerini tespit etmek amacıyla çekilen MRCP de ise intra ve extrahepatik safra yolları normal olarak saptandı. USG de prostat boyutlarında büyüme ve düzensizleşme görülen hastanın bakılan total PSA düzeyi 6722 µg/L, serbest PSA düzeyi 588 µg /L olarak gelince hastaya PET-CT çekildi. PET CT de tüm iskelet sisteminde yaygın hipermetabolik tutulum ve metastazlar tespit edildi. Karaciğerde herhangi bir metastaz saptanmadı. Takiplerde hastanın bilirubin düzeyi artarak 24 mg/dl'ye kadar ulaştı. Hasta onkoloji ile konsülte edildi. Onkoloji tarafından prostat Ca tanısı konuldu ve hastaya leuprolide 22,5 mg subkutan, Casodex (Bicalutamide) 50 mg/gün tedavisi başlandı. Biz de hastaya ilave olarak ursodeoksikolik asit 250 mg 3*1 başladık. Buna rağmen hastanın bilirubin düzeyleri artmaya devam etti. Bilirubin düzeyi 30 mg/dl'ye ulaşınca tedavisine 16 mg/gün dexametazon ekledik. Deksametazon tedavisinin başlamasından birkaç gün sonra hastanın bilirubin seviyesi düşmeye başladı. Genel durumu düzelmeye başlayan, oral alımı artan hastanın taburcu olduğu zaman total bilirubin seviyesi 4,5 md/dl'ye kadar gerilemişti. Aynı zamanda PSA düzeyinin de gerilediği görüldü.

TARTIŞMA

Paraneoplastik kolestatik sarılık, infiltrasyon, metastaz ve tümör basısı olmadan meydana gelen bir tablodur. Bu durumun tümör hücreleri tarafından salınan sitokin veya hormonların etkisiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Birçok malignitede paraneoplastik kolestaz tanımlanmasına rağmen prostat Ca'da şu ana kadar 9 vaka tanımlanmıştır. Bu tespit edilen 10. vakadır. Tedaviyle hastanın kolestaz tablosu düzelmiştir. Bizim vakamızın diğer vakalardan farkı ise tedavide GnRH agonisti ve androjen blokerlerinin yanı sıra deksametazonda kullanmamız ve bu şekilde daha hızlı yanıt elde etmemizdir.

Anahtar Kelimeler: İntrahepatik kolestaz, malignite, deksametazon

Tablo-1

Parametre	Başvuru	3.gün	6.gün	9.gün	12.gün	15.gün	18.gün	21.gün	24.gün	27.gün	30.gün
ALT(IU/L)	63	73	76	79	88	77	54	38	28	20	12
AST(IU/L)	68	76	78	81	92	80	66	49	43	28	29
GGT(IU/L)	461	573	625	704	775	684	591	438	345	213	190
ALP(IU/L)	837	867	880	915	927	904	756	624	443	305	232
T.Bil(mg/dL)	6,8	12,4	19,3	24,1	30,6	25,7	20,7	14,8	10,6	7,7	4,5
D.Bil(mg/d)	5,4	11,0	17,8	22,1	28,3	23,5	18,9	13,1	8,7	6,4	3,7
Total PSA (µg/L)	6722						880				179
F PSA (µg /L)	588						205				56

Hastanın; hastaneye başvurudan ve tanı konulup tedavi başlandıktan sonra, bilirubin ve diğer laboratuvar parametresinin seyri

[Abstract:0097]

Alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı mevcut bireylerde sağ ventrikül fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve hepatosteatoz derecesi ile ilişkisi

Mehmet Aytürk, Şeymus Külahçioğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH) mevcut bireylerde, konvansiyonel ve doku Doppler ekokardiyografi ile değerlendirilen sağ ventrikül (RV) fonksiyonlarını ve hepatosteatoz derecesi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Çalışmamıza ultrasonografi (USG) ile tanı almış toplam 64 NAYKH hastası dahil edildi. Hastaların 32'si erkekti (%50) Ortalama yaş 43±6 idi. 30 sağlıklı birey (15'i erkek) kontrol grubu olarak alındı. Kontrol grubunun yaş ortalaması 41±5 idi. RV sistolik ve diyastolik fonksiyonları ve miyokard performans indeksi (MPI); konvansiyonel ve doku Doppler ekokardiyografi ile değerlendirildi ve sonrasında bu parametrelerin hepatosteatoz derecesi ile ilişkisi ortaya kondu.

Sonuçlar : RV izovolümetrik gevşeme zamanı (IVRT), izovolümetrik kasılma zamanı (IVCT) ve RV MPI, kontrol grubuna göre NAYKH mevcut bireylerde anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0.001). Ayrıca hasta grubunda, Triküs pit anüler düzlem sistolik yer değiştirmesi (TAPSE) ve ejeksiyon zamanı (ET) anlamlı olarak düşük idi (p<0.001) Hepatosteatoz derecesi, RV-MPI ile pozitif korelasyon göstermekle birlikte istatistiksel anlamlılık saptanmadı (p=0.06). Ayrıca TAPSE ve RVMPI arasında belirgin negative korelasyon saptandı (rho = -0.36, p=0.002).

Tartışma : Çalışmamızda, NAYKH olanlarda RV sistolik ve diyastolik fonksiyonlarının sağlıklı bireylere göre bozulmuş olduğu, aynı zamanda sistolik fonksiyonlardaki bozulmanın hepatosteatoz derecesi ile korelasyon gösterdiği saptandı.

Anahtar kelimeler : Alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı, sağ ventrikül , Doppler ekokardiyografi

[Abstract:0098]

CMV kolitini hemogram temelli indekslerle öngörebilir miyiz?

Arda Yavuz¹, Kübra Akan¹, Muhammet Mikdat Akbaş², Büşra Güleç², Celal Ulaşoğlu¹, İlyas Tuncer¹

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim dalı

² İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı

Giriş: Ülseratif kolit kolonun kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Hemogram, Sedimentasyon, fekal kalprotektin, Mayo skoru ülseratif kolitin şiddetini değerlendirmede yardımcıdır. Son dönemde yapılan araştırmalarda, platelet*nötrofil/lenfosit formülü ile tanımlanan sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ülseratif kolit aktivitesini değerlendirmede etkin bulunmuştur. CMV enfeksiyonu şiddetli ve refrakter ülseratif kolit ile ilişkili olabilir. CMV enfeksiyonu için risk faktörleri yüksek doz anti-TNF alfa, şiddetli hastalık ve pankolitir. European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) kılavuzlarında CMV koliti tanısında kolonik dokuda CMV PCR çalışılması önerilmektedir. Bununla beraber, yeni non-invaziv testlerin geliştirilmesine ihtiyaç mevcuttur.

Method: Bu çalışmada ülseratif koliti olan hastalarda aktif CMV enfeksiyonu varlığında SII, nötrofil lenfosit oranı (NLR) ve monosit lenfosit oranı'nın (MLR) prediktif değerini değerlendirmeyi amaçladık. Ocak 2011- Ocak 2021 tarihleri arasındaki kolonoskopi raporlarını retrospektif olarak değerlendirdik. İndeksleri kolonoskopi tarihindeki hemogram sonuçlarından hesapladık. CMV koliti tanısını kolonik doku PCR testi ile koyduk. CMV koliti olan hastaların tamamı 21 gün boyunca intravenöz gansiklovir tedavisi aldı. İstatistiksel analiz SPSS ile yapıldı. CMV kolitini saptamada indekslerin cut-off değerlerini belirlemek için receiver operating characteristic (ROC) curve analizi kullanıldı.

Bulgular: Ülseratif kolit tanılı 269 hasta çalışmaya eklendi. 19 (%7,1) hastada CMV koliti mevcuttu. CMV koliti olan hastalarda pankolit (n=11, %57,9) ve sol kolon tutulumlu kolit (n=8, %42,1) vardı. Hastaların 9'u mesalazin, 6'sı azathiopürin, 4'ü anti-TNF kullanıyordu. Kontrol grubu CMV koliti olmayan 250 hastadan oluşuyordu. Kontrol grubunun çoğu sol kolon tutulumlu kolit (n=128) iken; proktiti olan hasta 40, pankoliti olan 82 idi. CMV PCR (+) ve CMV PCR (-) olan gruplar arasında SII (p=0.036), NLR (p=0.027) ve MLR (p=0.005) indekslerinde anlamlı farklılık saptandı. Ayrıca SII, NLR ve MLR indeksleri arasında birbirine karşı üstünlük yoktu. ROC curve analizine göre; CMV koliti olanları en iyi ayırtan cut-off değeri MLR için >0.43 (Sens:36,8; Spec:89,1; PPV:21,2; NPV:94,7), NLR için >3.1 (Sens:68,4; Spec:57,7; PPV:11,4; NPV:95,8), SII için >900 (Sens:68,4; Spec:52,3; PPV:11,1; NPV:95,7) idi (Tablo 1).

Sonuçlar: Bu çalışma ülseratif kolitte CMV kolitini saptamak için SII, NLR, MLR indekslerinin kullanılabilirliğini gösteren ilk çalışmadır. Cut-off değerleri SII, NLR ve MLR için sırasıyla 900, 3.1 ve 0.43 olarak saptandı. CMV ile komplike olan ülseratif kolit daha yüksek inflamasyon indeksleri ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: CMV koliti, İnflamatuvar barsak hastalığı, Ülseratif kolit

İndekslerin ve cut-off değerlerinin CMV PCR'a göre karşılaştırılması

	CMV PCR(+)	CMV PCR(-)	P değeri
Total (n=269)	19	250	NA
Cinsiyet			0.169

	CMV PCR(+)	CMV PCR(-)	P değeri
Kadın	5 (%4,5)	105 (%95,45)	
Erkek	14 (%8,8)	145 (%91,20)	
İndeksler			
SII			0.036*
<900	6 (%4,26)	135 (%95,74)	
>900	13 (%11,1)	104 (%88,89)	
NLR			0.027*
<3.1	6 (%4,17)	138 (%95,83)	
>3.1	13 (%11,40)	101 (%88,60)	
MLR			0.005*
<0.43	12 (%5,33)	213 (%94,67)	
>0.43	7 (%21,21)	26 (%78,79)	

NA: mevcut değil SII:sistemik immün-inflamasyon indeksi NLR: nötrofil lenfosit oranı MLR: monosit lenfosit oranı

[Abstract:0099]**Demir eksikliği anemisi ve kronik diyaresi olan erişkin hastalarda çölyak hastalığı sıklığı**

Ali Türeyen¹, Bahattin Erdoğan²

¹Eskişehir Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

²Eskişehir Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği

Demir eksikliği anemisi ve kronik diyaresi olan erişkin hastalarda çölyak hastalığı sıklığı

Dr Ali Türeyen*, Dr Bahattin Erdoğan**

*:Eskişehir Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

** :Eskişehir Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği

Amaç:

Çölyak hastalığı, genetik yatkınlığı olan hastalarda gluten intoleransı sonucu ortaya çıkan otoimmün bir malabsorbsiyon hastalığıdır. Anemi ve kronik diyare hastalığın en önemli iki semptomudur. Erişkin hastaların yarısında diyare olmaması tanı açısından önemlidir. Bu çalışmada sadece demir eksikliği olan hastalar ve anemiye kronik diyarenin eşlik ettiği erişkin hastalarda, çölyak sıklığını ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem:

2019-2020 yılları arasında polikliniğimize başvuran demir eksikliği anemisi tespit edilen diyare şikayeti olmayan 162 hasta (131 kadın, 31 erkek) yaş ortalaması 43.3+/-15.7 ve demir eksikliği anemisine kronik diyarenin eşlik ettiği 73 hasta (47 kadın, 26 erkek) yaş ortalaması 45.6+/- 16.4 çalışmaya dahil edildi. İnflamatuvar bağırsak hastalığı tespit edilen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalara çölyak seroloji testleri antigliadin IgA ve IgG, antiendomizyum IgA ve IgG, doku transglutaminaz IgA ve IgG, gastroskopi ve duodenum biyopsi (en az 3 adet), kolonoskopi yapıldı.

Bulgular:

Seroloji ve duodenal biyopsi ile çölyak teşhisi konan anemi grubundan 162 hastanın 5'inde (4 kadın, 1 erkek) %3.2, anemi ve kronik diyare grubundan 73 hastanın 8'inde (6 kadın, 2 erkek) %9.1 çölyak teşhisi kondu. Çölyak teşhisi konan hasta sayısı anemi ve kronik diyareli hasta grubunda, sadece anemili hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti(P<0.01).

Sonuç:

Kronik diyare ve demir eksikliği gözlenen hastalarda, mutlaka çölyak hastalığı araştırılmalıdır. Tedaviye cevapsız, sebebi izah edilemeyen demir eksikliği anemilerinde de bu hastalık göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: demir eksikliği anemisi, kronik diyare, çölyak

[Abstract:0100]**Hiyatal Herninin Endoskopik Tanısında Derin Sedasyonun Etkisi**

Gülce Ecem KILIÇ¹ İbrahim DOĞAN² Güner KILIÇ² Ali KARATAŞ² Selma DEMİRBAŞ YÜCELİDİ² Mehmet ARHAN² Mehmet İBİŞ²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji BD, Ankara

Amaç: Hiyatal Herninin(HH) tanısını doğru koyabilmek medikal, endoskopik veya cerrahi tedavilerin kararını vermede çok önemlidir. Ancak klinikte kullanımı kolay, doğruluğu yüksek tam bir tanı yöntemi yoktur. Endoskopi sırasında öğürme, öksürme gibi hasta uyumsuzlukları nedeniyle ölçüm noktalarında önemli düzeylerde kaymalar olmakta ve hiyatal herni tanısı yanlış konulabilmektedir Bu çalışmanın amacı, hiyatal herninin endoskopik tanısının doğru konulmasında derin sedasyonun etkisini göstermektir.

Method: Çalışmamıza Ocak 2016–Şubat 2019 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı endoskopi ünitesine 18 yaş ve üstü çeşitli endikasyonlarla başvuran 4083 tane hasta alınmıştır. Hastalar retrospektif olarak hastane veri tabanındaki endoskopi kayıtlarından değerlendirilmiştir. Çalışmada 4 hasta grubu olup; derin sedasyon alan ve almayan hasta grupları kendi aralarında da tecrübeli olan ve olmayan endoskopistlerin yaptığı alt gruplara ayrılmıştır. Tecrübeli endoskopist grubu 3000'den fazla; tecrübeli olmayan grup ise 3000'den az endoskopi işlemi yapan olarak belirlenmiştir. Derin sedasyon alan hastalara intravenöz olarak yaklaşık 30 mg propofol ve 3 mg midazolam verilmektedir. Derin sedasyon almayanlara ise sadece 3 mg midazolam ve topikal lidokain sprey uygulanmıştır. İki grup arasındaki karşılaştırma analizleri için Mann-Whitney U testi, bağımsız gruplar arasında kategorik değişkenler için yapılan karşılaştırma analizinde Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Hiyatal Herni ve özofajit saptama üzerine etkili faktörlerin incelenmesinde tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bu çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Sonuç: Tüm hastalar içinde HH prevalansı %11,7 olup, derin sedasyon alan grupta HH sıklığı %7,2 iken; derin sedasyon almayan grupta HH sıklığı %16 bulunmuştur (p<0,001).Tüm hastalar içinde özofajit prevalansı %17,7 olup, derin sedasyon alan grupta özofajit sıklığı %13,5 iken; derin sedasyon almayan grupta özofajit sıklığı %21,7 bulunmuştur (p<0,001).Derin sedasyon alan grupta tecrübeli endoskopistler %8,3 sıklığında HH tanısı koyarken, tecrübesiz endoskopistler %6,1 sıklığında HH tanısı koymuştur(p=0,062). Derin sedasyon almayan grupta tecrübeli endoskopistler %17,9 sıklığında HH tanısı koyarken, tecrübesiz endoskopistler %14,1 sıklığında HH tanısı koymuştur (p=0,017). Derin sedasyon alan grupta tecrübeli endoskopistler %16,3 sıklığında özofajit tanısı koyarken, tecrübesiz endoskopistler %10,7 sıklığında özofajit tanısı koymuştur. (p<0,001). Derin sedasyon almayan grupta tecrübeli endoskopistler %23,8 sıklığında özofajit tanısı koyarken, tecrübesiz endoskopistler %19,7 sıklığında özofajit tanısı koymuştur (p=0,025). Endoskopinin derin sedasyon uygulanmadan yapılmasının hiyatal herni saptama sıklığını 2,44 kat; özofajit saptama sıklığını ise 1,77 kat arttırdığı saptandı.Tecrübeli endoskopistin 1,32 kat daha fazla hiyatal herni ve 1,34 kat daha fazla özofajit saptadığı bulundu.

Tartışma: Sedasyon ile endoskopi işlemi hastanın uyumunu sağlayıp işlem kaynaklı yaşanabilecek sorunları ortadan kaldırdığı için uygulaması kolay bir tanı yöntemidir. Literatürdeki çoğu çalışmada HH teşhisinde endoskopinin yüksek çözünürlüklü manometriye kıyasla olumsuz yanları işlemlerin sedasyon altında yapılmasından kaynaklıdır. Biz bu çalışmamızda sedasyon altında yapılan ÖGD'lerde HH ve özofajit tanısının daha yüksek doğrulukla saptandığını ve yanlış tanı konulmasını önemli oranda azalttığını göstermiş olduk. Bu yüzden endoskopi işlemi sedasyon altında yapılırsa HH ve özofajit tanılarında daha doğru sonuç verir.

Anahtar Kelimeler: derin sedasyon, endoskopi, hiyatal herni.

[Abstract:0101]**Impact of Hydroxychloroquine on liver tests in patients with mild to moderate COVID-19 infection**

Muhammed Ali Ayvaz¹, Ahmet Cumhuri Dülger¹, İskender Aksoy², Mustafa Yakarışık¹

¹ Giresun University School of Medicine Gastroenterology Giresun.Turkey

² Giresun University School of Medicine Emergency Medicine Giresun.Turkey

Aim: COVID 19 infection is caused by novel SARS COV 2 and is still resulting in worst pandemic even decades. The disease is characterised by fever, cough, dyspnea and pulmonary infiltrates and results in ARDS and death.

Most common clinical symptoms of COVID-19 disease are dry cough, fever and shortness of breath in the majority of patients. Some patients also experience other signs such as sore throat, headache, myalgia, fatigue and diarrhea. Hydroxychloroquine (HCQ) has been used in the treatment of COVID 19 infection largely in past months. During the course of HCQ treatment, serious adverse effects may develop including diarrhea, emesis and lack of appetite. HCQ is firstly passively absorbed by hepatic sinusoids via OAT system and then activated in liver cells through dealkylation. However, the effects of HCQ on liver tests are not well known.

Methods: We reviewed the health records for some patients hospitalized due to Covid-19 between March 30, and June 30 2020, at Giresun University pandemic hospital. Patients younger than 18 years of age, with chronic viral hepatitis or liver cirrhosis were excluded. All patients had had HCQ plus oseltamivir treatment for treating mild-to moderate COVID-19 infection. We analyzed liver test results including AST, ALT, ALP, and GGT that were obtained within 24 hours of starting of treatment and at the seventh day of the hospitalization. Other tests were also analysed at the study.

Results: Of 37 patients admitted with Covid-19, there were no significant differences in AST and GGT levels between pretreatment and posttreatment periods.(33 U/L.CI: 27,35 – 38,65 versus 45 U/L.CI: 26-65; p= 0.655 and 41,21 U/L. CI: 31,36 – 51,06 versus 53,61 CI: 39,43 – 67,78; p=0.055). In contrast, the mean ALT and ALP levels were significantly increased at the seventh day of HCQ plus oseltamivir therapy. (27,46 U/L.(CI: 20,94 – 33,98) versus 51,71 U/L.(CI: 34,32 – 69,1); p=0.002 and 66,55 U/L.(CI: 58,97 – 74,12) versus 73,71 U/L. (CI: 65,38 – 82,05); p=0.03) Composite outcomes of the other laboratory test was also presented at the table 1.

Conclusions: Our findings indicate that increasing ALT and ALP levels during treatment course of COVID -19 infection may be a novel mechanism both of HCQ or Oseltamivir effect, and that this pathway may be a mediator between liver tests and mortality due to COVID 19 infection. Further studies are warranted.

Keywords: COVID 19, Hydroxychloroquine, Liver

[Abstract:0102]**Alkol öyküsü olmayan sirozlu hastalarda Tp-Te süresi ve Tpe/QTc oranının hastalığın ciddiyeti ile ilişkisi**

Sena Tokay Tarhan

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Siroz hastalığı ve alkol kullanımı kalp yetmezliğine ve EKG de repolarizasyon bozukluklarına neden olabilir. Tp-Te süresi sol ventrikülün repolarizasyonundaki dispersiyonu ve QTc süresi toplam repolarizasyon süresini gösterir. Artmış Tp-Te süresi ve Tpe/QTc oranı ventriküler aritmi gelişme riskini artırır. Amacımız alkol kullanmayan siroz hastalarında Tp-Te süresi ve Tpe/QTc oranının hastalığın ciddiyeti ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Retrospektif olarak klinik, ultrason, endoskopi ve laboratuvar verileri ile siroz tanısı alan, alkol öyküsü olmayan hasta ve sağlıklı kontroller çalışmaya dahil edildi. Kalp, akciğer, böbrek hastalığı ile hipertansiyon, diyabet ve obezite öyküsü olanlar, repolarizasyon süresini uzatan ilaç kullanan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Tüm hastaların model for end stage disease (MELD) skorları hesaplandı. Yatar pozisyonunda, 25 mm/sa hızında çekilen EKG de prekordiyal derivasyonlarda, q dalgasının başlangıcından T dalgasının sonuna kadar geçen süre Bazett formülü kullanılarak kalp hızına göre düzeltildi ve QTc hesaplandı. T dalgasının tepe noktası ile inen kolunun izoelektrik çizgi ile birleştiği nokta arasındaki süre Tp-Te süresi olarak belirlendi ve Tp-Te/QTc oranı hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 63 hasta (28 kadın, 35 erkek) ve 46 sağlıklı kontrol (25 kadın, 21 erkek) arasında yaş farkı yoktu (47.88± 14.34 vs 43.88± 8.41, p< 0.387). Hastaların ortalama MELD değeri 11± 3.8 olarak hesaplandı. Sirozlu hastalarda kontrollere göre diyastolik kan basıncı (76±4.80 mmHg vs 78±3.70 mmHg, p< 0.030) düşük, Tp/Te süresi (86± 14 ms vs 64± 12 ms, p< 0.0001) ve Tp-Te/QTc oranı (0.18± 0.03 vs 0.15± 0.03, p= 0,0074) artmış olarak saptandı. Bu parametreler ile MELD skoru arasında bir korelasyon gözlenmedi.

Sonuç: Alkol öyküsü olmayan siroz hastalarında Tp/Te süresi ve Tp-Te/QTc oranı artmıştır. Ancak bu durum hastalığın şiddetinden bağımsızdır. Bu artışın klinik önemi yapılacak geniş kapsamlı çalışmalarla araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: elektrokardiyografi, siroz, T dalgası

Tablo 1. Hasta ve kontrollerin demografik, klinik, biyokimyasal ve elektrokardiyografik verileri. * Mann Whitney test

	Siroz (n:63)	Kontrol (n:46)	p*
Yaş	47.88±14.34	43.88±8.41	0.387
Vücut kütle indeksi (kg/m ²)	27.49±4.49	25.82±2.33	0.099
Sistolik kan basıncı (mmHg)	120 ± 11.00	123±8.30	0.222
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	76±4.80	78±3.70	0.030
Nabız (atım/dak)	73±12.00	72±14.00	0.799

	Siroz (n:63)	Kontrol (n:46)	p*
MELD skoru	11±3.80	6.3±0.53	< 0.0001
Hemoglobin (gr/dL)	12.57±1.84	13.45±2.00	0.016
Trombosit (103/μL)	92.090±46.558	277.044±66.681	< 0.0001
Lökosit (103/μL)	4.346±1767	6.455±1547	< 0.0001
Açlık kan şekeri(mg/dl)	96±20.00	89±10.00	0.031
Kreatinin (mg/dL)	0.81±0.43	0.85±0.17	0.023
Sodyum (mEq/L)	139±3.80	140±2.30	0.182
Aspartat Aminotransferaz (U/L)	54.34±50.39	26.71±7.04	< 0.0001
Alanin Aminotransferaz (U/L)	46.82±52.20	28.45±9.30	0.050
Gama glutamil transferaz (U/L)	78.37±77.07	33.24±9.80	< 0.0001
Alkalen fosfataz (U/L)	153.2±110.90	117.9±25.46	0.976
Total Bilirubin (mg/dL)	1.7±1.20	0.62±0.21	< 0.0001
Direkt Bilirubin (mg/dL)	0.52±0.55	0.19±0.18	< 0.0001
Albumin (gr/dL)	3.7±0.62	4.6±0.40	< 0.0001
INR	1.3±0.29	0.98±0.10	< 0.0001
Tp/Te süresi (ms)	86± 14.00	64± 12.00	< 0.0001
Tp-Te/QTc oranı	0.18± 0.03	0.15± 0.03	0.007

INR: International Normalized Ratio, MELD: Model for End-Stage Liver Disease

[Abstract:0103]**Non-Alkolik Yağlı Karaciğer hastalıklı olgularda COVID-19 enfeksiyonunun ağırlığını gösteren laboratuvar parametreleri. Pandemiye Doğu Karadeniz Kriterleri**

Muhammed Ali Ayvaz¹, Ahmet Cumhuri Dülger¹, İskender Aksoy², Mustafa Yakarışık¹, Ayfer Uğış¹

¹Giresun University School of Medicine Gastroenterology Giresun.Turkey

²Giresun University School of Medicine Emergency Medicine Giresun.Turkey

Giriş: COVID 19 enfeksiyonu immüendisregülasyon ve hiperinflamasyonla ilişkilidir. Ciddi COVID 19 pnömonisi olan vakaların yaklaşık %25 inde ARDS gelişir. ARDS hastalarında mortalite %60 olduğu saptanmıştır. Ciddi hastalık gelişiminde risk faktörleri; erkek cinsiyet, ileri yaş, diyabetes mellitus, kardiovasküler veya respiratuvar hastalık öyküsüdür. Ayrıca obezite Covid 19 seyrinde kötü prognostik bir faktördür. Ancak obezitenin bir sonucu olan Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH) olan COVID 19 hastalarında laboratuvar parametreleri ile hastalığın ciddiyeti arasında bağlantıyı gösteren bir çalışma yoktur.

Materyal: Mayıs 2020 ile Mart 2021 standart PCR testi pozitifliği ve pulmoner BT de hastalık ile uyumlu görünümü olan ve Giresun Devlet Hastanesinde hospitalize edilen hafif-orta COVID 19 enfeksiyonlu 18 yaşından büyük 80 olgunun (30 erkek ve 50 kadın, ortalama yaş: 55.4 yıl) retrospektif olarak son iki yıl içindeki hepatobilier ultrasonografi sonuçları incelendi. Kronik viral hepatit, siroz ve diğer karaciğer hastalıkları olanlar çalışmadan dışlandı. Laboratuvar parametreleri ve yatış süreleri Pearson korelasyon testi ile analiz edildi.

Sonuç: Hastaların ortalama yatış süresi 6,86 (CI: 5,49 - 8,24) gün idi. Ortalama ALT değeri 27 U/L. (95% CI:22,98 – 31,02), AST değeri 21,58 U/L. (95 % CI: 17,49 – 25,68) idi. Ortalama ALP 75,75 U/L. (95% CI: 66,86 – 84,65) ve GGT 37,58 U/L (95% CI 24,05 – 51,1) idi. NAYKH li covid 19 olgularında ilk başvuruda yüksek serum AST düzeyi varlığı uzamış hastane yatış süresi (r:0.246 ve p=0.031) ve yüksek serum ferritin (r: 0,471; p=0.001) ve yüksek LDH düzeyleri (r:0.471 ve p=0.001) ile ilişkili bulundu. Öte yandan yüksek ALT düzeyleri ise yüksek MCV (r:0,243 ve p= 0.001), yüksek serum ferritin (r:0,746 ve p=0.001), yüksek LDH düzeyleri (r:0,259 ve p<0.001) ile ilişkili bulundu. İleri sonuçlar detaylı olarak TABLO 1 de gösterilmiştir.

Tartışma: NAYKH hastalıklı COVID-19 hastalarında ilk başvurudaki yüksek AST ve ALT düzeyleri hastalığın ağırlığını gösteren uzamış hastane yatış süreleri, yüksek serum ferritin ve yüksek serum LDH düzeyleri ile birliktelik gösterir. Bu alanda daha ileri geniş ölçekli çalışmalarımız halen kliniğimizde yürütülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yağlı Karaciğer, COVID 19, Transaminazlar

[Abstract:0104]**Crohn hastalarında serum vitamin B12 ve folik asit durumunun değerlendirilmesi**

Sabiye Akbulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığı (CH) olmak üzere iki major formu olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Crohn hastalığı gastrointestinal traktın herhangi bir bölgesini tutabilen; relaps ve remisyonlarla ile seyreden, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Crohn hastalığı sindirim sisteminde en çok B12 vitaminin absorbe olduğu distal ileum bölgesini tutmaktadır. Biz bu çalışmada Crohn hastalarında serum vitamin B12, folik asit (FA) düzeylerini belirleyerek; bu vitamin düzeylerinin hastalık aktivasyonu, hastalık lokalizasyonu, hastalık başlama yaşı, hastalık süresi ile olan ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya 103 crohn hastası, 114 aynı yaş ve cins grubundan sağlıklı kontrol grubu alındı. Açlık venöz kan örnekleri toplanarak; C-reactive protein, vitamin B12, folate düzeyleri, hemogram çalışıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırılarak değerlendirildi.

Bulgular: Crohn hastalık grubunda vitamin B12 düzeyi 161,9±63,2 (73-496) ng/L, FA 4,9±1,4 (1,2-9,4) µg/L idi; kontrol grubunda ise vit B12 321,7±126,3 (85-680) ng/L, FA 7,6±3,8 (3-25,1)µg/L idi; kontrol grubu ile karşılaştırıldığında Crohn hastalarında vitamin B12 ve FA düzeyi belirgin olarak daha düşüktü (p<0.001). Hasta grubunun kendi arasında yapılan metanalizde vitamin B12 düşüklüğü CDAI'ne göre yapılan sınıflamada aktif grupta anlamlı olarak (p<0.001); bir de L1 olarak adlandırılan terminal/distal ileum tutulumlu olanlarda anlamlı olarak (p<0.001) daha düşük bulundu. C-reactive protein (CRP) crohn hastalarında kontrol grubuna göre belirgin olarak daha yüksekti (p<0.001); hemoglobin düzeyi hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde (p<0.001) daha düşüktü.

Sonuç: Vitamin B12 eksikliği Crohn hastalarında oldukça yaygındır. Crohn hastalığında vitamin B12 ve folik asit eksikliği çeşitli komplikasyonlara yolaçabilir; bu eksiklikler tromboz ve komplikasyonlarının gelişmesi için önemli risk faktörleridir. Crohn hastalarında vitamin B12 ve folik asit düzeylerinin takip edilerek; gerektiğinde bu vitaminlerin replasmanlarının yapılması ile olası komplikasyonlar önlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Crohn hastalığı, Folik asit, Vitamin B12

[Abstract:0106]**Pankreasın solid kitlelerinde radyolojik kriterlerle malignite ayrımı yapılabilir mi?**Sinan Genç¹, Oğuz Dicle²¹S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji ABD, İzmir

Giriş ve Amaç: Pankreas kanseri, erkeklerde dördüncü, kadınlarda ise beşinci sırada gelen kanserden ölüm nedenidir. Teknolojideki hızlı gelişmeye rağmen erken tanıda önemli bir başarı elde edilememiştir. Hastalığa yönelik tarama amaçlı yeterli özgünlükte bir serum markeri ya da laboratuvar inceleme yöntemi yoktur. Kronik pankreatik, pankreasın endokrin ve ekzokrin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak bozulduğu, atrofi ve fibrozis ile birlikte giden hastalıktır. Genellikle alkol kullanıma bağlı ortaya çıkar ve pankreasta görülen patolojik değişiklik fibrozistir. Yineleyen akut pankreatit atakları sonucu geliştiği kabul edilmektedir. Yukarıda tanımlanmış olan malign ve benign hastalıkların muayene ve laboratuvar bulguları özgül değildir. Birçok olguda pankreasın benign ve malign hastalıklarındaki klinik ve morfolojik belirsizlik görüntüleme yöntemleriyle de çözülemez. Özellikle kronik pankreatitte etkilenimin fokal olduğu durumda veya kronik pankreatitlerdeki patognomonik bulgu olan fibrozisin lokalize bir alanda belirginleşmesi halinde ortaya çıkan kitlesel lezyonu malign lezyonlardan ayırt etmek radyolojik olarak güçleşir. Bu durum doğal olarak sağaltımı tümüyle farklı iki patolojik grubun yönlendirilmesinde sorun yaratmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız belirlediğimiz radyolojik kriterler ile iki hastalık grubunun ayrımının yapılmasında duyarlılığı ve özgüllüğü yüksek yönleri ortaya çıkarmak ve bunları irdelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda 2003-2011 yılları arasında abdominal BT veya MR incelemesi yapılan ve pankreasında fokal kitlesel lezyon tanımlanmış olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışma için yerel etik kurul onayı alındı. Çalışmaya kesitsel radyolojik incelemelerde pankreasında fokal solid kitle lezyonu olan ve arterial ile portal fazlarda kontrastlı incelemesi olan olgular dahil edildi. Bunlar arasından arterial fazda, normal parankime göre daha fazla kontrastlanma gösteren lezyonlar öncelikli tanının nöroendokrin tümör olması ve yangısal hastalıklardan kaynaklı kitle görünümü veren benign lezyonlardan radyolojik yöntemlerle net olarak ayırt edilebilmesi nedeniyle, değerlendirme dışı bırakıldı. Malign kitlesel lezyona sahip olup görüntüleme öncesi pankreas kanserine yönelik tedavi alan olgular da çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya alınan toplam 84 olgunun 58'i malign, 26'sı benign patolojik tanı almış idi. Histopatolojik olarak malign lezyonların 3'ü pankreas nöroendokrin tümörü, 55'i duktal adenokarsinom tanısına sahipti. Malign histopatolojik tanı 58 olgunun 33 tanesi erkek 25'i ise kadındı. Yaş aralığı 29-83, ortalama yaş ise 59.5'idi. Malign kitlesel lezyonların 36'sı pankreas baş kısmında, 14'ü gövde kısmında, 8'i ise pankreas kuyruk kesiminde yerleşmişti.

Malign olguların tümü ile benign olguların 20'sinde çift fazlı abdomen BT incelemesi mevcuttu. Dört adet benign tanı olguda ise tek fazlı abdominal BT görüntüleri değerlendirmeye alındı. İki benign tanı olguda BT incelemesi mevcut değildi. Malign gruptaki 22 hastamızın, benign gruptaki 6 hastanın MR ve MRKP görüntüleri incelendi.

Tüm görüntüler Dokuz Eylül Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda kurulu bulunan PACS sisteminin bir parçası olan Philips (EasyVision 4.1) iş istasyonunda aynı deneyimde iki radyolog tarafından çift kör olarak değerlendirildi. Değerlendirme sonrasında elde edilen sonuçlar karşılaştırıldı ve oluşan görüş farklılıkları ortak kararlarla düzeltildi.

Lezyonlarda değerlendirme kriterleri olarak;

1. Kitlesel lezyon boyutu
2. Kitlesel lezyonun normal kabul edilen pankreas dokusundan ayrımında sınır netliği
3. Kitlesel lezyonun iç yapısının değerlendirilmesi (lezyonların farklı kontrastlanma alanları içermesi, kistik ve kalsifik alanların bulunması halinde lezyonlar heterojen, bulunmaması halinde ise lezyon homojen olarak kabul edildi).
4. Kitlesel lezyonda kalsifikasyon varlığının değerlendirilmesi
5. Normal kabul edilen pankreas dokusunda kalsifikasyon varlığının değerlendirilmesi
6. Pankreas kanalında dilatasyon varlığı ve dilatasyon tipinin değerlendirilmesi (ana pankreatik kanal çapının 3 mm'i aştığı olgularda kanal dilate olarak kabul edildi. Kitlesel lezyonun distalinde kalan kanaldaki dilatasyonu, kitlesel lezyona yaklaştıkça artması ve yan dal dilatasyonlarının da buna benzerlik göstermesi halinde düzenli dilatasyon kabul edildi. Ana pankreatik kanaldaki dilatasyonların, kitlesel lezyonun yerleşiminden bağımsız olarak farklılıklar göstermesi ve yan dallardaki dilatasyonun ana kanaldaki dilatasyon ile orantısız olması durumunda ise düzensiz dilatasyon olarak kabul edildi)
7. Peripankreatik yağlı dokunun homojenitesinin değerlendirilmesi
8. Peripankreatik alanda lenf nodu varlığının değerlendirilmesi (peripankreatik alanda gözlenen ve 8 mm boyutunu aşan lenf nodları dikkate alındı).
9. Kitlesel lezyonun çevre vasküler yapılara invazyonunun değerlendirilmesi (damar invazyon değerlendirilmesinde kitlesel lezyon ile damar arasında yağ planlarının silinmiş olması, damar duvarında düzensizlik oluşturması, damar lümeninde tümöral trombus varlığı dikkate alındı)
10. Kitlesel lezyonun arterial fazda normal pankreasa göre dansite-intensitesinin değerlendirilmesi
11. Kitlesel lezyonun portal fazda normal pankreasa göre dansitesinin değerlendirilmesi
12. Arterial fazda kitlesel lezyonun normal parankime göre kontrastlanma oranı; Arterial fazda BT incelemesinde 0.7 cm çaplı ROI kullanılarak aynı lezyondan 3 ayrı ölçüm yapıldı ve elde edilen HU değerlerinin ortalaması alındı. Aynı şekilde normal parankimden de 0.7 cm çaplı ROI ile üç ölçüm yapıp ortalaması alındı. Dinamik MR incelemesi olan olgularda ise arterial fazda normal pankreas parankiminden ve kitlesel lezyonun olduğu bölgeden yine aynı şekilde 0.7 cm çaplı ROI ile 3 adet ölçüm yapıldı ve Sinyal/Gürültünün oranlaması yapılarak kontrastlanma derecesi değerlendirildi. Kitlesel lezyonda ROI ile ölçüm yapılırken kalsifik ve kistik alanların kapsanmamasına dikkat edildi.
13. Portal fazda kitlesel lezyonun normal parankime göre kontrastlanma oranı; Portal fazda BT incelemesinde 0.7 cm çaplı ROI kullanılarak aynı lezyondan 3 ayrı ölçüm yapıldı ve elde edilen HU değerlerinin ortalaması alındı. Aynı şekilde normal parankimden de 0.7 cm çaplı ROI ile üç ölçüm yapıp ortalaması alındı. Dinamik MR incelemesi olan olgularda ise portal fazda normal pankreas parankiminden ve kitlesel lezyonun olduğu bölgeden yine aynı şekilde 0.7 cm çaplı ROI ile 3 adet ölçüm yapıldı ve Sinyal/Gürültünün oranlaması yapılarak kontrastlanma derecesi değerlendirildi. Kitlesel lezyonda ROI ile ölçüm yapılırken kalsifik ve kistik alanların kapsanmamasına dikkat edildi.

Elde edilen veriler doğrultusunda aşağıda tanımlanacak şekilde kriterlerin ikiye, üçer ve dörtlü olacak şekilde gruplandırılması yapıldı. Seçilen kriterlere göre gruplandırılan olgular;

- a. Kitlesel lezyonu normal parankimden net sınırlarla ayrılan, kitlesel lezyonda ve normal parankimde kalsifikasyon bulunmayan hastalar
- b. Kitlesel lezyonda kalsifikasyonu bulunmayan ve damar invazyonu olduğu düşünülen hastalar

- c. Kitlesele lezyonda kalsifikasyonu bulunmayan ve ana pankreatik kanalda düzenli dilatasyonu bulunan hastalar
- d. Kitlesele lezyonda kalsifikasyonu bulunmayan, arterial fazda pankreas parankimine göre az kontrastlanan ve sınır netliği olan hastalar
- e. Ana pankreatik kanalda düzenli dilatasyonu olan ve peripankreatik alanda lenf nodu olduğu düşünölen hastalar
- f. Kitlesele lezyonda kalsifikasyon bulunmayan, kitlesele lezyonunda sınır netliği olan, kitlesi arteryal fazda parankime göre az kontrastlanan, ana pankreatik kanalda düzenli dilatasyonu bulunan hastalar
- g. Kitlesele lezyonu arteryal ve portal fazda pankreas parankimine göre az kontrastlanan, ana pankreatik kanalda düzenli dilatasyonu bulunan hastalar
- h. Kitlesele lezyonda kalsifikasyonu bulunmayan, lezyonu arteryal fazda az kontrastlanan, ana pankreatik kanalda düzenli dilatasyonu bulunan hastalar

Elde edilen veriler SPSS 11.0 bilgisayar paket programına girildi, istatistiksel aralıkda non-parametrik değişkenler 'kikare' ve Fisher testi ile, ölçölebilen değişkenleri ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlam düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

Her bir kriter için tek tek duyarlılık, seçicilik, pozitif öngörü ve negatif öngörü değerleri hesaplandı. Sonrasında gruplandırılmış kriterlere sahip olan olgular saptandı. Elde edilen veriler tekrar SPSS 11.0 bilgisayar paket programına girildi, istatistiksel aralıkda non-parametrik değişkenler 'kikare' ve Fisher testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlam düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi. Her bir grup kriter için duyarlılık, seçicilik, pozitif öngörü ve negatif öngörü değerleri hesaplandı.

Olgularımız lezyonun normal kabul edilen pankreas parankiminden net bir sınırla ayrılıp ayrılmadıkları açısından değerlendirildiğinde, bu kriterin malign-benign ayırımında istatistiksel olarak anlamlı bulunan bir parametre olduğu görölmüştür. Kronik pankreatitli olgularda normal kabul edilen parankimin de kronik pankreatit sürecinden etkileneneğinden, fibrozise bağlı kitle görünümlü veren alanla parankim ayırımının net olarak yapılamayacağı beklenen bir durumdur. Çalışmamızda sınır netliği bulgusu %68.9 duyarlılık, %69.2 seçicilik değeri göstermiştir.

Çalışmamızda değerlendirilen bir bulgu da kitlesele lezyonun iç yapı homojenitesi oldu. Kitlesele lezyonun iç yapısının homojen olup olmamasına göre yapılan değerlendirmenin benign ve malign lezyonların ayırımında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç verdiği göröldü. Bu kriterin malign-benign lezyon ayırımında duyarlılığı %62.1, seçiciliği ise %65.3 hesaplandı. Adenokarsinomlar homojen iç yapıları, genellikle kistik, hemaröjik ve kalsifik alanlar içermeyen patolojilerdir Benign tanıli kitlesele lezyona sahip olgulardan 17'sinde lezyon heterojen içyapıda izlenmişti ve bunların hepsi kronik pankreatitli olgulardı. Kitle formu almış kronik pankreatitte düzensiz kanal dilatasyonları, parankimal ve duktal kalsifikasyonlar, kronik pankreatit zemininde gelişmiş psödokistler nedeniyle heterojenitenin sık olduğu düşünölmüştür. Bu kriterin istatistiksel olarak anlamlı çıkmasına rağmen yüksek duyarlılık ve seçiciliğin olmaması ayrıca, çalışmaya dahil edilen malign kiteli olguların, lezyon boyutuna bağlı olarak büyük farklılıklar gösterebileceği için tek başına tutarlı bir kriter olarak düşünölmemiştir.

Analiz edilen bir başka kriterimiz olan kitlede veya normal kabul edilen parankimde kalsifikasyon varlığı-yokluğunun saptanması pankreasın malign ile benign lezyonlarının ayırımında istatistiksel olarak anlamlı bir kriter olmuştur. Kalsifikasyon içermeyen bir kitlesele lezyonun malign olma olasılığı %91.3'dür. Buna karşın hasta grubumuzda parankimde kalsifikasyon olması halinde, kitlesele lezyonun benign olma olasılığı %100'dür. Kronik pankreatitte, kanalların proteinöz materyallerle tıkanması ve üzerine kalsiyum karbonat çökmesiyle oluşan kalsifikasyon, pankreasda en sık rastlanılan kalsifikasyon nedenidir. Çalışmaya dahil olan 58 malign histopatolojik tanıli hastadan 55'i adenokarsinomdu ve bunlarında sadece 4'ünde kitlede kalsifikasyon izlenmiştir. Pankreas adenokarsinomunda karakteristik olarak kalsifikasyon bulunmaz. Pankreas adenokarsino-

mu, kronik pankreatit zemininde gelişmişse ya da kansere bağlı obstruktif pankreatitte kalsifikasyon gelişebilir. Kronik pankreatitin en sık nedeni olan alkololik pankreatitte %20-50 oranında kalsifikasyon izlenmektedir. Çalışmamızdaki adenokarsinomlu olgulardan hiçbir kronik pankreatit zemininde gelişmemiştir. Ancak kronik pankreatitin pankreas adenokarsinom gelişiminde bir risk faktörü olduğu ve kronik pankreatitlerde ölüme en sık neden olan kanserin, pankreas kaynaklı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle olgu serimizde pankreas parankiminde kalsifikasyonu bulunan hastalarda, pankreasta görölen kitlelerin %100 duyarlılıkta benign çıkması, hiçbir pankreas kanseri olgusunun kronik pankreatit zemininden gelişmemesine bağlanabilir. Ancak kronik pankreatitli olgularda ortaya çıkan kalsifikasyonun tanıda önemli bir kriter olduğu da bilinmektedir. Çalışmamızda kitlede kalsifikasyon izlenen olgulardan birinde histopatolojik tanı pankreasın non-fonksiyone nöroendokrin tümörüydü. Bu tanıya sahip diğer iki non fonksiyone nöroendokrin tümörü olgusunda kalsifikasyon bulunmaması ise bu lezyonların küçük olması ile açıklanabilir. Pankreasın non-fonksiyone nöroendokrin tümörleri artan boyut ile birlikte kalsifikasyon, kistik-nekrotik alan göstermeye eğilimlidir.

Wirsung kanal dilatasyonu pankreas kanserlerinde ve kronik pankreatit olgularında sık görölen bir bulgudur. Ana pankreatik kanalda ve yan dallardaki düzensiz dilatasyonlar ERKP ve MRKP'de izlenen ve kronik pankreatitin tanısının konulmasında kullanılan bir yöntemdir. İzlenen dilatasyonun düzensiz olma nedeni ise periduktal alandaki fibrozis ve duktuslarda proteinöz materyale bağlı tıkanmalardır. Pankreas kanserlerinde de sıklıkla pankreas kanalında dilatasyon göröür. Pankreas kanserlerinde ortaya çıkan dilatasyon genellikle düzenli şekildedir ve distalden kitleye yaklaştıkça dilatasyon artar. Çalışmamıza dahil olan malign histopatolojik tanıli 58 olgudan 47'sinde pankreatik kanal dilatasyonu vardı. Düzensiz kanal dilatasyonu sadece 3 hastada göröldü. Benign tanıli olgulardan ise 4'ünde düzensiz dilatasyon saptandı. Kanal dilatasyonunun düzenli-düzensiz olmasına göre lezyonun benign-malign ayırımı yapıldığında duyarlılık %81.4 iken seçicilik %57.1'de kaldı. Kanımızca bu kriterin yeterince yüksek seçiciliğe sahip olmaması çalışmamızda dahil edilmiş benign olgularda pankreas etkilenimin genellikle fokal bir alanda olması nedeniyle. Malign tanıli olgularda ise oluşan düzensiz dilatasyonun kitle distalinde kalan bölgede gelişen kronik obstruktif pankreatite bağlı olabileceği düşünölmüştür.

Peripankreatik yağlı dokunun heterojenitesi, malign ve benign olguların ayırımında kullanılabilecek istatistiksel olarak anlamlı bir bulgu değildir. Peripankreatik yağlı doku, pankreatitte gelişen fibrozisin peripankreatik yağlı dokuya uzanımı, kronik pankreatitte gelişen tekrarlayan akut pankreatit atakları sonucu heterojenite gösterebilmektedir. Pankreas karsinomunda da büyüyen kitlenin peripankreatik alana uzanımı ve lenfatik staz sonucu peripankreatik yağlı doku heterojenitesi beklenen bir bulgudur.

Peripankreatik alanda lenf nodu varlığının benign-malign kitle ayırımında kullanılması istatistiksel olarak anlamlıydı ancak duyarlılık değeri %53.4, seçicilik ise %73'dü. Benign tanıli lezyonlardan 7'sinde lenf nodu saptanmıştır. Bu olgulardan birisi periportal alandaki lenf nodu tutulumu ve peripankreatik yağlı doku, pankreas uzanımı olan tüberkülozdu. Diğer bir olgu ise otoimmün pankreatit tanısına sahipti. Otoimmün pankreatitli olgularda IgG4 pozitif lenf nodunun pankreas ve ekstrapankreatik alanda gösterilmesi tanıda önemli olduğu literatürde mevcuttur. Duyarlılığın düşük çıkma nedeni olarak çeşitli evrelerdeki malign lezyonların çalışmaya dahil edilmesinin önemli olduğu düşünölmüştür. Ayrıca benign grupta peripankreatik alanda lenf nodu olan 7 olgudan 2'si bahsedilen şekilde lenf nodu pozitifliğinin yüksek oranda olduğu hastalıklar idi. 5 kronik pankreatitli olguda ise lenf nodlarının akut pankreatit ataklarına bağlı gelişmiş reaktif lenf nodları olabileceği düşünölmüştür.

Bir diğer değerlendirme kriterimiz olan damar invazyonu, benign ve malign tanıli olgularda izlenen bir bulgudur. Damar invazyonu pankreas kanserlerinin rezektabilitesini belirleyen önemli bir kriterdir. Çalışmamızda damar invazyonunun malign-benign kitle ayırımında kriter olarak kullanılması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, duyarlılık değeri %50 iken, seçicilik %80.7 olarak hesaplanmıştır. Duyarlılığın düşük olma nedeninin hasta grubundaki malign olguların değişik evrelerde olması ve kitlesele lezyonların değişik boyutlarda olmasına bağlı olduğu düşünölmüştür. Benign tanıli olguların 5'inde damar invazyonu görünümü izlenmiştir. Pankreas çevresindeki vasküler yapıların kronik pankreatitte invazyonu olarak değerlendirilen görünüm bu alana doğru ilerlemiş fibrozisten kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda kitlesel lezyonların parankime göre arteriyel fazda kontrastlanma oranı bir diğer ayırım kriteri olarak değerlendirildi. Yapılmış pek çok çalışmada kronik pankreatitin neden olduğu kitlesel görünümün ve pankreas adenokarsinomunun, çevre pankreas parankiminden arterial fazda daha düşük oranda kontrastlanma gösterdiği bilinmektedir. Ancak adenokarsinomların %11-14'ü izodens tümörlerdir. Yapılan bir çalışmada pankreas adenokarsinomlarının, parankime göre dansite değişikliğinin tümör diferansiyasyonu ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubumuzdaki malign olgulardan 55'ini oluşturan adenokarsinom olgularından sadece biri arterial fazda parankim ile benzer düzeyde kontrastlanmıştır. Diğer olgular ise parankime göre daha az kontrastlanmıştır. Nöroendokrin tümör tanılı hastalardan birinde kitle, pankreas parankimi ile benzer kontrastlanma gösterirken diğer olgular pankreas parankiminden az kontrastlanmıştır. Kronik pankreatitli olgulardan yedisinde ve bir otoimmün pankreatitli olguda arterial fazda parankim ile kitlesel lezyonda benzer kontrastlanma saptanmıştır. Bizim çalışmamızda benign lezyonlarda oransal olarak arterial fazda kontrastlanma oranı normal parankime göre ortalama %68 iken, malign lezyonlarda bu oran %53 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda portal fazda benign ve malign lezyonların kontrastlanma oranının normal parankime göre arttığı saptanmıştır. Ancak bu veriler istatistik olarak benign-malign lezyon ayırımında yeterli duyarlılık ve özgüllükte bulunmamıştır.

Yaptığımız çalışmada çeşitli kriterleri gruplandırarak benign ve malign lezyonları ayırt etmede ne denli seçici ve duyarlı oldukları da araştırılmıştır. Örneğin kitlesel lezyonda kalsifikasyon olmaması, ayırt edilen sınırı olan kitle, kitlenin arterial fazda parankime göre daha az kontrastlanması, ana pankreatik kanalda dilatasyonun düzenli olması kriterlerine sahip bir kitlede, kitle karakterizasyonunda duyarlılık %53.4, seçicilik ise %100 olarak bulunmuştur.

Kitlesel lezyonda kalsifikasyon bulunmaması, lezyonun arterial fazda daha az kontrastlanması, ana pankreatik kanaldaki dilatasyonun düzenli olması dikkate alındığında bu bulgu kümesine göre lezyonların malign-benign ayırımında duyarlılık %70.6 , seçicilik ise %96.1 olarak bulunmuştur.

Kriterler ana pankreatik kanalda düzenli dilatasyon, peripankreatik alanda lenf nodu bulunması şeklinde kümelendirildiğinde malign-benign ayırımında duyarlılık %43.1, seçicilik ise %88.4 olarak bulunmuştur.

Verilerin analizleri ile ilgili sonuçlar Tablo 1.'de topluca verilmiştir. Her bir kriter için ve gruplandırılmış kriterlere göre sonuçlar aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Kriter/Kriter grupları	p değeri	Duyarlılık	Seçicilik	Pozitif öngörü	Negatif öngörü
Kitlede sınır netliği	0.01	%68.9	%69.2	%83.3	%50
Kitlesel lezyon homojenitesi	0.02	%62.1	%65.3	%80	%43.5
Kitlede kalsifikasyon yokluğu	0.01	%91.3	%30.7	%74.6	%61.5
Normal parankimde kalsifikasyon olmaması	0.02	%100	%11.5	%71.6	%100
Ana pankreatik kanalda düzenli dilatasyon olması	0.04	%81.4	%57.1	%93.6	%28.5
Peripankreatik alanda lenf nodu varlığı	0.02	%53.4	%73	%81.5	%41.3
Damar invazyon varlığı	0.008	%50	%80.7	%85	%42
Arterial fazda az kontrastlanma	0.001	%96.5	%30.7	%75.6	%80

Portal fazda az kontrastlanma	0.001	%89.7	%42.3	%91.2	%64.7
Kitlede sınır netliği var	0.001	%63.7	%76.9	%86	%48.7
Kitlede kalsifikasyon yok					
Parankimde kalsifikasyon yok					
Kitlede kalsifikasyon yok	0.003	%39.6	%92.3	%92	%40.6
Damar invazyonu var					
Kitlede kalsifikasyon yok	0.000	%74.1	%84.6	%91.4	%59.4
Wirsungda düzenli dilatasyon var					
Kitlede sınır netliği var	0.000	%63.7	%80.7	%88	%50
Kitlede kalsifikasyon yok					
Arterial fazda az kontrastlanma					
Wirsungda düzenli dilatasyon var	0.005	%43.1	%88.4	%89.2	%41
Peripankreatik alanda lenf nodu var					
Kitlede kalsifikasyon yok	0.000	%53.4	%100	%100	%49
Kitlede sınır netliği var					
Arterial fazda az kontrastlanma					
Wirsungda düzenli dilatasyon var					
Arterial fazda az kontrastlanma	0.000	%65.5	%80.7	%88.3	%51.2
Portal fazda az kontrastlanma					
Wirsungda düzenli dilatasyon var					
Kitlede kalsifikasyon yok	0.000	%70.6	%96.1	%97.6	%59.5
Arterial fazda az kontrastlanma					
Wirsungda düzenli dilatasyon var					

Olgu 1

Karın ağrısı nedeniyle gerçekleştirilen incelemede 34 yaşında kadın hastada pankreas baş kesiminde arterial (Resim 1a) ve portal (Resim 1b) fazda çevre pankreas bakımından net sınırlarla ayrılabilen, kalsifikasyon içermeyen hipodens görünüm mevcuttur. Lezyon koledok ve pankreatik kanalda dilatasyona neden olmamaktadır (Resim 1c). Olgunun 24 aylık radyolojik ve klinik izlemi sonucunda progresyon göstermemesi nedeniyle fokal kronik pankreatit lehine değerlendirilmiştir.



Resim 1a.



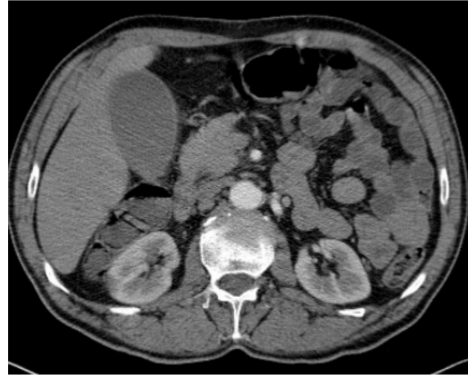
Resim 1b.



Resim 1c.

Olgu 2

Pankreasda kitle ön tanısı ile BT incelemesi yapılan, 59 yaşında erkek hastada, pankreas baş kesiminde yaklaşık olarak 3 cm boyutunda arterial fazda (Resim 2a) parankime göre daha az, portal fazda (Resim 2b) parankim ile benzer kontrastlanma gösteren, patolojik ve normal parankim alanında kalsifikasyonun olmadığı, pankreatik kanalda ve koledokta dilatasyona neden olmayan fokal solid kitlesel lezyon izlenmiştir. Olguya yapılan Whipple operasyonu sonrasında patolojik tanı kronik pankreatit olarak raporlandı.



Resim 2a.



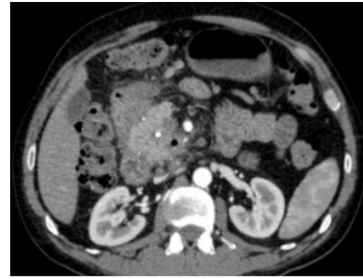
Resim 2b.

Olgu 3

Pankreas başında kitle ve karaciğer metastazı ön tanısıyla BT incelemesi yapılan 55 yaşında erkek hastada, ana pankreatik kanalda dilatasyona neden olan (Resim 3a), uncinat proçes düzeyinde yerleşim gösteren, içerisinde kalsifik alanlar bulunduran, arterial fazda pankreas parankimine göre daha az kontrastlanan (Resim 3b), portal fazda ise pankreas parankimi ile benzer kontrastlanma gösteren (Resim 3c) sınırları net olmayan solid kitlesel görünüm mevcuttur. Bu düzeyden yapılan biyopsi neticesi kronik pankreatit olarak raporlanmıştır.



Resim 3a.



Resim 3b.



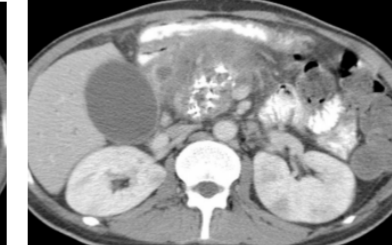
Resim 3c.

Olgu 4

Karın ağrısı nedeniyle üst batın BT incelemesi yapılan, 38 yaşında erkek hastada, pankreas kuyruk kesiminde yaygın parankimal kalsifikasyon (Resim 4a), pankreas baş kesiminde içerisinde kistik ve kalsifiye alanlar bulunduran, arterial (Resim 4b) ve portal (Resim 4c) fazda parankim ile benzer kontrastlanma alanları gösteren, sınırları net ayırt edilemeyen kitlesel lezyon saptanmıştır. Kitlesel lezyonun portal vene invaze (Resim 4c) olduğu izlenmiştir. Yapılan Whipple operasyonu sonucu tanı kronik pankreatit olarak raporlanmıştır.



Resim 4a.



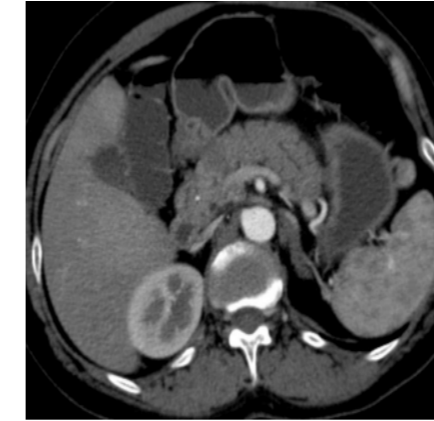
Resim 4b.



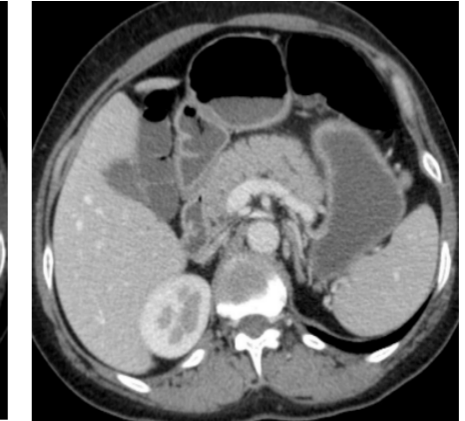
Resim 4c.

Olgu 5

Acil servise akut batın kliniği ile başvuran ve laboratuvar bulguları akut pankreatit açısından anlamlı olan, 57 yaşında erkek hastanın yapılan BT incelemesinde, arterial fazda (Resim 5a) pankreas parankimine göre az kontrastlanan, ana pankreatik kanalda düzenli dilatasyona neden olmuş kitle lezyon izlenmiştir. Portal fazda (Resim 5b) yapılan görüntülemelerde ise kitlesel lezyon ile pankreas benzer kontrastlanmaktadır. Histopatolojik tanı adenokarsinom ile uyumlu olarak raporlanmıştır.



Resim 5a.



Resim 5b.

Tartışma ve Sonuç

Pankreas kanseri ile kronik pankreatit, otoimmün pankreatit ve pankreas tüberkülozu bu önemli organda kitlesel lezyonlar oluşturan ayırıcı tanıda sorun yaratan patolojilerdir. Pankreas kanseri sıklığı gittikçe artan ve ortalama yaşam beklentisi kısa ölümcül bir hastalıktır. Sayılan hastalıkların sağaltım yöntemleri tümüyle farklı olduğundan bu patolojilerde öncelikle kitlesel lezyonun benign ya da malign olup olmadığına karar verilmelidir. Bu çalışmada belirlediğimiz radyolojik kriterler ile malign ve benign lezyonların ayırt edilebilirliği değerlendirilmiştir.

Görüntüleme yöntemleriyle pankreas patolojilerinde gözlenen pek çok bulgu mevcuttur. Literatürde çok sayıda yayında bu bulguların görülme sıklıkları, duyarlılıkları, özgünlükleri hakkında veri birikimi bulunmaktadır. Ancak radyoloji pratiğinde özellikle fokal kitlesel lezyonlarda lezyon karakterizasyonu tam yapılamamaktadır.

Çalışmamızda ayırıcı tanıda rolü araştırılan radyolojik bulguların seçimi, literatür bilgileri dikkate alınarak yapılmıştır. Seçimde ayrıca görüntüleri kullanılan BT ve MR incelemelerinin her ikisi için de geçerli olabilecek kriterler belirlenmiştir.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktaydı. Bunlardan biri çalışmamızın retrospektif bir çalışma olmasıdır. Bu nedenle olguların farklı modalitelerle yapılmış incelemeleri kullanılmış, incelemeler arası teknik parametrelerdeki farklılıklar gözardı edilmiştir. Özellikle kalsifikasyon değerlendirilmesinde BT incelemesi bulunmayan iki hastamızda US bulgularının kullanılması ve kontrastlanma değerlendirmelerinde BT ve MR görüntülerinin eş değer kabul edilmesi önemli bir kısıtlılığımızdır.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı radyolojik görüntüler ile histopatolojik verilerin birebir karşılaştırılmamasıdır. Özellikle kronik pankreatitli olgularda heterojen kontrastlanan alanların hangi dokuyu temsil ettiğinin bilinmesi ayırıcı tanıdaki seçicilik ve özgüllük değerlerini değiştirebilecektir. Özellikle benign olgu sayısının düşük olması çalışmamızın güçsüz yanlarını oluşturmaktadır.

Analizler sonucu ortaya çıkan ve malign-benign lezyon ayırımında tek başına en duyarlı bulgu olarak belirdiğimiz kitlede ve normal dokuda kalsifikasyon bulunması kısıtlı olgu serimizde benignitenin ayırt edici bir özelliğidir. Ancak çalışma olgularımız arasında kronik pankreatit zemininden gelişen bir adenokarsinom örneği bulunmamaktadır. Kronik pankreatitin, pankreas adenokarsinomu gelişiminde risk faktörü olduğu bilindiğinden kitlede veya parankimde kalsifikasyon varlığının benignite açısından gerçekte ne kadar olduğu soru işareti olarak kalmaktadır.

Yaptığımız gruplandırmalar ile lezyon ayırımında duyarlılık oranı düşerken, seçicilik oranı artmaktadır.

Kriterler gruplandırıldığında; kitlede kalsifikasyon olmaması, kitle ile normal parankim arasındaki sınır netliğinin varlığı, kitlenin arteriyel fazda daha az kontrastlanması ve pankreatik kanalda düzenli dilatasyonun bir arada varlığı halinde özgüllük değeri %100'e ulaşmaktaydı. Bulguların tek başına kullanımı ile bu seçicilik oranına ulaşmamaktadır.

Çalışmamız sonucu önerdiğimiz iki görüntüleme yöntemi olan BT ve MRKP ile kolaylıkla değerlendirilebilecek kriterlerin gruplandırılmasıyla %88.7-100 gibi tatmin edici seçicilik kriterlerine ulaşılmaktadır. Ancak bu durumda duyarlılık değerleri oldukça düşük kalmaktadır. Bu sonuca göre birden çok bulguya dayalı karar verirken pozitif bulguların bulunması halinde iyi bir ayırıcı tanı yapılabileceği ortaya çıkmaktadır. Duyarlılığın artırılması ise yeni görüntüleme yöntemlerinin geliştirilmesine bağlıdır.

Kaynaklar

1. Tamm EP, Silvermann PM, Evans DB, Dianosis staging and surveillance of pancreatic cancer. AJR 2003; 180: 1311-1323.
2. Kim DH, Pickhardt PJ. Radiologic assesment of acute and chronic pancreatittis. Surg Clin North Am.2007; 87 (6): 1341-1358.
3. De Backer AI, Morteale KJ, Bomans P, et al. Tuberculosis of the pankreas MRI features. AJR 2005; 184: 50-54.
4. Balci NC, Bieneman BK, Bilgin M, Akduman IE, Fattahi R, Burton FR. Magnetic resonance imaging in pancreatitis. Top Magn Reson Imaging. 2009 Feb; 20 (1): 25-30.
5. Elmas N. The role of diagnostic radiology in pancreatitis. Europion J Radiol 2001; 38: 120-132.
6. Cho SG, Lee DH, Lee KY, et al. Differentiation of chronic focal pancreatitis from pancreatic carcinoma by in vivo proton magnetic resonance spectroscopy. J Comput Assist Tomogr 2005; 29: 163-169.
7. Ishigami K, Yoshimitsu K, Irie H, et al. Diagnostic value of the delayed phase image for iso-attenuating pancreatic carcinomas in the pancreatic parenchymal phase on multidetector computed tomography. Eur J Radiol 2009; 69 (1): 139- 146.

8. Kim T, Murakami T, Hani M, et al. Pancreatic mass due to chronic pancreatitis correlation of CT and MR imaging features with pathologic findings. AJR:177, 2001: 367-371.
9. Yamada Y, Mori H, Matsumoto S, et al. Pancreatik adenocarcinoma versus chronic pancreatitis: differentiation with triplephase helical CT. Abdom Imaging 35 (2): 163-171.
10. Lesniak JR, Hohen walter D, Taylor JA, Spectrum of causes of pancreatic Calsifications.AJR 2002 ;178: 79-86.
11. Lu DS, Reber HA, Krasny RRM, et al. Local staging of pancreatic cancer: criteria for unresectability of major vessels as revealed by pancreatic phase, thin-section helical CT. AJR,1997;168: 1439-1443.
12. Akısık MF, Sandrasegaran K, Jennings GS, et al. Diagnosis of chronic pancreatitis using apparent diffusion coefficient measurements at 3-T MR following secretin stimulation.Radiology 2009;252:418-425.
13. Dushyant V, Sahani MD, Sajoeva D, et al. Autoimmüne Pancreatitis : Imaging Features. Radiology 2004; 345-342.

[Abstract:0107]

Nadir bir intestinal psödo-obstrüksiyon nedeni: CAID Sendromu

Azar Abiyev¹, Sümeyye Taş², Ali Osman Taş², Seçkin Özgül¹, Mustafa Ergin¹, İbrahim Doğan¹

¹Gazi Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

CAID sendromu olarak da isimlendirilen kronik atriyal ve intestinal disritmi sendromu bağırsaklarda Cajal hücrelerini tutarak motilitenin azalmasına ve kronik intestinal psödo-obstrüksiyona neden olur. Bu yazıda CAID sendromu tanılı olgumuzda tedavi yönetimi deneyimimizi paylaşacağız.

Olgu

CAID sendromu tanısı ile takipli 28 yaşında kadın, karın ağrısı, yağlı dışkılama ve kilo kaybı nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın öyküsünde 12 yıl önce hasta sinü sendromu nedeniyle kardiyak pacemaker takıldığı, son birkaç yıldır karın ağrısı ve kusma nedeniyle sık acil servise başvurduğu, intestinal psödo-obstrüksiyon olarak takip edildiği ve 10 ay önce tanısız laparotomi ile ileostomi yapıldığı öğrenildi. Operasyon sırasında alınan doku örneğinden genetik test gönderilmiş. Ekzom sekans çalışmasında SGOL1 geninde homozigot mutasyon tespit edilmiş ve CAID sendromu tanısı konulmuş. Hastanın operasyon sonrasında şikayetleri artmış ve kilosu 43 kg'dan 33 kg'a gerilemiş. Başvuru esnasında hastanın kilosu 33 kg, VKİ 11.2 kg/m² idi. Kabızlığı olduğu için ileostomi yerinden lavman uyguladığı ve sonrasında aşırı miktarda yağlı dışkılamaya başladığı öğrenildi. Hastanın günlük 6 litre gaita çıkışı vardı. Hastanın tetkik sonuçları tablo 1'de gösterilmiştir. ADBG'de hava sıvı seviyeleri vardı (Resim 1a). Organik nedenleri dışlamak için hastaya ÖGD ve kolonoskopi yapıldı. ÖGD'de duodenal segmentlerde dilatasyon ve peristaltizmin olmaması dikkat çekiyordu. İleostomiden girilerek yapılan enteroskopi ile ileum dilate görünümdeydi, sıvı ve katı gaita içeriği ile birlikte yağ partikülleri izlendi, peristaltik hareketler görülmedi (Resim 1b). Hastanın günlük kalori ihtiyacı hesaplandı, 1000 kcal TPN ve 500 kcal enteral nutrisyon başlandı. K ve D vitamini replasmanı yapıldı. İki hafta içinde TPN kalorisi artırılarak 1500 kcal/gün'e çıkıldı. Hastaya ince bağırsak bakteri aşırı çoğalma sendromuna (SİBO) yönelik rifaksimisin 600 mg/gün başlandı. Takiplerinde gaita hacminin ve yağ miktarının azaldığı görüldü. Hastaya motiliteyi artırması amacıyla eritromisin 3x500 mg başlandı ve takiplerde hastanın lavman uygulama ihtiyacı kalmadığı görüldü. Hastanın kilosu 25 günlük beslenme desteği sonrasında 41 kg idi.

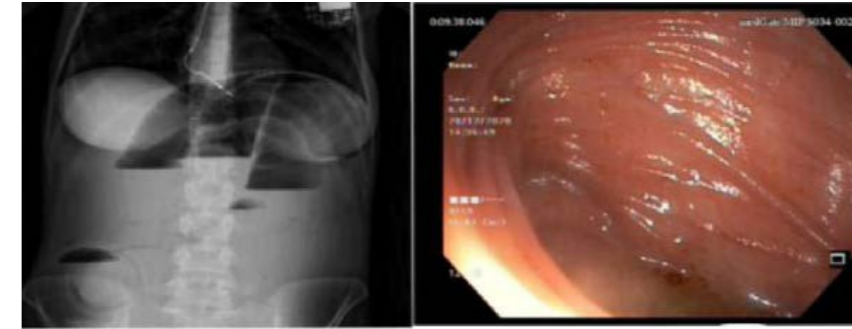
Tartışma

Kronik intestinal psödo-obstrüksiyon (CIPO), bağırsakları obstrükte eden herhangi bir mekanik engel olmadan devamlı veya aralıklı olarak obstrüksiyon belirti ve bulgularıyla karakterize bir sendromdur. Psödo-obstrüksiyon akut ve kronik olabilir, görüntülemelerde bağırsaklarda dilatasyon saptanır. CIPO altta yatan nöropatik ve miyopatik bir bozukluktan veya Cajal interstisyel hücrelerdeki anormallikten kaynaklanabilir. Bu bozukluklar primer/idiyopatik veya diğer hastalıklara sekonder olabilir. Sekonder nedenler arasında nörolojik, paraneoplastik, otoimmün, metabolik, endokrin ve enfeksiyöz hastalıklar vardır. CIPO'nun nadir bir nedeni olan CAID sendromu otozomal resesif kalıtım gösterir ve SGOL1 geninde homozigot kalıtım ile geçer. Hastalık genellikle 20'li yaşlarda ortaya çıkar ve kalp ve bağırsaklar aynı anda tutulur. Bu hastalıkta bradikardi görülmesinin nedeni sinoatriyal nodun tutulması, intestinal psödo-obstrüksiyonun nedeni ise Cajal hücrelerinin tutulmasına bağlıdır. CAID sendromu sıklığı, tanısı ve yönetimi ile ilgili literatürde yeterli bilgi yoktur. Şimdiye kadar 20'ye yakın vaka bildirilmiştir. Hastaların biri hariç tümünde home TPN (HPN) ile beslenme desteği verilmesi gerekmektedir. Bizim vakamızda hastaya tanısız, semptomları rahatlatmak ve dekompresyon amacıyla ileostomi açılmış ancak operasyon sonrasında hastanın şikayetleri artmış ve 10 kg kaybı olmuştu. Yapılan çalışmalarda, CIPO hastalarında cerrahi tedavi yüksek postoperatif morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilendirilmiştir. Bu hastalarda mümkün olduğunca ameliyattan kaçınmak ve beslenme du-

rumunu optimize etmek önerilmektedir. Beslenme durumu birinci derecede önemlidir ve hastaların bunu bağımsız olarak yönetebildiği durumlarda, daha fazla spesifik tedaviye ihtiyaç duyulmayabilir. SİBO'nun varlığı dikkate alınmalı ve uygun tedavi verilmelidir. Hastalarda motiliteyi artırması amacıyla yarar-zarar oranını gözeterak akut dönemde eritromisin gibi motilite artırıcı ajanlar verilebilir.

Anahtar Kelimeler: CAID sendromu, intestinal psödo-obstrüksiyon

Resim



Resim 1a. ABDG'de hava-sıvı seviyeleri

Resim 1b. İleumda yağlı gaita ve presitaltizm yokluğu

Tablo 1

Parametreler	Sonuç	Referans aralık
WBC (Lökosit)	3,55 x10.e3/uL	4,49-12.68 x10.e3/uL
Hb (Hemoglobin)	11,9 g/dL	13-14.6 g/dL
Plt (Trombosit)	211 x10.e3/uL	173-390 x10.e3/uL
Kreatinin	0,39 mg/dL	0,51-0,95 mg/dL
Albümin	4.4 g/dl	3.5-5.2 g/dl
Prealbumin	18 mg/dl	20-40 mg/dl
Total kolesterol	97 mg/dL	<200 mg/dL
LDL kolesterol	39 mg/dL	<130 mg/dL
HDL kolesterol	46 mg/dL	>50 mg/dL
Trigliserid	59 mg/dL	<150 mg/dL
Na (Sodyum)	132 mmol/L	136-146 mmol/L
K (Potasyum)	3,58 mmol/L	3,5-5,1 mmol/L
Ca (Kalsiyum)	9,3 mg/dL	8.8-10.6 mg/dL
Protrombin Zamanı (INR)	1,11	0.8-1.2
CRP	1,3 mg/L	0-5 mg/L
Ferritin	128 ml/ng	20-200 ml/ng
B12 vitamini	163 pg/ml	126.5-505 pg/dl
Folik asit	16 ng/ml	3.1-19.9 ng/ml
25-OH Vitamin D	< 10 µg/L	

Laboratuvar tetkikler

[Abstract:0117]**İndex Karaciğer Biyopsi Sonucuyla Tedavi Alamayan Kronik Hepatit B Hastalarının Rebiyopsilerinin Değerlendirilmesi**

Özgür Bahadır, Ayça Gökçen Değirmenci Saltürk

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

Amaç: Kronik Hepatit B hastalarında tedaviye başlama kararı verilmesinde karaciğer fibroz ve nekroinflamatuvar aktivite önemlidir. Uluslararası kılavuzlar da karaciğerde significant fibroz veya moderate nekroinflamatuvar aktivitesi olanlara tedavi başlanması önerilmektedir. Ülkemizde SGK, kronik hepatit B tedavisinde kullanılan ilaçların ödemesi için nonsirotik hastalarda karaciğer biyopsisinde Fibroz ≥ 2 veya HAI ≥ 6 olmasını gerekli görmektedir. Biyopsi sonucunda bu kriteri sağlayamayan hastalara, klinisyen gerekli görse bile tedavi başlanmamaktadır. Ancak bu hastalara rebiyopsi ne zaman yapılacak sorusunun yanıtı açık değildir. Bu çalışmamızda ilk biyopsi sonucuna göre tedavi alamayan hastaların rebiyopsilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Hastanemizde 2012-2019 yılları arasında kronik hepatit B tanısıyla karaciğer biyopsisi yapılan, index biyopsi sonucuyla tedavi başlanmayan ve rebiyopsi yapılan 38 hasta alındı. Çalışmaya alınma kriteri: 1. 18 yaşından büyük olmak, 2. HBV-DNA değeri > 2000 IU/ml, 3. Karaciğer biyopsisinin HAI ve Fibrozu değerlendirecek yeterlilikte olması, 4. HCV, HDV veya HIV ile koinfekte olmamak, 5. İki biyopsi öncesinde ve arasında hepatit B için tedavi almamış olmak. Karaciğer biyopsisi Ishak skorlamasına göre F0-6 olarak skorlandı. Nekroinflamatuvar aktivite Knodell HAI 0-18 olarak skorlandı. Hastaların HBV-DNA, AST, ALT, ALP, GGT, Protein, Albumin, PT, INR, Bilirubin, AFP ve Plt değeri bilgisayar sisteminden kayıt edildi. Tedavi indikasyonu için SGK'nın karaciğer biyopsisinde sağlanmasını şart koştuğu Fibroz ≥ 2 veya HAI ≥ 6 skoru alındı. Noninvaziv test olarak APRI ve FIB-4 hesaplanmasında belirtilen formüller kullandı. $APRI = [AST (IU/L) / ULN] / [Plt(109/L) \times 100]$, $FIB-4 = [Yaş (yıl) \times AST (IU/L)] / [Plt (109/L) \times ALT (IU/L) / 2]$.

Bulgular: Yaşı ilk biyopsi yapıldığında 35.9 ± 12.2 yıl olan 38 hastanın 22'si erkek 16'sı kadındı. İkinci biyopsiye kadar geçen ortalama süre 5.7 ± 3.2 yıl idi. İkinci biyopsi sonrasında hastaların %86.8'si (n=33) tedavi aldı. İlk biyopsi sonrasında ortalama HAI 2.8 ve ortalama Fibroz 0.34 iken ikinci biyopsi sonrasında ise sırasıyla HAI 5.9 ve Fibroz 2.0 olmuştu, aradaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (ikisi için, $p < 0.001$). İlk ve ikinci biyopsi öncesindeki kan parametreleri arasındaki karşılaştırma Tablo 1'de gösterilmiştir. FIB-4'ün ise ilk biyopsiye göre ikinci biyopside anlamlılığa yakın oranda yüksek olduğu görüldü ($p=0.07$). Ayrıca FIB-4 ün rebiyopsi de ortalaması 1.22 idi (Tablo 1).

Tartışma: Çalışma sonucunda ilk biyopsi ile tedavi alamayan 38 hastanın 33'ü (%86.8) rebiyopsi ile tedavi indikasyonu aldı. İki biyopsi arasında ortalama süre 5.7 yıldır. En erken biyopsi 1.3 yıl sonra yapılmıştı. Karaciğer biyopsisi girişimsel bir işlemdir. Ağrı, kanama ve hatta ölüme yol açabilen komplikasyonları vardır. Ayrıca bütün karaciğerin 1/500000 ini temsil eder ve yorum hatalarına açıktır. Klinik olarak tedavi başlanması planlanan hastalar, ilk biyopsi sonucuyla tedavi alamamaları bile rebiyopsi ile çok büyük oranda tedavi almışlardır. Rebiyopsi öncesi hastaların ortalama FIB-4 değeri significant fibrozu öngörmede için kabul edilen cut-off olan $1 <$ değerinin üzerindedir. Sonuç olarak karaciğer histopatolojisinin değerlendirilmesinde noninvaziv testlerin kullanılması ve böylece gereksiz karaciğer biyopsisinden kaçınılması düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: hepatit B, rebiyopsi, tedavi indikasyonu

İlk biyopsi ile ikinci biyopsi sırasında kaydedilen değişkenler açısından karşılaştırma

	İlk Biyopsi	İkinci Biyopsi	p
Yaş (yıl)	35.9	41.7	0.033
Fibroz	0.34	2	<0.001
HAI	2.8	5.9	<0.001
HBV-DNA (IU/ml)	77449776,6	91158986,4	0.890
AST (IU/ml)	31.4	42.6	0.124
ALT (IU/ml)	44.8	69.5	0.214
ALP (IU/ml)	95.5	78.0	0.520
GGT (IU/ml)	20.8	29.0	0.220
Protein (gr/dl)	6.8	6.9	0.416
Albumin (gr/dl)	4.2	4.1	0.278
PT (saniye)	12.2	11.8	0.307
INR	1.04	1.01	0.947
Total Bil. (mg/dl)	0.70	0.71	0.924
D.Bil (mg/dl)	0.25	0.23	0.735
AFP (ng/dl)	2.9	3.5	0.680
PLT (x10 ⁹ /l)	217	208.5	0.589
Ortalama APRI	0.47	0.61	0.388
Ortalama FIB4	0.93	1.22	0.071

AST: aspartate aminotransferase, ALT: alanine aminotransferase, ALP: alkalen phosphatase, GGT: gamma-glutamyl transpeptidase, APRI: aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index, FIB-4: Fibrosis index based on the 4 factors

[Abstract:0126]**Kolorektal kanser ve displastik kolon poliplerinde tümör M2-PK enzim düzeyi**

Engin Uçar

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Kolorektal kanserden (KRK) kaynaklanan mortalitenin artışının bir nedeni kolorektal kanser tarama programlarının yetersiz kalması olabilir. 1 İdeal bir tarama testi duyarlı, özgül ve ekonomik; sağlam bireyleri aşırı endişeye sevk etmeyecek ölçüde kabul edilebilir olmalıdır. Henüz ideal bir test mevcut değildir. Tümör metabolizmasındaki enzimler bu amaçla araştırılmaktadır. Tümör metabolizmasındaki önemli enzimlerden piruvat kinazın M2 izoenzimi (tüM2-PK)'nin bazı solid tümörlerde ve kolon kanserinde yükseldiği bildirilmiştir. 2 Bu çalışmada, kolon kanserli hastalarda, displazili polipleri olan hastalarda ve gönüllü sağlıklı bireylerde gaitada tüM2-PK düzeyini belirlerken, düzey ile lezyonun lokalizasyonu, evresi, histolojik derecesi, hacmi, metastaz varlığı ve vasküler tutulumu arasında bir ilişki saptamayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışma 1 Haziran 2004 ile 31 Mayıs 2005 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği'nde yapıldı. Karsinoma grubuna 31 hasta, adenoma grubuna 29 hasta ve kontrol grubuna 33 sağlıklı gönüllü birey gaitalarında tüM2-PK çalışılmak üzere çalışmaya alındı. Ön seçim kriterlerini toplam 256 vaka taşımaktaydı; rektal kanamalı, dışkılama alışkanlığı son 3 aydır değişenler, KRK ön tanısı olanlar, açıklanamayan kilo kayıplı, son 3 aydır izah edilemeyen karın ağrısı olanlar. Bu vakalardan gaita numuneleri toplanarak vakalar gruplardan birine alınmaya veya çalışma dışı bırakılana kadar, -80°C saklama dolabında numaralandırılarak korundu. Kolonoskopi yapıldıktan sonra adenoma veya karsinoma saptanmayan ve kontrol grubuna girmeyen vakaların numuneleri atık merkezimizde imha edildi.

Karsinoma Grubu (KaG)'na tedavi almamış KRK hastaları alındı, ikinci malignitesi çıkan, Lokal nüks gösteren, primer KRK'sı çıkarılmış olanlar hariç tutuldu; Adenoma Grubu (AdG)'na kolonokopide polip, patolojisi displazi tespit edilenler alındı, malignitesi olanlar, patolojide displazi tespit edilmeyenler hariç tutuldu; Kontrol Grubu (KoG)'na kanser şüphesi ile kolonoskopi istemi yapılan, anamnezde barsak alışkanlığı değişikliği, kanlı mukuslu gaita yakınması olanlar alındı, özgeçmişinde malign tümör öyküsü olanlar (KRK hariç), kolonoskopinin yapılmasına izin verilmeyecek hastalıkları olanlar hariç tutuldu. Kronik enflamatuvar hastalıklar, nonspesifik kolit, karsinoid, sarkoma, stromal tümörler ve lenfoma tanıları çalışma dışı bırakıldılar. İki hasta numuneleri uygun şekilde teslim alınamadığından, bir hasta aynı anda akciğer kanseri tanısı aldığı sonradan öğrenildiğinden çalışma dışı bırakıldılar. Çekuma varılmayan 3 hasta ile kolon temizliği olmamış 4 hasta çalışmadan çıkarıldı.

Deneklere tüM2-PK gaita testi sonrasında total kolonoskopi yapıldı, varsa polip(ler) çıkarıldı ve/veya biyopsi alınıp patolojik inceleme yapıldı.

Kanser ve Polipler için boyutlar ve yayılımı, lokalizasyon, şekli (saplı, sesil, düz) histopatolojik sınıflandırma (WHO), displazi derecesi, evreleme (pTNM) ve diferansiyasyon dereceleri kaydedildi.

Alınan gaita numuneleri ısı yalıtım özellikli, kuru buzlu termos kutularla hava yoluyla gönderildi; tüM2-PK sandviç ELISA yöntemi ile tespit edildi (ScheBo®, Biotech AG, Giessen, Almanya).

Sayısal veriler Kruskal-Wallis, grupların ikiyeşerli olarak Mann-Whitney U, oransal verilerin Pearson χ^2 Testi ile karşılaştırıldı. Sayısal değişkenler arasındaki korelasyonun araştırılmasında pearson korelasyon analizi

kullanıldı. Karsinomanın ve adenomanın maksimum duyarlılık ve özgüllükle saptanmasını sağlamak için gerekli eşik değerin saptanmasında ROC analizi kullanıldı.

BULGULAR

Grupların demografik verileri ile tüM2-PK düzeylerinin karşılaştırılması tablo 1'de; tüM2-PK düzeyleri şekil 1'de gösterilmiştir. Gruplar arasında tüM2-PK düzeylerindeki farklar anlamlıydı (p:0.001).

KaG'da, tüM2-PK düzeyi proksimal lezyonlarda distal lezyonlardakinden daha yüksekti; metastazlılarda metastazı olmayanlardakinden daha yüksekti; lenf nodu tutulumuna göre N2 grubunda N0 ve N1 grubuna göre daha yüksekti; damar invazyonu olanlarda damar invazyonu olmayanlara göre daha yüksekti; ancak bu farklar anlamsızdı (Tablo 2). KaG'da, tüM2-PK düzeyi geç evre tümörlerde (204.22 ± 251.89 U/ml) erken evre tümörlere (58.38 ± 87.76) göre anlamlı derecede yüksek saptandı (p:0.009) (Şekil 2). Tümör hacmi ile tüM2-PK arasında anlamlı ve doğru yönlü korelasyon saptandı (r:0.440, p:0.031).

Receiver operating characteristic (ROC) eğri analizi sonucunda karsinomayı saptamak için tüM2-PK düzeyinin optimal eşik değeri 16.20 U/ml olarak saptandı. Bu eşik değeri karsinomanın tespitinde %71.0 duyarlılık, %79.3 özgüllük sağlamaktadır. (AUC: 0.868)

AdG'de, tüM2-PK düzeyi proksimal poliplerde distal yerleşimli poliplerdekinden daha yüksek bulundu, ancak fark anlamlı değildi; polibin yerleşim yerine, polibin tipine, displazi şiddetine göre sınıflandırıldığında düzeyler arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 3). Polip çapı ile tüM2-PK arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (r:0.171, p:0.385).

Receiver operating characteristic (ROC) eğri analizi sonucunda adenomayı saptamak için tüM2-PK düzeyinin optimal eşik değeri 4.04 U/ml olarak bulundu. Bu eşik değeri adenomanın tespitinde %65.5 duyarlılık, %66.7 özgüllük sağlamaktadır (AUC: 0.715) (Şekil 4).

TARTIŞMA

İnvaziv olmayan bir metod kullanarak kolon neoplazilerini erken tespit edilebilmesi, sonuçta KRK'e bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltacağı için çok büyük bir öneme sahiptir. Son yıllarda literatürde gaitada tüM2-PK testinin KRK taramasında kullanılabilirliğini araştıran makaleler yayınlanmış olup bu çalışmalarda tüM2-PK'in kolon adenoması olan veya KRK'li hastaların gaitalarına salındığı bilgisinden hareketle bu testin kullanım değeri artmıştır. Günümüzde ticari olarak da bulunan ELISA kitleri ile kolayca ölçülebileceği bildirilmiştir. 3-4 KRK taramasının yapılmasında tüM2-PK'in serum veya plazma yerine gaitada tespiti ile daha doğru sonuçlar alınacağına işaret eden çalışmalar yapılmıştır. 5-6

Lieberman ve arkadaşlarının çalışmasında kolonoskopi sonuçlarına göre değerlendirildiğinde guaiac temelli GGK taramasının KRK taramasında % 24 duyarlı olduğu bildirilmiştir. 7 Bununla birlikte büyük randomize çalışmalarda GGK taramasının morbidite ya da mortalitede % 15-33 bir düşüşe neden olduğu gösterilmiştir. 8-9 Daha yüksek duyarlılığı nedeniyle gaita örneklerinde tüM2-PK çalışılmasının KRK taraması için daha değerli bir yaklaşım olacağı söylenebilir.

Plazmada tüM2-PK düzeylerinin renal, akciğer ve meme kanserleri gibi solid tümörleri olan hastalarda da yükseldiği bilindiği için KRK taramasında gaitada tüM2-PK tayini yapmak plazmada tüM2-PK yüksekliği yapan diğer nedenleri dışlamak açısından daha üstün olacaktır. Diğer solid tümörler üzerinde sürdürülen çalışmalardan, 13 yola çıkılacak olursa plazmada tüM2-PK düzeyi tayininin KRK'li hastaların izleminde faydalı olacağı söylenebilir.

tümM2-PK'in immünohistokimyasal boyanması ile bazı rat ve insan tümörlerindeki (meme, böbrek, akciğer, kolon, rektum ve cilt) tümör hücrelerinde bu enzimin tümörögenesinin genel bir metabolik yansıması olarak arttığı ve malignite ile korelasyon gösterdiği bildirilmiştir.14-15

M2-PK proliferasyon gösteren dokular için karakteristik olan piruvat kinaz izoenzimidir ve tetramerik ya da dimerik şekilde bulunur. tümM2-PK ise aslında glikolitik piruvat kinazın M2 izoenziminin dimerik şeklidir. Bu konuda yapılmış benzer çalışmalarda adenoma-karsinoma sekansı ilerledikçe tümM2-PK düzeyinin de artacağına işaret edilmiştir.16 Ancak bizim çalışmamızda, low-grade ve high-grade displazi grupları arasındaki enzim düzeyi karşılaştırmasında high-grade grubunda enzim düzeyleri daha yüksek olmakla birlikte aradaki farkın anlamlılığa ulaşmamasının sebebi vaka sayılarındaki azlık olabilir. Displazi progresyonu ile tümM2-PK enzim düzeyinin artış artmadığını incelemek için yeni çalışmalara ihtiyaç olacaktır. Koss ve arkadaşlarının bir çalışmasında Barrett özofagusunda metaplazi-displazi-adenokarsinoma sekansı sırasında yüksek proliferasyon gösteren hücre klonlarında artmış tümM2-PK düzeyi, enzime karşı antikor kullanılarak immünohistokimyasal olarak boyanmış ve sitoplazmalarda artmış aktivite şeklinde gösterilmiştir.17

Bizim çalışmamızda her ne kadar adenoma progresyonu esnasında tümM2-PK enzim düzeylerinde artış görülmesi de karsinoma progresyonu esnasında tümM2-PK enzim düzeylerinin arttığı söylenebilir. Karsinoma progresyonu derken kastedilen KRK evrelemesindeki ilerleyiştir. Erken evre olarak gruplanan Tis, T1 ve T2 evresindeki hastalardaki enzim düzeyi, geç evre olarak gruplanan T3 ve T4 evrelerindeki hastaların enzim düzeyinden fazladır (66,4' e karşı 204,2). Koss ve arkadaşlarının çalışmasında da tümör boyutları ile enzim düzeyleri arasında bir ilişki gösterilememiş olsa da Duke's B ve C hastalarda Duke's A hastalara göre tümM2-PK düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine Hardt ve arkadaşlarının çalışmasında hem TNM sınıflamasına göre hem de Duke's sınıflamasına göre hastalık progresyonu ile tümM2-PK düzeyleri arasında çarpıcı bir paralel artış gösterilmiştir.18 Tonus ve arkadaşlarının çalışmasında, TNM sınıflaması ve Duke's evrelemesiyle sınıflandırılan hastalık progresyonunu saptamada kolonoskopi öncesi barsak hazırlığından evvel alınan örneklerdeki gaita tümM2-PK düzeylerinin tespiti ile KRK'ler ve enzim düzeyleri arasında korelasyon göstermiştir.19

Koss ve arkadaşlarının çalışmasında tümör boyutları ile tümM2-PK enzim düzeyi arasında ilişki olmaması konusunda şöyle bir spekülasyon yapılmıştır: kanser metabolizması, büyümesi ve invazyonu, multifaktöryel bir regülasyona sahiptir. Bu regülasyonda rol oynayan faktörlere örnek olarak doku hipoksisi, HIF-1 gibi transkripsiyon faktörleri ve onkoproteinler sayılabilir. Bu faktörlerin tümM2-PK üretimi üzerine olan etkisi malign tümör dokusunun boyutları üzerine olan etkiden daha fazla olmalıdır. Bu faktörlerin poliplerin metabolizmasında ise hiç rolleri yoktur veya sadece parsiyel bir rolleri vardır. Bu yüzden tümör boyutları ile tümM2-PK düzeyleri arasında korelasyon gösterilememiş olabilir.20 Bunun tam tersine olarak bizim çalışmamızda Tümör hacmi ile tümM2-PK arasında anlamlı ve doğru yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Bu ise tümör hacmi arttıkça lümene salınan tümM2-PK düzeyinin artması ile ilişkilidir.

tümM2-PK için eşik (cut-off) değerini, test kitini üreten firma 4 U/ml olarak önermektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da bu değer optimum olarak kullanıldığı bildirilmiştir.21-22 Çalışmamızda ROC analizi ile değerlendirildiğinde 4 U/ml değeri adenoma grubu ile kontrol grubunu ayırmada optimum olarak görülmektedir. Bu optimum eşik değeri kullanıldığında bile %65,5 duyarlılık, %66,7 özgüllük elde edilebiliyordu. Oysa Kumar ve arkadaşlarının derlemesinde özgüllük %83 ile %95 arasında değişmekteydi.23 KRK'li bireyleri normalden ayırt etmek için ise ROC analizimizde optimum eşik değeri olarak 16,20 U/ml değerini tespit ettik. Bu eşik değer ile %71,0 duyarlılık, %79,3 özgüllük elde edildi. Literatürde bu konuda %85 duyarlılık ve %90 özgüllük ile daha yüksek oranlar bildirilmiştir.24 Çalışmamızın bu noktadaki sonuçları Hardt ve arkadaşlarının KRK için %73 duyarlılık ve %78 özgüllük değerlerini bildirdikleri çalışma ile daha uyumlu görünmektedir.24

tümM2-PK testinin en önemli zayıflığı maligniteler dışında inflamatuvar olaylarda da yükselmesidir. KRK yanında, değişik etiyolojilere sahip çeşitli kolorektal patolojilerde (inflamatuvar barsak hastalığı, diyare, di-

vertikülit, poşit) yükseldiği bildirilmiştir.25-26 tümM2-PK testinin diğer zayıf bir noktası ise bir tarama testi için düşük bir özgüllüğe sahip olmasıdır. Düşük özgüllük ise yüksek oranlarda yanlış pozitifliğe ve gereksiz kolonoskopik incelemelere yol açabilir. Bu da maliyet artışı, zaman ve iş gücü kaybı ve işleme bağlı komplikasyon riski demektir. Tabii ki çalışmamızda hesaplanan duyarlılık ve özgüllük rakamları yapılmış tek test sonuçları üzerinden hesaplanmıştır. Tarama programı olarak kullanılacağına ise her bir veya iki senede bir tekrarlanan testler kullanılacağı için kümülatif bir duyarlılık ve özgüllük söz konusu olacaktır ve doğal olarak rakamlar daha yüksek olacaktır.

Tablo 1: Grupların demografik verileri ve tümM2-PK düzeylerinin karşılaştırılması

	Karsinoma n:31	Adenoma n:29	Kontrol n:33	p
Yaş	62.13±9.37	57.83±7.77	59.64±9.59	0.074
Cinsiyet				0.999
Kadın	14 (%45.2)	13 (%44.8)	15 (%45.5)	
Erkek	17 (%54.8)	16 (%55.2)	18 (%54.5)	
tümM2-PK (U/ml)	128.95±197.35	12.45±14.72	4.80±5.34	0.001
Polip çapı (mm)		11.96±3.68		
Lezyon lokalizasyonu				
Proksimal	10 (%32,3)	6 (%20.7)		
Distal	21(%67,7)	23 (%79.3)		
Tümör hacmi (mm ³)	436.46±230.89			
Tümör Evresi (Tis / T1 / T2 / T3 / T4)	(5 / 2 / 9 / 10 / 5)			
Lenf Nodu Metastazı (N0 / N1 / N2)	(18 / 10 / 3)			

Tablo 2: Kolon kanserli hastaların alt grup analizlerine göre tümM2-PK düzeyleri

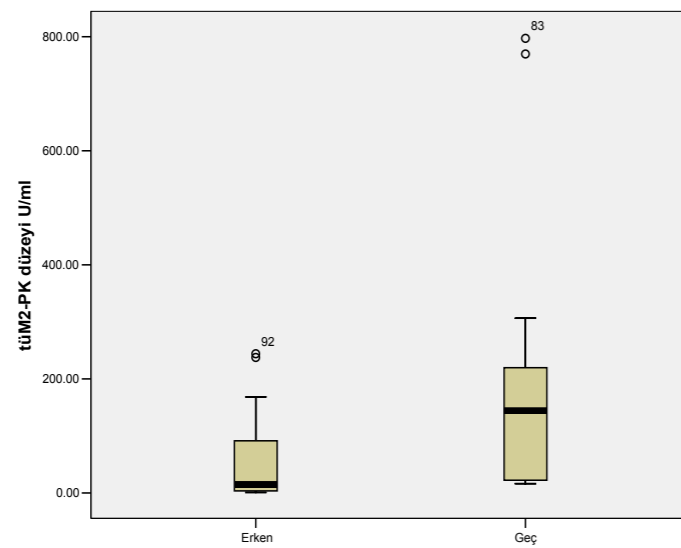
	tümM2-PK (U/ml)	p
Lokalizasyon		
Distal tip n:21	95.28±102.81	0.546
Proksimal tip n:10	199.63±313.27	
Metastaz		
Yok n: 25	104.32 ± 169.05	0.177
Var n: 6	231.53 ± 284.33	
Lenf Nodu Metastazı		
N0 n: 18	70.77±86.91	0.062
N1 n: 10	156.69±247.02	
N2 n: 3	385.54±335.24	

Evre			
Erken (Tis-T1-T2) n: 16		58.38 ± 87.76	
Geç (T3- T4) n: 15		204.22 ± 251.89	0.009
Damar İnvazyonu			
Yok n: 27		104.60±166.12	
Var n: 4		293.25±330.12	0.157

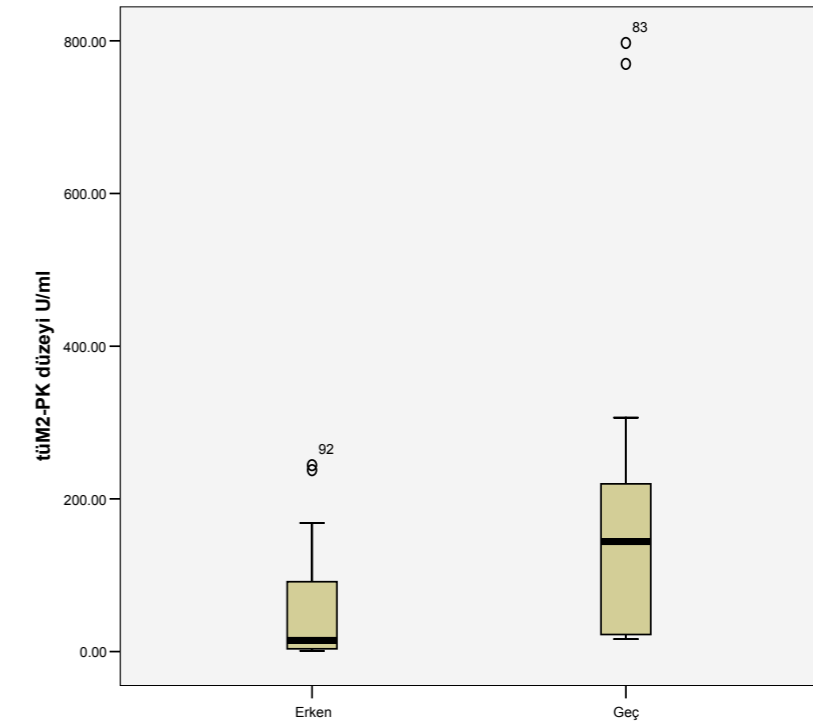
Tablo 3: Kolon polipli hastaların alt grup analizlerine göre tüm2-PK düzeyleri

	tüm2-PK (U/ml)	p
Lokalizasyon		
Distal tip n:23	13.89±15.90	
Proksimal tip n:6	6.91±7.35	0.333
Polip Tipi		
Sesil n: 17	12.58±10.44	
Saplı n: 10	12.41±21.79	
Flat n: 2	11.43±6.44	0.313
Displazi derecesi		
Düşük n: 18	13.98±16.95	
Yüksek n: 11	9.93±10.33	0.393

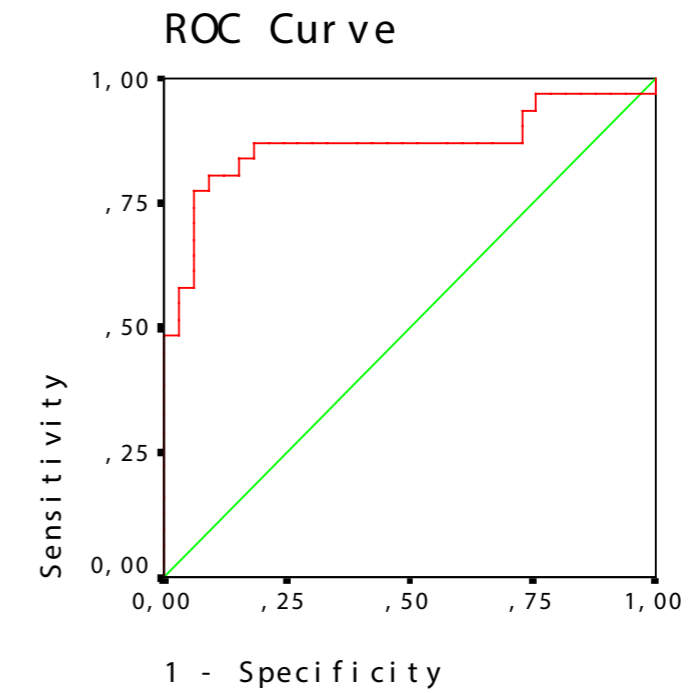
Şekil 1: Grupların tüm2-PK düzeyleri



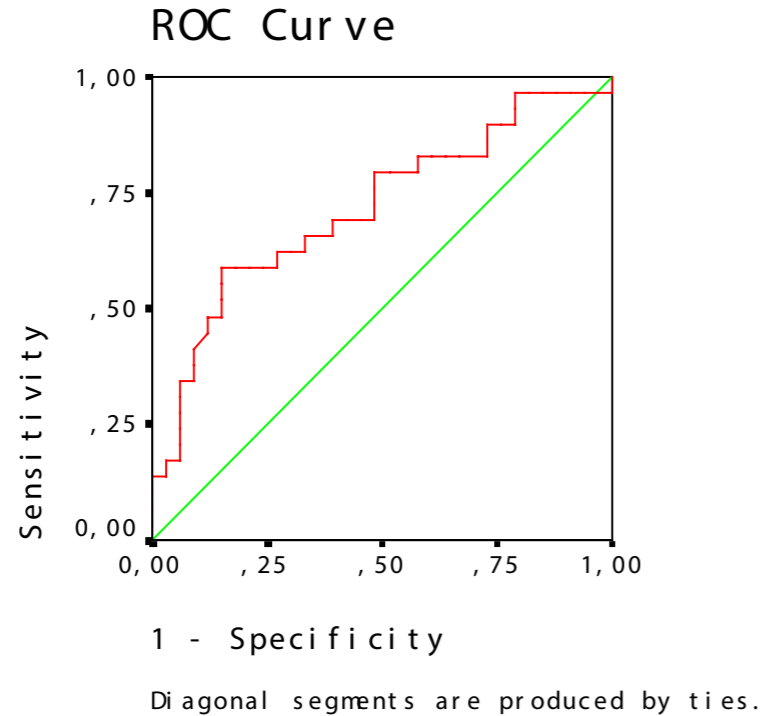
Şekil 2: Karsinoma grubunda Erken (T1, T2) ve Geç evre (T3, T4) lezyonlarda tüm2-PK düzeyleri



Şekil 3: Karsinoma grubunda tüm2-PK ROC eğrisi



Şekil 4: Adenoma grubunda tümM2-PK ROC eğrisi



KAYNAKLAR

- 1 Center MM, Jemal A, Smith RA, et al. Worldwide variations in colorectal cancer. *CA Cancer J Clin*. 2009 Nov-Dec;59(6):366-78.
- 2 Mazurek S, Luftner D, Wechsel HW, et al. Tumour M2-PK: a marker of the tumour metabolome. In: Diamandis E, Fritsche H, Lilja H, Chan D, Schwartz M, editors. *Tumour markers: physiology, pathobiology, technology and clinical applications*. Washington, District of Columbia: AACR Press; 2002. pp. 471-475.
- 3 Koss K, Maxton D, Jankowski JAZ. The potential use of fecal dimeric M2 pyruvate kinase (Tumour M2-PK) in screening for colorectal cancer (CRC). In: *Poster Abstracts and Trade Exhibition Book: NCRI Cancer Conference; 2005 Oct 2-5; Birmingham, UK*. London: Callisto, 2005: 199
- 4 Ewald N, Toepler M, Akinci A, et al. Pyruvate kinase M2 (tumor M2-PK) as a screening tool for colorectal cancer (CRC). A review of current published data. *Z Gastroenterol* 2005; 43: 1313-1317
- 5 Hardt PD, Toepler M, Ngoumou B, et al. Measurement of fecal pyruvate kinase type M2 (tumor M2-PK) concentrations in patients with gastric cancer, colorectal cancer, colorectal adenomas and controls. *Anticancer Res* 2003; 23:851-853.
- 6 Hardt PD, Ngoumou BK, Rupp J, et al. Tumor M2-pyruvate kinase: a promising tumor marker in the diagnosis of gastro-intestinal cancer. *Anticancer Res* 2000; 20:4965-4968.
- 7 Lieberman DA, Harford WV, Ahnen DJ, et al. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal colon. *N Engl J Med* 345: 555 -560

- 8 Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE, et al. (1996) Randomized, controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 348:1472-1477
- 9 Mandel J, Church TR, Ederer F, Bond JH (1999) Effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 91: 434-437
- 10 Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C (2002) A randomized study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 50: 29-32
- 11 Oremek GM, Teigelkamp S, Kramer W, et al. (1999) The pyruvate kinase isoenzyme tumor M2-PK (Tu M2-PK) as a tumor marker for renal carcinoma. *Anticancer Res* 19: 2599-2602
- 12 Schneider J, Morr H, Velcovsky HG, et al. (2000) Quantitative detection of Tumor M2-pyruvate kinase in plasma of patients with lung cancer in comparison to other lung diseases. *Cancer Detect Prev* 24: 531-535
- 13 Schneider J, Neu K, Grimm H, et al (2002) Tumor M2-pyruvate kinase in lung cancer patients: immunohistochemical detection and disease monitoring. *Anticancer Res* 22:311-318
- 14 Reinacher M, Eigenbrodt E (1981) Immunohistological demonstration of the same type of pyruvate kinase isoenzyme (M2-PK) in tumors of chicken and rat. *Virchows Arch B* 37: 79-88
- 15 Bahnemann R, Domingo M, Eigenbrodt E, et al (1990) Immunohistologic photometric quantification of pyruvate kinase content of rat tumors. *Verh Dtsch Ges Pathol* 74: 373-375
- 16 Koss K, Maxton D, Jankowski JA. Faecal dimeric M2 pyruvate kinase in colorectal cancer and polyps correlates with tumour staging and surgical intervention. *Colorectal Dis*. 2007 Sep 3, 1-5
- 17 Koss K, Harrison RF, Gregory J, et al. The metabolic marker tumour pyruvate kinase type M2 (tumour M2-PK) shows increased expression along the metaplasia-dysplasia-adenocarcinoma sequence in Barrett's oesophagus. *J Clin Pathol*. 2004 Nov;57(11):1156-9.
- 18 Hardt PD, Mazurek S, Toepler M, et al. Faecal tumour M2 pyruvate kinase: a new, sensitive screening tool for colorectal cancer. *Br J Cancer* 2004; 91:980-984.
- 19 Tonus C, Neupert G, Sellinger M. Colorectal cancer screening by non-invasive metabolic biomarker fecal tumor M2-PK. *World J Gastroenterol*. 2006 Nov 21;12(43):7007-11.
- 20 Koss K, Maxton D, Jankowski JA. Faecal dimeric M2 pyruvate kinase in colorectal cancer and polyps correlates with tumour staging and surgical intervention. *Colorectal Dis*. 2008 Mar;10(3):244-8.
- 21 Hardt PD, Mazurek S, Toepler M, et al. Faecal tumour M2 pyruvate kinase: a new, sensitive screening tool for colorectal cancer. *Br J Cancer* 2004; 91:980-984.
- 22 Vogel T, Driemel C, Hauser A, et al. Comparison of different stool tests for the detection of cancer of the colon. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130:872-877.
- 23 Kumar Y, Tapuria N, Kirmani N, et al. Tumour M2-pyruvate kinase: a gastrointestinal cancer marker. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2007;19:265-76.

- 24 Mulder SA, van Leerdam ME, van Vuuren AJ, et al. Tumor pyruvate kinase isoenzyme type M2 and immunochemical fecal occult blood test: performance in screening for colorectal cancer. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2007; 19:878-882.
- 25 Walkowiak J, Banasiewicz T, Krokowicz P, et al. Fecal pyruvate kinase (M2-PK): a new predictor for inflammation and severity of pouchitis. Scand J Gastroenterol 2005; 40: 1493-1494
- 26 Shastri YM, Naumann M, Oremek GM, et al. Prospective multicenter evaluation of fecal tumor pyruvate kinase type M2 (M2-PK) as a screening biomarker for colorectal neoplasia. Int J Cancer 2006; 119: 2651-2656

[Abstract:0128]**Karaciğer siroz olan hastalarda COVID-19'un etkisi**

Orhan Coşkun¹, Mustafa Çapraz²

- ¹ Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Amasya
- ² Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Amasya

Giriş: Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19), sağlıklı bireyler ve komorbiditeleri olan kişiler için büyük bir sağlık tehdidi oluşturmaktadır (1). Hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı ve kalp hastalığı gibi tıbbi komorbiditeler COVID-19 enfeksiyonunu takiben kötü sonuçlar için risk faktörleri olarak bildirilmiştir ancak altta yatan kronik karaciğer hastalığının etkisi tam olarak tanımlanmamıştır (2). Son yapılan çalışmalar sirozlu hastaların COVID-19'dan ölüm riskinin arttığını göstermektedir. COVID-19'dan ölüm oranları ileri evrede siroz ve alkole bağlı karaciğer hastalığı olan hastalarda yüksek saptanmıştır (2). Burada, COVID-19'un sirozlu hastaların klinik sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Hastanemiz gastroenteroloji polikliniğinden takip edilen ve daha önce karaciğer sirozu tanısı konulmuş olan 407 hasta retrospektif olarak tarandı. Nisan 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında COVID-19 PCR testi yapılmış olan 91 hastanın 35'inde PCR (+) saptandı. PCR (+) olan hastalar incelemeye dahil edildi.

Bulgular: Hastaların median yaşı 61'di (min-max: 29-82). 19'u kadın (%54,3), 16'sı (%45,7) erkekti. Siroz etiyojisinde ensik neden NASH olarak saptandı (%31,4). Hastaların 27'si (%77,1) Child A, 4'ü (%11,4) Child B ve 4'ü (%11,4) Child C grubundaydı. MELD skoru 6-23 arasında değişmekteydi (ortalama: 9,94). 23 (%65,7) hastanın MELD skoru < 10 iken, 12 (%34,3) hastanın MELD skoru ≥ 10 'du. Olgular %28,6'sında (n=10) eşlik eden herhangi bir komorbid hastalık görülmezken, % 37,1'inde (n=13) diyabet en sık eşlik eden komorbid hastalık olarak saptandı. COVID-19 nedeniyle 20 (%57,1) hastaya sadece Favipravir, 12 (%34,3) hastaya Favipravir + steroid, 1 (%2,9) hastaya Favipravir + Steroid + İmmün Plazma ve 1 (%2,9) hastaya da Favipravir + hidroklorokin tedavisi verilirken sadece 1 hastaya herhangi bir antiviral ilaç verilmedi. Hastaların 15'inde (%42,9) antibiyotik tedavi gereksinimi oldu. 17 (%48,6) hasta hastaneye yatırılarak tedavi edildi ve hastane yatış süresi ortalama 10,7 gündü (4-20 gün). Bu hastaların 6'sı (%35,3) takiplerinde genel durumunun bozulması üzerine yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yatırıldı. COVID-19'a sekonder mortalite oranı %17,1 (n:6) olarak saptandı. Ölen hastaların 3'ü Child A grubunda ve 3'ü Child-C grubundaydı. CHILD A grubunda ölüm oranı %11,1 iken CHILD C grubunda %75 olarak bulundu. Child A grubunda ölen hastaların özgeçmişlerinde birisinin multipl myelom ve diğer 2 hastanın ise diyabet öyküsü vardı. MELD skoru <10 olan 4 (%17,4) hastada, MELD skoru ≥ 10 olan 2 (%16,7) hastada ölüm görüldü.

Sonuç: COVID-19, sirozlu hastalarda karaciğer fonksiyon bozukluğu ve artmış mortalite ile ilişkilidir. İleri evre karaciğer sirozu olan hastalar bağışıklık sistemi baskılanmış ve COVID-19 açısından en riskli grubu teşkil eder. Acil durumlar dışında evde kalma ve korunma önlemlerine riayet şarttır.

Anahtar Kelimeler: karaciğer sirozu, COVID-19

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

		n	%
Yaş (yıl)	Min-Max Ort±Std	29-82 61,6±13,3	
Cinsiyet	Kadın Erkek	19 16	54,3 45,7
Özgeçmiş	Yok HT DM İKH SVO DM, İKH KBY Diğer	10 3 13 1 1 2 2 3	28,6 8,6 37,1 2,9 2,9 5,7 5,7 8,6
Etiyoloji	NASH HBV HCV Alkol PVT PBS Wilson İdiyopatik	11 8 5 1 3 1 1 5	31,4 22,9 14,3 2,9 8,6 2,9 2,9 14,3
Child Skoru	Child A Child B Child C	27 4 4	77,1 11,4 11,4
MELD skoru	Min-Max Ort±Std <10 ≥10	6-23 9,94±4,6 23 12	. . 65,7 34,3

Resim 1: CHİLD ve MELD skoruna göre COVID-19 hastalarının verileri

		Child skoru			MELD skoru	
		Child A n (%)	Child B n (%)	Child C n (%)	MELD<10 n (%)	MELD≥10 n (%)
Hastaneye Yatış	var	12 (44,4)	2 (50)	3 (75)	10 (43,5)	7 (58,3)
	yok	15 (55,6)	2 (50)	1 (25)	13 (56,5)	5 (41,7)
Yoğun Bakım Ünitesine Yatış	Var	3 (25)	0	3 (100)	4 (40)	2 (28,6)
	yok	9 (75)	2 (100)	0	6 (60)	5 (711,4)
Ölüm	var	3 (11,1)	0	3 (75)	4 (17,4)	2 (16,7)
	yok	24 (88,9)	4 (100)	1 (25)	19 (82,6)	10 (83,3)

[Abstract:0129]
Hafif kolanjitli hastalarda erken ve elektif dönemde yapılan ERCP sonuçlarının karşılaştırılması

Rasim Eren Cankurtaran, Osman Ersoy

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji B.D; Ankara Şehir Hastanesi, Ankara

Amaç: Akut kolanjit antibiyoterapi ve biliyer drenaj gerektiren ciddi bir klinik tablodur. TC 18 (Tokyo 2018) kriterlerine göre akut kolanjit şiddetli, orta ve hafif olmak üzere 3 grupta sınıflandırılmıştır. Şiddetli kolanjitli hastalara acil (<24 saat) ve orta kolanjitli hastalara ise erken dönemde (<48 saat) ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi) ile biliyer drenaj yapılması önerilirken hafif kolanjitli hastalarda optimal ERCP süresi bilinmemektedir. Bu çalışmada hafif kolanjitli hastalarda optimal ERCP süresini saptamayı amaçladık.

Yöntem ve Metod: Şubat 2019-Temmuz 2020 tarihleri arasında koledok taşı sebebiyle ERCP yapılan ve TC18 kriterlerine göre hafif kolanjitli 182 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastalar başvuru-ERCP arası geçen süreye göre erken (<72 saat) ve elektif (72 saat sonrası) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Perioperatif laboratuvar ve radyolojik bulguları, ERCP sonuçları, ERCP ilişkili komplikasyonları, yoğun bakım ihtiyacı, hastane içi mortalite ve hospitalizasyon süreleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 92'si (%53.5) erken, 80 (%46.5)'i ise elektif grupta yer alıyordu. Hastaların yaş ortalaması 62.95±15.09 ve 88 (%51.2)'ini kadınlar oluşturmaktaydı. Yaş ve cinsiyet her iki grupta benzer dağılım gösteriyordu (sırasıyla p=0.26, p=0.29). Erken ve elektif gruplar arasında ERCP ilişkili komplikasyonlar (sırasıyla 17 (%9.9), 16 (%9.3), p=0.85), yoğun bakım ihtiyacı (sırasıyla 4 (%4.3), 2 (%2.5), p=0.52) ve hastane içi mortalite (sırasıyla 2 (%1.2), 1 (%0.6), p=0.65) açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Erken grupta median yatış süresi elektif gruba göre anlamlı olarak düşük saptandı (sırasıyla 5 ve 9 gün, p=<0.001)

Sonuç: Hafif kolanjitli hastalarda erken ve elektif yapılan ERCP işlemleri arasında ERCP ilişkili komplikasyonlar, yoğun bakım ihtiyacı ve mortalite açısından fark yoktur. Erken dönemde yapılan ERCP hastanede yatış süresini kısaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut kolanjit, ERCP

[Abstract:0130]**Nonalkolik yağlı karaciğer hastalığındaki patofizyolojik değişikliklerin tiroid disfonksiyonu ve tiroid nodülü gelişimi üzerine olan etkileri**Özlem Karaca Ocak¹, Feyzi Gökosmanoğlu²¹Medicana İnternational Samsun Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Samsun²Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD, İstanbul

Giriş: Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığında tiroid disfonksiyonu ve tiroid nodülü ile ilgili literatür bilgisi çok azdır. Nonalkolik yağlı karaciğer hastalarında obezite, insülin direnci ve dislipidemi gibi hipotiroidizm ile ortak klinik özellikler taşır. Bazı çalışmalarda nonalkolik yağlı karaciğerde hipotiroidi prevalansında artış gözlenmiştir. Bununla birlikte, nonalkolik yağlı karaciğerde tiroid disfonksiyonu, tiroid nodülü görülme sıklığı ve şiddeti dahil olmak üzere doğrusal bir ilişki olup olmadığı literatürde çelişkili bir konu olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada amacımız, non-alkolik yağlı karaciğerdeki metabolik bozuklukların tiroid disfonksiyonu ve tiroid nodülü gelişiminde etkisi olup olmadığını saptamaktır.

Materyal-Metod: Araştırmamız 2015-2021 tarihleri arasında endokrinoloji ve genel cerrahi kliniğimizde grade 2-3 nonalkolik yağlı karaciğer tanısı ile takip edilen 350 olgu üzerinde yürütüldü. Hastaların demografik özellikleri, biyokimyasal veriler, abdominal ve tiroid ultrasonografi raporları hasta dosyaları ve elektronik kayıtlardan toplandı. Hastaların serum serum açlık kan glukoz, insülin, trigliserid, ALT, GGT, TSH hastanemiz biyokimya laboratuvarında çalışılmış. Açlık glukoz ve insülin kullanılarak HOMA-IR hesaplandı. Tüm olgular hastanemiz radyoloji kliniğinde aynı radyolog tarafından aynı ultrasonografi cihazı kullanılarak karaciğer, aynı endokrinolog tarafından tiroid US ile tiroid nodülleri ve parankim değerlendirilmiş.

Bulgular: Araştırmaya toplam 350 (232 kadın, 118 erkek) hasta alındı. Hastaların yaşı 52±10,8 (18-75) yıl idi. Çalışmamızdaki biyokimyasal ve metabolik parametreler karaciğerde yağlanma arttıkça istatistiksel olarak anlamlı artmaktadır. Olguların demografik özellikleri, biyokimyasal ve hormonal verileri tablo 1'de görülmektedir. Hastalardan % 40,5 (142) grade-2 yağlı karaciğer, %59,4 (208) grade-3 yağlı karaciğer idi. Non-alkolik yağlı karaciğerde grade ve metabolik parametreler arttıkça tiroid disfonksiyonu sıklığı (klinik ve subklinik hipotiroidi, tiroid otoimmünitesi) istatistiksel olarak anlamlı artmaktadır (p=0,014 ve p=0,026). Non-alkolik yağlı karaciğer grade-2 olgularından % 60,5 (86) tiroid nodülü, yağlı karaciğer grade-3 olgulardan % 82,6 (172) tiroid nodülü saptandık. Non-alkolik yağlı karaciğerde yağlanma arttıkça nodül prevalansı istatistiksel olarak artmaktadır (p=0,001). Tiroid disfonksiyonu ve tiroid nodülü prevalansı tablo 1'de görülmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda non-alkolik yağlı karaciğer hastalarında tiroid disfonksiyonu ve tiroid nodülü sıklığı metabolik, biyokimyasal bozulma ve karaciğerde yağlanma artışı ile paralel seyretmektedir. Bu artışın non-alkolik yağlı karaciğer hastalarında kısırdöngüye neden olabilecek tiroid disfonksiyonu için olası risk artışı açısından prognostik önemi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Nonalkolik yağlı karaciğer, tiroid disfonksiyonu, tiroid nodülü

Tablo 1: Yağlı karaciğerde tiroid disfonksiyonu, tiroid nodülü sıklığı ve demografik özellikler

Parametreler		Yağlı karaciğer grade-2 % 40,5 (n=142)	Yağlı karaciğer grade-3 %59,4 (n=208)	P Value
Cinsiyet (kadın/erkek)	232/118			
Yaş	52±10,8			
Açlık kan glukozu, mg/dL		105±18,5	112±19,2	0,016
ALT, U/L		54±9,8	64±10,2	0,001
GGT, U/L		86±11,4	105±9,7	0,001
Trigliserid, mg/dL		209±21,4	252±14,9	0,001
HOMA-IR		3.5±1.2	4.7±1.7	0,001
TSH, mU / L		3.8±1.9	4.8±1,7	0,023
Tiroid disfonksiyonu • Hipotiroidi (klinik + subklinik) • Tiroid otoimmünitesi		%13,3 (n=19) %30,2 (n=43)	%17,7 (n=37) %35,5 (n=75)	0,014 0,026
Tiroid nodülü		% 60,5 (86)	% 82,6 (172)	0,001

[Abstract:0131]

Semptomatik zenker divertikülünün endoskopik tedavisi: tek merkez deneyimi

Muhammed Bahaddin Durak, Bülent Ödemiş

Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

Giriş:

İnferior farengeal konstrüktör kas ile krikofaringeal kas arasında kalan anatomik olarak zayıf olan bölge Killian üçgeni olarak tanımlanır. Farengeal mukozanın bu noktadan protrüde olması durumunda Zenker divertikülü (ZD) oluşur. Hastalar disfaji, regurjitasyon, öksürük ve aspirasyon semptomlarıyla prezente olur. Baryum çalışmaları ve endoskopik değerlendirmeyle tanı konur. Endoskopik myotomi etkinliği, güvenliği ve minimal invaziv bir yöntem olması nedeniyle cerrahi tedaviye tercih edilebilir.

Amaç:

Çalışmamızda semptomatik ZD'nin endoskopik tedavisinin etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirdik.

Yöntem:

ZD tanısını doğrulamak için tüm hastalara işlem öncesi endoskopi ve/veya özefagografi yapıldı. Tüm hastalara işlem öncesi endoskopi yapılırken, 5 hastaya aynı zamanda özefagografi de yapıldı. İşlem öncesi ve sonrası bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Tüm işlemler deneyimli tek bir endoskopist tarafından, propofol anestezisi altında ve karbonmonoksit insuflasyonu ile yapıldı. Özefagus lümeni ile divertikül kavitesinin işlem esnasında ayırımını sağlamak ve işlem sonrası nazoenteral tüp yerleştirmeyi kolaylaştırmak amacıyla tüm hastalarda divertikülotomi öncesi duodenuma kılavuz tel yerleştirildi. Daha sonra el yapımı divertiküloskop (boy: 34cm, çap:22mm) ZD ile özefagus arasında kalan septuma yerleştirildi. İğne uçlu sfinkterotom ile force koag modunda septumun ortasından başlayarak divertikülün tabanına yaklaşık 1cm kalana kadar septotomi yapıldı. İnsizyon esnasında kanama olması durumunda argon plasma koagülasyon ile septotomiye devam edildi. Septotomi tamamlandıktan sonra insizyon hattı hemoklips ile kapatıldı. (Resim 1). Tüm hastalara nazoenteral tüp konularak işlem tamamlandı. İşlem sonrası tüm hastalar en az 24 saat süreyle oral kapalı olarak takip edildi. Kanama ve perforasyon bulgusu olmayan hastalar kontrol BT ile değerlendirilerek oral beslenmeye başlandı. İşlem öncesi, işlemden 24 saat sonra, 1 ay sonra ve 6 ay sonra disfaji skorları değerlendirildi.

Bulgular:

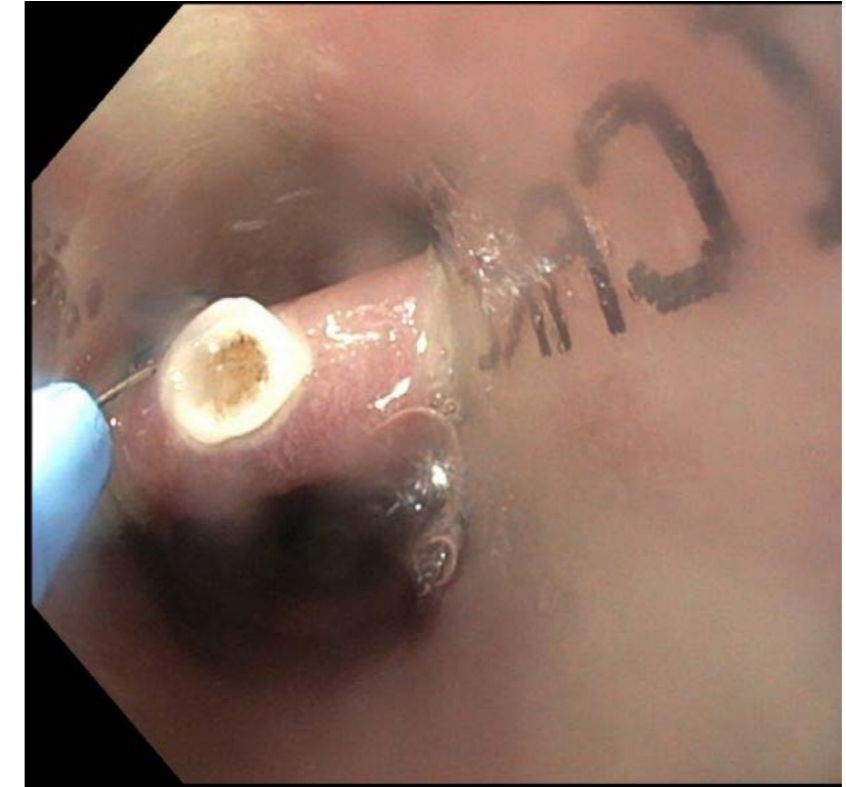
Ocak 2018-Nisan 2021 tarihleri arasında endoskopik myotomi yapılan 7 (4E, 3K) ZD hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik özellikleri, işlem detayları ve klinik sonuçlar tablo 1'de gösterildi. İşleme bağlı major komplikasyon gelişmedi. 1 hastada işlem esnasında insizyon hattında kanama oldu, APC ve adrenalin injeksiyonu ile kontrol altına alındı. İşlem sonrası tüm hastaların disfaji skorlarında iyileşme mevcuttu. Ortalama yatış süresi 4.1 gün (3-6gün) idi. Uzun dönem takiplerde 3 hastada nüks gelişti. Bu 3 hastaya da cerrahi tedavi uygulandı. İşlem öncesi ve işlemden 24 saat sonra çekilen BT'ler karşılaştırıldığında, divertikül çapında belirgin küçülme sağlanan hastalar, uzun dönem takiplerinde asemptomatik seyretti. Nüks gelişmeyen hastaların 6. ay kontrollerinde semptomlarının tamamen gerilediği ve tekrarlamadığı görüldü. Ortalama takip süresi 15.8 ay idi.

Sonuç:

Semptomatik ZD'nin endoskopik tedavisi yeterli miktarda septotomi yapılması durumunda etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Zenker divertikülü, divertiküloskop, septotomi

Resim 1



ZD'nin endoskopik görüntüsü. Divertiküloskop ile septumun sabitlenmesi ve iğne uçlu sfinkterotom ile septumun orta hattından septomiye başlandığı görülmekte.

Tablo 1

Hasta no	Yaş/cinsiyet	Semptom	Septotomi kılavuzu	Disfaji skoru (İşlem öncesi / sonrası)	Nüks	Ek tedavi
1.Hasta	45Y/E	Disfaji, regurjitasyon	divertiküloskop	2/0	(-)	(-)
2.Hasta	58Y/E	Disfaji, regurjitasyon	divertiküloskop	3/0	(-)	(-)
3.Hasta	53Y/K	Disfaji	nazogastrik tüp	3/2	(+)	cerrahi
4.Hasta	64Y/E	Disfaji, regurjitasyon, öksürük	divertiküloskop	3/1	(+)	cerrahi
5.Hasta	55Y/E	Disfaji, regurjitasyon, öksürük	nazogastrik tüp	3/2	(+)	cerrahi
6.Hasta	77Y/K	Disfaji, regurjitasyon	divertiküloskop	2/1	(-)	(-)
7.Hasta	46Y/K	Disfaji, regurjitasyon, öksürük	divertiküloskop	3/0	(-)	(-)

Hastaların klinik özellikleri, işlem detayları ve klinik sonuçlar

[Abstract:0132]**Pandemi Döneminde ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi) Sonuçlarımız**

Serkan Cerrah
Erzurum Şehir Hastanesi

Amaç: Pandemi dönemi boyunca yaptığımız ERCP işlemlerinin sonuçlarını COVID-19 olan hastalar da dikkate alınarak geriye dönük olarak değerlendirmesi amaçlandı.

Yöntem: Mart 2020-2021 arasında Erzurum Şehir Hastanesi Gastroenteroloji bölümünde yapılan ERCP yapılan hastalar çalışmamıza dâhil edildi. Hastaların yaşları, ERCP yapıma nedenleri ve işlemin sonuçları, yatış süreleri ve komplikasyon durumları; COVID-19 enfeksiyonu olup ERCP yapılan hastalar ile karşılaştırılarak geriye yönelik incelendi.

Bulgular: Bu dönem içerisinde 703 (%59,4)kadın, 481 (%40,6)erkek toplam 1184 ERCP işlemi yapıldı. Kadınlarda ortalama yaş 59,35±20,07 erkeklerde 64,01±17,99 olarak saptandı(p:<0.01). Yapılan işlemlerin 136 (%11,5) tanesinde kolanjit mevcut idi ve 267 (%22,6)hastada işlem sırasında koledoka stent takıldı. Sonuç olarak yapılan işlemlerin 956(%80,7) tanesinde koledokta taş mevcut idi. 115(%9,7) hastada malign (periampüller bölge tümörü, kolanjiokarsinom,vb) obstruktif nedenler düşünüldü. 54(%4,6) hastada ise diğer nedenler (benign darlık, mirizzi sendromu, safra yolu injury) düşünüldü. 31(%2,6) hastada koledok kanülasyonu sağlanamadı.Hastanede yatış medyan değeri ise 3 (min-max sırası ile 1-30) gün olarak hesaplandı. Bu dönem içerisinde 77 (%6,5)kadın, 52(%4,4) erkek toplam 129(%10,9) COVID-19 hastasına ERCP yapıldı. Bu hastaların 21(%16,3) tanesinde aynı zamanda kolanjit de bulunmaktaydı. Hastaların büyük çoğunluğu 97(%8,2) safra yollarında taş saptandı. 12 (%1) hastada malign obstruktif nedenler, kalan 13(%1,1) hastada diğer obstrüksiyon yapan nedenler düşünüldü. 7 (%0,6) hastada koledok kanülasyonu sağlanamadı.Toplam 101(%8,5) hastaya işlem sırasında koledoka stent takıldı. Covid-19 olan hastalar, covid olmayan hastalar ile kıyaslanınca cinsiyet yönünden gruplar arasında fark izlenmezken (p:0,93), covid-19 olan hasta grubunun olmayanlara göre daha yaşlı olduğu görüldü (sırası ile 64,9±17,7 ile 60,7±19,5 p:0,01). Kolanjit durumu (p: 0,07) ve koledoka stent uygulanması (p:0,80) açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Koledok kanülasyonu başarısı değerlendirildiğinde covid-19 hastalarında anlamlı olarak kanülasyonu başarısı daha düşük idi (p:0,03). ERCP sonuçlarına göre değerlendirme yapıldığında da safra yollarında taş (p:0,09), malign nedenler (p:0,86) ve diğer nedenler (p:0,13) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark izlenmedi. Son olarak hastaların yatış süresi mann-witney testi ile değerlendirildiğinde covid-19 hastalarının yatış süreleri anlamlı olarak daha uzun tespit edildi. (u:53772; z:-3,95; p:<0.01)

Sonuç: Pandemi süresince yaptığımız ERCP işlemlerinde COVID-19 olmayan hastalar ile karşılaştırıldığında ERCP sonuçları ve işlem prosedürleri arasında anlamlı fark bulunmaz iken, covid-19 olan hastaların olmayanlara göre daha yaşlı oldukları ve koledok kanülasyon başarısızlığının bu grupta daha fazla olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, ERCP

[Abstract:0133]**Periampüller Divertikül Varlığı ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi) İşleminde Fark Yaratıyor Mu?**

Ahmed Ramiz Baykan
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: 1 yıl içerisinde yaptığımız ERCP işleminde periampüller divertikül saptanan hastaların işlem detaylarını incelenmesi hedeflendi

Yöntem: Mart 2020-2021 tarihleri arasında ERCP işlemi yapılan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların geriye yönelik ERCP işlemine ait detaylar incelendi. Periampüller divertikül olmayan hastalar ile olan hastalar karşılaştırıldı.

Bulgular: Bu dönem içerisinde toplam 1184 hastaya ERCP işlemi gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan hastaların 481(%40,6) tanesini erkek, 703 (%59,4) tanesini kadın hastalar oluşturdu. Hastaların ortalama yaşı kadınlarda 59,35±20,07 erkeklerde 64,01±17,99 olarak saptandı (p:<0.01). Hastanede yatış medyan 3 (min-max sırası ile 1-30) gün olarak saptandı. Periampüller divertikül 89 (%7,5) hastada izlendi. 136 (%11,5) hastada kolanjit mevcut idi. 184 (%15,5) hastaya koledok kanülasyonu için ön kesi uygulandı. 267 (%22,6) hastaya işlem sırasında koledok stenti uygulandı. ERCP bulguları değerlendirilecek olursak; 956 (%80,7) hastada safra yolu obstrüksiyon nedeni taş saptandı. 115(%9,7) hastada malign tıkaçıcı nedenler, 54(%4,6) hastada ise benign (benign darlık, mirizzi sendromu, safra yolu injury) tıkaçıcı nedenler düşünüldü. 44 (%49,4) erkek, 45(%50,6) kadın toplam 89 hastada periampüller divertikül saptandı. Cinsiyet yönünden hasta gruplar arası bir fark izlenmezken (p:0,07); periampüller divertikülü olan grubun olmayanlara göre daha yaşlı olduğu görüldü (sırası ile 73,9±12,2; 60,2±19,4 p:<0.01). Hastaların hastanede kalış süreleri incelendiğinde periampüller divertikül olan grupta yatış süresi anlamlı olarak daha uzun idi (median:4 gün, divertikül olmayan grupta median:3 gün, U:40405, z: 2,72, p:0,007). Ön kesi gereksinimi (p:0,80), koledok kanülasyon başarısızlığı (p:0,35), koledok stent gereksinimi (p:0,11) yönünden gruplar arasında fark izlenmedi. Safra yolu patolojileri dikkate alındığında safra yolu taşı (p:0,6) veya malign safra yolu patolojileri (p:0,17) mevcudiyeti ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Periampüller divertiküle sahip hastalar ERCP işlemi için periampüller divertikül olmayan hastalar ile benzer işlem özelliklerine sahiptir.

Anahtar Kelimeler: ERCP, periampüller divertikül

[Abstract:0135]
Karaciğer Biyopsisi Randevu Süresi Uzunluğunun Randevulara Uyuma Etkisi

Hasan Yılmaz

Kocaeli Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kocaeli

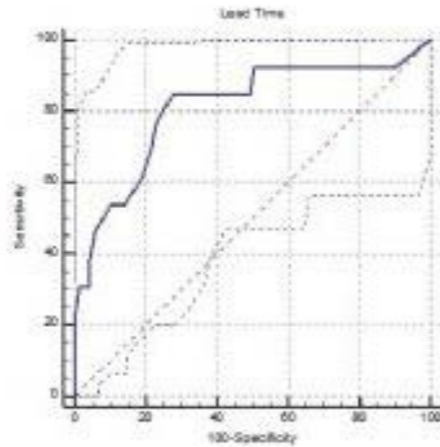
GİRİŞ-Amaç: Karaciğer biyopsisi son yıllarda gelişen invaziv olmayan yöntemlere rağmen bir çok karaciğer patolojisinin aydınlatılmasında halen altın standart olmaya devam etmektedir. Gastroenteroloji pratiğinde yaygın olarak uygulanan karaciğer biyopsi randevularına hastaların uyum göstermemesi sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına, tanı ve tedavilerde gecikmelere neden olmaktadır. Bu çalışmamızda karaciğer biyopsi randevularına gelmeme üzerine etkili faktörleri araştırmayı hedefledik.

GEREÇ ve Yöntemler: Kocaeli üniversitesi gastroenteroloji kliniğinde Ocak 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında bir yıllık dönemde oluşturulan karaciğer biyopsisi randevuları incelemeye alındı. Randevulara gelmeye etki edebilecek; yaş, cinsiyet, medeni hal, hastaların ev adreslerinin hastaneye uzaklığı, randevu oluşturulan mevsim, eşlik eden malign hastalık, muayene ile verilen randevu arasında geçen zaman (randevu gecikme zamanı) parametreleri analize dahil edildi.

Bulgular: Kırk bir (50%) kadın olmak üzere 81 hasta çalışmaya dahil edildi. Bir yıllık dönemde randevulara gelmeme oranları 13 (15.9%) olarak tespit edildi. Randevulara gelmeme ile cinsiyet, yaş, medeni hal coğrafi uzaklık, mevsim, malign komorbidite arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi. Muayene ile randevu verilen zaman aralığı uzadıkça hastaların anlamlı derecede randevulara iştirak etmediği görüldü ($p=0.001$) Gecikme zamanı cut-off değeri 12 gün alındığında ROC analizinde AUC 0,809 (95% CI 0,708 - 0,888 $p<0,001$) olarak hesaplandı. Youden indeksine göre sensitivite %85.6 ve spesivite 72.4 tespit edildi.

Sonuç: Karaciğer biyopsi randevuları oluşturulurken randevu sürelerinin iki haftadan daha kısa tutulması hastaların randevuya uyumunu yüksek oranda artırır. Karaciğer patolojilerinin tanısı ve tedavisinde gecikmelerin önüne geçilebilir ve sağlık kaynaklarının daha efektif kullanımı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Biyopsisi, Randevuya Uyum, Randevu Gecikme Süresi

Karaciğer biyopsisine gelmemeye etkili randevu gecikme zamanı eğri altında kalan alan

Karaciğer Biyopsi Randevuları Katılım Oranları

Faktörler	Randevuya Gelenler (n/%)	Randevuya Gelmeyenler (n/%)	P Değeri
Cinsiyet			0.547
Kadın	33 (47.8)	8 (61.5)	
Erkek	36 (52.2)	5 (38.5)	
Yaş			0.606
<65 Yaş	63 (91.3)	11 (84.6)	
> 65 Yaş	6 (8.7)	2 (15.4)	
Medeni Hal			1.000
Evli	66 (95.7)	12 (92.3)	
Bekar	3 (4.3)	1 (7.7)	
İkamet Bölgesi			0.613
Şehir Dışı	4 (6.2)	0 (0.0)	
Şehir İçi	61 (93.8)	12 (100)	
Mevsim			0.363
İlkbahar	15 (21.7)	2 (15.4)	
Yaz	19 (27.5)	3 (23.1)	
Sonbahar	20 (29.0)	7 (53.8)	
Kış	15 (21.7)	1 (7.7)	
Komorbidite			1.000
Malign	12 (17.4)	2 (15.4)	
Malign Değil	57 (82.6)	11 (84.6)	

[Abstract:0137]**Safra kaçağı tespit edilen hastalarda bilier stent ile nazobilier dren uygulamasının etkinliğinin karşılaştırılması**Mehmet Raşit Ayte¹, İlhami Yüksel²¹ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği Ankara² Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği Ankara**Amaç:**

Bililer kaçak laparoskopik kolesistektomi başta olmak üzere hepatobiliyer operasyonların bir komplikasyonu olarak görülmektedir. Bilier stent (BS) ve nazobilier drenajın (NBD) tedavide etkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmayla bilier kaçak gelişen hastalarda, BS ve NBD uygulamasının etkinliklerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem:

Bilier kaçak ön tanısı ile kliniğimize yönlendirilen ve Endoskopik Retrograd Kolanjiyo pankreatografi (ERCP) ile bilier kaçak tespit edilerek BS veya NBD uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. BS ve NBD uygulanan hastalar; tedavi başarısı, hastanede yatış süresi, total takip süresi ve komplikasyon gelişmesi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:

Bilier kaçak nedeniyle toplam 39 hastaya ERCP işlemi uygulandı. Bir hasta, koledokta tam kesi tespit edildiği için cerrahiye yönlendirildi. 1 hasta, ERCP yapıldıktan 14 gün sonra pnömoni nedeniyle exitus oldu. Kalan 37 hastaya bilier stent (n:20 (%54)) veya nazobilier drenaj stenti (n:17 (%46)) yerleştirildi. BS uygulanan 20 hastadan 2'sinde (%10) yetersiz tedavi saptandı, bu hastaların birinde bilier kaçağın kısmen devam etmesi nedeniyle, yetersiz tedavi kabul edilerek tekrar ERCP yapıp NBD uygulandı. BS uygulanan ikinci hastada, takip sonrası kontrolde kaçağın belirgin devam etmesi nedeniyle operasyona yönlendirildi. NBD uygulanan 17 hastanın 3'ünde (%17.6), NBD kontrolünde tedavi başarısızlığı saptandı. 2 hastaya tekrar ERCP yapıp bilier stent takıldı, diğer hastada kaçağın devam etmesi nedeniyle operasyon kararı verildi. NBD'li hastalarda (p:0.644) daha fazla ikinci bir işleme ihtiyaç oldu. BS'li hastaların (n:2) %10'unda, NBD'li hastaların (n:5) %29'unda komplikasyon gelişti. BS'li hastalar 10.53±7 gün yatarken NBD'li hastalar 11,9±3,15 gün yattı. NBD'li hastaların hastanede yatış süresi daha fazlaydı. BS'li grup 89.95±42.81 gün takip edilirken, NBD'li grup 31.53±11.76 gün takip edildi (P<0.001), takip süreleri NBD grubunda anlamlı olarak daha düşük tespit edildi. BS'li hastalarda takipte stent kontrolü veya stentin çekilmesi için ek bir ERCP gerekti. NBD takılan hastalarda taburculuk sonrası takip amacıyla ek bir girişim gerekmedi ve safrayolu kontrolü ERCP yapılmaksızın mümkün oldu. Fakat BS'e göre hastalar için konforsuz bir işlemdi. Hastalar kaçak yerlerine göre karşılaştırıldıklarında; sistik kanal veya lüchadan kaçak tespit edilen hastalar (Strazberg klasifikasyonuna göre tip A: grup 1), bilier sistemin diğer lokalizasyonlarında kaçak tespit edilenlere (grup 2) göre daha kısa süreli hospitalizasyona ve daha kısa süreli total takip süresine ihtiyaç duydu (P:0.005).

Sonuç:

Çalışmamızda bilier kaçak olgularında BS veya NBD nin tedavide başarılı olduğu görüldü. Taburculuk sonrası takip süresinin az olması ve ikinci bir girişim gerekmemesi nedeniyle, etkinlik ve maliyet açısından NBD'nin BS'e göre daha üstün olduğu tespit edildi ancak daha sık komplikasyon görüldü. Ayrıca bu çalışma uygulanacak modalitenin belirlenmesinde kaçak yerinin de göz önüne alınabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamız grup 1' de NBD'in BS'e göre maliyet etkin olduğunu göstermiş olmakla beraber, hospitalizasyon süresi daha uzun olarak tespit edilen grup 2 de; hospitalizasyon süresi daha az olan ve daha az komplikasyonun görüldüğü BS'in tercih edilmesinin daha uygun olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: bilier kaçak, bilier stent, nazobilier drenaj**[Abstract:0139]****Yüksek Normal Alanin Aminotransferaz Değerleri Hbe Ag negatif Kronik Hepatit B Hastalarında Ciddi Karaciğer Hastalığına İşaret Edebilir**

Ali Erkan Duman

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: HBe Ag negatif kronik hepatit B tanılı, ALT değerleri normal olan hastalarda, ciddi karaciğer hasarı ile yaş, cinsiyet, HBV DNA düzeyi, düşük normal ve yüksek normal ALT grupları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı

Metod: Karaciğer biyopsisi yapılmış, HBe Ag negatif kronik hepatit B tanılı 105 hastanın patoloji raporları geriye dönük olarak incelendi. Fibrozis skoru ≥ 2 ve/veya HAI skoru ≥ 6 olması ciddi karaciğer hasarı olarak kabul edildi. ALT değeri 20 IU/ml'ye kadar düşük normal, 20 IU/ml'nin üzeri yüksek normal olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 56(53,3%)'sı erkek, 49(46,7%)'i kadın olup yaş ortalaması 47,09±12,488 idi. Ciddi karaciğer hasarı olanların yaş ortalaması daha yüksek idi. (Fibrozis için 52±13,58'e karşı 44,50±11,12, p= 0.002; HAI için 51±14,3'e karşı 44,7±10,8,p= 0.007). Ciddi karaciğer hasarı olan hastalarda yaş için cut-off değeri 45 olarak bulundu. (AUC=0,650; 95% CI, 0,551-0,741; sensitivite 72.9%, spesifite 58,06%,p= 0.0063). Erkek ve kadın cinsiyet arasında ciddi karaciğer hasarı açısından anlamlı bir fark bulunmadı(Fibrozis için (41,1%'e karşı 24,5%,p=0.112, HAI skoru için 39,%' karşı 26,5%, p=0,240). HBV DNA düzeyi >20000 IU/ml olan hastalarda ciddi karaciğer hastalığı oranı daha fazla idi(Tablo). Yüksek normal ALT grubundaki(ALT>20) hastalarda ciddi fibrozis oranı düşük normal ALT grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek idi (40,8% 'e karşı 13 %, p=0.017). HAI skoru ≥ 6 olan hastaların oranı da yüksek normal ALT grubunda daha fazla olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (39,5%' e karşı 17,2%, p=0.054). Yüksek normal ALT grubunda erkek ve kadınlar arasında ciddi fibrozis (45,7%'e karşı 33,3%, p=0,407) ve HAI skorunun ≥ 6 olması açısından 43,5%'e karşı 33,3%, p=0,519) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmedi.

Sonuç: HbeAg negatif kronik hepatit B tanısı olan hastalarda ALT için normal değerlerin üst sınırı genellikle 40 IU/ml olarak kabul edilse de 20 IU/ L üzerinde ALT değeri olan hastalarda ciddi karaciğer hasarı oranı artmaktadır. Dolayısıyla ALT için normalin üst sınırının aşağıya çekilmesi önerisi desteklenmektedir. Yaş arttıkça karaciğer hasarının arttığı görülmektedir. 45 yaşın üzerindeki hastalarda karaciğer enzimleri normal olsa bile karaciğer hasarının derecesini görmek için karaciğer biyopsisi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: HBe Ag negatif, kronik hepatit B, yüksek normal ALT**Farklı HBV DNA gruplarında karaciğer hasarı derecesinin dağılımı**

Histolojik evreleme	2000-19999 IU/ml	20000-199999 IU/ml	>200000 IU/ml	p değeri
HAI skor 1-5(%)	46 (80,7)	12(50)	12(50)	0.005
HAI skor ≥ 6 (%)	11(19,3)	12(50)	12(50)	
Fibrozis skoru 0-1(%)	45(78,9)	13(54,2)	12(50)	0,018
Fibrozis skoru ≥ 2	12(21,1)	11(45,8)	12(50)	

[Abstract:0140]

Çorum Bölgesinde Farklı Yaş Gruplarında Hepatit A Seroprevalansı

Tolga Düzenli

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Çorum

Amaç: Hepatit A Virüsü (HAV), dünyada her yıl milyonlarca insanı enfekte eden, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hem yetişkinlerde hem de çocuklukta önemini koruyan bir akut viral hepatit nedenidir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin İç Anadolu kuzey kesiminde referans merkezi olan Çorum'da farklı yaş gruplarındaki hepatit A seroprevalansını araştırmak ve literatür eşliğinde tartışmaktır.

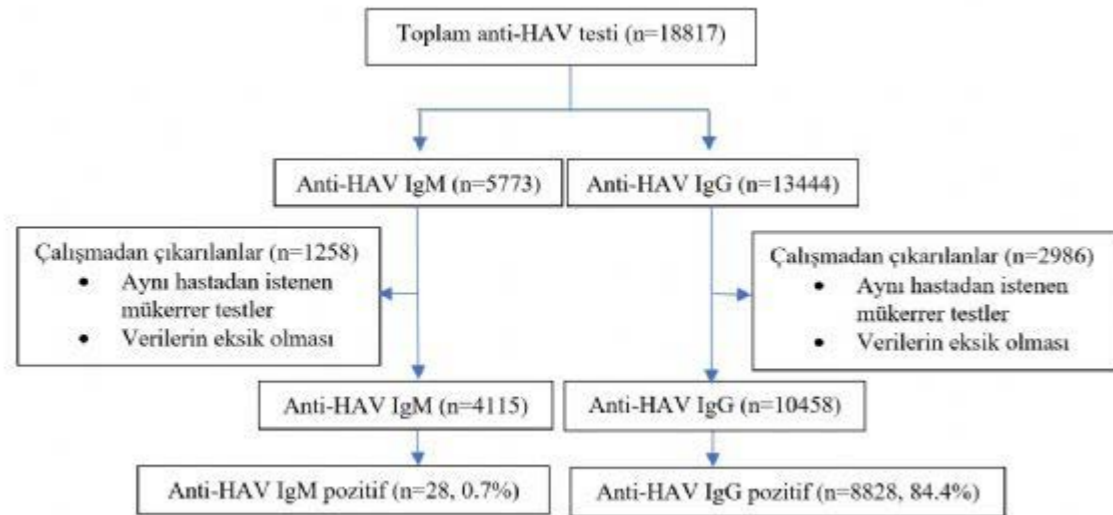
Yöntem: Çalışmaya Ocak 2017 - Ocak 2020 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne herhangi bir nedenle başvuran ve anti-HAV testi yapılan tüm hastalar dahil edildi. Anti-HAV IgG ve IgM ELISA yöntemi ile analiz edildi ve >1.00 S/CO değerleri pozitif kabul edildi. Hastaların yaş gruplarına göre Anti HAV IgG ve Anti HAV IgM sonuçları istatistiksel olarak araştırıldı.

Bulgular: Retrospektif olarak toplam 18817 anti-HAV IgG ve IgM testi tarandı. 4244 sonuç, mükerrer istek oluşu veya eksik data nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya Anti-HAV IgM'li 4115 hasta ve Anti-HAV IgG'li 10458 hasta dahil edildi. Tüm gruptaki anti-HAV IgG ve IgM pozitiflikleri sırasıyla % 84.4 ve % 0.7 idi. Erkeklerde ve kadınlardaki Anti-HAV IgG prevalansı %85.8 ve %83 iken anti-HAV IgM pozitifliği %0.98 ve %0.38 idi. Çorum'da yaş gruplarına göre HAV IgG ve IgM prevalansları anlamlı farklılık göstermekteydi (p<0.001, p=0.035).

Sonuç: Bölgemizde anti-HAV IgG seronegativitesi 11-20 yaş için %28.4 ve 21-30 yaş için %24.2 idi. Çalışmamız, bu yaş grubunun HAV enfeksiyonu açısından en yüksek risk grubunda olabileceğini düşündürmektedir. HAV enfeksiyonu komplikasyonlarının yaşla beraber artışı nedeniyle, seronegatif genç erişkinlere HAV aşısı uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit A virusu, seroprevalans, yaş grupları

Figür 1.



Hastaların belirlenmesi ve sınıflandırılması

Tablo 1.

		Anti-HAV IgG		p	Total (n=10458)
		Negatif (n=1630)	Pozitif (n=8828)		
Yaş grupları	0-10 yaş	120, %15.4	659, %84.6	<0.001	779
	11-20 yaş	581, %28.4	1463, %71.6		2044
	21-30 yaş	629, %24.2	1970, %75.8		2599
	31-40 yaş	155, %8.9	1586, %91.1		1741
	41-50 yaş	41, %2.8	1414, %97.2		1455
	51-60 yaş	44, %4.9	851, %95.1		895
	61-70 yaş	41, %7.7	489, %92.3		530
	71-80 yaş	12, %4.2	274, %95.8		286
	>80 yaş	7, %5.4	122, %95.6		129

Çorum bölgesinde farklı yaş gruplarına göre Anti-HAV IgG seroprevalansı

[Abstract:0144]**Akut pankreatitli hastalarda paraoksonaz-1 düzeyinin belirlenmesi**Rukiye Yıldız¹, Ahmet Uyanıkoğlu²¹ Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Şanlıurfa² Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji, Şanlıurfa

Giriş: Akut pankreatit (AP), klinik olarak karın ağrısı ve kandaki yüksek pankreas enzim seviyeleri ile karakterize pankreasın inflamasyonudur. Dünya genelinde gastrointestinal problemlerden dolayı hastaneye yatışların en sık nedenlerinden biridir. Bu çalışmada Paraoksonaz-1 (PON-1) düzeylerinin AP hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda ölçülerek karşılaştırılması, PON-1'in oksidatif stres ve AP şiddetini öngörmeye yerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya AP tanısı alan 50 hasta ve yaş ve cinsiyet ile benzer 45 sağlıklı gönüllü dahil edildi. AP tanısı klinikte karın ağrısı şikayeti ile beraber serum amilaz ve / veya lipaz değerinin normalin üst limitinden üç kat veya daha fazla artması ile konulmuştur. AP şiddeti için modifiye Atlanta ve Ranson skorlaması kullanıldı. Hastaların ve sağlıklı gönüllülerin yaş, cinsiyet, fizik muayene ve rutin laboratuvar parametreleri ve etiyolojileri kaydedildi. Hasta ve kontrol gruplarından alınan numuneler ön işlemden geçirildikten sonra, tam otomatik yöntem kullanılarak NaCl içermeyen ortamda PON-1 aktivitesi analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 50 hastanın 22'si (% 44) erkek, 28'i (% 56) kadın, yaş ortalaması 54.0±18.2, dağılımı 18-87 yaş idi. Kontrol grubundaki 45 olgunun 15'i (%33) erkek, 30'u (%67) kadın, yaş ortalaması 52.5±16.7, dağılımı 18-90 yaş idi. Grupların yaş ve cinsiyet dağılımı benzerdi. Hastaların etiyolojik dağılımı; 35'i (%70) biliyer AP, 8'i (%16) idiyopatik AP, 6'sı (%12) endoskopik retrograd pankreatografi sonrası AP, 1'i (%2) hipertrigliseridemiye bağlı AP idi. Hasta grubunda kontrol grubuna göre PON-1 düzeyi daha yüksek olmasına rağmen iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (sırasıyla 197.06±164.6 ve 192.1±111.78, p=0.86). Modifiye Atlanta skoruna ve Ranson skoruna göre hafif ve orta şiddetli hastalar ile ağır AP'li hastaların PON-1 değerleri karşılaştırıldı, ağır AP'li hastalarda PON-1 düzeyi anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p=0.018, p=0.000). Hasta grubu ile sağlıklı gönüllülerin rutin kan parametrelerinden Na, AST, ALT, ALP, GGT, D. Bil, İ. Bil, lökosit, hemoglobin, ve hematokrit değerleri arasında anlamlı farklılık tespit edildi (sırasıyla p=0.001, p=0.001, p=0.001, p=0.004, p=0.001, p=0.001, p=0.001, p=0.002, p=0.003, p=0.001). Diğer rutin parametreler ise hasta ve kontrol grubu için benzerdi.

Sonuç: PON-1 düzeyi, AP tanılı hastalarda istatistiki olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrol grubuna göre yüksektir, oksidatif stres testi olarak kullanılabilirlik açısından daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. PON-1, hem Modifiye Atlanta, hem de Ranson skorlamasına göre şiddetli AP'de hafif ve orta şiddetli AP'e göre anlamlı yüksek saptanmıştır, hastalığının şiddetini öngörmeye potansiyel bir belirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, paraoksonaz-1

[Abstract:0145]**Kolorektal Lateral Yayılımlı Tümörlerde Endoskopik Mukozal Rezeksiyon İle Başarısız Rezeksiyon Girişimi Sonrası Endoskopik Submukozal Diseksiyonun Yeri**Abdullah Murat Buyruk¹, Ayten Livaoğlu², Aydın Aktaş³¹Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği²Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji³Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği**Amaç:**

Kolorektal lateral yayılımlı tümörlerde(LST) (>2 cm) endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) yönteminde endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) yöntemine kıyasla inkomplet rezeksiyon ve lokal rekürrens ihtimali daha fazladır. Günümüzde kromoendoskopik yöntemler sayesinde LST'lerin invivo tanısı konulabilmekte ve bu durum gereksiz biyopsiler ve/veya mukozal rezeksiyonlar sonrası oluşabilecek submukozal fibrozis önüne geçebilmektedir. Batı toplumlarında gerek kromoendoskopik yöntemlerin kısıtlı kullanımı ve gerekse de ESD yönteminin sınırlı merkezde uygulanıyor olması nedeniyle ESD endikasyonu ancak çok sayıda biyopsi ve/veya inkomplet EMR sonrası konulabilmektedir. Bu çalışmada EMR ile inkomplet rezeksiyon sonrası ESD için refere edilen kolorektal LST'li hastaların sonuçlarını retrospektif olarak analiz ettik.

Yöntem:

Ocak 2019- Nisan 2021 tarihleri arasında inkomplet EMR sonrası ESD için kliniğimize refere edilen kolorektal LST'li hastalar tarandı. Sadece 2 cm'den büyük LST'ler çalışmaya dahil edildi. LST makroskopisi, lokalizasyonu, nonlifting bulgusu, ciddi submukozal fibrozis görülme oranı, en bloc rezeksiyon oranı, küratif ESD oranı, komplikasyon oranı ve histopatolojik veriler analiz edildi.

Bulgular:

Toplamda 8 LST çalışmaya dahil edildi. Ortalama tümör çapı 60.8 mm'di (aralık, 30-100 mm). LST'lerin çoğu (%75) LST-granulerdi. Lokalizasyon olarak 4 lezyon rektumda, 1 lezyon sol kolon ve 3 lezyon sağ kolondaydı. Lezyonların %50'sinde nonlifting sign pozitifliği. LST'lerin 7'sinde (%87.5) ciddi fibrozis izlendi. En bloc rezeksiyon ve küratif ESD oranları sırasıyla %100 ve % 87.5'du. Ortalama işlem süresi 134+/-89.50 dakikaydı. Komplikasyonlardan perforasyon 1 hastada (%12.5), gecikmiş dönemde kanama ise 1 hastada (%12.5) izlendi. Her iki hasta da endoskopik olarak tedavi edildi. Histopatolojik incelemede 1 lezyon tradisyonel serrated adenom, 1 lezyon villöz adenom, 1 lezyon yüksek derece displazili tübülovillöz adenom, 1 lezyon karsinoma in situ, 4 lezyon adenokanser olarak değerlendirildi. Adenokanser olarak değerlendirilen lezyonlardan 3'ünde yüzeysel submukozal invazyon, 1'inde ise derin submukozal invazyon (SMd) izlendi.

Sonuç:

EMR ile inkomplet rezeksiyon uygulanan LST'lerde ESD teknik olarak zor ancak deneyimli endoskopistler tarafından uygulandığında yüksek başarı oranına sahip minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik mukozal rezeksiyon, Endoskopik submukozal diseksiyon, Lateral yayılımlı tümör

Resim-1



Endoskopik mukozal rezeksiyon ile inkomplet rezeksiyon sonrası endoskopik submukozal diseksiyon için referans edilen 100x65 mm çapında Paris Is+Ila lateral yayımlı tümörün en bloc rezeksiyonu sonrası görünüm

[Abstract:0146]

Kolorektal Polip Saptanan Çocukların Değerlendirilmesi

Sevinç Garip

Adana Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şehir ve Eğitim Araştırma Hastanesi
Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme

Giriş: Gastrointestinal sistem polipleri mukoza ve submukozadan köken alan lümeneye doğru çıkıntı oluşturan neoplastik ya da proliferatif lezyonlardır. En sık 2-6 yaş arasında, sıklıkla kolorektal bölgede, pedinküle veya sesil, tek ya da çoğul olabilirler (1). Kolorektal polipler non-neoplastik polipler ve neoplastik polipler olarak sınıflandırılmaktadır. En sık klinik belirtisi ağrısız rektal kanamadır, karın ağrısı, kabızlık, ishal, polip veya rektum prolapsusu olabilir, nadiren intussusepsiyon gelişebilir (2). Demir eksikliği anemisi vakaların üçte birinde bulunur.

Amaç: Çalışmamızda kolonoskopi yapılarak polip saptanan çocuk hastaların yaş, cinsiyet, şikayet, laboratuvar bulguları, poliplerin yerleşimi, sayısı özelliği, histopatolojik sonuçları belirlenerek literatür eşliğinde sunmak, tam kolonoskopi yapılması gerekliliğini tekrar vurgulamak amaçlanmıştır.

Kapsam ve Yöntem: Çalışmaya Ocak 2019- Şubat 2021 arasında kolonoskopi yapılarak Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk gastroenteroloji bölümünde takip edilen 6 ay ile 18 yaş arasında polip saptanan hastalar dahil edildi. Hasta verileri hastanemiz **** tarih ve ***** sayılı etik kurul onamı alındıktan sonra retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Kolonoskopi yapılan 400 hastada % 9,8 toplam 58 adet polip saptandı. Hastaların 28'si erkek 11'i kadın; ortalama yaş 6,8 yıldı. En sık başvuru şikayeti % 51,2 rektal kanama olup, % 23 rektumda prolabe kitle, 4 ishal, 2 karın ağrısı, 2 dudakta hiperpigmente lezyon varken 2 hasta asemptomatikti. Rektal muayenede 17 hastada rektal polip, 17 hastada anemi, 10 hastada B12 eksikliği saptandı. Kolonoskopide % 71,8 1 adet, % 10,2 2 adet, % 18 2'den fazla toplam 58 polip saptandı. Polip çapları incelendiğinde 5mm'den küçük 18, 5-10 mm 18, 11-20 mm 13, > 20 mm 9 polip vardı. Poliplerin %84,7 rektosigmoid kolonda % 15,3'ü ise daha proksimaldeydi. Histopatolojide %48,6 juvenil polip (%18 soliter juvenil, %30,6 inflamatuvar), %30,7 hiperplastik, %10,2 neoplastik adenomla uyumluydu.

Tartışma: Çocukluk çağında polipler gastrointestinal sistemin tüm bölümlerinde olabilir. Juvenil polipli çocukların yaklaşık % 50' sinde birden fazla polip vardır ve çoğunluğu sol taraftadır (1). Prevelansı yapılan farklı çalışmalarda % 4-12 arasında değişmektedir. Kolonoskopi oranı arttıkça özellikle rektosigmoid kolon proksimalinde yerleşimli ve multiple poliplerin saptanma oranı artmaktadır. Bu nedenle rektosigmoidoskopi ile yetinilmeyip tüm hastalarda kolonoskopi önerilmektedir. Çalışmamızda kolonoskopi yapılan 400 hastada % 9,8 oranında polip saptanmıştır. Kolorektal polipler nedeni net olarak bilinmemekte erkeklerde kızlardan daha sık görülmektedir (3). Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda erkek cinsiyet oranının fazla olması risk faktörü olabileceği düşündürmüştür, bu konuda yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalara ışık tutmaktadır. Pediatriye 2-6 yaş en sık görülen yaş grubu olup, çalışmalarda ortalama yaş; Waitayakul ve ark 5,1 yıl; Mougnot ve ark. 6 yıl; Mohammad ve ark. 5,6 yıldı (4,5,6). Bizde literatürle benzer şekilde 6,8 yıl saptadık. Çalışmamızda yer alan hastalar yaşlarına göre gruplandırıldığında 2-6 yaş hasta oranı % 47,3; 6-10 yaş % 21; 10 yaşından büyük %26,5'di. Kalın bağırsak polipinin en yaygın klinik belirtisi dışkılama sırasında ağrısız rektal kanamadır. Rektal muayenede hareketli yumuşak kitle saptanabilir bazen kitle rektumdan dışarıya prolabe olabilir. Polipe bağlı tıkanıklık ya da intusepsiyon nedeniyle karın ağrısı, kabızlık, rektum prolapsusu diğer semptomlar arasında yer alır (2). Özellikle Peutz-Jeghers sendromu (PJS), Ailesel adenomatöz polipoz (FAP) gibi bazı sendromik hastalıklarla beraber ekstraintestinal belirtiler olabilir (7). Dudaklarda, bukkal mukozada, burun deliklerinde, göz çevresindeki ciltte, ellerde ve ayaklarda

ve perianal bölgede mukozal pigmentasyon olabilir. Makrosefali, yarık dudak veya damak, vücudun farklı yerlerinde tümörler görülebilir (2). Waitayakul ve ark. %93,5 rektal kanama, %39,8 rektal prolapsus; Thakkor ve ark. % 28,3 rektal kanama, % 19,8 karın ağrısı, %14,8 ishal; Mohammad ve ark %98,2 rektal kanama, %1,3 rektal prolapsus; Mougnot ve ark. ile Ulukaya ve ark. en sık rektal kanama şikayeti saptadı (4,5,6,8,9). Tüm bu çalışmalarla benzer olarak %51,2 rektal kanama %23,6 rektumda prolabe kitle, %10,2 ishal, daha nadir karın ağrısı şikayeti vardı. Farklı olarak 2 hastada dudakta hiperpigmentasyon ve 2 hastada ailede polipozis sendromları olduğu için başvuran asemptomatik hastalardı. Literatürdeki çalışmalara benzer şekilde anal kanal ve rektumda yaklaşık ilk 10 cm'lik distalde rektal muayenede % 43,5 oranında polip saptandı. Polip saptanan hastanın %56,5'inde rektal muayene normaldi. En sık başvuru şekli olan aralıklı rektal kanama yaklaşık % 55 oranında üç aydan uzun sürdüğü için hastaların üçte birinde kronik demir eksikliği anemisi bulunur. Protein kaybettiren enteropatiye neden olarak hipoalbuminemi gelişebilir. Saplı poliplerin ootoamputasyonu sonucu majör rektal kanama olursa akut anemi saptanır (2). Çalışmamızda da % 43,5 demir eksikliği anemisi, %25,6 vitamin B12 eksikliği saptandı, hipoalbuminemi yoktu. Çocuklarda gastrointestinal polipler genellikle adenomlar ve hamartomlar olarak iki ana kategoriye ayrılır. Soliter polipler ve pediatrik yaş grubunda bulunan poliplerin çoğu, genellikle ağırlıklı olarak juvenil tipte ve muhtemelen iyi huylu olan hamartomlardır. Histopatolojik özelliklerinin benzer olması nedeniyle juvenil, inflamatuvar ve hiperplastik tipler eşdeğer kabul edilmektedir. Soliter adenomlar ise nadirdir ve uzun vadeli malign potansiyele sahip olabilir. Ekstraintestinal belirtileri ve aile öyküsü olmayan kolonoskopilerde beşten az hamartomatöz polip saptanan çocuklarda malignite riski çok düşüktür (10). Çocukluk çağında en sık rektosigmoid bölge yerleşimli soliter saplı juvenil polip görülürken, yapılan son çalışmalarda sağ kolon yerleşimli poliplerin sayısı giderek artmaktadır. Çoklu juvenil poliplerin ve hiperplastik poliplerin malignite riski olduğu unutulmamalıdır (11). Waitayakul ve ark.'larının saptadıkları poliplerin % 18'sağ kolonda olup % 8 oranında 5'den fazla sayıda idi, % 95 juvenil, % 2,5 inflamatuvar, % 5 hiperplastik tipti. Mougnot ve ark. % 96,8 juvenil olup sadece 1 hastada adenom saptadı. Tahakkor ve ark. polipler en sık sigmoid kolonda olup % 29 birden fazla sayıda ve % 50,1 saplı polipti (12). Mohammad ve ark. % 4,7 çoklu polip saptamış, % 76,7 oranında rektosigmoid yerleşimliydi. Tüm hastalara tek aynı pediatrik gastroenterolog tarafından kolonoskopi yapılan çalışmamızda % 28,2 çoklu, % 46,1 saplı, % 15,3 oranında rektosigmoid kolon proksimaline yerleşmiş polipler saptandı. Histopatolojide %48,6 juvenil polip (%18 soliter juvenil, %30,6 inflamatuvar), %30,7 hiperplastik, %10,2 neoplastik adenomla uyumluydu. Daha yaşlı pediatrik hastalarda, özellikle 10 yaş ve üstü olanlarda, basit juvenil poliplerle karşılaşılma olasılığı daha düşüktür ve polipoz sendromunun bir parçası olarak ortaya çıkan adenomatöz polipler veya polipler daha olası hale gelir (13). Neoplastik adenomatöz polip saptanan dört erkek hastanın üçü 2-6 yaş grubunda biri 10 yaşındaydı. Hastaların % 50'sinde ailede kalıtsal polipoz sendromu vardı, %75 demir eksikliği anemisi, % 75 multiple sayıda olup hepsinde rektosigmoid bölge proksimalinde yerleşim vardı. Tüm bu veriler ışığında yaş farkı olmasa da multiple sayıda, sapsız ve sağ kolon yerleşimli polipler neoplazi ile yakından ilişkili olup, polip değerlendirmek için kolonoskopi yapılması tanı oranını artıracaktır.

Sonuç: Kolorektal polipler çocuklarda nadirdir, çalışmamızda saptadığımız gibi özellikle rektosigmoid bölgenin proksimalinde ve çoklu sayıda ise neoplastik kalıtsal sendromlarla beraber olabilir. Bu nedenle çocuk hastalarda rektosigmoidoskopi ile gözden kaçabilir, çocuk gastroenteroloji tarafından tam kolonoskopi yapılması önerilir.

“ Çalışma Helsinki Deklerasyonuna uygun yapılmıştır ve yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur.”

Referanslar:

1. CA Durno. Colonic polyps in children and adolescents. Can J Gastroenterol 2007;21(4):233-239
2. Kaya M., Engb K., Wyllie R. Colonic polyps and polyposis syndromes in pediatric patients. Wolters Kluwer Health. Volume 27. Number 5. October 2015.
3. Erdman SH, Barnard JA. Gastrointestinal polyps and polyposis syndromes in children. Curr Opin Pediatr 2002;14: 576-82.

4. Waitayakul S., Singhavejsakul J., Ukarapol N. Clinical characteristics of colorectal polyp in Thai children: a retrospective study. J Med Assoc Thai. 2004 Jan;87(1):41-6.
5. J F Mougnot, M E Baldassarre, L M Mashako. Recto-colic polyps in the child. Analysis of 183 cases. Arch Fr Pediatr. 1989 Apr;46(4):245-8.
6. Mohammad THA., Monajemzadeh M., Motamed F. Et all. Colorectal Polyps: A Cinical, Endoscopic and Pathologic Study in Iranian Children. Med Princ Pract 2009;18:53-56.
7. Burt RW, Jacoby RF. Polyposis syndromes. In: Yamada T, ed. Textbook of Gastroenterology, 4th edn. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2003:1914-39.
8. Thakkar K., Fishman DS., Gilger MA. Colorectal polyps in childhood. 2012 OCT. 24:5.
9. Ulukaya Ç., Çağlar M., Fettahoğlu S.et all. A clinical experience on pediatric colorectal polyps. Göztepe Tıp Dergisi. 2012; 27(1):1-5.
10. Kaya M, Engb K., Wyllie R. Colonic polyps and polyposis syndromes in pediatric patients. Curr Opin Pediatr 2015, 27:634-641.
11. Pawel BR. Polyps and tumors of the gastrointestinal tract in childhood. In: Pathology of pediatric gastrointestinal and liver disease. 2 ed. New York: Springer; 2014.; 317-370.
12. Thakkar K., MD, MSCR, Alsarraj A., et all. Prevalence of colorectal polyps in pediatric colonoscopy. Dig Dis Sci. 2012 April; 57(4)
13. Wang LC., Lee HC., Yeung CY. et all. Gastrointestinal Polyps in Children. Pediatr Neonatol 2009;50(5):196-201.

[Abstract:0147]**Mide Çıkış Obstruksiyonuna Neden Olan Dev Lipomların Tedavisinde Endoskopik Submukozal Diseksiyon Yöntemi İle İlgili Deneyimimiz**

Abdullah Murat Buyruk¹, Ayten Livaoğlu², Halil Afşin Taşdelen³, Aydın Aktaş³, Eser Bulut⁴

¹Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

²Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji

³Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

⁴Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji Birimi

AMAÇ

Lipomlar çoğunlukla insidental olarak karşımıza çıkan benign submukozal tümörlerdir. En sık kolonda izlenirken mide ve duodenumda nadiren gözlenir. Küçük lipomlar (<2 cm) genellikle asemptomatiktir. Lezyon çapı büyüdüğünde ise özellikle mide ve duodenum için mide çıkış obstruksiyonu (MÇO) en sık izlenen klinik tablodur. Asemptomatik lipomlar için tedavi önerilmez iken özellikle büyük semptomatik lipomlar için net bir konsensus bulunmamaktadır. Bu sunumda MÇO kınığı ile başvuran dev gastrik lipomlu bir hasta ile bulbus kaynaklı dev duodenal lipomlu başka bir hastanın endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) yöntemi ile tedavileri anlatıldı.

YÖNTEM

MÇO nedeniyle ESD uyguladığımız 2 hastanın demografik, endoskopik, radyolojik ve histopatolojik verileri analiz edildi.

BULGULAR

Vaka 1: 55 yaşında erkek hastanın son 2 aydır olan bulantı, kusma ve erken dolgunluk şikayeti ile kliniğimizde başvurdu. Özofagogastroduodenoskopi'de (ÖGD) bulbus arka duvar kaynaklı lümende kısmi obstruksiyona neden olan ve duodenum 3. segmente kadar uzanan yaklaşık 100x40 mm çapında polipoid görünümde subepitelyal lezyon (SEL) izlendi. Endoskopik incelemede sarı refle veren ve yastık belirtisi pozitif olan lezyon lipom olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelemesinde yaklaşık 110x42 mm çapında, iyi sınırlı, -64 ile -138 Hounsfield ünitesi değerleri arasındaki hipodens lezyon lipom olarak konfirme edildi. Dev lipom genel anestezi altında 45 dakika süre sonunda en bloc olarak rezektü edildi. ESD sonrasında dev lipom pilor kanalından proksimale çekilemediği için snare ile bölündü ve ancak sonrasında snare yardımıyla peroral olarak dışarı alınabildi. İşlem sonrasında diseksiyon alanına 10 adet klip uygulanarak diseksiyon alanı kapatıldı. Vaka 2: 63 yaşında kadın hasta son 6 aydır olan yemek sonrası şişkinlik ve bulantı şikayeti ile kliniğimizde başvurdu. ÖGD'de antrumda arka duvarda mide çıkışında kısmi obstruksiyona neden olan 75x50 mm çapında endoskopik görünüm olarak lipoma benzeyen SEL izlendi. BT incelemesinde yaklaşık 72x45 mm çapında, iyi sınırlı, -50 ile -135 Hounsfield ünitesi değerleri arasındaki hipodens lezyon lipom olarak değerlendirildi. Lezyon genel anestezi altında 55 dakika süre sonunda ESD yöntemi ile en bloc olarak rezektü edildi. Bu lezyon da büyüklüğü nedeniyle kardiyadan proksimale ilerletilemediği için ancak snare ile küçük parçalara ayrıldıktan sonra peroral yoldan dışarı alınabildi. Her iki işlem sırasında veya sonrasında komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ

MÇO'nun nedeni nadiren de olsa gastrik veya duodenal lipom olabilir. Semptomatik dev gastrik veya duodenal lipom tedavisinde cerrahi yerine ESD daha non-invaziv ve güvenilir bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: lipom, mide çıkış obstruksiyonu, endoskopik submukozal diseksiyon

Resim-1

Mide çıkış obstruksiyonuna neden olan dev gastrik lipomun endoskopik submukozal diseksiyon yöntemi ile rezeksiyonu sırasındaki endoskopik görünüm

[Abstract:0151]**Mide Lenfomalarında Endoskopik Özelliklerin, Histopatolojik Alt tiplerin ve Hastaların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi: Tek Merkez Deneyimi**

Mehmet Önder Ekmen, Muhammet Yener Akpınar, Yaşar Nazlıgöl
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Lenfomaların insidansında son zamanlarda belirgin bir artış görülmektedir. Bu artıştan sorumlu olan alt tipin extranodal lenfomalar olduğu gözlemlenmiştir. Extranodal lenfomalar en sık santral sistemi, mide, barsaklar ve ciltte izlenir. Non-Hodgkin lenfomalarında en sık görülen tutulum yeri midedir. Primer gastrik lenfomalar, %30-40 sıklık ile en sık izlenen extranodal lenfoma tipidir. Bununla beraber insidansları nadir olup tüm mide kanserleri içindeki sıklığı %5'lere düşmektedir. Bu başlık altında agresif seyirli lenfomalar görülebileceği gibi MALT lenfoma gibi daha iyi seyirli lenfomalar da izlenebilir. Primer mide lenfomaları sıklıkla 5. dekat ve sonrasında ortaya çıkar; erkeklerde 2-3 kat daha sık izlenir. Hastalık klinikte kendini non-spesifik şikayetlerle belli eder. Çoğu hasta için primer mide lenfoma tanısı, başka ön tanımlarla üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan hastalarda tesadüfen konulur. Klinik şikayetlere benzer olarak endoskopik özellikleri de bu hastaların spesifik değildir ve farklı pek çok başka hastalıkların endoskopik görüntüsünü taklit edebilir. Biz bu çalışmada, kliniğimizde tanısı konulan mide lenfomalı hastaların endoskopik özelliklerini, tiplerini, klinik seyirlerini ve olmuştaki mortalitelerini araştırmayı amaçladık

Gereç-Yöntem: Bu çalışmanın retrospektif olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji ve Patoloji klinikleri ile beraber yapılması planlandı. 01 Ocak 2006-01 Aralık 2019 tarihleri arasında Gastroenteroloji Kliniği endoskopi ünitesinde farklı endikasyonlarla üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopileri yapılan, alınan biyopsi materyallerinde de 'lenfoma' olarak raporlanan 18 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların endoskopi raporları, klinik başvuru şikayetleri, başvurularında bakılan laboratuvar tahlilleri, lenfomalarının patolojik alt tipleri hastane otomasyon sisteminden geçmişe yönelik olarak toplandı. Hastaların ayrıca kayıtlı olan tedavileri, varsa tedaviye olan yanıtları ve kontrollere geldiklerinde yapılan işlemlerin sonuçları da retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların patoloji sonuçlarından 14 ü (%78) Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DBHL), 2 si MALToma (%11), 1 i Atipik Lenfoid Hiperplazi, Hodgkin Lenfoma? (%5,5), 1 i Foliküler Lenfoma (%5,5) geldi. Hastaların 11 i erkek, 7 si kadındı. Erkek hastaların yaş ortalaması (65,5), Kadın hastaların yaş ortalaması (56,3) idi. Hastalardan elde edilen patolojik materyallerin 13 ü (%72,2) endoskopik biyopsi ile, 5 i (%27,8) cerrahi operasyon sonucu elde edilmiştir. Hastaların 17 si (%94,5) B hücreli lenfoma, 1 i (%5,5) T hücreli lenfoma olarak saptanmıştır. Hastaların kliniğe geliş semptomları olarak 5 i dispepsi (%28), 5 i karında şişlik (%28), 4 ü karın ağrısı (%22), 2 si reflü (%11), 2 si akut batın (%11) olarak saptandı. Hastaların endoskopik biyopsi materyallerinden tanı konulan 14 hastanın 10 unun (%71,4) H.pylori testi pozitif, 4 ünün (%28,6) nın H.pylori testi negatifti. Sonuç olarak kliniğimizde tanısı konulan mide lenfomalı hastaların büyük çoğunluğunu diffüz büyük B hücreli lenfoma patolojik alt tipine sahip hastalar oluşturmaktaydı. Literatürde de Non Hodgkin Lenfoma patolojik alt tipleri içinde en sık DBHL görülmekteydi. Bu elde ettiğimiz sonuçlar da literatür ile uyumluydu. Hastaların büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktaydı ve endoskopik biyopsi ile tanısı konulan hastaların büyük çoğunluğunun H.pylori testi pozitifliği. Bu da H.pylori ile Mide lenfomaları arasındaki ilişkiyi ortaya koyması açısından anlamlıydı. Primer mide lenfomalarının türleri, H. Pylori ile olan ilişkileri ve klinik özellikleri üzerine gelecekte yapılacak çalışmalar bu konunun daha iyi irdelenmesine ve literatürdeki verilerin zenginleşmesine yol açacaktır.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi, Lenfoma, Mide

Mide Lenfomaları Hasta Özellikleri

Hasta Sayısı	Erkek:11	Kadın:7		
Histopatolojik Alt tip	Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma:14	MALToma:2	Atipik Lenfoid Hiperplazi-Hodgkin Lenfoma?:1	Foliküler Lenfoma:1
Semptomlar	Dispepsi:5	Karında şişlik:5	Karın Ağrısı:4	Reflü:2 Akut Batın:2
H.Pylori ilişkisi	H.Pylori(+):10	H.Pylori(-):4		
Yaş Ortalaması	Erkek:65,5	Kadın:56,3		

[Abstract:0152]**Crohn hastalığına bağlı perianal fistüllerde cerrahi deneyimlerimiz**

Ali Sürmelioglu¹, Ersan Özkardaşlar²

¹İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kastamonu

Giriş-Amaç: Crohn hastalığı (CH); gastrointestinal sistemde oral bölgeden anüse kadar tüm kısımlarını tutabilen kronik, progresif, destrüktif inflamatuvar bir hastalıktır. Asemptomatik hastalarda dikkate alındığında CH'nda perianal hastalık insidansı %25-80 arasındadır. Bunun da en büyük kısmını perianal fistül (PF) ve ilişkili apseler oluşturmaktadır. CH tanısı almadan hastaların %5-10'unda ilk başvuru sebepleri perianal fistül yada apse ile olabilmektedir. Gastrointestinal sistemde distale doğru gidildikçe PF görülme oranı artmaktadır. PF görülme oranı izole ileal hastalıkta %12, İleokolonik tutulumda %15, rektumun tutulmadığı kolonik hastalıkta %41, rektumun tutulduğu kolonik hastalıkta %92'dir. Tanı sonrası PF görülme oranı ise ilk yılda %10, 5. yılda %15, 20. yılda %23'tür. CH yönetimi zor olan bir hastalık olmakla birlikte PF varlığında daha da zorlaşmaktadır. CH'da görülen PF'lerin çoğu multipl ağızları olan kompleks fistüllerdir. Günümüzde CH perianal abse yada fistül tutulumunda tedavinin ana prensipleri; apse drenajı ve gevşek seton uygulamasıyla birlikte antibiyotik tedavisi (siprofloksasin + metranidazol), anti-TNF yada anti-integrin antikor tedavisine azatiyopürin eklenmesi şeklindedir. Tüm bu tedavilere rağmen perianal hastalık kontrolü sağlanamadığı olgularda kalıcı stoma yada proktektomiye giden hasta oranları %20 civarındadır. Bu çalışmadaki amacımız CH'da aktif perianal fistül, apse yada striktür varlığında cerrahi tedavi deneyimlerimizi paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya alınan tüm hastalar gastroenterolog, radyolog ve gastrointestinal cerrah tarafından değerlendirilerek tedavi planlaması yapılmıştır. Ocak 2012-Ocak 2021 yılları arasında kliniğimizde perianal CH nedeniyle opere edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara fizik muayene, anal magnetik rezonans görüntülemeleri ve endoskopik incelemeleri yapılarak tanıya gidildi. Hastaların yaşları, cinsiyeti, CH yerleşim yerleri, operasyon nedenleri, yapılan operasyon şekli ve operasyon sayıları kaydedildi.

Bulgular: Bu dönem içerisinde perianal CH nedeniyle opere edilen hasta sayısı 36 idi. Hastaların 21'i (%58,3) erkek, 15'i (%41,7) kadın ve ortalama yaş 32 (18-65) idi. Daha önce CH tanısı almayan 3 (%8,3) hastanın ilk başvuru sebebi PF idi. Hastaların 6 'sında (%16,7) ileal, 11'inde (%30,6) kolonik, 19'unda (%52,8) ileokolonik tutulumlu CH mevcuttu. 30 (%83,3) hastanın perianal muayenesinde birden fazla fistül ağızı mevcuttu. CH takip süresi boyunca yapılan ameliyat şekline bakıldığında; 3 (%8,3) hastaya bir kez perianal apse nedeniyle drenaj, 17 (%47,2) hastaya bir kez PF nedeniyle gevşek seton, 3 (%8,3) hastaya bir kez perianal apse drenajıyla beraber gevşek seton, 6 (%16,7) hastaya iki kez perianal apse drenajı ile birlikte gevşek seton, 3 (%8,3) hastaya üç kez perianal apse drenajı ile birlikte gevşek seton, 1 (%2,8) hastaya iki kez perianal apse drenajı ve iki kez gevşek seton uygulaması olmak üzere dört kez ameliyat edildi. Multipl PF'ü olan ve anal striktür gelişen 2 (%5,6) hastaya diversiyon stoma, PF ile birlikte rektoretral fistülü olan rektosigmoideal hastalık tutulumlu 1 (%2,8) hastaya anterior rezeksiyon sonrası tüfek namlusu şeklinde stoma açıldı. Hiçbir hastanın proktektomi ihtiyacı olmadı. Mortalite izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: CH'na bağlı gelişen PF'ler kompleks fistüllerdir ve yönetimi zordur. Tedavi planlaması mutlaka içinde gastroenterolog, radyolog ve cerrahın olduğu multidisipliner bir takım ile yapılmalıdır. Günümüzde CH perianal hastalığı kontrol etmede medikal tedaviyle birlikte bazı hastalarda birkaç kez gerekebilmesine rağmen gevşek seton uygulaması oldukça etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Crohn hastalığı, perianal fistül, seton

[Abstract:0154]

Siroz hastalarında özofagus varis kanamasını öngörmeye APRI ve FIB-4 kullanılabilir mi?

Ufuk Avcıoğlu, Berk Baş, Müge Ustaoglu, Ahmet Bektaş
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ

Karaciğer fibrozisinin noninvaziv ölçüm yöntemlerinden olan Fibroscan'ın kanama açısından yüksek riskli özofagus varislerinin belirlenmesinde de kullanılabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Ancak aynı amaçla serum temelli fibrozis skorlarının kullanılıp kullanılmayacağına dair çalışmalar çok sınırlı sayıdadır. Çalışmamızda küçük özofagus varislerinde varis kanaması öncesi geçen süre (VKÖGS) ile serum temelli karaciğer fibrozis skorları olan APRI ve FIB-4 arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL METOT

Kliniğimizde karaciğer sirozu tanısı konulan CP evresi A ve B olan, varis taraması amacıyla üst GİS endoskopisi yapılan 150 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Düzenli takiplere gelen, ilk başvurusunda F1-F2 özofagus varisleri olan ve varislerinde kırmızı renk bulgusu (red spot, hemosistik spot, wale sign) olmayan hastalar (n=69) çalışmaya dahil edildi. İlk özofagogastroduodenoskopisinde(ÖGD) varisi olmayan veya F3 varisleri olan, varislerin üzerinde kırmızı renk bulgusu olan, takiplerinde PVT, HCC gelişen, özofagus varis kanaması (ÖVK) dışı nedenlerle eks olan, 10 yıllık takipte ÖVK gelişmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. (n=81) Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşı, cinsiyeti, siroz etiyolojileri, CP, MELD, FIB-4, APRI skorları ve ilk VKÖGS kayıt altına alındı.

SONUÇLAR

Başvuru döneminde hastaların %34.8'inde (24 hasta) F1 varis, %65.2'inde (45 hasta) F2 varis saptandı. Hastaların VKÖGS ortancası 32 (9-85) aydı. HCV tanılı hastalarda VKÖGS diğer tanılara göre daha fazla olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p=0.586) APRI (p=0.003) ve FIB-4(p=0.033) skorları ile VKÖGS arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı. Yine tanı dönemindeki MELD ve CP skorları ile VKÖGS arasındaki ilişki anlamlı değildi.

TARTIŞMA

Karaciğer sirozu tanısıyla takipli ilk endoskopisinde özofagus varisi olup kanama bulgusu olmayan ve varis kanaması için yüksek risk faktörü içermeyen hastalarda, varislerin ilk tespit edildiği dönemdeki FIB-4 ve APRI skorlarındaki yüksekliğin kanama açısından riskli olabilecek hastaları öngörebildiğini tespit ettik. Bu bulguların daha çok hasta içeren çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: APRI, FIB-4, Özofagus varis kanaması

Tablo 1

Parametre		n=69	%
Cinsiyet	Kadın	28	(40.6)
	Erkek	41	(59.4)
Yaş	56.51±11.25		
Siroz etiyolojisi	Hepatit B Virüs	23	(33.3)
	Hepatit C Virüs	17	(24.7)
	Alkol	9	(13.1)
	Otoimmün Karaciğer Hastalığı	6	(8.7)
	Wilson Hastalığı	2	(2.9)
	Kriptojenik	12	(17.3)
Child Turcotte Pugh Skoru	A	46	(66.7)
	B	23	(33.3)
İlk ÖGD bulguları	F1 Varis	40	(57.9)
	F2 Varis	20	(29.1)
Ek hastalıklar	Hipertansiyon	15	(21.7)
	Kardiyovasküler Hastalık	8	(11.5)
	Obezite	22	(31.8)
	Tip 2 DM	13	(18.8)
	Kronik Böbrek Yetmezliği	2	(2.9)
	Akciğer Hastalığı	3	(4.3)
	Kalp Yetmezliği	2	(2.9)

Çalışmaya katılan hastaların demografik verileri

Tablo 2

	İlişki katsayısı	P
APRI	-0.349	0.003**
FIB-4	-0.258	0.033*
MELD skoru	0.324	0.318
CTP skoru	0.593	0.538

Varis kanaması öncesi geçen süre ile fibrozis skorları ve siroz evresi skorları arasındaki ilişki

[Abstract:0155]**COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Üst Gastrointestinal Kanama Hastalarının Sonuçlarına Etkisi**

Abdullah Murat Buyruk¹, Elif Artut², Ali Senkaya³, Aydın Aktas², Seymur Aslanov³, Ferit Celik³, Alper Uysal³, Ozan Fatih Sarkaya³, Eser Bulut⁴, Nalan Gulsen Unal³, Fatih Tekin³, Omer Ozutemiz³

¹ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

² Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

³ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

⁴ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji Bilim Dalı

Amaç: Tüm dünyada milyonlarca insanı etkileyen COVID-19 salgını sonrası birçok ülkede karantina önlemleri uygulanmaktadır. Endoskopik işlemlerin (özellikle üst gastrointestinal kanal (GİK)) bulaş açısından yüksek riskli olması nedeniyle karantina döneminde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de acil vakalar dışındaki endoskopik incelemeler ertelenmiş veya iptal edilmiştir. Dünyada COVID-19 pandemisi sonrası üst GİK kanamaları ile ilgili kısıtlı veri mevcuttur. Çalışmamızın amacı ülkemizde COVID-19 pandemisinin üst GİK kanamaları üzerine etkisini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Retrospektif çalışmaya COVID-19 öncesi (CÖ) (Ocak 2019-Mart 2020) ve COVID-19 sonrası (CS) (Mart 2020-Mart 2021) dönem olmak üzere son 2 yıldaki üst GIS kanama nedeniyle endoskopik inceleme yapılan hastalar dahil edildi. Daha önceden bilinen malignite öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya iki merkez (Ege Üniversitesi ve Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi) katıldı. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet), başvuru semptomları, kanama açısından risk oluşturan ilaç kullanımı, ASA skorları kanama etiyojileri, tedavi tipleri, tekrar kanama oranları, hasta yatış süreleri, yoğun bakım yatış süreleri, transfüzyon oranları ve mortalite oranları incelendi.

Bulgular: CÖ dönemde 125 hastada, CS dönemde ise 89 hastaya (%29 azalma) üst GİK nedeniyle acil endoskopi uygulandı(tablo-1). Her iki grupta yaş ve cinsiyet oranları benzerdi. CÖ dönemde melena (p <0.001), CS dönemde senkop (p <0.001) daha sık görülürken, hematemez ve hematokezya her iki grupta benzer oranda görüldü. NSAID ve antikoagulan kullanımı iki grupta benzer (p=0.35 ve p=0.13) iken antiagregan kullanımı CS döneminde daha sık izlendi (p=0.03). Glasgow-Blatchford Skoru (GBS) CS döneminde daha yüksekti (p=0.02). ASA 1-3 hasta sayısı her iki grupta benzer iken CÖ dönemde ASA-4 hasta sayısı daha fazlaydı (p<0.001). Helikobakter pilori pozitifliği CS döneminde daha sık izlendi (p<0.001). Anastomoz hattından kanama CS döneminde daha sık görülürken (p=0.04), diğer kanama yerleri her iki grupta benzer idi. Her iki grupta da en sık kanama nedeni peptik ülserdi (CÖ:%60 ve CS:%72; p=0.09) ve yüksek riskli peptik ülser CS döneminde daha sık izlendi (CÖ:%39.4 ve CS:%64.5; p=0.003). Endoskopik kombine tedavi oranı CS grupta daha fazla fazlaydı (p<0.001). Malign mide ülseri görülme sıklığı CS döneminde daha fazlaydı (CÖ:%13 ve CS:%25, p=0.04). Tekrar kanama oranları, transfüzyon sıklığı, anjiyografik tedavi, cerrahi tedavi gerekliliği, hastanede kalış süresi, yoğun bakım yatış oranları ve mortalite oranları (p=0.48, p=0.18, p=0.24, p=0.94, p=0.17, p=0.15, p=0.31; sırasıyla) her iki grup için benzerdi.

Sonuç: CS döneminde CÖ döneme göre üst GİK kanaması ile başvuran hasta sayısı belirgin azalmıştır. Ancak pandemi dönemdeki kanamalar daha yüksek risklidir ve etiyojide malignite ihtimali daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, endoskopi, üst gastrointestinal kanal kanaması

[Abstract:0156]**Outcome of COVID-19 in Patients with Autoimmune Hepatitis: an International Multi-Centre Study**

Cumali Efe¹, Ersin Batıbay,renumathy Dhanasekaran,craig Lammert, Costica Aloman,hatef Massoumi, Andreea M. Catana,nidah Khakoo,shalom Frager, Tugrul Purnak, M Carr, Marina Silveira, David N.assis, James L. Boyer, Chyntia Levy, Thomas D. Schiano², Berat Ebik,nazım Ekin,kadri Atay,fatih Eren,murat Harputoğlu, Murat Kıyıcı, Murat Akyıldız, Ramazan Idilman, Ibrahim Hatemi, Ali Rıza Çalışkan,hüseyin Kacmaz,nurhan Demir, Kader Irak, Zeynep Melekoğlu Ellik, Yasemin Balaban³, Mirta Peralta, Manuel Mendizabal, Marcelo Silva,ezequiel Ridruejo⁴, Alessio Gerussi, Laura Cristoferi,cristina Rigamonti, Pietro Invernizzi⁵, Andres Jose Gomez Aldana⁶, Álvaro Urzua, Leyla Nazal⁷, Romee Sniijders, Joost P. H. Drenth⁸, Einar Björnsson⁹, Murat Torgutalp¹⁰, Fatima Higuera De La Tijera¹¹, Staffan Wahlin¹²

¹Department of Gastroenterology, Harran University Hospital, Şanlıurfa, Turkey

²Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, Stanford University, Stanford,Department of Medicine Indiana, University School of Medicine Indianapolis Rush University Medical Center, Section of Hepatology, Chicago,Department of Medicine, Montefiore Medical Center, Bronx,Division of Gastroenterology/Hepatology, Department of Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts,Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, McGovern Medical School, 6431 Fannin, MSB1.150, Houston, TX,Division of Liver Diseases, the Mount Sinai Medical Center, New York, Division of Gastroenterology University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania. Division of Hepatology, University of Miami Miller School of Medicine, Miami, Florida, Division of Liver Diseases, the Mount Sinai Medical Center, New York, USA.

³Department of Gastroenterology, Gazi Yaşargil Education and Research Hospital, Diyarbakir. Department of Gastroenterology, Adiyaman University, Adiyaman. Haseki Training and Research Hospital, Department of Gastroenterology,Istanbul.Department of Gastroenterology,SBUKanuniSultanSüleymanTrainingandResearch Hospital, Istanbul. Department of Gastroenterology, Ankara University Medical Faculty, Ankara. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Ankara. Department of Gastroenterology, Mardin State Hospital, Mardin. Department of Gastroenterology, Ordu State Hospital, Ordu. Department of Gastroenterology, Medical Faculty, Uludag University, Bursa 16059.Department of Gastroenterology, Koc University School of Medicine, Istanbul. Department of Gastroenterology, İnönü University School of Medicine, Malatya.Department of Gastroenterology, Cerrahpaşa School of Medicine, İstanbul, Turkey.

⁴Hepatology Section, Hospital Francisco J Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.Latin American Liver Research Educational and Awareness Network (LALREAN), Pilar, Argentina. Hepatology and Liver Transplant Unit, Hospital Universitario Austral, Pilar, Hepatology Section, Hospital Francisco J Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

⁵Division of Gastroenterology and Center for Autoimmune Liver Diseases Department of Medicine and Surgery University of Milano-Bicocca Monza, of Translational Medicine, Università del Piemonte Orientale UPO, Novara, Italy and Division of Internal Medicine, “AOU Maggiore della Carità”, Novara, Italy.

⁶Gastroenterology and Hepatology Unit. Fundación Santa Fe de Bogotá y universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia.

⁷Gastroenterology and Hepatology Unit. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile. Gastroenterology and Hepatology Unit. Clínica Las Condes, Santiago de Chile, Chile.

⁸Department of Gastroenterology and Hepatology, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands.

⁹Department of Internal Medicine, Section of Gastroenterology, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland.

¹⁰Department of Gastroenterology, Infectious Diseases and Rheumatology, Campus Benjamin Franklin, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany.

¹¹Gastroenterology and Hepatology Unit. Hospital General de México,Ciudad de México, México.

¹²Hepatology Division, Department of Upper GI, Karolinska Institutet and Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.

Background

Data regarding outcome of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in patients with autoimmune hepatitis (AIH) are lacking.

Patients and methods

We performed a retrospective study on AIH patients with COVID-19 from 34 centres in Europe and the Americas. We analyzed factors associated with severe COVID-19 outcomes defined as the need for mechanical ventilation, intensive care admission, and/or death. The outcomes of patients with AIH were compared to a propensity-score matched cohort of non-AIH patients with chronic liver diseases (CLD) and COVID-19. The frequency and clinical significance of new-onset liver injury (alanine aminotransferase > 2x upper limit of normal) during COVID-19 was also evaluated.

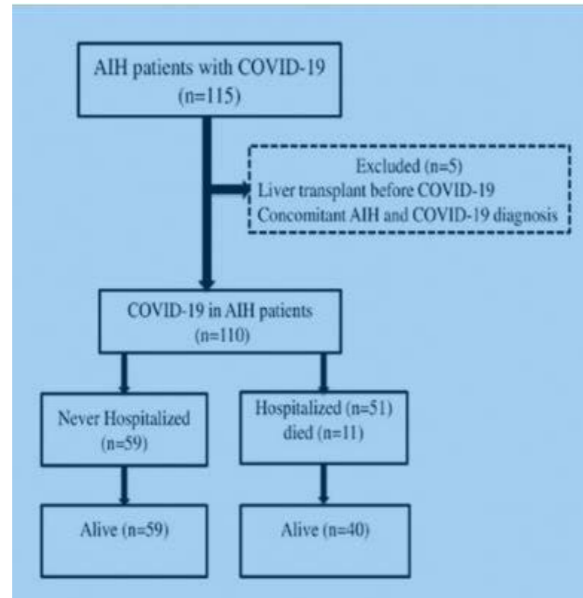
Results

We included 110 AIH patients (80% female) with a median age of 49 (range: 18–85) years at COVID-19 diagnosis. New-onset liver injury was observed in 37.1% (33/89) of the patients. Use of antivirals was associated with liver injury ($p=0.041$; odds ratio (OR) 3.36[1.05-10.78]) while continued immunosuppression during COVID-19 was associated with a lower rate of liver injury ($p=0.009$; OR 0.26[0.09-0.71]). The rates of severe COVID-19 (15.5% vs 20.2% $p=0.231$) and all-cause mortality (10% vs 11.5%; $p=0.852$) were not different between AIH and non-AIH CLD. Cirrhosis was an independent predictor of severe COVID-19 in patients with AIH ($p<0.001$; OR 17.46[4.22-72.13]). Continuation of immunosuppression or presence of liver injury during COVID-19 was not associated with severe COVID-19.

Conclusions

This international, multi-center study reveals that patients with AIH were not at risk for worse outcomes with COVID-19 than other causes of CLD. Cirrhosis was the strongest predictor for severe COVID-19 in AIH patients. Maintenance of immunosuppression during COVID-19 was not associated with increased risk for severe COVID-19, but did lower the risk for new-onset liver injury during COVID-19.

Keywords: Liver transplantation- liver failure, immunosuppression(steroids, mycophenolate mofetil-tacrolimus), autoimmunity COVID19

Study flow chart for patient inclusion.**[Abstract:0157]****Metabolik Faktörlerin Karaciğer Yağlanması Üzerine Etkisi**

Püren Gökbulut¹, Volkan Gökbulut², Ömer Öztürk²

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

Amaç

Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) tüm dünyada kronik karaciğer hastalığının en sık nedenidir. Genel popülasyonda sıklığı %20-30 olarak görülmektedir. Hastalık etyopatogenezinde suşlanan insülin direnci ve inflamasyonla birlikte olan obezite ve artmış metabolik değişiklikler NAFLD gelişimine katkıda bulunmaktadır. Basit bir yağlanma ile başlayıp; siroz, hepatosellüler karsinom, karaciğer yetmezliğine ilerleyebilen bir spektrum göstermektedir. Çalışmamızın amacı ilerleyici karaciğer hastalığı ve kardiyovasküler hastalık risk artışı ile ilişkili olan NAFLD ve birliktelik gösteren metabolik risk faktörlerini incelemektir.

Materyal-Method

Çalışmamız 2018 ocak ile 2020 aralık tarihleri arasında gastroenteroloji polikliniğimize dispepsi şikayeti ile başvuran hastalara yapılan abdomen USG sonuçlarına göre statatozun grade ile hastaların metabolik faktörleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

Bulgular

Fonksiyonel dispepsitanısı olan 107'si kadın (%73.3) 39'u erkek (%26.7) olmak üzere 146 hasta çalışmaya alındı. Hastaların median yaşı 54 (19-84) idi. USG 'ye göre 35 hastada grade 0, 43 hastada grade 1, 63 hastada grade 2, 5 hastada ise grade 3 steatoz saptandı. Karaciğerdeki steatozu etkileyen faktörler incelendiğinde yaş ($p=0.007$), BMI ($p=0.002$), AST ($p=0.012$), total kolesterol ($p=0.008$), hipertansiyon ($p=0.002$) DM ($p=0.006$) anlamlı olarak saptanırken cinsiyetin, INR, ALT, albumin, trigliserid, HDL, LDL, alfa fetoprotein, CRP, D vitamini ve HOMO indeksinin karaciğer yağlanması üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmadığını saptadık ($p>0.005$). Karaciğerdeki yağlanmanın derecesi arttıkça karaciğer boyutlarında anlamlı olarak arttığı gözlemlendi. Yaş arttıkça karaciğerdeki yağlanmanın derecesinin beklenin aksine azaldığı görüldü.

Sonuç

Karaciğer steatoz kardiyovasküler hastalık, siroz ve maligniteye neden olarak morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Bu nedenle metabolik risk faktörlerine yönelik tedavilerle beraber (diyet ve egzersiz) hastaların ideal kilolarına indirmek ve eşlik eden metabolik bozuklukların tedavisini (DM, HT) sağlamak hastalık progresyonunun önlenmesinde ve düzelmesinde önemli bir yaklaşım olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hepatosteatoz, hepatosteatis, metabolik faktörler

[Abstract:0159]**Şanlıurfa'da Karaciğer Transplant Hastalarında Kan Sirolimus Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

Ahmet Uyanıkoğlu¹, Hüseyin Taşkıran², Ataman Gönel³

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

³Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Karaciğer transplant hastalarında immunsupresan kan düzeyi takibinin yapılması hastaların survisi açısından önemlidir. Rutinde sıklıkla takrolimus tercih edilirken sirolimus ise daha nadir kullanılmaktadır. Halbuki, sirolimus terapötik indeksi (3-18 ng/dl), takrolimus terapötik indeksine (3-8 ng/dl) göre daha geniştir. Bu çalışmanın amacı Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran karaciğer transplantlı hastalardaki kan sirolimus konsantrasyonlarının ilaç uyumu açısından değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvurup ölçümde referans yöntem olan LC-MS/MS metodu kullanılarak kan sirolimus düzeyi ölçülen hastaların 2018-2019-2020 verileri değerlendirilmeye alındı. Son 3 yılda kan sirolimus düzeyi bakılan 27 hasta verisi retrospektif olarak incelendi. Veri analizi için SPSS v20 programı kullanıldı.

Bulgular: 27 hastanın 10 tanesi karaciğer transplant hastasıydı. Transplant hastalarının yaş ortalaması 43±16,6 idi. Transplant hastalarının 3 tanesi kadın, 7 tanesi erkekti. Kan sirolimus düzeyi 2 hastada 3 ng/dl nin altında, 1 hastada 18 ng/dl'nin üzerinde, 8 hastada ise terapötik indeks içinde olduğu tespit edildi. Hastaların kan sirolimus düzeyi ortalaması 7,87±6,66 ng/dl olarak ölçüldü. Karaciğer transplant dışı hastaların 6'sı erkek, 9'u kadındı ve yaş ortalaması 22,85±22,93 idi. Karaciğer transplant dışı 17 hastanın kan sirolimus düzeyi ortalaması 8,18±5,22 ng/dl olarak ölçüldü. Bu gruptaki 1 hastanın sirolimus düzeyi 3 ng/dl nin altında, 1 hastanın ise 18 ng/dl'nin üzerindeydi. 15 hastanın ise kan sirolimus düzeyi terapötik indeks içindeydi

Sonuç: Transplant hastalarında kan immunsupresan kullanım uyumsuzluğu organ rejeksiyon riski oluşturabilir. Daha önce yapılan çalışmalarda Şanlıurfa ilinde karaciğer transplant hastalarındaki takrolimus uyumsuzluğu %29 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada karaciğer transplan hastalarındaki uyumsuzluk %20, karaciğer transplant dışı hastalarda %17 olarak tespit edilmiştir. Sirolimus terapötik indeksinin takrolimus terapötik indeksine göre daha geniş olması terapötik konsantrasyonu sağlamada avantaj sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: karaciğer transplantasyonu, sirolimus, terapötik indeks

[Abstract:0160]**Kronik HBV hastalarında karaciğerde hafif ve orta ileri fibrozis ayırımında biyopsi sonuçları ile noninvaziv testlerin karşılaştırılması**

Bilal Toka¹, İbrahim Güney², Kamile Yücel³, Muhammed Hasan Güler², Arzu Tarakçı⁴, Mustafa Altındış⁵

¹ İstanbul Silivri Anadolu Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Konya

³ KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Tıbbi Biyokimya, Konya

⁴ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Konya

⁵ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

Giriş:

HBV enfeksiyonu kronik karaciğer hastalığı, siroz ve hepatoselüller kanserin en önemli nedenlerinden biri olup önemli bir küresel sağlık sorunudur. Enfeksiyonun karaciğerde oluşturduğu inflamasyon ve fibrozisin değerlendirilmesinde altın standart karaciğer biyopsisidir. Ancak karaciğer biyopsisi invaziv bir işlem olup işleme bağlı ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu nedenle serolojik ve hematolojik belirteçler ile ultrasonografik görüntüleme teknikleri gibi invaziv olmayan yöntemler fibrozisin değerlendirilmesinde gün geçtikçe daha popüler hale gelmektedir. Biyokimyasal ve hematolojik belirteçler komplikasyonsuz, ucuz ve kolay tekrarlanabilir olmaları nedeniyle ön plana çıkmaktadırlar. Biz de çalışmamızda kronik hepatit B enfeksiyonu saptanan hastalarda karaciğer biyopsisinde fibrozis olmayan ve hafif fibrozis (Ishak evre 0 ve 1) bulunanlar ile orta ve ileri (Ishak evre 2 -4) fibrozis bulunanların ayırımında hematolojik belirteçlerden olan nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve eritrosit dağılım genişliği/trombosit sayısı (RPR) ile başlıca serum belirteçleri kullanılarak hesaplanan fibrozis 4 (FIB-4) ve AST-trombosit oranı (APRI) skorlarının etkinliğini karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçladık.

Metod:

Çalışmaya 2018-2020 yılları arasında Konya EAH'de perkütan karaciğer biyopsisi yapılan kronik HBV hastaları retrospektif olarak dahil edildi. Kronik hepatit B tanısı Avrupa Karaciğer Çalışmaları Derneği (EASL) kılavuzu ve Türkiye Viral Hepatit Tanı ve Tedavi Rehberi (2017) önerilerine göre konuldu. Çalışmaya alınan tüm hastalara biyopsi öncesinde son bir hafta içerisinde yapılan karaciğer fonksiyonları ve diğer biyokimyasal incelemeler, hemogram, hepatit B serolojisi ve DNA düzeyi ile koagülasyon testleri incelendi. APRI skoru [AST (IU/L)/ AST için normalin üst limiti (ULN)]/[platelets (109/L)]x100 (m2), FIB4 skoru [yaş(yıl)xAST (IU/L)/ (trombosit sayısı (109/L) xALT (IU/L)) (m3) formülü ile hesaplandı. NLR nötrofil sayısı (109/L) / lenfosit sayısı (109/L), RPR ise eritrosit dağılım genişliği (%) /trombosit sayısı (109/L) formülleri kullanılarak hesaplandı. Histopatolojik inceleme Fibrozis evre 0 ve 1 hafif, 2-4 orta ve ileri olarak sınıflandırıldı. Sirozlu olanlar (fibrozis evre 5-6), gebeler ve 18 yaş altındaki hastalar çalışmadan dışlandı. Hastalar hafif ve orta-ileri evre fibrozisli olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup karşılaştırılarak APRI, FIB-4, NLR ve RPR'nin hafif ve orta-ileri fibrozisi ayırt etmede ve orta-ileri fibrozisi predikte etme açısından etkinlikleri değerlendirildi.

Sonuçlar:

Çalışmaya alınan 176 hastanın ortalama yaşları 43,9±15 olup, 95'i (%54) erkekti. Ortalama HBV-DNA düzeyi 3,38±1,14 xlog10 IU/ml bulundu. Biyopsi sonuçlarında 87 hasta (49,4%) hafif (5 hasta evre 0, 82 hasta evre 1) ve 89 hasta orta-ileri fibrozisli (49 hasta evre 2, 25 hasta evre 3, 15 hasta evre 4) idi. Hafif fibrozis grubundaki hastalar daha genç (40±14,7 vs 47,8±14,4, p=0,001) olup ALT (40,8±55,7 vs 65,6±72,1, p=0,01) ve AST (33,9±32,5 vs 47,6±50,4, p=0,03) değerleri daha düşük saptanırken diğer hematolojik ve biyokimyasal parametreler benzerdi (Tablo 1). Her iki grupta NLR (1,86±0,73 vs 1,8±0,78, p=,79) ve RPR (6,98±9,27 vs 6,69±0,76, p=,81) oranları benzerken APRI (0,33±0,30 vs 0,52±0,49, p=0,003) ve FIB4 (0,86±0,46 vs 1,41±1,12, p<0,001) skorları orta-ileri fibrozis grubunda anlamlı derecede yüksek saptandı. ROC analizinde APRI (cut off > 0,25, AUC: 0,633, CI: 0,550-0,715, sensitivite 70,8 %, spesifite 43,7%,

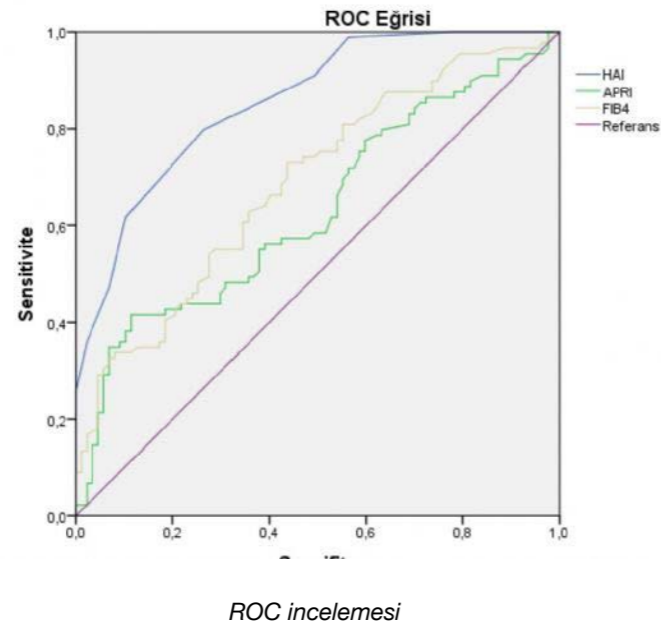
p=0.002). ve FIB4 (cut off > 0.81, AUC: 0.687, CI: 0.610-765, sensitivite 73%, spesifite 56.3%, p<0.001) skorları orta-ileri fibrozisi predikte etmede anlamlı bulundu (figür 1).

Tartışma:

Çalışmamızda hafif ve orta-ileri fibrozis ayırımında NLR ve RPR oranları yetersiz APRI ve FIB4 skorları ise anlamlı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, fibrozis, noninvaziv testler

Figür 1



Tablo 1

Yaş, yıl	40±14.7	47.8±14.4	.001
Nötrofil sayısı/1000, ml	4.1±1.3	3.9±1.2	.29
Trombosit sayısı/100, ml	266.1±69.4	234.8±76.8	.06
ALT,IU/ml	40.8±55.7	65.6±72.1	.01
AST,IU/ml	33.9±32.5	47.6±50.4	.03
ALP,IU/ml	82.5±35.5	87.4±46.9	.58
GGT,IU/ml	27.5±18.5	40±44.2	.11
Total bilirubin, mg/dl	0.87±0.95	0.66±0.65	.51
Albumin, g/dl	4.12±0.63	4.19±0.45	.52
RPR	6.98±9.27	6.69±0.76	.81
HAI	5.17±2.08	8.79±2.66	<0.001
APRI	0.33±0.30	0.52±0.49	0.003
FIB4	0.86±0.46	1.41±1.12	<0.001

Hafif ve orta-ileri fibrozis gruplarının karşılaştırılması

[Abstract:0165]

Hepatosellüler karsinom olgularında total AFP, AFP-L3, AFP-L3/AFP, haptogloblin ve asprosin düzeylerinin değerlendirilmesi

Ayşegül Erdoğan Bakır¹, Ahmet Uyanıkoğlu²

¹Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları

²Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji

Amaç: Hepatosellüler Karsinom (HSK), karaciğerin en sık rastlanan primer malign tümörüdür. HSK'da serum alfa-fetoprotein (AFP) düzeyinin arttığı bilinmektedir. AFP, HSK tanısında ve takibinde kullanılan bir moleküldür. Alfa-fetoprotein-L3 (AFP-L3), AFP'nin glikozile formlarından biridir ve HSK erken tanısında klinik yeri ile ilgili çalışmalar sürmektedir. Haptogloblin, bir akut faz proteinidir, malignite durumlarında yükseldiği bilinmektedir. Asprosin, NPS (konjenital parsiyel lipodistrofi, fasiyal dismorfizm, yüz ve ekstremiteler anomalileri) hastalarında tespit edilen ve açlıkla indüklenen, hepatik glukoz çıkışı sağlayan bir hormondur. HSK'lı olgularda serum total AFP, AFP-L3, AFP-L3/AFP, haptogloblin, asprosin düzeylerini inceleyerek, patogenezinin anlaşılmasında ve tanısında kullanılabilirliklerinin araştırması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya, HSK'lı (grup 1, n=40) ve demografik özellikleri benzer, ek hastalığı olmayan (Tip2 diyabetes mellitus, esansiyel hipertansiyon, dislipidemi, malignite) sağlıklı kontrol grubu (grup 2, n=40) alındı.

Bulgular: Çalışma sonucu AFP, HSK'lı grupta 106±34,9 ng/ml, kontrol grubunda 8,9±3,77ng/ml (p<0,001), haptogloblin ortalaması hasta grubunda 151,58±54,1 ng/ml, kontrol grubunda 37,4±18,3 ng/ml (p<0,001), AFP-L3 ortalaması hasta grubunda 36,6±9,1 ng/ml, kontrol grubunda 2,00±0,41 ng/ml (p<0,001), AFP-L3/AFP oranı ortalaması HSK grubunda %33,9± 13,1; kontrol grubunda %25,2±11,4 (p<0,005) anlamlı olarak yüksek saptanırken, asprosin ortalaması hasta grubunda 3,8±0,90 ng/ml, kontrol grubunda 21,4±8,8 ng/ml (p<0,001) anlamlı olarak düşük saptandı.

Sonuç: Çalışma sonuçları bize AFP, AFP-L3, AFP-L3/AFP oranı, haptogloblin ve asprosin düzeylerinin HSK patogenezinin anlamada katkı sağlayabileceği, HSK'nın erken tanı ve takibinde katkılarının olabileceğini düşündürdü.

Anahtar Kelimeler: AFP, asprosin, hepatosellüler karsinom

[Abstract:0166]**Çölyak hastalarında nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranı**Bilal Toka¹, Kamile Yücel²¹İstanbul Silivri Anadolu Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul²KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Tıbbi Biyokimya, Konya

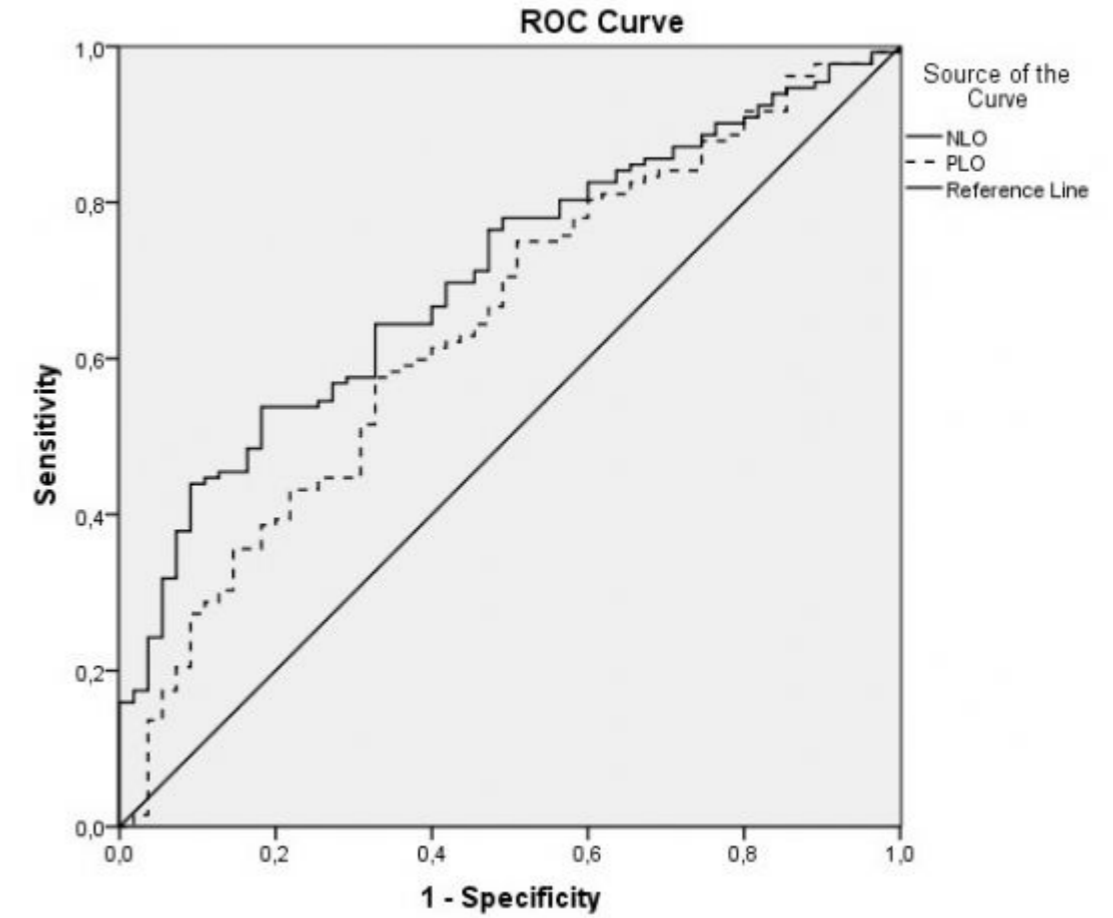
Giriş-Amaç: Çölyak hastalığı, genetik yatkınlığı olan kişilerde, diyetle alınan glutenin tetiklediği kronik inflamatuvar ince bağırsak enteropatisidir. Sistemik inflamatuvar yanıt nedeniyle ÇH'nda hematolojik değişiklikler çok yaygın ve önemlidir. Sistemik inflamasyonu ölçmek için kullanılan çeşitli biyokimyasal ve hematolojik belirteçler mevcuttur. Bu testlerden tam kan sayımı, ulaşılması kolay, ucuz ve hızlı sonuç veren bir testtir. Bu testte çalışılan beyaz küre sayısı (WBC), nötrofil, lenfosit, platelet sayısı (PLT) ve ortalama trombosit hacmi (MPV) değerleri ve bu değerlerin birbirlerine olan oranları inflamatuvar belirteç olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada; nötrofil-lenfosit oranı (NLO) ve platelet-lenfosit oranı (PLO) ile sistemik inflamatuvar bir hastalık olan çölyak hastalığı arasındaki ilişkinin ortaya konulması ve bu değerlerin Marsh skoru ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya çölyak tanısı konulan 132 hasta ve sağlıklı 55 kontrol dahil edildi. Çalışma grubundaki tüm hastalardan duodenum ikinci kısımdan üç adet ve bulbustan da üç adet olmak üzere toplam altı adet biyopsi, standart endoskopik biyopsi forcepsi kullanılarak alınmış ve alınan biyopsiler modifiye Marsh sınıflamasına göre değerlendirilerek kriterleri karşılayan hastalara ÇH tanısı konulmuştu. Kontrol grubundaki hastaların ise endoskopik incelemesinde ÇH ile uyumlu görünüm mevcut olmayıp, bu hastaların tümünde doku transglutaminaz IgA ve antiendomisyum IgA testleri negatif bulunmuştu. Hastaların yaş, cinsiyet, biyokimya, seroloji ve tam kan sayım (WBC, HGB, PLT, MPV, PDW, RDW, nötrofil, lenfosit) sonuçları, ve sonuçlardan elde edilen NLO ve PLO değerleri hastane otomasyon sistemi ve hasta dosyalarından retrospektif olarak taranarak kaydedildi ve istatistiksel analizi yapıldı. Ayrıca daha önce yapılan biyopsilerin patoloji raporlarında yer alan march skorları ile elde edilen veriler karşılaştırıldı.

Bulgular: Hasta ve kontrol gurubu arasında yapılan istatistiklerde, hasta gurubunun yaş ortalamasının yüksek ve kadın oranının fazla olmasından kaynaklanan yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark vardı (sırasıyla, $p < 0.001$, $p: 0.016$). Çölyak hastalarının %60.0'ında demir, %63.3'ünde ferritin, %78.0'inde D vitamini, %30.0'ında folat düşük bulunurken, %51.8'inde demir bağlama yüksek bulundu. Hasta gurubunda NLO ve PLO kontrol gurubuna göre anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla, $p: 0.000$, $p: 0.002$). Yapılan ROC analizinde eğri altı alan HGB için 0.708, PLT için 0.687, RDW için 0.674, nötrofil için 0.606, NLO için 0.706, PLO için 0.644 olarak bulundu.

Sonuç: Sonuç olarak NLO ve PLO tam kan sayımı ile hesaplanabilen ve yaygın olarak kullanılan ucuz testlerdir. Hem NLO hem de PLO sistemik inflamasyonun bir ölçüsü olarak çölyak hastalığında kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Çölyak hastalığı, Nötrofil lenfosit oranı, Platelet lenfosit oranı

Nötrofil lenfosit oranı ve Platelet lenfosit oranı ROC grafiği

[Abstract:0171]

Yoğun bakım ünitelerinde takip edilen hastalarda gastrointestinal sistem kanama insidansının ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Yonca Yılmaz Ürün¹, Berrin Yalınbaş Kaya¹

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Eskişehir

AMAÇ

Yoğun bakım ünitelerindeki(YBÜ) hastalarda gastrointestinal(GİS) kanama nadir fakat önemli bir komplikasyondur . Klinik olarak önemli GİS kanama, hemodinamik dengesizliğe veya kan transfüzyonu ihtiyacına neden olan makroskopik kanama olarak tanımlanır. Koagülopati, mekanik ventilasyona ihtiyacı olan solunum yetmezliği, travmatik beyin hasarı, yanık, sepsis gibi yüksek riskli hastalarda splanknik hipoperfüzyon nedeniyle azalmış kan akışı, iskemi ve bozulmuş hücre oksijenasyonu enflamasyon ve hücre ölümü ile sonuçlanır, GİS kanama ve özellikle stres ülserlerine sebep olur. Bu çalışmanın amacı, YBÜ hastalarında klinik olarak önemli GİS kanamanın insidansını ve risk faktörlerini belirlemek, mortalite ve morbiteye etkisini araştırmaktır.

YÖNTEM

2018-2021 tarihleri arasında Eskişehir Şehir Hastanesi'nde 8 YBÜ'de yatan 3295 hasta retrospektif olarak tarandı. YBÜ'de takip sırasında klinik olarak saptanan alt veya üst GİS kanaması gelişen veya klinik olarak kanama bulgusu olmayıp hemogramda düşme olan hastalar çalışmaya dahil edildi. YBÜ'de kalma süresi, GİS kanama etyolojisi ve lokalizasyonu, koagülasyon testleri, antitrombotik ajan kullanımı, mekanik ventilasyon ihtiyacı, hastaların survisi dökümanite edildi. Başvuruda GİS kanaması olan hastalar dışlandı.

BULGULAR

Yoğun bakımda tedavi görmekte olan 3295 hastanın 45'inde GİS kanama gelişti (% 1,36). 28'inde (%62,2) üst GİS kanama, 6'sında (%13,3) alt GİS kanama, 11'inde (%24,5) hemogramda düşme gelişti. YBÜ'de 15 günden az yatanların 23'ünde (%51,1), 15-30 gün arasında yatanların 18'inde (%40) ve 30 günden daha uzun yatanların 4'ünde GİS kanama gelişmiştir (%8,9). YBÜ hastalarında GİS kanama en sık yatışlarının ilk 7 gününde gelişti (31 hastada,%68,9) (p:0,05). GİS kanama semptomları açısından değerlendirildiğinde; 7 (%15,6) hastanın asemptomatik olduğu, 9 (%20) hastada hematemez, 20 (%44,4) hastada melena ve 6 (%13,3) hastada hematokezya geliştiği, 3 (%6,7) hastada ise gaitada gizli kan pozitifliği olduğu görüldü. GİS kanama nedeniyle endoskopi yapılabilen hastaların 11'inde(%24,4) gastrik ülser, 5'inde (%11,1) malignite, 1'inde (%2,2) anjiodisplazi vardı. Endoskopik işlem için onam vermeyenler veya endoskopik girişim için hemodinamik olarak stabil ve uygun olmayanlara endoskopik işlemler yapılmadı. YBÜ'de yatarken GİS kanamanın en fazla enfeksiyon nedeniyle (10 hasta,%22) ve kardiyak nedenlerle yatan hastalarda(8 hasta,%17,8) geliştiği görüldü (p:0.021). GİS kanama gelişen hastaların 35'i (%73,3) antitrombotik kullanırken, 12'si (%26,7) kullanmıyordu. GİS kanamaya en sık sebep olan antitrombotik ajan varfarin (14 hasta,%31,1) ve ikinci sırada asetilsalisilik asit dışı antitrombotik ajanlardı (11 hasta,%24,4). Yoğun bakım takiplerinde GİS kanama gelişen hastaların 31'i(%68,9) taburcu olurken, 14'ü (%31,1) öldü. Ölen hastaların 10'unda(%71,42) üst GİS kanama, 3'ünde alt GİS kanama (%21,42), 1'inde (%7,16) hemogramda düşme vardı. Mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastaların 9'unda (%20) GİS kanama gelişti. Hemogloblin, platelet ve INR ortalaması sırasıyla;8.6g/dl,204x10³/µL,1.38 idi. YBÜ'de GİS kanama komplikasyonları ile ilgili ayrıntılar Tablo-1'de sunulmuştur.

SONUÇ

YBÜ hastalarında GİS kanama nadir olmakla beraber hala önemini koruyan bir durumdur. GİS kanamaların çoğunun YBÜ yatışının ilk haftasında gelişmektedir ancak mortalite üzerine bir etkisi yoktur. Önceki

çalışmaların aksine; mekanik ventilasyon ihtiyacı GİS kanama gelişimi açısından bir risk faktörü değildir. GİS kanama nedeni olarak gastrik ülserler en sık GİS kanama nedenidir. Bu yüzden stres ülseri açısından yüksek riskli ve koagülapatisi olan hasta gruplarında, kanama profilaksisi stratejilerinin hastaya göre değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tablo 1. YBÜ'de yatan hastalarda GİS kanama gelişme durumu ve GİS kanama ile ilişkili faktörler

			Tüm hastalar	Üst GİS kanama	Alt GİS Kanama	Hemogramda düşme	p
Cinsiyet	kadın	N	28	19	3	6	0,613
		%	62,2	67,9	50,0	54,5	
	erkek	N	17	9	3	5	
		%	37,8	32,1	50,0	45,5	
Yoğun Bakımda Kalma Süresi	1-15 gün	N	23	15	2	6	0,683
		%	51,1	53,6	33,3	54,5	
	15-30 gün	N	18	10	3	5	
		%	40,0	35,7	50,0	45,5	
	30 gün ve üzeri	N	4	3	1	0	
		%	8,9	10,7	16,7	0,0	
GİS Kanama Yatışının Kaçınıcı Günü	1-7. gün	N	31	19	2	10	0,050
		%	68,9	67,9	33,3	90,9	
	8-15.gün	N	8	6	1	1	
		%	17,8	21,4	16,7	9,1	
	15. gün ve sonrası	N	6	3	3	0	
		%	13,3	10,7	50,0	0,0	
Semptom	Asemptomatik	N	7	0	0	7	0,000
		%	15,6	0,0	0,0	63,6	
	Hematemez	N	9	9	0	0	
		%	20,0	32,1	0,0	0,0	
	Melena	N	20	19	0	1	
		%	44,4	67,9	0,0	9,1	
	Hematokezya	N	6	0	6	0	
		%	13,3	0,0	100,0	0,0	
	Gaitada Gizli Kan pozitifliği	N	3	0	0	3	
		%	6,7	0,0	0,0	27,3	

Endoskopik Bulgu	Gastrik ülser	N	11	8	0	3	0,277
		%	24,4	28,6	0,0	27,3	
	Malignite	N	5	2	0	3	
		%	11,1	7,1	0,0	27,3	
	Anjiodisplazi	N	1	1	0	0	
		%	2,2	3,6	0,0	0,0	
Endoskopi yapılmamış	N	28	17	6	5		
	%	62,2	60,7	100,0	45,5		
Yoğun Bakımda Yatış Nedeni	Kalp hastalığı	N	8	6	0	2	0,021
		%	17,8	21,4	0,0	18,2	
	Akciğer hastalığı	N	4	2	2	0	
		%	8,9	7,1	33,3	0,0	
	Malignite	N	4	0	0	4	
		%	8,9	0,0	0,0	36,4	
	Serebral nedenler	N	6	5	1	0	
		%	13,3	17,9	16,7	0,0	
	Enfeksiyon	N	10	8	1	1	
		%	22,2	28,6	16,7	9,1	
	Diğer	N	8	4	2	2	
		%	17,8	14,3	33,3	18,2	
	Multikomorbidite	N	5	3	0	2	
		%	11,1	10,7	0,0	18,2	
Antitrombotik Ajan Kullanımı	Antitrombotik ajan kullanmayanlar	N	12	6	1	5	0,837
		%	26,7	21,4	16,7	45,5	
	Asetilsalisilik Asit	N	3	2	0	1	
		%	6,7	7,1	0,0	9,1	
	Varfarin	N	14	9	2	3	
		%	31,1	32,1	33,3	27,3	
	Diğer antitrombotik ajanlardan kullananlar	N	5	3	1	1	
		%	11,1	10,7	16,7	9,1	
	Asetilsalisilik asit dışı antitrombotik ajan kullananlar	N	11	8	2	1	
		%	24,4	28,6	33,3	9,1	

Survi	Taburcu	N	31	18	3	10	0,138
		%	68,9	64,3	50,0	90,9	
	Exitus	N	14	10	3	1	
		%	31,1	35,7	50,0	9,1	
Mekanik Ventilasyon	yok	N	36	22	4	10	0,496
		%	80,0	78,6	66,7	90,9	
	var	N	9	6	2	1	
		%	20,0	21,4	33,3	9,1	
Yaş	N	45	28	6	11	0,161	
	Mean	73,49	72,00	82,50	72,36		
	Std. Deviasyon	12,391	13,255	4,416	11,621		
Hemoglobin	N	45	28	6	11	0,022	
	Mean	8,696	9,425	8,267	7,073		
	Std. Deviasyon	2,4812	2,5171	1,3110	2,1504		
Platelet	N	45	28	6	11	0,540	
	Mean	204,44	204,43	156,33	230,73		
	Std. Deviasyon	129,957	128,152	116,404	145,070		
Kreatinin	N	45	28	6	11	0,186	
	Mean	1,5353	1,7671	1,1383	1,1618		
	Std. Deviasyon	1,08403	1,12899	0,60261	1,07191		
ALT	N	45	28	6	11	0,629	
	Mean	45,156	55,500	38,167	22,636		
	Std. Deviasyon	96,1370	119,1679	47,1399	18,0459		
AST	N	45	28	6	11	0,708	
	Mean	71,022	80,250	86,000	39,364		
	Std. Deviasyon	143,4534	169,4480	144,3911	33,5120		
INR	N	45	28	6	11	0,534	
	Mean	1,3851	1,2975	1,3433	1,6309		
	Std. Deviasyon	0,82866	0,28760	0,20549	1,63948		

[Abstract:0175]**İleri evre kalp yetersizliği hastalarında MELD, MELDNa ve albumin/bilirubin oranlarının TAPSE/SPAB oranı ile ilişkileri**

Selahattin Türen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Ekokardiyografiden elde edilen triküspit annüler düzlem sistolik ekskürsyonu (TAPSE) ve sistolik pulmoner arter basıncı (SPAB) oranının, kalp yetersizliğinde (KY) prognozunu bağımsız bir öngördürücüsü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. KY'nin farklı mekanizmalarla karaciğer fonksiyonlarını olumsuz etkilediği de bilinmektedir. Bu hasarın derecesi KY'de prognozu etkileyen önemli bir durumdur. Son dönem karaciğer hastalığı modeli (MELD), MELDNa ve albümin/bilirubin oranlarının KY hastalarında prognozla ilişkili oldukları çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmada ileri evre KY hastalarında MELD, MELDNa ve albumin/bilirubin oranlarının TAPSE/SPAB oranı ile ilişkilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif çalışmaya kliniğimize ayaktan başvuran 74 (ileri evre KY hastası dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri incelendi. Hastaların ilk başvurusunda yapılan laboratuvar testleri kullanılarak MELD, MELDNa ve albümin/bilirubin oranları hesaplandı. TAPSE M-mod ekokardiyografi ile ölçüldü ve SPAB sürekli dalga (CW) Doppler'den türetilen triküspit yetersizliği jetinin tepe hızı kullanılarak tahmin edildi. Verilerin normal dağılım göstermediği görüldü ve parametreler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $47,3 \pm 10,5$ yıl olup, çoğunluğu erkeklerden ($n=64$, %86,5) oluşmaktaydı. Hastaların ortalama MELD, MELDNa, albümin/bilirubin oranı ve TAPSE/SPAB oranı değerleri sırasıyla $10,2 \pm 3,8$; $11,2 \pm 5,6$; $5,60 \pm 3,9$ ve $0,36 \pm 0,14$ olduğu saptandı. TAPSE/SPAB oranı ile MELD ve MELDNa skorları arasında güçlü derecede negatif korelasyon (sırasıyla $r: -0,653$, $p < 0,001$ ve $-0,649$, $p < 0,001$) belirlendi. TAPSE/SPAB oranı ile albümin/bilirubin oranı arasında da güçlü derecede pozitif korelasyon ($r: 0,725$, $p < 0,001$) saptandı.

Sonuç: İleri evre KY hastalarında albümin/bilirubin oranının TAPSE/SPAB oranı ile güçlü derecede ilişkili olduğu ve MELD ve MELDNa skorları kadar kullanışlı olabileceği saptandı.

Anahtar Kelimeler: İleri evre kalp yetersizliği, TAPSE/SPAB oranı, albümin/bilirubin oranı

TAPSE/SPAB oranının MELD, MELDNa ve albümin/bilirubin oranıyla korelasyonu

Değişken	TAPSE/SPAB oranı	
	r	P değeri
MELD	-0,653	< 0,001
MELDNa	-0,649	< 0,001
Albumin/Bilirubin oranı	0,725	< 0,001

MELD: model for end-stage liver disease, MELDNa: model for end-stage liver disease with sodium, TAPSE: tricuspid annular plane systolic excursion, SPAB: sistolik pulmoner arter basıncı, r: korelasyon katsayısı

[Abstract:0180]**Covid-19 enfeksiyonunda ilk başvuruda karaciğer enzim yüksekliğinin mortalite prediksyonundaki yeri**

İbrahim Hakkı Köker

Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Gastroenteroloji BD, İstanbul

Giriş:

Covid-19 pnömonisi bulaşılığı ve mortalitesi yüksek olan viral bir enfeksiyondur. Bu nedenle mortalite prediksyonu erken önlem alınmasında çok önemlidir.

Hastalar ve Metodlar:

Retrospektif tasarımı çalışmamıza covid-19 viral pnömonisinin dünyada ve ülkemizde görülmeye başladığı ilk dalgada başvuran, toraks BT ile akciğerlerde viral pnömonik infiltrasyonu tespit edilen ve ilave hastalığı olmayan ardışık 100 hastayı aldık. Hastalarda ilk başvuruda yapılan laboratuvar değerlendirme sonuçlarını elektronik database'den çıkarttık. Hastaların 19'unun (%19) başvuru sonrasında eks olduğu belirlendi. Buna göre belirlenen bu 100 hastalık grupta yaşayanlar ve eks olanlar arasında mortalite prediksyonu için kullanılabilecek parametreleri araştırdık.

Sonuçlar:

Çalışmaya Covid-19 polikliniğine ilk dalgada başvuran ve toraks BT'sinde covid enfeksiyonu ile uyumlu bulgular izlenen, ilave morbidite ya da bilinen karaciğer hastalığı olmayan ardışık 100 hasta aldık. Hastaların 59'u (%59) erkekti. Yaş ortalaması $56,2 \pm 16$ yıldır. Yaşayan 81 hastada K/E 34 (%42)/ 47 (%58) iken, eks olan 19 hastada ise K/E, 7 (%36,8)/12 (%63,2) oranları benzerdi ($P=0,798$). Yaş ortalaması (mean±SD) yaşayanlarda $53,5 \pm 15,8$ yıl iken, eks olanlarda $67,4 \pm 12$ yıl ile belirgin olarak farklıydı ($p < 0,001$). Karaciğer enzimlerinden AST median (Range) yaşayanlarda 25 (8-88) U/L iken, eks olanlarda 40 (20-98) U/L olarak belirgin yüksekti ($p=0,001$). Bununla birlikte ALT, ALP, Total bilirubin düzeyleri heriki grupta normal sınırlar içinde tespit ettik. GGT ise yaşayanlarda (median (Range)) 36 (10-241) U/L iken, eks olanlarda 59 (35-263) U/L olarak anlamlı düzeyde farklı saptadık ($p=0,01$). Serum albümini eks olanlarda anlamlı düzeyde düşüken ($p=0,001$), CRP ($p=0,002$) ve Ferritin ($p=0,004$) ise anlamlı derecede yüksekti. Yaşayan hastalarla eks olanlar arasında lojistik regresyon testi kullanarak yaş yüksekliğini RR %95 GA 1.08 (1.005-1,160) ($p=0,035$) ve albümin düşüklüğünün RR: %95 GA 0.09 (0.013-0.758) ($p=0,026$) anlamlı saptadık.

Sonuç:

Covid-19 viral pnömoni enfeksiyonunun mortal seyrettiği hastalarda AST'nin anlamlı olarak yüksek olduğunu fakat mortalite prediksyonunda yaş yüksekliğini ve albümin düşüklüğünü anlamlı olarak tespit ettik.

Anahtar Kelimeler: covid-19; karaciğer, mortalite

[Abstract:0182]**Metotreksat İntoleransı olan Romatoid Artrit Hastalarında Helicobakter Pylori Sıklığı**

Emine Gözde Aydemir¹, Mesut Gümüşsoy², Serdar Sezer³, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer⁴, Enes Yayla³, Recep Yılmaz¹, Gülay Kınıklı¹, Arif İrfan Soykan²

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

² Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

³ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid Artrit (RA), toplumun yaklaşık %1'ini etkileyen, en sık rastlanan otoimmün inflamatuvar artritir. Metotreksat (MTX), RA'nın hem başlangıç hem de idame tedavisinde, monoterapi ya da kombinasyon tedavileri içerisinde, ilk seçenek olarak önerilen ve en sık kullanılan hastalık modifiye edici ilaçtır (DMARD). RA'da kullanıldığı gibi, düşük dozda uzun süreli kullanımlarda görülen en sık yan etkiler bulantı-kusma, dispepsi ve sulu dışkılamadır. Bu yan etkiler MTX ile tedavi uyumsuzluğunun ve ilaç kesilmesinin başta gelen nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Helicobacter pylori (HP), insanlarda en sık görülen kronik bakteriyel enfeksiyondur. Non-spesifik dispeptik yakınmalar, epigastrik ağrı, bulantı ve kusma HP enfeksiyonu olan hastalarda en sık karşılaşılan semptomlardır. Bu çalışmanın amacı, MTX intoleransı nedeni ile tedavisi kesilen RA hastaları ile MTX intoleransı olmayan hastalar arasında HP sıklığının karşılaştırılması ve MTX intoleransında HP'nin etken olup olmadığının araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmamızda Ocak 2011-Nisan 2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda, RA tanısı olan hastaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Verileri incelenen 9756 RA tanılı hastanın 1158'ine hastanemizde üst GİS endoskopi uygulanmıştır. Klinik ve laboratuvar verileri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Verilerin tam olan 696 RA hastanın 390'unda MTX kullanımını olması nedeni ile analize bu hastalar dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet hastalık süresi, üst GİS endoskopi uygulandığı sırada RA tedavisi için kullandığı ilaçlar, proton pompa inhibitörü (PPI)/H2 reseptör blokörü (H2RB) kullanıp kullanmama durumları kaydedilmiştir. Hastalar gastroduodenoskopi yapıldığı sırada MTX kullanmakta olanlar ve MTX tedavisi gastrik intolerans nedeni ile kesilmiş olanlar olarak ikiye ayrılmıştır. Her iki grubun da son MTX dozları ve MTX kullanım süreleri kaydedilmiştir. Ayrıca steroid ve NSAİI kullanımları ile steroid dozları da incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 390 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 305'i (%78.2) kadın ve ortanca yaş 61 (54-69) idi. Endoskopi uygulandığı sırada intolerans olmayıp MTX tedavisi alanların sayısı 230 iken, gastrik intolerans nedeni ile MTX tedavisi kesilenlerin sayısı 160 idi. Gruplar karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, hastalık süresi, seropozitiflik, MTX dozu ve kullanım sürelerinin benzer oranlarda olduğu görüldü. İlaç kullanım durumları karşılaştırıldığında, NSAİI kullanımı ve biyolojik (bDMARD) / hedefe yönelik sentetik DMARD (hysDMARD) kullanımının MTX intoleransı olan grupta daha fazla olduğu görüldü (sırasıyla p=0.04 ve <0.001). Patoloji verilerine bakıldığında H. Pylori varlığı/derecesi, iltihap varlığı/derecesi, aktivite varlığı/ derecesi, MTX intoleransı olan grupta anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0.001). Yapılan çok değişkenli analizlerde b/hys DMARD kullanımının, MTX intoleransı gelişme riskini 3 kat (OR=3.102, 95% CI 1.650-5.832), HP varlığının ise 9 kat (OR=9.013, 95% CI 2.830-28.703) arttırdığı görülmüştür. bDMARD/hysDMARD kullanımı ve HP varlığı, MTX intoleransı gelişmesi açısından bağımsız risk faktörleri olarak gözlenmiştir.

Sonuç: HP toplumda görülme sıklığının çok yüksek görülmektedir. Hem MTX kullanımında hem de HP varlığında görülen en sık yan etkilerin bulantı-kusma ve non-spesifik dispeptik yakınmalar olması nedeni ile, MTX intoleransında HP varlığı bir etken olabilir. MTX kullanan hastalardaki HP enfeksiyonu GIS yan etkilerin şiddetini artırarak, tedavi uyumsuzluğuna ve tedavinin kesilmesine neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: H.Pylori, Metotreksat, RA

[Abstract:0184]**Serum betatrofin düzeylerinin karaciğer sirozu ve dekompanzasyonu ile ilişkisi**

Uğur Yılmaz¹, Özlem Kandemir Alibakan¹, İlkin Deniz Toprak³, İpek Bilge Aslan¹, Hasan Erüzün², Mehmet Alptekin Acar¹, Sedat İrmak¹, Büşra Uzunyayla¹, Yasemin Gökden¹, Yücel Arman¹, Tufan Tükek⁴

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Samsun

³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁴ İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmamızda ağırlıklı olarak karaciğerden üretilen betatrofinin karaciğer sirozu ile ilişkisini, sirozda evreleme ve dekompanzasyon göstergesi olarak kullanılıp kullanılmayacağını araştırdık.

İnsanda ağırlıklı olarak karaciğerde üretilen betatrofin üretimine beyaz ve kahverengi yağ dokusu da katkı sağlar.

Betatrofin aterojenik lipit profili ve glikoz metabolizmasında düzenleyici bir molekül olup bu konuda birçok çalışma yapılmıştır

Gereç ve Yöntem: 20 Kasım 2019 ile 20 Şubat 2020 tarihleri arasında SBÜ Okmeydanı SUAM iç hastalıkları ve gastroenteroloji polikliniklerine başvuran 18 yaş üzerinde, karaciğer sirozu olan, HCC dışında malignite öyküsü ve gebeliği olmayan, onam veren 60 hasta dahil edildi. Kontrol grubunda ise iç hastalıkları polikliniğine başvuran karaciğer sirozu, malignitesi, gebeliği olmayan, 18 yaşından büyük, onam veren 28 gönüllü dahil edildi. Çalışmaya katılıp onam veren her gönüllüden 1 biyokimya tüpüne kan alınıp hastanemizde 5000 devirde 20 dakika santrifüj edildi. Yaklaşık 3 ay süresince numuneler toplandı ve -80 derecede muhafaza edildi. Betatrofin düzeyi ile sirozun takibinde kullanılan laboratuvar testleri (karaciğer fonksiyon testleri, hemogram, koagülasyon testleri), HbA1c, LDL, trigiserid sistemden tarandı. Child Pugh evresi, fizik muayene bulguları (vücut kitle endeksi, asit, ensefalopati, hematemez, melena), komplikasyon geçmişi, ek hastalıkları ve kullanmış olduğu ilaçlar not edildi. Betatrofin düzeyi ile aralarındaki ilişki incelendi.

Bulgular:**Tablo 1: Grupların bazı değerleri**

	Hasta	Kontrol	p*
VKİ	28±5.4	28.7± 6.5	0.057
Glikoz	139± 60.6	124.4 ± 59.7	0.395
Platelet	103516± 51410	245285± 110020	<0,001
Kreatinin	1.13± 0.69	1.16± 1.97	0.228
Sodyum (Na)	137± 5.3	138 ± 3.6	0.097
AST	38.7± 2.2	26.1± 27.7	0.029
ALT	28.4± 19.1	29.3± 30.1	0.875
Total Bilirubin	1.83± 1.53	0,57± 0.26	<0,001
Direkt Bilirubin	0.58± 0.80	0.5± 0.12	<0,001
INR	1.33±0.32	1.09± 0.18	0.001
HbA1c	6.2± 1.8	7.3± 2.7	0.045
Trigiserid	102.2± 61.4	121.1± 43	0.206
LDL Kolesterol	83± 31.2	126.2± 40.6	<0,001

Kısaltmalar; VKİ: Vücut kitle indeksi, HbA1C: Hemogloblin A1C LDL: Düşük dansiteli lipoprotein INR: Uluslararası Düzeltme Oranı

* Independent Sample t test ile hesaplanmıştır

Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun betatrofin değerlerinin karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	p*
Betatrofin (pg/mL)	256.2± 224.4	512.4± 529.1	0.019

* Independent Sample t test ile hesaplanmıştır

Tablo 3: Hasta grubunun Child Pugh skorlamasına göre betatrofin değeri

		CHILD A (N:14)	CHILD B (N:33)	CHILD C (N:13)	p*
Betatrofin (pg/mL)	SS/ Ortalama	161.4/228.1	249.6/278.8	224.4/ 229	0.798
	Median	201.3	189.7	177.6	
	%25-%75	161.9-218.1	158.4-265.3	148.6-252.5	

*Kruskal Wallis testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 4: Kompense ve dekompanse hastaların betatrofin değerleri

		Kompense (n:19)	Dekompanse (n:41)	P
Betatrofin (pg/mL)	SS/ Ortalama	161.4/ 246	249.9/ 260.9	0.639
	Median	202.2	181.7	
	%25- %75	172.5-233.2	152.9-257.9	

*Mann-Whitney-U testi ile hesaplanmıştır.

Tartışma -Sonuç:

Çalışmamızda sirozu olan hastaların betatrofin seviyesini kontrol grubuna göre anlamlı düşük saptadık (p: 0.019). Bu düşüklüğün sebebinin betatrofinin ağırlıklı olarak karaciğerde üretilmesi ve siroz hastalarında karaciğer fonksiyon kaybına bağlı olabileceği sonucuna vardık. Hastalığın şiddeti ile ilişkisi incelendiğinde ise hastalar kompense, dekompanse olarak (p: 0.639) ve CHILD skoruna (p: 0.798) göre ayrıldı. Betatrofin düzeylerinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Çalışmamızda sirozu olan hastaların betatrofin seviyesini kontrol grubuna göre anlamlı düşük saptadık (p: 0.019). Bu düşüklüğün sebebinin betatrofinin ağırlıklı olarak karaciğerde üretilmesi ve siroz hastalarında karaciğer fonksiyon kaybına bağlı olabileceği sonucuna vardık. Hastalığın şiddeti ile ilişkisi incelendiğinde ise hastalar kompense, dekompanse olarak (p: 0.639) ve CHILD skoruna (p: 0.798) göre ayrıldı. Betatrofin düzeylerinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

[Abstract:0185]

Pankreatite sekonder duodenal intramural hematoma: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Enes Erul¹, Taha Koray Şahin¹, Ertuğrul Çağrı Bölek², Umut Kalyoncu², Erkan Parlak³

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

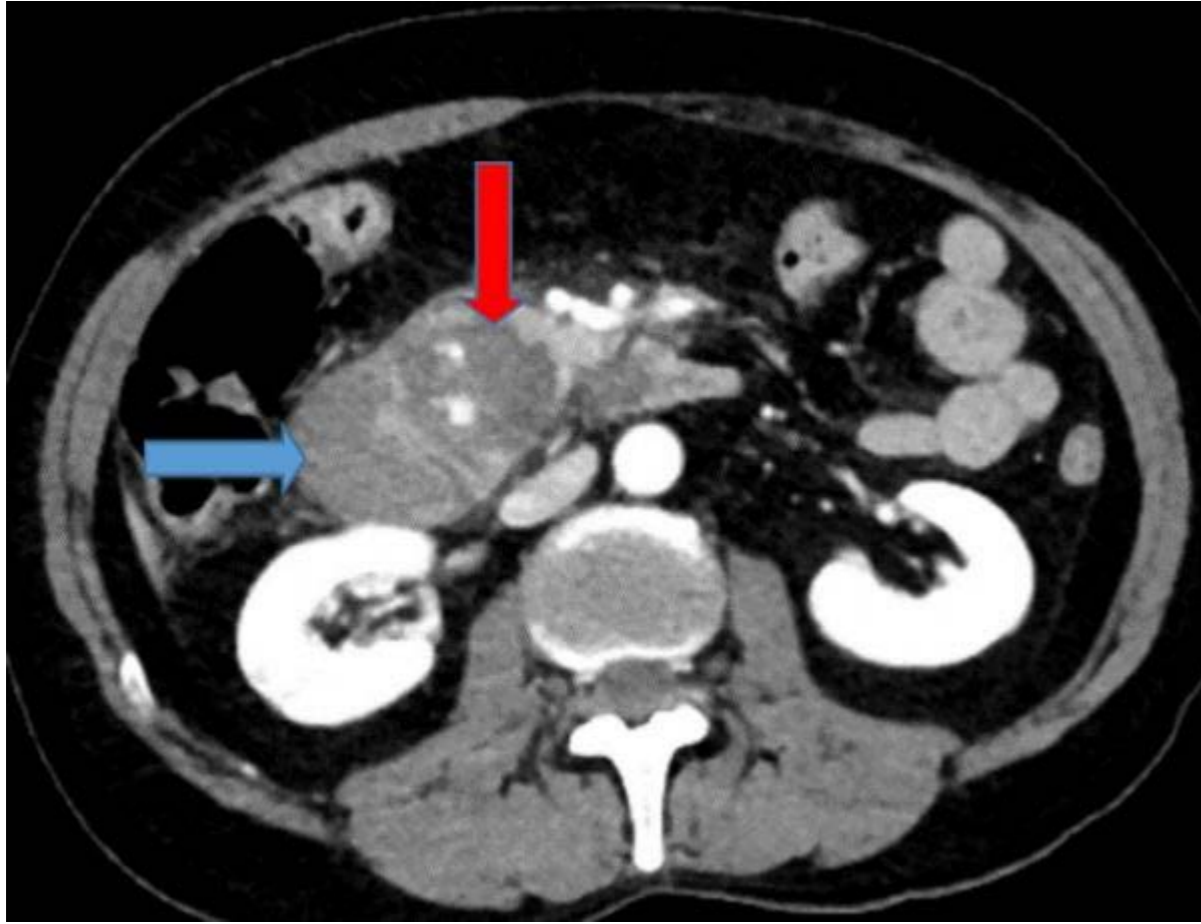
GİRİŞ: Duodenal intramural hematoma (DİH) nadir bir hastalıktır ve tanımı ilk 1838 yılında McLauchlan tarafından yapılmıştır. Bu durum genellikle künt abdominal travmalarla ilişkili olup spontan nontravmatik duodenal intramural hematoma enderdir. Spontan DİH genellikle koagülopatisi, pankreas hastalıkları olan, antikoagülan alan hastalarda ve endoskopik biyopsi, skleroterapi ve argon plazma koagülasyonu prosedürlerde görülür. Şimdiye kadar literatürde tek olgu şeklinde bu konuda toplam 14 vaka bildirilmiştir.

VAKA: Bilinen hipertansiyon dışında dahili hastalığı olmayan 53 yaşındaki erkek hasta travma öyküsü olmadan gece aniden başlayan epigastrik bölgede başlayıp sırta yayılan kuşak tarzı yakıcı karın ağrısı, göğüs ağrısı kusma şikayetleri ile Hacettepe Üniversitesi Acil Polikliniğine başvurdu. Bakılan kan laboratuvar değerlerinde Amilaz (Kan) - 948 U/L, Pankreatik amilaz (Kan) - 761,5 U/L, Lipaz - 7244 U/L gelmesi üzerine akut pankreatit olarak değerlendirilip orali kapatılarak takip edildi. Hastanın karın ağrısı artıp takibinde hipotansiyon, 3 gr/dl den fazla hemoglobin düşüşleri olduğu için diseksiyon şüphesi üzerine çekilen BTA' da pankreas baş kesiminde pankreatite sekonder gelişmiş nekrotik alan ve nekrotik alan içerisine aktif arteriyel kanama, bu alanın hemen komşuluğunda duodenum duvarında olduğu düşünülen 5x4 cm boyutlarında hematoma izlendi.(şekil1) Girişimsel radyoloji tarafından selektif anjiyoembolizasyon ile gastroduodenal arterdeki aktif kanama durduruldu. Pankreatite sekonder gelişen psödokist içine kanamış olarak değerlendirildi. Psödokistin hızlı büyüdüğü görülerek genel cerrahiye cerrahi açısından danışıldı. Genel cerrahi acil cerrahi girişim düşünmedi. Hastanın oralinin kapalı şekilde izlenmesi planlandı. Daha sonra yapılan ERCP de bulbus apeksinde 3-4 cm büyüklüğünde lümeni kısmen daraltan subepitelyal kabarıklık, hematoma izlendi. Biliyer sfinkterotomi yapıldı, balonla milimetrik, siyah renkli taş parçaları çıkartıldı.

TARTIŞMA: DİH pankreatit takibinde çok nadir görülen bir komplikasyondur. Bununla birlikte DİH, yarıdan fazla vakanın künt abdominal travma olduğu olgularda yaygındır. DİH'lar genellikle duodenumun ikinci ve üçüncü kısımlarında görülür. Duodenumun ikinci ve üçüncü bölümlerinin posterior vertebral korpuslara yakınlığı, submukozal yüksek vaskülariteleri ve periton tarafından sabitlenmesi duodenumun bu segmentlerini intramural hematomlar da dahil olmak üzere yaralanmaya yatkın hale getirir. Akut veya kronik pankreatitli hastalarda proteolitik enzimlerin ekstrasvazasyonu nedeniyle vasküler erozyon oluşabilir. Hemoglobin 2 gr/dl'den fazla azalması ile seyreden ölümcül kanama bu hastaların yaklaşık% 1 ila% 5'inde görülen nadir komplikasyondur. En çok etkilenen damarlar, pankreasa yakınlıkları nedeniyle, alt mezenterik arterlerin küçük dalları ile birlikte gastroduodenal, pankreatoduodenal, splenik, gastroepiploik ve sol gastrik arterlerdir. Semptomlar ağrı, melena, hematemez ve retroperitoneal kanamayı içerir. Teşhiste endoskopi, BT ve anjiyografi yer alır. Daha önce bildirilen vakaların çoğundan konservatif tedavinin mümkün olduğunu görüyoruz, ancak bu yöntem daha uzun hastanede kalış süresi ve daha fazla kan transfüzyonu ihtiyacı ile ilişkilidir. Girişimsel işlemler, cerrahi onarımı, endoskopik ve endovasküler teknikleri içerir. Endoskopinin faydaları, diğer tedavi seçenekleriyle karşılaştırıldığında minimal invaziv olması ve radyasyona maruz kalmamayı içerir. Bununla birlikte, bağırsak lümenine erişilemeyen kanama alanları için kullanılamadığı göz önüne alındığında, kısıtlılıkları vardır. Arteriyel embolizasyon, kanamanın tedavisi için etkili gibi görünmektedir. Hemoglobin stabilizasyonu, şok belirti ve semptomlarının olmaması ile karakterize kanama kontrolü olduğunda embolizasyon başarılı kabul edilir. Kanama tedavisi için laparotomi sadece hemodinamik olarak stabil olmayan hastalar için düşünülmelidir. Vasküler girişimsel radyolojideki ilerlemeler, bu yöntemin tercih edilen tedavi seçeneği haline gelmesine neden olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Duodenal intramural hematoma, akut pankreatit, ERCP

Şekil:1



pankreas baş kesiminde pankreatite sekonder gelişmiş nekrotik alan ve nekrotik alan içerisine aktif arteriyel kanama (kırmızı ok), bu alanın hemen komşuluğunda duodenum duvarında olduğu düşünülen 5x4 cm boyutlarında hematoma (mavi ok)

Tablo:1

Referans	Yaş	Cinsiyet	Pankreatit Etiyolojisi	Antikoagulan/antiplatelet tedavi veya koagulopati	Tedavi	Sonuç
Bodnár et al.1	33	Erkek	Hipertrigliseridemi	Hayır	Konservatif	BT eşliğinde aspirasyon gerektiren pankreatik abse gelişti, 6 hafta sonra taburcu edildi, duodenal hematoma için spesifik tedavi verilmedi
Leundji et al.2	45	Erkek	Alkolik	Evet (portal hipertansiyon nedeniyle trombo-penik)	Konservatif	1 yıl sonra asemptomatik

Eurboonya-nun et al.3	27	Erkek	Alkolik	Hayır	Konservatif	17 gün sonra taburcu
Dugernier et al.4	32	Erkek	Biliyer	Hayır	Konservatif	Tekrarlayan cerrahi debridman ve drenaj gerektiren enfekte nekroz gelişti, klinik durumun elverişsizliğinden dolayı duodenal hematoma tedavi uygulanmadı, 6 ay sonra taburcu oldu
Fukunaga et al.5	49	Erkek	Alkolik	Hayır	Cerrahi drenaj ve biyopsi	18 gün sonra taburcu
Neuzillet et al.6	62	Erkek	Alkolik	Hayır	pankreatiyoduodonektomi	Sıkıntısız
Lee et al.7	47	Erkek	Dang humması	Evet (Dang hemorajik ateşi) Konservatif	Konservatif	Gelişinin 51.gününde drenaj gerektiren peripankreatik abse, drenaj sonrası sıkıntısız
Lee et al.8	55	Erkek	Alkolik	Hayır	Endoskopik drenaj	Drenaj sonrası sıkıntısız, BT takibinde duodenumdaki intramural hematoma küçülmüş, endoskopide küçük duodenal ülser görülmüş
Veloso et al.9	64	Erkek	İdiopatik	Evet(daha önce geçirilmiş miyokard infarktüsüne bağlı aspirin ve klapidogrel)	Konservatif	14 gün sonra taburcu
Ma et al.12	32	Erkek	Alkolik	Hayır	Konservatif yaklaşım başarısız olması üzerine pankreatiyoduodonektomi	Cerrahiden 2 hafta sonra postoperatif sıkıntısız taburcu
Dubois et al.13	55	Erkek	Alkolik	Hayır	Konservatif	
Khurana et al.14	73	Kadın	Pankreatik adenokarsinom	Evet(derin ven trombozu nedeniyle warfarin)	Konservatif	duodenal hematoma sıkıntısız rezolusyonu, distal pankreatik rezeksiyon
Farhoud et al.15	71	Kadın	Obstruktif	Evet(derin ven trombozu nedeniyle warfarin)	Konservatif	10 gün sonra taburcu
Fesenmeyer et al.16	71	Erkek	İdiopatik	Hayır	Konservatif	Sıkıntısız
Mevcut vaka	53	Erkek	Biliyer	Evet (inen aorta trombus nedeniyle heparin, aspirin)	Konservatif	selektif anjiyoembolizasyon

Daha önce yayımlanan pankreatite sekonder duodenal intramural hematoma vakaları

[Abstract:0189]**Ortalama trombosit hacmi Crohn hastalık aktivasyon göstergesi olarak kullanılabilir mi?**

Sabiye Akbulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Crohn hastalığı (CH) patogenezi tam olarak bilinmeyen, gastrointestinal traktın herhangi bir bölgesini tutabilen; relaps ve remisyonlarla ile seyreden, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Crohn hastalığında hastalık aktivitesini değerlendirebilmek için noninvaziv belirteçlere ihtiyaç vardır. Bunlardan en sık kullanılan inflamatuvar bir marker olarak kabul edilen C-reaktif protein (CRP)'dir ve hastalığın aktif dönemlerinde belirgin olarak yüksek seyreder. Bazı araştırmacılar trombosit parametrelerinin de tanıya katkıda bulunabileceği göstermişlerdir. Trombositler kemik iliğinde megakaryositlerden üretilir ve bu esnada trombosit hacminin oluştuğu bilinmektedir. Ortalama trombosit hacmi (OTH) çeşitli hastalıklarda inflamatuvar bir belirteç olarak ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada tam kan sayımında rutin olarak raporlanan ve kolay ulaşılabilir bir kan parametresi olan OTH'nin Crohn hastalığında bir belirteç olarak kullanılabilirliğini test etmek istedik.

Yöntem: Bu vaka kontrol çalışmasına 95 Crohn hastası, aynı yaş ve cins grubundan 90 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 185 kişi alındı; 2 grup oluşturuldu. Açlık venöz kan örnekleri toplanarak; rutin biyokimya, hemogram ve CRP çalışıldı. Her iki grupta CRP ve OTH düzey ortalamaları belirlenerek; istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Crohn hastalarında CH karakteristikleri Montreal kalsifikasyonuna göre; hastalık aktivasyonu ise Crohn hastalık aktivite indeksi (CDAI) baz alınarak değerlendirildi. CDAI<150 olanlar inaktif veya remisyonunda, CDAI>150 üzerinde olanlar ise aktif hasta grubu olarak kabul edildi. Her hasta için hastalık aktivite indeksi bu kriterlere göre hesaplanarak kaydedildi. Bulgular: Hasta grubunda 49 (% 51.8) erkek; 46 (%48.4) kadın olmak üzere toplam 95; sağlıklı kontrol grubunda ise 47 (%52.3) erkek ve 43 (%47.7) kadın olmak üzere toplam 90 kişi çalışmaya alındı. Hasta grubunun yaş ortalaması 45.12±11.3 yıl, kontrol grubunun ise 43.31±11.6 yıldır. Gruplar arasında cinsiyet ve yaş yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (p<0.001). CRP hasta grubunda kontrol grubuna göre belirgin olarak daha yüksek (p<0.001); hemoglobin düzeyi ise hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde (p<0.001) daha düşük olarak bulundu. OTH hasta grubunda 8.11±12.3 fl, kontrol grubunda ise 10.09±10.6 fl idi; hasta grubunda kontrol grubuna oranla daha düşük düzeyler saptandı (p<0.001). Hasta grubunu kendi arasında hastalık aktivasyonuna göre analiz ettiğimizde aktif (CDAI>150) olanlarda OTH düzey ortalamasının 7.60±10.2 fl; remisyonunda(CDAI<150) olanlarda ise 8.81±11.3 fl ile daha düşüktü ((p<0.001). İnaktif /remisyon grubu sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında OTH hasta grubunda düşük bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0.001). Bu çalışmamızda OTH'i hasta grubunda düşük; özellikle hastalığın aktif olduğu dönemlerde olanlarda OTH en düşük düzeylerde tesbit ettik.

Sonuç: Bu çalışmada tam kan sayımında rutin olarak bakılan ve kolayca hesaplanabilen basit hematolojik bir parametre olan OTH'nin CH aktivitesi ile ilişkili olduğunu gösterdik. Bu bulgulara dayanarak invaziv işlemlerin yapılamadığı veya hasta tarafından yaptırılmak istenmediği durumlarda OTH'ne bakarak hastalık aktivitesi hakkında pratik olarak bilgi sahibi olunabilir. OTH, CH aktivasyonunu gösterme inflamasyon seviyelerini tanımlamak için kullanılabilir düşük maliyetli testtir ve inflamatuvar bir marker olarak kullanılabilir. OTH'nin Crohn hastalık aktivasyonundaki rolünü belirlemek için daha büyük hasta gruplarını içeren, karşılaştırmalı çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Crohn hastalığı, ortalama trombosit hacmi, C reaktif protein

[Abstract:0190]**İBH hastalarında COVID-19 pnömonisi sıklığı ve etkileyen faktörler**Ramazan Erdem Er, Serkan Duman, Emin Bodakçı, Büşra Yarcı, Arif İrfan Soykan, Murat Törüner
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: SARS-CoV-2'ye bağlı gelişen COVID-19 hastalığı ilk olarak kasım 2019'da bildirilmiş olup hızla pandemiye dönüşmüş, milyonlarca kişinin ölümüne neden olmuş ve halen olmaktadır. İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) ise sıklıkla immünsupresif tedavi gerektiren hastalıklardır. Bu nedenle hastalarda immünsupresif tedaviye bağlı ciddi viral ve bakteriyel enfeksiyon riskinde artış görülmektedir. COVID-19 hastalığı geçiren İBH hastalarında, kullanılan bu ilaçların COVID-19 seyrini nasıl etkilediğinin bilinmesi önem taşımaktadır. Çalışmamızda merkezimizde takipli İBH hastalarından SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirenlerde İBH için kullanılan ilaçlar ile COVID-19 pnömonisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi planladık.

Materyal-Metod: Kliniğimizde takipli ve Ankara'da ikamet eden toplam 895 İBH hastası retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. Doksan dokuz hastada SARS CoV-2 PCR testi pozitifliği saptanmış, 1 hastada PCR negatif olmasına rağmen bilgisayarlı tomografide (BT) akciğer tutulumu ile tanı konmuştu. Bu hastalar içinde BT'de akciğer tutulumu olan ya da oksijen ihtiyacı gelişen hastalar COVID-19 pnömonisi olarak değerlendirildi. Hastaların enfeksiyon sırasındaki yaş, cinsiyet, tanı, hastalık remisyon durumu, aktif sigara kullanımları, vücut kitle indeksleri, komorbiditeleri, İBH için kullandıkları ilaçlar not edildi. Pnömoni olanlarla nonpnömoni grupları arasındaki farklılıklar karşılaştırıldı.

Bulgular: Yüz hastanın 32'sinde COVID-19 pnömonisi saptanmıştı. Hastaların 6'sının öldüğü tespit edildi. Ölen hastaların 2'si COVID-19'a bağlı, 2'si akut koroner sendrom, 1'i serebrovasküler olay, 1'i Crohn hastalığı (CH) komplikasyonu nedeniyle ölmüştü. COVID-19 nedeniyle ölen 2 hastadan biri 37 yaşında primer sklerozan kolanjite sekonder siroz nedeniyle karaciğer transplantasyonu öyküsü olan, kadın ülseratif kolit (ÜK) hastasıydı. ÜK için vedolizumab tedavisi altında olup remisyonunda değildi. Diğer hasta ise CH tanısıyla mesalazin tedavisi altında remisyonunda takipli 59 yaşında kadın hastaydı. Komorbid faktör olarak yalnızca hipertansiyon hastalığı mevcuttu. Pnömoni ve nonpnömoni grupları karşılaştırıldığında; pnömoni grubunda bulunan hastaların yaşları anlamlı derecede yüksekti (0,002). En az bir komorbiditesi olan hastası pnömoni grubunda daha fazlaydı (p=0,001). Cinsiyet, tanı, aktif sigara kullanımı ve obezite bakımından iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05). Remisyonunda olan hastalarda pnömoni oranı %39 olup düşüktü. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Pnömoni grubu ile nonpnömoni grubunda kullanılan ilaçlar karşılaştırıldığında, mesalazin, azatiyopürin (AZA), anti TNF, anti-integrin tedavisi alanların oranlarında fark saptanmadı (p>0.05). Diğer ilaçlarla kombine mesalazin alan hastalarla tek başına mesalazin alan hastalar (%25,9/%36,8), kombine AZA alan hastalarla tek başına AZA tedavisi alan hastalar (%23,8/22,2) ve kombine biyolojik ajan alanlarla tek başına biyolojik ajan alan hastalar (%27,8/26,3) karşılaştırıldığında pnömoni ve nonpnömoni grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Anti TNF ile anti-integrin alan hastalar arasında da fark yoktu (24/38,5) (p>0,05). AZA kullanan hastalar kullanmayanlara göre daha gençti (37,5+11,7/48,4+14,3 p=0,023). Biyolojik ajan ve mesalazin kullanan hastalar arasında yaşta anlamlı farklılık saptanmadı. Altmış yaş ve üstünde olmanın ve en az bir komorbid durumun bulunmasının İBH hastalarında COVID-19 pnömonisi riskini arttırdığı görüldü. Kullanılan ilaçların ise COVID-19 pnömonisi için riski anlamlı düzeyde arttırmadığı görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda yaş ve komorbidite varlığının İBH hastalarında COVID-19 pnömonisi için riski arttırdığını tespit ettik. İlaçların ise risk artışında önemli etkisinin olmadığını gördük. Hasta sayımızın az ve retrospektif bir çalışma olması, kontrol grubumuzun olmaması, sigara içimi ve VKİ verilerine bazı hastalarda ulaşılabilmesi çalışmamızdaki eksikliklerdir. Sonuç olarak çalışmamızda İBH'da kullanılan ilaçların

COVID-19 pnömoni riskini arttırmadığı tespit edilmiş olup bunun için daha çok sayıda hastanın olduğu, prospektif, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, inflamatuvar bağırsak hastalığı

İBH hastalarında COVID-19 pnömonisi olan ve olmayan hastaların özellikleri

	Tüm hastalar N=100 (%)	AC tutulumu olan n=32 (%)	AC tutulumu olmayan n=68 (%)	P değeri
Cinsiyet E/K				
Erkek	55 (55)	17 (53,1)	38 (55,9)	0,80
Kadın	45 (45)	15 (46,9)	30 (44,1)	
Yaş median (min-max)	44 (21-73)	55 (22-73)	40 (21-71)	0,002
60 yaş üzeri	20 (20)	12 (37,5)	8 (11,8)	0,003
Tanı				
ÜK	63 (63)	20 (62,5)	43 (63,2)	0,94
CH	37 (37)	12 (37,5)	25 (36,8)	
Remisyonda olan	72 (72)	23 (71,9)	49 (72)	0,24
En az bir Komorbid hastalık	40 (40)	21 (65,6)	19 (27,9)	0,001
Aktif sigara var/yok	18 (18)	5 (15,6)	13 (19,1)	0,37
Obezite	12 (12)	5 (15,6)	7 (10,3)	0,30
BMI (mean+SS)	25,6+4	25,7+5,1	25,6+3,6	0,80
Tedavi alan	90 (90)	28 (87,5)	62 (91,2)	0,57
Mesalazin	65 (65)	21 (65,6)	44 (64,7)	0,93
Mesalazin monoterapi	38 (38)	14 (43,8)	24 (35,3)	0,63
AZA	30 (30)	7 (21,9)	23 (33,8)	0,22
AZA monoterapi	9 (9)	2 (6,3)	7 (10,3)	0,72
Biyolojik ajan	38 (38)	11 (34,4)	27 (39,7)	0,61
Biyolojik ajan monoterapi	19 (19)	5 (15,6)	14 (20,6)	0,56
Anti-TNF	25 (25)	6 (18,8)	19 (27,9)	0,32
Anti-integrin	13 (13)	5 (15,6)	8 (11,8)	0,75
	OR (%95 CI)	P değeri		
60 yaş üzeri	3 (1,02-9,11)	0,05		
Komorbidite varlığı	3,9 (1,5-10)	0,004		

[Abstract:0193]

Canlı Vericili Karaciğer Nakil Hastalarında İmmüsupresif Tedavi Ajanlarının Post-ERCP Pankreatit Gelişimine Etkisi

Yılmaz Bilgic¹, Gülşah Yamancan¹, Yasir Furkan Çagin¹, Oğuzhan Yıldırım¹, Mehmet Ali Erdoğan¹, Yüksel Seçkin¹, Murat Muhsin Harputluoğlu¹, Osman Sağlam¹, Engin Ataman¹, Sami Akbulut², Sezai Yılmaz²

¹İnönü Üniversitesi Tıp fakültesi İç Hastalıkları Ana bilim Dalı Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi Ana bilim Dalı Malatya

Amaç: Karaciğer nakli son dönem karaciğer hastaları için günümüzde sık başvuru alan, başarılı ve yaygın bir tedavi yöntemidir. İmmüsupresif ajanlar ve teknolojiye bağlı gelişmeler karaciğer naklinin tedavi potansiyelini üst düzeylere taşımıştır. Karaciğer nakli sonrası hastaların %5-30'unda biliyer komplikasyonlar ortaya çıkar. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP); karaciğer nakli alıcılarında biliyer komplikasyonların tanı ve tedavisi için altın standart prosedür olarak cerrahinin yerini almıştır. ERCP sonrası en sık görülen komplikasyondur ise pankreatittir. Karaciğer nakil hastalarında post-ERCP pankreatit (PEP) sıklığı ve risk faktörleri tam olarak belirlenememiştir. Bu popülasyonda PEP gelişimindeki risk faktörlerini belirlemeyi ve özellikle immüsupresif ajanlar ile PEP arasında ki ilişkiyi belirlemeyi amaçladık.

Materyal-Method: Tek merkezli, klinik, retrospektif olan bu çalışmaya karaciğer nakli sonrası ERCP yapılan 1338 hasta dahil edildi. Vakaların yaş, cinsiyet, nakil etyolojisi, işlem sırasındaki anastomoz tipi, daha önce EST yapılıp yapılmadığı, ön kesi yapılıp yapılmadığı, işlem sırasında koledoka stent uygulanıp uygulanmadığı, kullandığı immüsupresif tedavi ajanı tipi, işlem sonrası antibiyotik tedavisi alıp almadığı, ERCP endikasyonu, ERCP seans sayısı, pankreatit olma durumu ile ilgili veriler toplandı.

Bulgular: Bu kohortta PEP'in belirleyicilerini belirlemek için çok değişkenli bir lojistik regresyon analizi kullanıldı. Toplamda %4,9 'luk (66/1338) gözlenen PEP oranıyla çalışma süresi boyunca 1174 seans ERCP prosedürü gerçekleştirildi. Yaş, cinsiyet, lob, anastomoz tipi, immüsupresif tedavi ajanı ve stent değişkenleri ile pankreatit olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0.05). ERCP sırasında ön kesi yapılanlarda, yapılmayanlara göre post-ercp pankreatit olma riski 3.886 kat artmıştır. Daha önceden EST'li olma durumu pankreatit olma durumunu %70,4 azaltmaktadır. ERCP seans sayısı >6 ve üzeri olan hastalarda pankreatit gelişme olasılığı %59 olarak saptanmıştır. İşlem sırasında stent takılan hastalarda ERCP sonrası antibiyotik tedavisi alma insidansı artmıştır. (p=0.037). Yine ERCP sırasında ön kesi yapılanlarda (p=0.04) ve daha önce EST yapılmış hastalarda (p=0.03) işlem sonrası antibiyotik kullanım oranları incelenmiş ve her iki grupta da antibiyotik kullanımının arttığı istatistiksel olarak saptanmıştır.

Sonuç: Dünya çapında birçok değişik toplumda PEP risk faktörleri araştırılmış olup, Türk toplumunda yapılmış, yüksek hacimli, özellikle immüsupresif ajanların PEP üzerine etkisini inceleyen araştırma bulunamamıştır. Yaptığımız retrospektif çalışmada prednizolon ve tacrolimus dahil immüsupresan tedavi ajanlarından herhangi birinin pankreatit gelişimi üzerine koruyucu etkisi saptanamamıştır. Bulgularımızı doğrulamak ve immüsupresif tedavi ajanlarının PEP üzerindeki rolünü incelemek için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer nakli, Post ERCP pankreatit, İmmüsupresyon

[Abstract:0195]**Parsiyel Hepatektomi Modelinde Apocyninin Karaciğer Rejenerasyonu Üzerine Etkisi**

Yılmaz Bilgic¹, Hakan Parlakpınar², Onural Özhan², Yusuf Türköz³, Nigar Vardı⁴, Burhan Hakan Kanat⁵, İsmet Yılmaz⁶, Azibe Yıldız⁴, Zeynep Erdemli³

¹İnönü Üniversitesi Tıp fakültesi İç Hastalıkları Ana bilim Dalı Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp fakültesi Farmakoloji Ana bilim Dalı Malatya

³İnönü Üniversitesi Tıp fakültesi Biyokimya Ana bilim Dalı Malatya

⁴İnönü Üniversitesi Tıp fakültesi Histoloji Ana bilim Dalı Malatya

⁵Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana bilim Dalı Malatya

⁶İnönü Üniversitesi Eczacılık fakültesi Malatya

Amaç: Bu çalışmanın amacı parsiyel hepatektomi sonrasında Apocyninin karaciğer rejenerasyonu ve koruyucu etkisini araştırmaktır

Yöntem: Her grupta 8 adet olmak üzere toplam 32 rat rastgele yöntemle gruplara dağıtılacaktır. Grup I (n=8): Sham grubu, Grup II (n=8): Sadece hepatektomi yapılan grup, Grup III (n=8): Hepatektomi sonrasında 7 gün peş peşe günde tek doz intraperitoneal (i.p.) olarak 20 mg/kg Apocynin uygulanacak grup, Grup IV: (n=8): Hepatektomiden 3 gün önce başlayarak hepatektomi sonrası 7 gün peş peşe günde tek doz intraperitoneal (i.p.) olarak 20 mg/kg Apocynin uygulanacak grup. Alınan karaciğer doku örneklerinde Malondialdehit (MDA), Katalaz (CAT), Glutasyon (GSH), Glutasyon Peroksidaz (GSH-Px), Total Oksidan Status (TOS), Total Antioksidan Status (TAS), Oksidatif Stres İndeksi (OSI) ve Total Nitrit (Tot Nit) düzeyleri analiz edildi. Alınan karaciğer kesitleri parafinize edildikten sonra sinozoidal dilatasyon, intrasitoplazmik vakuolizasyon ve glikojen kaybı histopatolojik parametreler ve ki-67 ekspresyonu immünohistokimyasal olarak değerlendirildi. Gruplardan elde edilen serum numunelerinde MDA, GSH, TAS, TOS, OSI, Tot Nit, L-Arjinin, ADMA ve SDMA seviyeleri ölçüldü.

Bulgular: Statistical significant difference were found between groups in terms of liver tissue MDA (p<0.001), GSH(p<0.001), Catalase (p<0.001), GSHPx (p=0.014), total nitrite (p<0.001), TAS (p<0.001), TOS (p<0.001) ve OSI (p<0.001) levels. Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını göstermek için ikili grup karşılaştırmaları yapıldı. Tissue catalase, total nitrite, TAS ve TOS düzeyleri açısından bakıldığında sadece kontrol grubu ile hepatektomi grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü. Statistical significant difference were found between groups in terms of blood MDA (p<0.001), GSH(p=0.001), total nitrite (p=0.001), TAS (p<0.001), TOS (p=0.001), OSI (p<0.001), L-Arginine (p=0.003), ADMA (p=0.001) and SDMA (p=0.001) levels. Tüm karaciğer doku biyokimyasal parametreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Kontrol ve HP grupları arasında sinozoidal dilatasyon, intrasitoplazmik vakuolizasyon ve glikojen kaybı histopatolojik parametreler ve ki-67 artışları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (p<0.001). Hp ve Hp+APO grupları arasında ki-67 dışındaki ve Hp-APO+Hp+APO grupları arasında da sinozoidal dilatasyon histopatolojik parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür (p<0.001).

Sonuç: Bu çalışmanın histopatoloji, immünohistokimya ve biyokimya sonuçları, Apocyninin parsiyel hepatektomiye karşı koruyucu ve karaciğer rejenerasyonunu artırıcı etki gösterdiğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Apocynin, Hepatektomi, karaciğer rejenerasyon

[Abstract:0199]**Mide stromal tümörlerde endoskopik-laparoskopik kombine tedavi yaklaşımı**

Gülçin Türkmen Sarıyıldız¹, Osman Yüksel², Mehmet İbiş²

¹MEDİCANA HASTANESİ/ATILIM ÜNİVERSİTESİ MYO FAK

²GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç: Mide subepitelyal tümörlerin tedavisinde endoskopik ve laparoskopik yöntemlerin birlikte kullanılmasının birçok avantajı mevcuttur. Bu çalışmada amaç mide stromal tümör (GIST) olgusunda endoskopik ve laparoskopik kombine yöntemin kullanılması ve bu tekniğin avantaj ve dezavantajlarının irdelenmesidir

Yöntem: 68 yaşında, erkek hastaya kanama nedeniyle yapılan endoskopide mide korpus anterior yüzde subepitelyal lezyon tespit edilmiş, patoloji sonucu nöroendokrin tümör (NET) olarak rapor edilmiş. Ga-68-DOTA ile yapılan PET-CT' de tutulum tespit edilmemiş. Endoskopik ultrasonografide (EUS) lümeden dışarıya doğru büyüme gösteren, muskularis propria kaynaklı 5 cm çapında kitle tespit edilmiş, GIST düşünülmüş biyopsi yapılmamış. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda laparoskopik olarak korpus anterior küçük kurvatura doğru uzanan lezyon tespit edildi. Endoskopi ile mide lümenindeki lezyonun sağlam mukozaya sınırları laparoskopi ile kombine edilerek belirlendi. Küçük kurvatur mobilize edildi. Lezyonun superior, inferior ve her iki lateral sınırı endoskopi klavuzluğunda laparoskopik olarak suturler ile işaretlendi. Lezyon mide anterior-küçük kurvatur lokalizasyonundan transvers şekilde lümeden endoskopi yardımıyla laparoskopik olarak lineer stapler kullanılarak eksize edildi. Lümeden endoskopik kontrol yapıldı. Hastaya 1. gün oral başlandı ve 2. gün taburcu edildi.

Bulgular: Patoloji sonucu 4.5 cm çapında, 4/50 mm² mitoz sayısına sahip Ki-67 %5, cerrahi sınırları negatif ve düşük histolojik grade sahip olan GIST olarak rapor edildi.

Sonuç: Mide subepitelyal tümörleri genellikle rutin muayene için yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopilerinde insidental olarak tespit edilmektedir. Subepitelyal tümörler mide lümeninden endoskopik olarak kolayca tespit edilebilirken belirli boyutun altında olanlarda laparoskopik yöntemle mide duvarından sınırların belirlenmesi zor olabilir. Subepitelyal tümörlerden olan GIST' de lenf nodu metastazı nadir olduğu için tedavisinde lokal rezeksiyon yeterli kabul edilir. Lezyon sınırlarının lümen dışından tam belirlenememesi nedeniyle rezeksiyon sonrasındaki sınır pozitifliği önemli bir problemdir. Bu nedenle laparoskopik rezeksiyon esnasında endoskopik olarak lümeden sınırın belirlenmesi, submukozal diseksiyon ile lezyon sınırının belirlenerek lezyonun dışarıya doğru dönüşünün sağlanması ve lezyonun laparoskopik olarak rezeksiyonu veya lümeden endoskopik olarak lezyonun belirli aşamaya kadar rezeksiyonu sonrasında, laparoskopik olarak lümen dışından mide duvarının açılarak veya kapalı şekilde lezyonun tam kat çıkarılması gibi farklı teknikler kullanılabilir. Bu yöntemlerde lezyonun >5 cm olması, tümörün malign potansiyel risk taşıması nedeniyle laparoskopi esnasında tümör kapsülünün yırtılması sonucu tümör hücrelerinin periton boşluğuna dökülmesine neden olabilir. Endoskopik olarak lezyonun sınırlarının doğru tayin edilmesi, laparoskopi ile manüplasyonun sınırlı tutulması, lezyon sınırlarının endoskopi klavuzluğunda laparoskopi ile lümen dışından suturlerle işaretlenerek doğru bir şekilde çıkarılması önemlidir. GIST gibi subepitelyal tümörlerde sadece laparoskopik yöntemle lezyonun çıkarılmasında birtakım problemler söz konusu olabilir. Endoskopik olarak lezyonun lokalizasyonu, sınırlarının belirlenmesi, rezeksiyon esnasında klavuz olunması ve rezeksiyon sonrasında kontrolü içeren kombine yaklaşım önemli avantajlar sağlar.

Anahtar Kelimeler: GIST, endoskopik tedavi, laparoskopik tedavi

POSTER BİLDİRİLER

[Abstract:0086]

Otoimmün gastritli hastalarda mikro besin eksikliğinin ve otoimmün poliendokrin sendrom tip 3 ilişkisinin değerlendirilmesi

Safa Şenel¹, İrfan Soykan², Leyla Tatar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışmanın primer amacı, otoimmün gastrit(OİG)'li hastalar ve sağlıklı bireyler arasında mikro besin eksikliği bakımından fark olup olmadığını araştırmak, mikro besin eksikliği ile ilişkili olabilecek faktörleri belirlemek ve ayrıca OİG'li hastalarda otoimmün poliendokrin sendrom (OPS) tip 3b sıklığını araştırmak ve bu birliktelikle ilişkili olabilecek faktörleri saptamaktır. Bunun yanısıra ikincil amaç da OİG'li hastalarda OPS tip 3b birlikteliğinin mikro besin eksiklik gelişimi ile ilişkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Hasta grubunda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalında takip ettiğimiz 388 OİG tanısı konulmuş olan hasta ve kontrol grubunda ise merkezimizdeki iç hastalıkları veya gastroenteroloji polikliniğine Haziran 2019 ve sonrasında kontrol amacı ile başvuran 387 sağlıklı birey seçilmiş ve her iki grup kalsiyum, fosfor, magnezyum, ferritin, vitamin B12, D vitamini ve folik asit düzeyleri yönünden karşılaştırılmıştır. Ayrıca OİG'li hastalarda mikro besin eksikliğine neden olabilecek faktörler açısından APCA pozitifliği, Anti Hp İgG pozitifliği, serum gastrin düzeyi, atrofi düzeyi, intestinal metaplazi derecesi ve enterokromaffin benzeri (ECL) hücre hiperplazi tipine göre hastalar irdelenmiştir. Son olarak da, OİG tanılı hastalarda OPS tip 3b sıklığı ve OPS tip 3b birlikteliği ile ilişkili olabilecek faktörler ve bu hastalarda görülebilecek mikro besin eksiklikleri araştırılmıştır.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubu karşılaştırılmasında hasta grubunda kalsiyum ($p<0.001$), magnezyum ($p<0.001$), vitamin B12 ($p<0.001$) ve demir ($p<0.001$) eksikliklerinin daha sık görüldüğü gözlenmiştir. OİG'li hastaların serum gastrin düzeylerine bakıldığında; gastrin \geq 550 pg/ml olan grupta, gastrin $<$ 550 pg/ml saptanan hastalara göre vitamin B12 ($p=0.023$) ve gastrin \geq 1100 pg/ml olan grupta gastrin $<$ 1100 pg/ml olan gruba göre folik asit ($p=0.01$) eksiklik gelişimi daha sık olarak gözlenmiştir. OİG'li hastalarda OPS tip 3b prevalansı %16.5 olarak saptanmıştır. OPS tip 3b gelişimini etkileyen faktörler ECL hücre hiperplazisi tipi ($p=0.01$), kadın cinsiyet ($p=0.022$) ve gastrin \geq 400 pg/ml saptanması ($p=0.043$) olarak bulunmuştur. OİG hastalarında OPS tip 3b eşlik edenlerde, etmeyenlere göre vitamin B12'nin yanı sıra demir eksikliği gelişimi de daha sık olarak saptanmıştır.

Sonuç: OİG'li hastalarda mikro besin eksiklikleri normal popülasyona göre daha sık olarak görülmektedir. Belli gastrin kesim değerlerine göre bazı mikro besin eksiklik gelişimleri daha sık olarak gözlenmektedir. Bu hastalarda ECL hücre hiperplazisi tipi, kadın cinsiyet ve gastrin \geq 400 pg/ml saptanması OPS tip 3b gelişimi ile ilişkili olarak bulunmuştur

Anahtar Kelimeler: Otoimmün gastrit, Mikro besin eksiklikleri, Otoimmün poliendokrin sendrom tip 3b

[Abstract:0087]

Nadir görülen bir olgu: Budd Chiari Sendromu

Rümeysa Çavdar¹, Ali Bilgen², Mesut Akarsu²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç:

Budd-Chiari sendromu (BCS) hepatik venöz çıkış yolunun tromboz veya flebit nedenli obstrüksiyonu ile oluşan klinik tablodur. Hastalarda; ateş, karın ağrısı, sarılık, hepatik ensefalopati, asite bağlı karında distansiyon, alt ekstremitelerde ödem ve akut karaciğer yetmezliğine kadar klinik görülebilir. BCS nedenleri arasında miyeloproliferatif hastalıklar, malignite, herediter trombofili varlığı, vaskülitler, karaciğerde yer kaplayıcı lezyonlar, travma, oral kontraseptif kullanımı ve enfeksiyöz etyolojiler bildirilmiştir. Tedavi edilmez ise yaşamı tehdit edicidir ve erken tanı ve tedavisi önem kazanmaktadır. Tedavisinde antikoagülan tedavi; rekanalizasyon için trombolitik tedavi, anjiyoplasti yada stent uygulanması yapılabilir. Son dönem karaciğer hastalığı olan hastalar için, karaciğer transplantasyonu düşünülmelidir. Olgumuzda halsizlik, karın şişliği ve sırt ağrısı ile başvuran genç bir kadın hastada Budd-Chiari Sendromu tanısı konulmuş olup ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

Olgu:

31 yaşında kadın hasta; ev hanımı, 2 aydır bel ve sırt ağrısı, giderek artan karın şişliği ve halsizlik yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 2008 yılında B-ALL tanısı alan ve çoklu sıra kemo-terapi alan hastaya 2013'te akraba dışı donörden Allojenik KİT yapılmış. A-KİT sonraki dönemde Ven-oklusif hastalık (VOD) açısından antikoagülan kullanımına devam edilmiş.Kullanmakta olduğu ilaçlar spironolakton 100mg/gün, furosemid 40mg/gün, duloksetin 60mg/gün, ketiyapin 25 mg/gün,enoksaparin 4000U gün aşırı ve 3 aydır adet düzensizliği sebebiyle kombine oral kontraseptif(KOK) kullanmaktaydı. Fizik muayenede; genel durum orta, bilinci açık, koopere ve oryante. TA=110/75 mmHg, Nabız=78vuru/dk ritmik, Vücut sıcaklığı=36,5°, solunum sayısı=16/dk idi. Batın rahat; defans yok ve hafif distandü görünümde.Traube kapalı. Karaciğer midklavikuler hatta 2cm palpabl.Pretibial ödem yoktu. Hastanın yapılan tetkiklerinde Wbc:4200/mm³ Neu:1,8/mm³ Hgb:12,5 g/dL Plt:110/mm³ INR:1,05 fibrinojen:4,12 g/dL kreatinin:0,87 mg/dL AST:29 U/L ALT:21U/L GGT:217U/L ALP:115U/L T.Bil:1,19mg/dL D.Bil:0,32mg/dL Albümin: 4,67g/dL TSH:4,67mIU/L Ferritin:388ng/mL, viral hepatit serolojisi negatif, ANA,ASMA,AMA ve anti-LKM negatif saptandı. Hastadan acil olarak portal doppler usg ve abdomen BT anjiyo istendi. Üst abdomen BT anjiyografi incelemesinde "karaciğer sağ lob uzun aksı 19 cm ile normalden büyük, konturlarında ondülasyon mevcuttur. Orta hepatik ven dominanttır. Sağ ve sol hepatik venler net olarak ayırt edilmemiştir. İnférieur aksesuar hepatik vene ait görünüm izlenmiştir. Karın ön duvarında geniş kollaterallere ait vasküler yapılar mevcuttur. Bulgular Budd-Chiari sendromu ile uyumludur " şeklinde rapor edildi. Hastaya mevcut klinik ve görüntüleme sonucunda BCS tanısı konuldu. Hiperkoagülabilite durumu ve hematolojik malignite öyküsü bulunması sebebiyle Hematoloji Kliniği'ne, olası nakil hazırlığı planı nedeniyle Genel Cerrahi Kliniği'ne konsülte edildi. Hastanın kullanmakta olduğu KOK preparatı hemen kesildi, enoksaparin günde 2 kez 1mg/kg dozuna çıkıldı,tromboza yönelik tetkikleri planlandı.

Sonuç:

BCS olguların yaklaşık % 20'sinde etiyoloji aydınlatılamamaktadır. Bazı sebepleri kronik miyeloproliferatif hastalıklar (özellikle polistemia vera ve esansiyel trombositoz), oral kontraseptif kullanımı, gebelik, herediter trombofili varlığı, romatolojik hastalıklar ve malignitelerdir. Bizim hastamızda özgeçmişinde A-KİT olması ve KOK kullanımı olması ile hiperkoagülabl durumun bu duruma neden olduğu düşünülmele birlikte asıl

tedavi altta yatan primer hastalığın tedavisidir. Sonuç olarak özellikle de altta yatan risk faktörleri bulunan hastalarda sırt ağrısı, yeni gelişen asit ve karın ağrısı olması durumunda ayırıcı tanıda BCS olabileceği akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Budd-Chiari sendromu, Hepatik ven oklüzyonu, Oral kontraseptif

Görüntü



Vena kava suprahepatik kesiminde dolum defekt-Budd Chiari

[Abstract:0088]

'Çin Topu' ile Gelişen Toksik Hepatit Vakası

Ayşenur Ertürk¹, Süleyman Coşgun²

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji ve Hepatoloji Bilim Dalı, Kütahya

Giriş

İlaça bağlı karaciğer hasarı, çeşitli mekanizmalar yoluyla reçeteli ve reçetesiz satılan birçok ilacın kullanımından sonra gelişebilir. Akut ilaca bağlı karaciğer hasarının prezentasyonları arasında hafif, asemptomatik karaciğer testi anormallikleri, kaşıntılı kolestaz, viral hepatite benzeyen sarılıklı akut bir hastalık ve akut karaciğer yetmezliği bulunmaktadır. Bazı hastalarda, ilaca bağlı karaciğer hasarındaki kronik hasar siroza ilerler. İlaça bağlı karaciğer hasarı hastalarının çoğu asemptomatiktir ve sadece laboratuvar testleri nedeniyle saptanır. Semptomatik olan hastalarda halsizlik, subfebril ateş, anoreksiya, bulantı, kusma, sağ üst kadranda ağrısı, sarılık, koyu renkli idrar, kolestazlı hastalarda kaşıntı şikayeti olabilir. Fizik muayenede hepatomegali olabilir. Şiddetli vakalarda, akut karaciğer yetmezliğini gösteren koagülopati ve hepatik ensefalopati gelişebilir. Kronik ilaca bağlı karaciğer hasarı hastaları önemli fibroz veya siroz geliştirmeye devam edebilir ve siroz veya hepatik dekompensasyon ile ilişkili belirti ve semptomlara sahip olabilirler. Bitkisel ve diyet takviyelerine bağlanan hepatotoksisite sıklığı hakkında kesin bir tahmin yoktur. Hastalar genellikle bitkisel ürünlerin kullanımını klinisyenlerine bildirmezler ve kendi kendilerine ilaç kullanırlar. Sonuç olarak, bitkisel kullanımla ilişkili hepatotoksisite gözden kaçabilir. İnternette "çin topu" adıyla satılan, performans artırıcı bir ürünü kullandıktan sonra KCFT yüksekliği meydana gelen bir vakayı ele alacağız.

Vaka

Bilinen bir hastalığı olmayan 46 yaşındaki erkek hasta, 1 haftadır olan sarılık idrarda koyulaşma, sağ üst kadranda batıcı tarzda sırta yayılan karın ağrısı ile KCFT yüksekliği (tablo 1) olması sebebiyle kliniğe yatırıldı. Hastaya semptomatik destek tedavisi başlandı. Hastanın çekilen batin BT'si, MRCP'si ve USG'si normal sınırlarda değerlendirildi. Elizaları, viral markerları ve otoimmün hepatit antikorları negatif geldi. Anamnezinin değerlendirildiğinde hastanın çin topu adında bitkisel bir performans artırıcı kullanmaya başladığı öğrenildi. Çin topunun içeriğinde Panax Ginseng, Carob Molasses, C Vitamini, Glycyrrhiza gabra bulunduğundan görüldü. KCFT değerlerinde düşme olmaması sebebiyle (tablo 1) hastadan karaciğer biyopsisi alındı. Biyopside kronik aktif hepatit bulguları görüldü. Biopsi örneklerinde hepatositlerde hidropik dejenerasyon ve yer yer safrapigment birikimi, sinüzoidlerde genişleme ve hafif konjesyon, portal alanlarda PNL de içeren lenfoplazmositer infiltrasyon izlendi. Hastaya prednizolon 10 mg tedavisi başlandı. Bakılan kontrol KCFT değerlerinde dramatik düşme (tablo 1) ve şikayetlerinde belirgin gerileme gözlenen hastanın prednizolon dozu 20 mg'a çıkılarak toksik hepatit tanısı konuldu.

Tartışma

Birçok hasta "doğal" bitkisel ilaçların istenmeyen yan etkilerden tamamen arındırılmış olduğunu düşünmektedir. Birçok bitkisel ürünün ciddi toksisiteye yol açabileceğinden, birbirleriyle veya reçeteli ilaçlarla etkileşime girebilecek biyolojik aktiviteye sahip olduğundan habersizdir. Hastaların yüzde 40'ından azı klinisyenlerine bu ürünleri kullandıklarını bildirmektedir. İlaça bağlı karaciğer hasarı için birincil tedavi, ilacın kesilmesidir. İlaç toksisitesinin erken tanınması, şiddetin değerlendirilmesi ve akut karaciğer yetmezliğinin değerlendirilmesi önemlidir. Klinik çalışmalarda çok az spesifik tedavinin faydalı olduğu gösterilmiştir. Glukokortikoidlerin çoğu ilaç hepatotoksisitesi için kanıtlanmamış yararları vardır. Hastalar, karaciğer testleri normale dönene kadar seri biyokimyasal ölçümlerle takip edilmelidir. Hastada akut karaciğer yetmezliği gelişebileceğine dair bulgular varsa, kronik karaciğer hastalığı belirtileri varsa veya ilk değerlendirmeden

sonra tanı belirsiz kalırsa hepatoloji konsültasyonu düşünülmelidir. Ek olarak, akut karaciğer yetmezliği kanıtı olan hastalar hastalık sırasında erken bir nakil merkezine nakledilmelidir. Alanin aminotransferazın normalin üst sınırının 3 kat üzerinde olması, sarılık gelişmesi gelişimi, potansiyel olarak kötü bir prognoza işaret eder ve hepatoloji uzmanlığı olan bir merkeze derhal sevk edilmesini gerektirir.

Sonuç

İlaça bağlı karaciğer hasarının önlenmesi, hepatotoksik ilaç alan hastaların, uygun doz ve diğer ilaçlar veya alkolle potansiyel etkileşimleri hakkında güvenli kullanımları konusunda eğitilmesini içerir. Hastalar ayrıca karaciğer hasarı ile ilişkili belirti ve semptomlar konusunda uyarılmalıdır. İçeriği bilinmeyen bitkisel ürünlerden ve eczane dışı yerlerde satılan ilaçlardan uzak durmaları konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: çin topu, ilaca bağlı akut hepatit, toksik hepatit

Çin topu



Tablo 1. Vakanın karaciğer fonksiyon testlerinin seyri

	AST	ALT	ALP	GGT	TOTAL BİLİRÜBİN	DİREK BİLİRÜBİN	İNDİREK BİLİRÜBİN	PLT	INR
27.01	497	1082	138	210	5.30	3.27	2.03	278000	1
28.01	536	1081	143	243	6.11	3.29	2.82		
29.01	412	922	125	215	5.67	2.98	2.69	298000	
30.01	248	683		182	3.14	1.40	1.74	281000	
31.01	362	752	112	237	2.81	1.20	1.61	306000	

	AST	ALT	ALP	GGT	TOTAL BİLİRÜBİN	DİREK BİLİRÜBİN	İNDİREK BİLİRÜBİN	PLT	INR
1.02	344	690	100	216	3.01	1.15	1.86	308000	1.1
2.02	374	689	97	218	3.23	1.30	1.93	329000	1.1
3.02	389	674	120	240	2.66	1.05	1.61	319000	1.2
4.02	412	700		268	2.49	0.98	1.51	330000	1.1
5.02	345	637	113	233	2.11	0.88	1.23	317000	
7.02	356	702	111	226	1.92	0.85	1.07		1
10.02	314	639	129	191	2.56	1.31	1.25	331000	1
12.02	304	616	132	181	2.26	1.06	1.20		0.9
14.02	380	622	121	167	2.46	1.04	1.42	313000	0.9
17.02	485	850	117	158	2.38	1.24	1.14	277000	1
19.02	534	931	112	165	2.54	1.37	1.17	271000	1
21.02	527	935	117	159	2.58	1.51	1.07	266000	1
24.02	700	1104	115	163	4.85	3.03	1.82	306000	1
26.02	672	1009	108	172	5.85	3.70	2.15	295000	1
4.03	371	755	108	190	3.43	1.61	1.82	405000	1
16.03	107	321	79	94	1.57	0.58	0.99	409000	0,9
30.04	36	47			0.56	0.12	0.44	270000	1

Hastaya 26/02'de prednizolon 10 mg başlanmış olup, KCFT değerlerinde düzelme görülmesi üzerine 04/03'te prednizolon dozu 20 mg'a çıkmıştır.

[Abstract:0091]**A unique case of granulomatous gastritis with noncirrhotic portal hypertension due to granulomatous hepatitis secondary to sarcoidosis**Elif Tuğba Tuncel¹, Mesut Aydın², Yaren Dirik², Tülay Gökmen³, Kamile Kurt³¹Manisa Public Hospital, Gastroenterology Department²Yüzüncü Yıl University Faculty of Medicine Department of Gastroenterology³Manisa Public Hospital, Patology Department

Sarcoidosis is a multisystemic granulomatous disease of unknown origin and most commonly involves the lung and mediastinal lymph nodes, rarely the gastrointestinal tract. Here, the patient who had granulomatous gastritis, and portal hypertension due to liver involvement on endoscopy was diagnosed with sarcoidosis after the investigation. We aimed to present the case because it is an interesting rare case.

Introduction

Sarcoidosis is a multisystemic granulomatous disease. The worldwide prevalence of sarcoidosis is estimated to be 2-60 per 100,000 people (1). It is considered that immunological, genetic, and environmental factors play a role in its etiology(2,3,4). Portal hypertension and cirrhosis are important complications seen in hepatic sarcoidosis. In patients who developed portal hypertension, strategies in the general approach to portal hypertension are applied (5,6,7).

Case

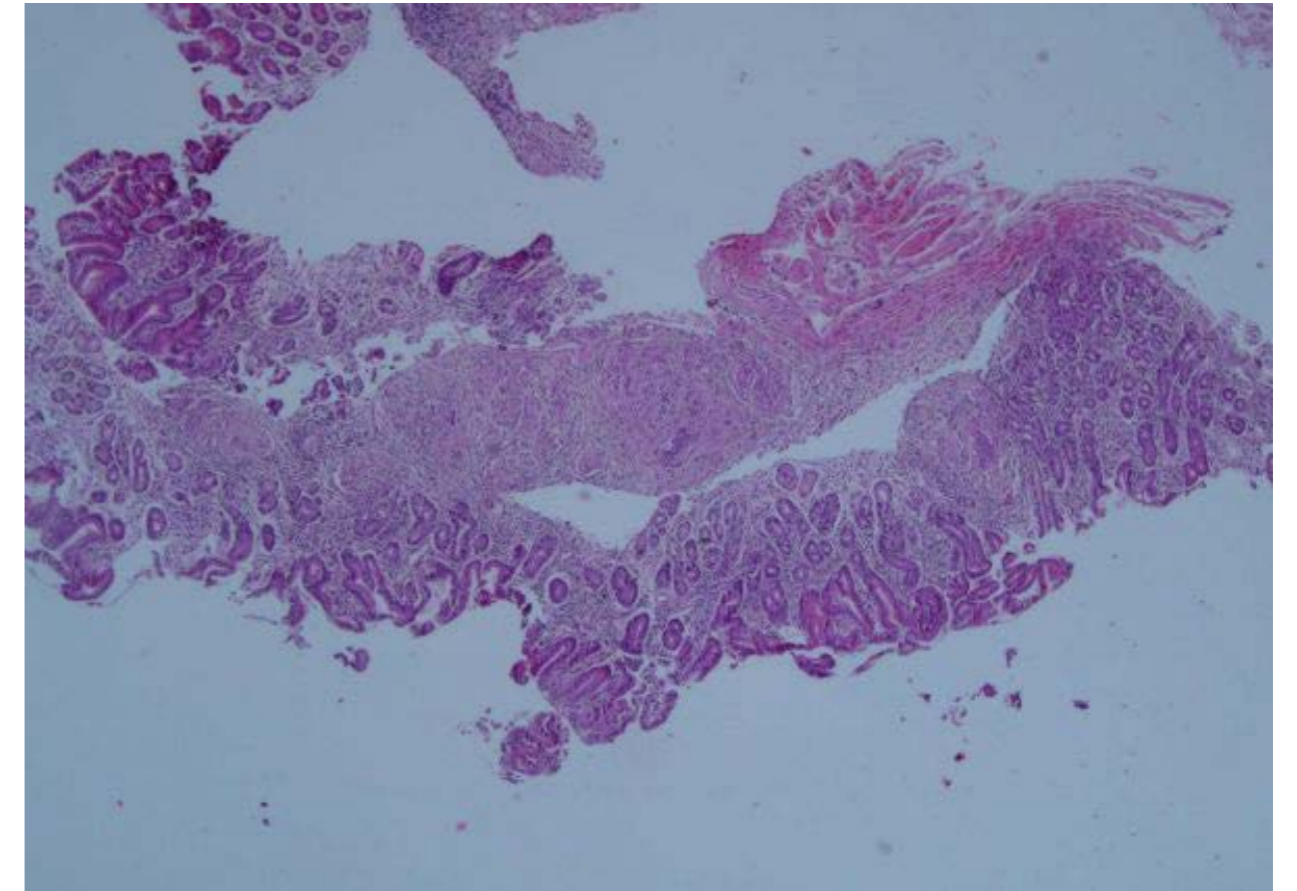
A 46-year-old female patient presented with weakness, nausea, and epigastric pain for 3 months. There was no known history of chronic disease. She denied alcohol and drug use. In laboratory tests: AST: 29 U/L, ALT:27 U/L, GGT:78 U/L (N:6-42 U/L), WBC:4.1 103/μL (4.49-12.68 103/μL), HGB:11.4 g/dL (11.9-14.6 g/dL), PLT:109,000 103/μL, (173-390 103/μL). The abdominal ultrasonography revealed that the left lobe of the liver was hypertrophic and the right lobe was atrophic. ANA, AMA, ASMA, ANTI-LKM, c-ANCA, Brucella, hepatitis, Immune globulin G, and immunoglobulin M levels requested to investigate the etiology of chronic liver disease were found to be negative. The endoscopy showed grade 1-2 esophageal varices and portal hypertensive gastropathy. The pathology of the biopsy taken from the antrum showed non-caseified granulomas (Figure 1). RPR (Rapid Plasma Reagin) c ANCA ve PPD test was found to be negative. Thorax CT demonstrated hilar and mediastinal LAPs and multiple nodules in both lungs (Figure 2). Angiotensin-converting enzyme (ACE) level was found to be 78 IU/L (8-52 IU/L). A liver biopsy was performed. The pathological examination demonstrated granuloma structures formed by noncaseating epithelioid histiocytes in the liver parenchyma and portal areas (Figure 3). The patient who was consulted with the department of chest diseases was considered to be sarcoidosis together with clinical and pathological manifestations. The patient was started on the oral treatment of prednisolone 30mg/day. 1 year of treatment has been planned for the patient whose complaints regressed in the 4th week of the treatment and her follow-up is ongoing.

Discussion

Sarcoidosis is a chronic non-caseating granulomatous disease that often involves the lungs and lymph nodes (1,2). Multiple systemic involvement is seen. Portal hypertension due to gastric and liver involvement observed in our case is rarely seen. In biopsy and autopsy studies of patients with systemic sarcoidosis, approximately 50-80% of them had liver involvement, while 10-30% had abnormal liver enzymes (1).. Besides, 3-18% of patients have been reported to have portal hypertension findings (5,6). The liver biopsy performed for this reason showed the presence of hepatic granulomas. (7). We aimed to present

the a unique case of granulomatous gastritis with noncirrhotic portal hypertension due to granulomatous hepatitis secondary to sarcoidosis

Keywords: Portal hypertension, sarcoidosis, granulomatous gastritis

Figure 1

Non-caseified granulomas in gastric biopsy

[Abstract:0105]**Alveolar Ekinokokkozis: Olgu Sunumu**

Orkide Kutlu¹, Emin Köse², Özlem Buluz³, Özge Kandemir Gürsel⁴, Gülçin Kamalı⁵, Özgür Altun¹, Yücel Arman¹

¹ Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

² Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

³ Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

⁴ Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

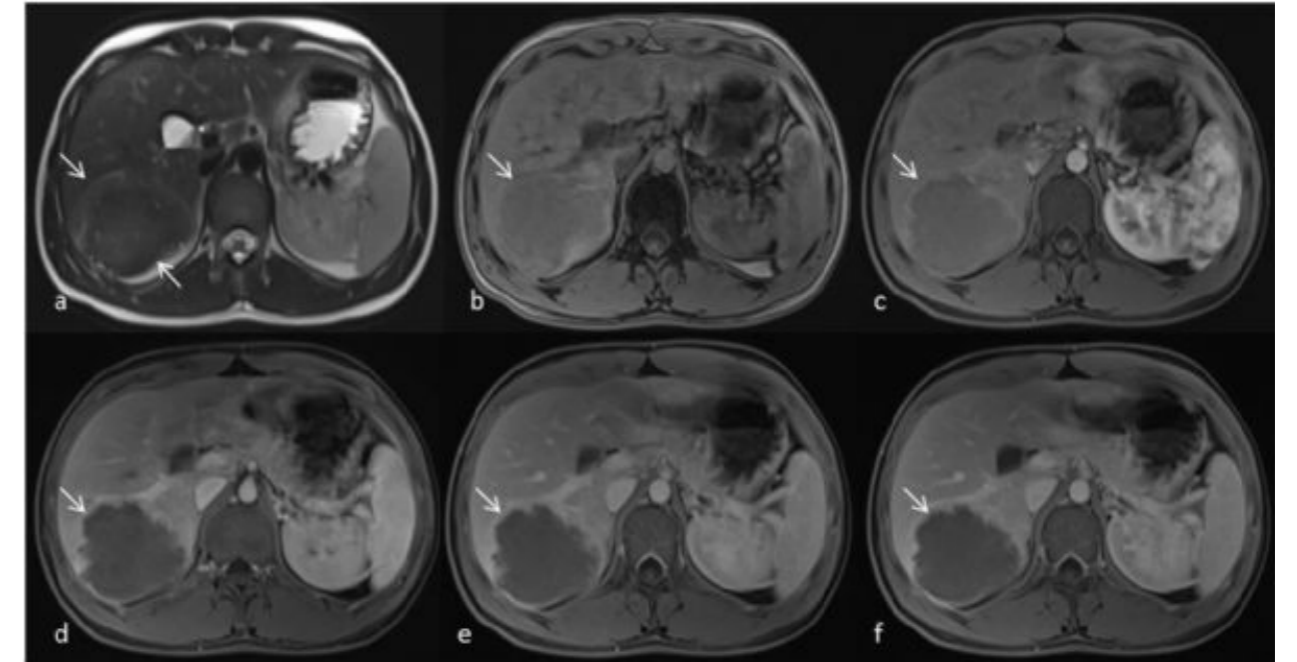
⁵ Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Alveolar ekinokokkozis(AE),Echinococcus multilocularis'in neden olduğu,kronik,progresif,invaziv,potansiyel olarak fatal bir hepatik helmint enfeksiyonudur.Echinococcus multilocularis,Taeniidae ailesinde Cestoda sınıfından hayat döngüsü tilki ve yabani kemiriciler arasında geçen bir parazittir.İnsanlar rastlantısal ara konak olup hastalığa tilki(tarla fareleri ile beslenen köpeklerin)dışkı ile atılan enfekte yumurtaların oral olarak alınması ile yakalanırlar.Echinococcus multilocularis larvası,duodenumda bağırsak duvarını geçer ve portal venöz sistem yolu ile karaciğere ulaşarak çok gözlü kistler yapar.Dış membranın ince olması,germinal tabakanın farklılaşmamış hücrelerinin hem içe hem de dışa doğru gelişme göstermesi ve konağın kiste karşı fibröz bir kapsül oluşturumaması nedeniyle parazit,çevre doku invazyonu/doku destrüksiyonu yaparak büyümeye devam eder.Sıklıkla 30-50 yaşlarında,kadın-erkek eşit oranda görülür. AE'de en sık klinik belirtiler sağ üst kadranda rahatsızlığı,halsizlik,kilo kaybı olup sarılık,kolanjit,portal hipertansiyon,Budd-Chiari sendromu görülebilir.Lezyon, karaciğer parankimine ve komşu yapılara malign tümör benzeri şekilde invazyon gösterir ancak ekstrahepatik tutulum(akciğerler/dalak/beyinde lezyonlar) nadirdir. AE daha çok yüksek ve soğuk yerleşim bölgelerinde(Alaska,Sibiry,Kanada,Rusya,Çin,Orta/Doğu Avrupa'da;ülkemizde Doğu/Güneydoğu Anadolu bölgelerinde) özellikle avcılar,çobanlar ve kürk işi ile uğraşan kişilerde görülmektedir.Tanı coğrafi prevalans,hikaye,serolojik testler,radyolojik görüntüleme bulguları ve biyopsi ile konur. Tanıda spesifik antikor tetkiklerinden ELISA/IHA en sık kullanılan yöntemlerdir,birlikte uygulandığında % 100'e yakın duyarlıkta sonuçlar bildirilmektedir.Perkütan aspirasyon/biyopsi, anafilaksi riski ve sekonder yayılma potansiyeli nedeniyle diğer tanı yöntemlerinin sonuçsuz kaldığı durumlarda nadiren planlanmalıdır.Bu bildirimizde ailesi kırsal alanda yaşayan ve hayvancılıkla uğraşan olgumuzun karaciğerindeki tümoral oluşumun AE ilişkili olduğunu çok nadir bir durum olması nedeni ile bildirmek istedik.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan,Bingöl'de ikamet eden,17 yaşında erkek hasta sağ üst kadranda rahatsızlık şikayeti ile iç hastalıkları polikliniğimize başvurdu.6 ay kadar önce ikamet ettiği şehirde şiddetli sağ üst kadranda ağrısı,iştahsızlık,halsizlik şikayetleri ile devlet hastanesine başvurmuş olan hastanın USG'de karaciğer sağ lobda 62x62 mm boyutunda hiperekoik,heterojen, düzensiz solid lezyonu atipik hemanjiom ile uyumlu değerlendirilmişti.MR incelemede 70x50 mm, sınırları düzensiz,periferik tarzda kontrastlanan santrali kontrast tutmayan kitle lezyonu saptanan hasta, ailesi tarafından,ileri inceleme amaçlı İstanbul'daki akrabasının yanına gönderilmişti.Annesi hipertansiyon-meme Ca,babası koroner arter hastalığı-kronik Hepatit B tanılı ile tedavi alıyordu. Genel durum iyi.Astenik görünümde. TA:100/70.Nb:65/dak. Ateş:36.6C.Karaciğer 3 cm palpabl,diğer fizik muayene doğaldı. Laboratuvarda B12:124 ng/L(197-771), hemogram,CRP,glikoz,kreatinin,AST,ALT,GGT,LDH,Na,K,Ca,PTH,ferritin,albümin, INR,AFP,CEA,Ca-125,Ca-19.9 normaldi.Karaciğer sintigrafisinde hemanjiom lehine eritrosit kümelenmesi izlenmedi.Kontrol dinamik kontrastlı MR'da Karaciğer segment 6-7 düzeyinde lobüle konturlu, T2AG izo/hipointens,periferi hafif hiperintens,T1AG'de izo-hafif hipointens,periferik fibro-inflamatuvar değişiklikler barındıran 8x7x6cm boyutlu kitlesel lezyon ekinokokkus alveolaris ile uyumlu değerlendirildi.Ekinokok IHA:1/5120 pozitif olan hastaya albendazol 2x400 mg başlanarak 15 gün sonra küratif cerrahi planlandı. Kısmi karaciğer rezeksiyonu yapılan hastada rezeke edilen dokuda nekrotik zeminde kutiküler membran ile çevrili farklı çaplarda kistler ve nekrozu çevreleyen granülatöz odaklar AE ile uyumlu değerlendirildi.Post operatif albendazol tedavisine 2 yıl süre ile devam planlanan hasta halen takibimizdedir.

Tartışma: AE'da tedavisiz 10 yıllık mortalite %90 üzerindedir. Tek potansiyel küratif tedavi yöntemi karaciğerde üç segmentten az tutulum yapmış,rezidüel karaciğer fonksiyonları cerrahiye izin veren-vena kava/portal ven/hepatik arter ya da safra yolları tamir edilmeye uygun genç hastalarda-radikal cerrahi rezeksiyondur.Cerrahi sonrasında albendazol (10-15 mg/kg/gün)ile en az 2 yıllık tedavi,nüks açısından en az 10 yıllık takip önerilir. Unrezektabl olgularda uzun süre medikal tedavi gerekmektedir,son çare olarak, karaciğer nakli yapılabilir.Ne yazık ki ülkemizde teşhis ileri evrede konulmakta ve yüksek oranda hasta yaygın hastalık nedeniyle kaybedilmektedir. Endemik bölgelerde ultrasonografi ve serolojik testler kullanılarak erken teşhis ile küratif tedavi şansı aranması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Alveolar Ekinokokkozis

Resim1

Karaciğer segment 6-7 düzeyinde subkapsüler alanda yaklaşık 8x7 cm boyutlarında, aksiyel T2 ağırlıklı görüntüde (a) lobüle konturlu, izo/hafif hipointens, periferi hafif hiperintens, içerisinde dağınık küçük kistik açıklıklar barındıran, kontrastsız aksiyel T1 ağırlıklı görüntüde (b) hafif hipointens, IV gadolinyum enjeksiyonu sonrasında alınan dinamik fazlı aksiyel görüntülerde (c-f) periferik düzensiz kontrast tutulumu dışında kontrastlanma göstermeyen hafif lobüle konturlu kitle lezyon izlenmektedir.

[Abstract:0108]**Nadir bir intestinal psödo-obstrüksiyon nedeni: CAİD Sendromu**Azar Abiyev¹, Sümeyye Taş¹, Ali Osman Taş², Seçkin Özgül¹, Mustafa Ergin¹, İbrahim Doğan¹¹Gazi Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara²Gazi Üniversitesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Kronik atriyal ve intestinal disritmi (CAİD), kalp ve sindirim sistemini etkileyen ve nadir görülen intestinal psödo-obstrüksiyon nedenidir. CAİD sendromu sinoatrial nodun tutulması ile bradikardi ve aritmeye neden olur. İntestinal pacemaker hücreleri olan çajal hücrelerinin etkilenmesi ile de hastalarda intestinal psödo-obstrüksiyon oluşur. Hastalarda aritmeye bağlı baş dönmesi, sersemlik, senkop, çarpıntı hissi görülebilir. İntestinal psödo-obstrüksiyona bağlı karın ağrısı, karında şişkinlik, bulantı, kusma, kabızlık veya ishale neden olabilir. Bu yazıda kliniğimizde takip edilen CAİD sendromu tanılı olgumuzdan bahsedeceğiz.

Anahtar Kelimeler: CAİD sendromu, intestinal psödo-obstrüksiyon

Resim

Resim 1a. ABDG'de hava-sıvı seviyeleri

Resim 1b. İleumda yağlı gayta ve presitaltizm yokluğu

[Abstract:0110]**Multiple Myeloma'da Gastrik Tutulum**Ersan Özkardeşler¹, Ali Sürmeliolu²¹Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kastamonu²İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

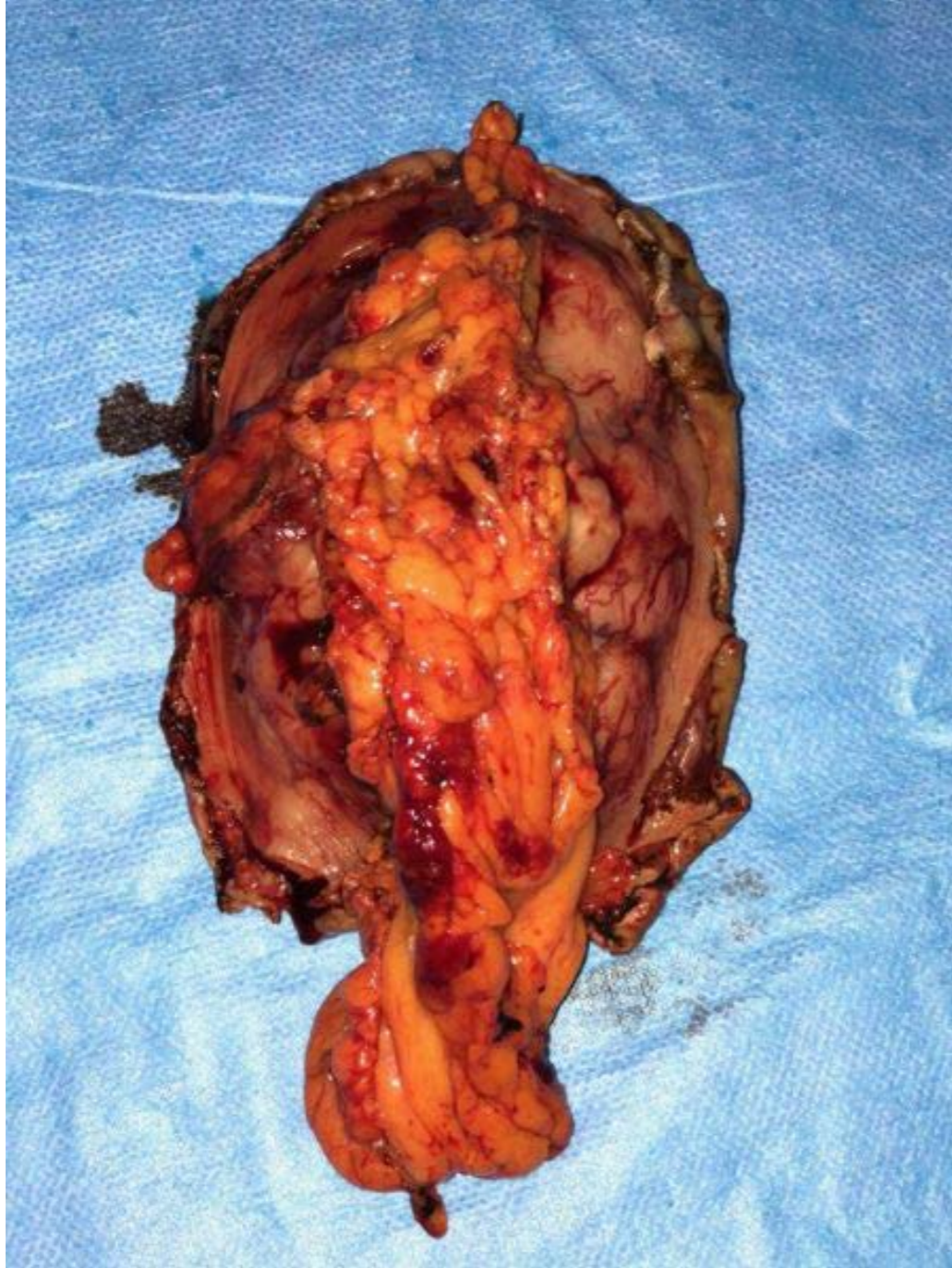
Multiple myeloma plazma hücrelerinin bir klonal malignitesidir. Multiple myeloma da böbrek yetmezliği, osteolitik lezyonlar, hiperkalsemi, kemik iliği yetmezliği ve serum monoklonal protein üretimi bozukluğu meydana gelir. Her ne kadar genellikle kemik iliğine sınırlı olsa da, plazmositoma şeklinde ekstramedüller tutulum da vakaların yaklaşık %20'sinde görülebilmektedir. Buna rağmen semptomatik gastrik tutulum olan multiple myeloma vakalarının sıklığı oldukça azdır. Olgumuzda multiple myeloma tanısı bulunan ve mide tutulumu olan hastanın üst gastrointestinal kanama nedeniyle takibi ve ameliyat edilmiş süreci paylaşılmaktadır.

68 yaşında erkek hasta üst gastrointestinal kanama ve melana nedeniyle acil klinik başvurusu sonrası takip ve tedavi amacıyla dahiliye servisine interne edilmiş. 2 yıl önce multiple myeloma teşhisi aldıktan sonra sistemik KT başlanmış. Tedavi sürecinde kemik iliği nakilli kabul etmemiş. Hastaya özefagogastroduodenoskopi yapıldı. Mide korpus büyük kurvaturda yaklaşık 5 cm çapında kanamalı lezyon görülen hastaya endoskopik skleroterapi iki defa denendi ancak başarısız oldu. Alınan biyopsinin histopatolojik sonucunda plazma hücreli myelomun gastrik tutulumu olarak değerlendirildi. Hastanın devam eden gastrik kanaması, hematokrit ve trombosit sayısı düşüklüğü nedeniyle kan ihtiyacını karşılamak ve resüsitasyonunu sağlamak için dahiliye kliniği yatışı boyunca toplamda 14 ünite ES, 2 ünite TDP, 8 ünite havuzlanmış trombosit, 1 ünite aferez trombosit transfüzyonu yapıldı. Uygun resüsitasyon sonrasında hastaya mide wedge rezeksiyonu uygulandı. Postoperatif takibinde Hct değerini ve trombosit sayısını düzeltmek için 2 ünite ES, 2 ünite havuzlanmış trombosit transfüzyonu yapıldı. Takiplerinde melanası olmayan hasta postoperatif 3. günde sıvı ve 4. günde yumuşak gıdalar aldıktan sonra hematoloji kontrolüyle taburcu edildi.

Soliter ekstramedüller multiple myelomaların en sık yerleştiği yerler orofarinks, nazofarinks, burun boşluğu, sinüsler ve larinktir. Gastrointestinal tutulum çok daha nadirdir ve ekstramedüller tutulumun ancak %7'sini oluşturur. Geçmişte yapılan geniş hasta sayılı bir çalışmada Multiple myeloma hastalarının sadece %0.9'unda gastrik tutulum olduğu gösterilmiştir. Multiple myeloma hastaları gastrik tutulum halinde mide çıkış obstrüksiyonu, melana, anemi ve üst gastrointestinal kanama ile belirti verebilirler. Endoskopik görüntüleme; ülserleşmiş kitle, duvar kalınlaşması, çok sayıda polip ve infiltratif lezyon şeklinde görülebilir. Endoskopik kanama kontrolü işlemleri başarılı olsa da lezyonun frajil olması ve iyileşmemesi nedeniyle tekrar kanamalar siktir. Sistemik tedavi ile birlikte radyoterapi Multiple myeloma gastrik tutulumlarına fayda gösterebilmektedir. Ancak devam eden kanamalarda cerrahi rezeksiyon kanama kontrolü açısından hasta tolere edebildiği sürece en faydalı yaklaşımdır. Olgumuz, multiple myeloma ile takip sırasında şiddetli üst GİS kanamalarda, multiple myeloma'nın gastrik tutulumunun ve buna bağlı endoskopik olarak kontrolü zor olan kanamalara neden olabileceğinin bir göstergesidir. Unutulmamalıdır ki bu hastalar trombositopenik hastalardır ve GİS kanamalarına daha yatkındırlar. Hastalarda kanamanın kontrol altına alınmayabileceği göz önünde tutulmalı ve uygun resüsitasyonu takiben cerrahi girişimi erken planlamak gerekebileceği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal Kanama, Gastrik Kanser, Multiple Myeloma

Resim 1



Makroskopi

[Abstract:0111]**Karaciğerde Kitle ile Prezente Olan Nadir Bir Olgu: Abernethy Malformasyonu**Mustafa Ergin¹, Murat Uçar², Mehmet İbiş¹¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara**Olgu**

20 yaşında erkek. Polisitemi etiyolojisi araştırılırken USG'de karaciğerde büyüğü 63x50 mm hiperekoik lezyonlar izlendi. BT ve MR'de superior mezenterik ve splenik ven ekstrahepatik uzun seyirli portal veni oluşturduktan sonra diyafragmatik düzeyde hepatic venle birleşerek vena kava inferiora drene olmaktadır. Trunkus çölyakustan köken alan dilate hepatic arter izlendi. Splenik venle birleşen portal venin ekstrahepatik seyri izlendi fakat portal venin intrahepatik seyri izlenmedi (Resim). Bu görüntülerle karaciğerde kitleyle prezente olan tip 1b Abernethy malformasyonu olarak değerlendirildi.

Tartışma

Portal venin konjenital yokluğu nadirdir, ilk kez 1793'te John Abernethy tanımlamıştır (Abernethy Malformasyonu=Konjenital Ekstrahepatik Portosistemik Şant). Embriyolojik yaşamda 4. haftanın sonunda, sağ ve sol vitellin venler arasında üç çapraz bağlantı oluşur. Süperior bağlantıdan intrahepatik portal ven, sağ vitellin ven kaudal kısmı ve sol vitellin ven kranial kısmının selektif involusyonuyla da ekstrahepatik portal ven gelişir. Bu anastomozun yetersizliğiyle komplet veya parsiyel portal sistem yokluğu ortaya çıkar. Porto-sistemik ve porto-portal şantlar oluşur. Mezenterik ve splenik ven akımı, renal vene, hepatic vene veya doğrudan inferior vena kavaya olur. Tip 1 şantlarda intrahepatik portal ven yoktur ve tam bir uç-yan şant mevcuttur. Tip 1a şantlarda superior mezenterik ve splenik venler inferior vena kava, iliak venler veya renal venlere ayrı ayrı drene olur. Tip 1b şantlarda superior mezenterik ve splenik venler kısa bir ekstrahepatik portal ven oluşturmak üzere birleşir ve inferior vena kavaya dökülür. Tip 2 şantlarda patent intrahepatik portal ven ve kısmi bir yan-yan şant mevcuttur. Portal vendeki kavernoöz sistemde tıkanıklık gelişirse portoportal kollateraller gelişir. Abernethy malformasyonu ile kardiyovasküler malformasyonlar sık görülür. Gastrointestinal sistemde konjenital bilier atrezi, intrahepatik safra kesesi, pankreatik tümör, ülseratif kolit, juvenil poliposis, hepatic tümör gibi bulgular görülebilir. Radyolojik olarak portal sistemi görüntülemek için renkli doppler ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve arteriyel veya direkt portografi gibi modaliteler kullanılabilir. Portal agenezili hastalarda prognoz; konjenital kalp hastalığı, karaciğer hastalığı ve portosistemik şantın yerine göre değişir. Rejeneratif nodüllerin malign dönüşümü alışılmadık bir durumdur, ancak bu malformasyonlarla ilişkili olarak olgular bildirilmiştir. Bunlara hepatoblastom ve hepatosellüler karsinom da dahildir. Portosistemik şant; amonyak, galaktoz ve diğer potansiyel olarak zararlı metabolit seviyelerinde artışa neden olur. Ensefalopati özellikle yaşlı hastalarda ortaya çıkabilir. Psikiyatrik bozukluklar ve nöropsikolojik gelişme geriliği de bildirilmiştir. Şimdiye kadar bu malformasyonda şantların spontan kapandığı bildirilmemiştir. Tedavi şant tipine ve klinik semptomlara göre planlanır. Farmakoterapi ve düşük proteinli diyet gibi diyet önlemleri ilk yaklaşımdır. Tip 1 şantlı hastalarda, mezenterik ve splenik venöz dönüş için tek drenaj yolunu temsil ettiğinden şantın oklüzyonu bir seçenek olmayıp karaciğer nakli tercih edilen tedavi yöntemidir. Tip 2'de şant oklüzyonu (cerrahi veya embolizasyon yoluyla) tedavi seçenekleri arasındadır.

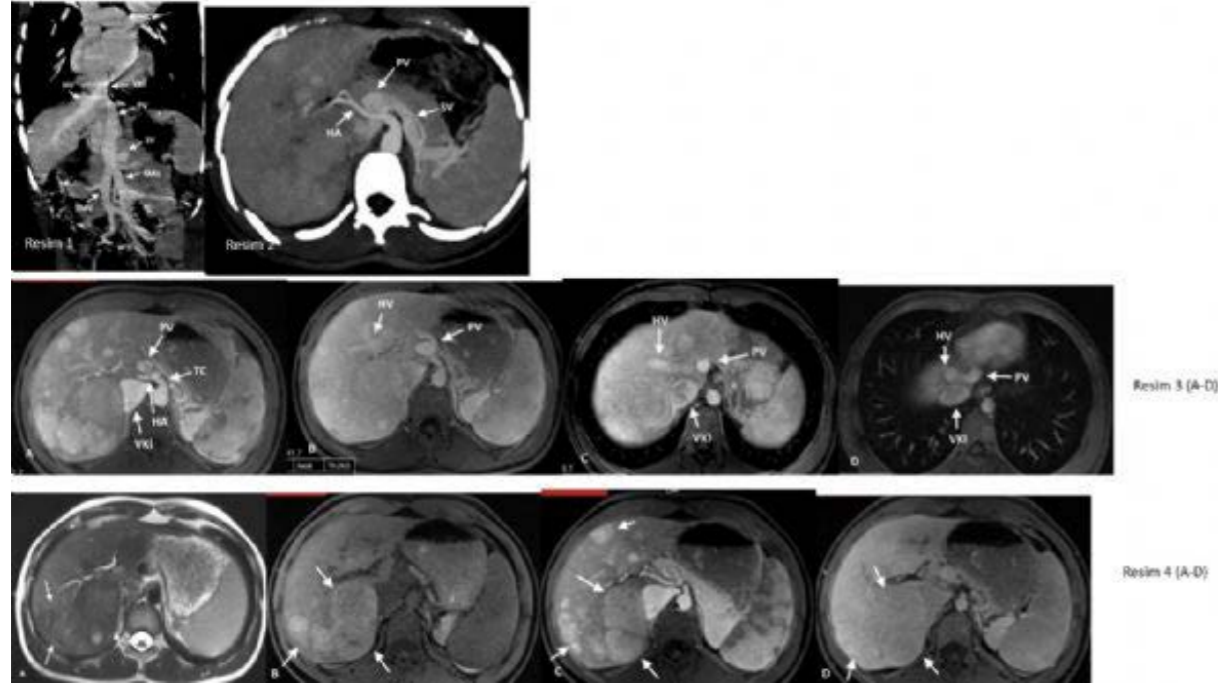
Kaynaklar

1. Kobayashi, Noritoshi, et al. "Clinical classification of congenital extrahepatic portosystemic shunts." Hepatology Research 40.6 (2010): 585-593.

- Morgan, Glyn, and Riccardo Superina. "Congenital absence of the portal vein: two cases and a proposed classification system for portasystemic vascular anomalies." Journal of pediatric surgery 29.9 (1994): 1239-1241.
- Ghuman, Samarjit S., et al. "The Abernethy malformation—myriad imaging manifestations of a single entity." The Indian journal of radiology & imaging 26.3 (2016): 364.
- Sakamoto, Seisuke, et al. "The role of liver transplantation for congenital extrahepatic portosystemic shunt." Transplantation 93.12 (2012): 1282-1287.

Anahtar Kelimeler: abernethy malformasyonu, portal ven, portosistemik şant

Resim



Resim 1. Koronal plan reformat BT incelemede; superior mezenterik ven (SMV) ve splenik ven (SV) ekstrahepatik uzun seyirli portal veni (PV) oluşturduktan sonra diyafragmatik düzeyde hepatik ven (HV) ile birleşerek vena kava inferiora (VKİ) drene olmaktadır (Tip 1b Abernethy malformasyonu). **Resim 2.** Aksiyel plan BT kesitinde trunkus çölyakustan köken alan dilate hepatik arter (HA) izlenmektedir. Splenik ven (SV) ile birleşen portal venin (PV) ekstrahepatik seyri izlenmekte olup portal venin intrahepatik seyri izlenmemektedir. **Resim 3.** Ardışık olarak dizilen dinamik portal faz T1A postkontrast MR görüntülerde (A-D) ekstrahepatik seyirli portal venin (PV) diyafragmatik düzeyde hepatik ven (HV) ile birleştikten sonra vena kava inferiora (VKİ) drenajı izlenmektedir. Ayrıca trunkus çölyakustan (TC) köken alan dilate hepatik arterin (HA) karaciğerin tek besleyicisi olduğu izlenmektedir. **Resim 4.** T2 ağırlıklı MR görüntüde (A) ve prekontrast T1 ağırlıklı yağ baskılı MR görüntüde (B) ağırlıklı sağ lob posterior segmentleri dolduran rejeneratif multipl lezyonların bazılarında kontrast madde enjeksiyonu sonrası alınan T1 ağırlıklı yağ baskılı görüntülerde (C-D) erken arteryel kontrastlanma izlenmektedir. Segment 7 yerleşimli lezyonlarda heterojen sinyal değişikliği ve yer yer geç kontrastta kontrast yıkanması nedeni ile displazi ya da erken evre hepatosellüler karsinom şüphesi bulunmaktadır (oklar).

[Abstract:0112]

Mide Lümeni ile İlişkili Dublikasyon Kistinde Laparoskopik Eksizyon

Ali Sürmeliolu¹, Ersan Özkardeşler²

¹ İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

² Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kastamonu

Mide dublikasyon kistleri nadir görülen konjenital anomalilerdir ve sıklıkla çocukluk çağında teşhis edilirler. Hastaların başvuru nedenleri spesifik olmamakla beraber genellikle karın ağrısı, disfaji, bulantı ve bazen kusma, anemi, karında şişkinlik en sık şikayetlerdendir. Çoğu gastrik dublikasyon büyük kurvatur üzerinde bulunur, kistik veya tubuler konfigürasyonda olabilirler. Çoğunluğu mide lümeni ile ilişkili değildir. Mide lümeni ile ilişkili olan dublikasyonlar çok daha nadir görülürler ve teşhisleri daha kolaydır. Gastrik dublikasyon kisti tanısı için gereken kriterler: mide duvarı ile bitişik kist, midenin kas tabakasıyla devamlılık gösteren düz kas ile çevrili kist, kist duvarının gastrik epitel ile örtülü olması. Bizim olgumuzda 46 yaşında erkek hasta acil cerrahi servisine yıllardır devam eden ve son 2 haftada sıklığı ve şiddeti artan kolik tarzında karın ağrısı ile başvurdu. Bakılan kan sayımı parametreleri ve biyokimyada özellik saptanmadı. Daha önceden hiçbir karın görüntülemesi ve gastroskopisi bulunmayan hastaya acil şartlarında oral ve intravenöz kontrast verilerek üst batin bilgisayarlı tomografi çekildi. Mide büyük kurvaturda fundustan başlayarak mide antrumuna doğru uzanan tübüler formasyonda mide dublikasyonu görüldü. Oral kontrast geçişi olmayan dublikasyon için elektif şartlarda üst GİS endoskopisi yapıldı. Özefagogastroskopide mide antrumunda bulunan yaklaşık 1 cm lik açıklık görüldü ve zorlu entübasyonla mide lümeninden dublikasyon lümenine geçildi. Dublikasyon içerisinde skop Retro görüş ile ilerletildiğinde tubuler formasyonun sonunda pylor benzeri bir formasyon olduğu ancak buradan tekrar mideye geçişin olmadığı görüldü. Tubuler yapı içerisinde multiple biyopsiler alındı ve histopatolojik olarak benign sonuçlandı. Yapının komşu yumuşak doku ve organlarla ve mide ile olan ilişkisini daha iyi anlayabilmek için in kontrastlı dinamik üst batin MR görüntüleme yapıldı ve mide dublikasyonunun tubuler formasyonda ve mide büyük kurvatura bitişik olduğu ancak dalak veya pankreas ile ilişkili olmadığı anlaşıldı. Semptomatik olan hastada laparoskopik dublikasyon eksizyonu yapılmasına karar verildi. Laparoskopik yöntemle mide büyük kurvatur ve dublikasyon sınır hattı laparoskopik yeşil kartuş cutter ile transekte edildi ve transeksiyon hattı kontinue sütür ile sütütle edildi. Postoperatif ikinci gününde pasaj filmi görülen hastaya sıvı gıdalar ve postoperatif üçüncü gününde yumuşak gıdalar başlandı. Takiplerinde genel durumu iyi olan, intolerans görülmeyen ve komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif dördüncü gününde taburcu edildi. Olgumuz yetişkin dönemde nadir görülen, özellikle tübüler formasyon şeklinde olan ve mide lümeni ile ilişkili olan mide dublikasyonlarında tanı ve tedavi açısından özellikli bir vakadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Gastrik Cerrahi, Mide Dublikasyon Kisti

Resim 1



makroskopik piyes

[Abstract:0113]

Anti-TNF Tedaviye Bağlı Anemi Gelişen Nadir bir Crohn Hastalığı Olgusu

İrem Biçer¹, Mustafa Ergin², Mehmet İbiş²¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Olgu

26 yaşında kadın.8 yıl önce terminal ileum ve çekum tutulumlu,nonpenetran-nonstriktüran Crohn hastalığı tanısı aldı.Sigara ve başka hastalık öyküsü bulunmayan hasta 7 yıl azatioprin tedavisiyle remisyonda izlendi.1 yıl önce atak gelişen ve CDAİ ile Harvey-Bradshaw skorlarına göre orta-şiddetli hastalık bulunan hastaya azatioprin tedavisi kesilerek infliksimab başlandı.5mg/kg infliksimabın yükleme tedavisi sırasında anemi(hb:4,7 g/dL) gelişmesi üzerine incelemelerde ferritin:3ng/mL,demir:44µg/dL,demir bağlama kapasitesi:230µg/dL,vitaminb12:85 pg/mL,folik asit:5ng/mL görüldü,hemoliz ve kanama belirtisi yoktu.Replasman tedavilerinin yapılmasına ve hastalık aktivitesinin gerilemesine rağmen anemisi devam eden hastada switch yapılarak tedavisi adalimumab olarak değiştirildi.İndüksiyon tedavisi sırasında yapılan tetkiklerde demir,vitamin b12 ve folik asit düzeyleri normal olmasına rağmen anemi gelişen ve Crohn açısından remisyonda seyreden hasta hematolojiye konsulte edilerek kemik iliği biyopsisi yapıldı,normosellüler kemik iliği olarak sonuçlandı.Adalimumab tedavisi de kesilerek hasta tedavisiz izlendiğinde hemoglobin değerlerinin yükseldiği görüldü.Tedavisiz izlendiğindeyse Crohn açısından aktivitesi şiddetlenen ve terminal ileum düzeyinde inflamatuvar darlık gelişen hastada anti-TNF tedaviye bağlı anemi gelişmesi nedeniyle bu tedaviler verilemediğinden cerrahi planlandı.1 ay önce ileoçekal rezeksiyon ve yan-yan anastomoz yapılan hasta post-operatif tedavisiz takip edilmektedir.

Tartışma

İBH'de anemi çoğunlukla,demir eksikliği ve aktive olmuş immün sistemin eritropoezin değişik basamaklarını olumsuz etkilemesiyle meydana gelen kronik hastalık anemisinin kombinasyonu olarak ortaya çıkar.Metabolik bozukluklar ve vitamin eksiklikleriyle tedavide yaygın olarak kullanılan bazı İBH ilaçları da anemiyi şiddetlendirebilir. İBH tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar,hem dolaylı(sülfasalazinin"antifolik" etkisi gibi) hem de doğrudan(azatioprin veya merkaptopurin gibi) miyelosupresif etkilere sahip olabilir. Literatürde azatioprin ve infliksimab kombinasyonunun sonucu olarak eritrositlere karşı çapraz reaksiyonun neden olduğu antikor gelişimi nedeniyle iki ÜK hastasında otoimmün hemolitik anemi bildirilmiştir. Anti-TNF ajanların(infliksimab,adalimumab veya certolizumab)etkinlik açısından birbirlerine üstünlükleri olmayıp,tüm anti-TNF'ler luminal Crohn hastalığında etkindir. Çalışmalarda İBH'de kısa vadede anti-TNF-α tedavisinin hemoglobin düzeylerini iyileştirdiği ve anemi oranlarını azalttığı gösterilmiştir.Normalde hemoglobin değerlerindeki düşüşe paralel olarak eritropoietin(EPO) seviyesinin artması beklenir. Ancak kronik hastalık anemisinde artış nadirdir,-bu da IL-1 ve TNF-alfa gibi sitokinlerin EPO salgılanması üzerindeki inhibitör etkileri ile açıklanmaktadır.Bu mekanizma, TNF-alfa blokerlerinin hemoglobin seviyeleri üzerindeki olumlu etkilerini açıklayabilir. Başka bir çalışmada da monoklonal antikorlarla(adalimumab ve infliksimab)anti-TNF-alfa tedavisinin sadece hastalık aktivitesini baskılamakla kalmayıp,hemoglobin düzeylerinde de anlamlı iyileşme sağladığı görülmüştür. Bir çalışmadaysa aktif İBH'de hepsidinin oldukça arttığı ve demir metabolizma dengesini bozarak aneminin şiddetini daha da artırdığı gösterilmektedir.Çalışmalar,infliksimab tedavisinin,hepsidinin ekspresyonunda bir azalmayla ilişkili İBH'de anemiyi iyileştirebileceğini bildirmişlerdir. Olgumuzda anti-TNF ajanların bu etkilerinin tersine,aneminin diğer nedenleri ortadan kaldırılmasına rağmen mekanizması net anlaşılammakla beraber anemi geliştiği ve bu ilaçların kesilmesiyle düzeldiği farzedilmiştir.Literatürde izole anti-TNF ilişkili anemi bulunmayıp bununla ilgili olarak,özellikle mekanizmasının aydınlatılması açısından ilave çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Weiss,Günter,and Christoph Gasche."Pathogenesis and treatment of anemia in inflammatory bowel disease."haematologica95.2(2010):175.
2. Peyrin-Biroulet,Laurent,et al."Efficacy and safety of tumor necrosis factor antagonists in Crohn's disease:meta-analysis of placebo-controlled trials." Clinical Gastroenterology and Hepatology 6.6(2008):644-653.
3. Lucendo,Alfredo J.,et al."Effects of anti-TNF-alpha therapy on hemoglobin levels and anemia in patients with inflammatory bowel disease." Digestive and Liver Disease 52.4(2020):400-407.
4. Grigorakaki,Christine,et al."Tumor necrosis factor alpha-mediated inhibition of erythropoiesis involves GATA-1/GATA-2 balance impairment and PU.1 over-expression." Biochemical pharmacology 82.2(2011):156-166.
5. Abdel-Khalek,Manal Aly,et al."Serum hepcidin: a direct link between anemia of inflammation and coronary artery atherosclerosis in patients with rheumatoid arthritis."The Journal of rheumatology38.10(2011):2153-2159.

Anahtar Kelimeler: *anemi, anti-tnf ajanlar, crohn hastalığı*

[Abstract:0114]**Impact of Favipravir treatment on H.Pylori infection in patients with mild to moderate COVID-19 infection**

Ahmet Cumhuri Dülger¹, Muhammed Ali Karaayvaz¹, Mustafa Yakarışık², Ayfer Ugiş²

¹Giresun University School of Medicine Gastroenterology, Giresun.Turkey

²Giresun University School of Medicine Division of Internal Medicine, Giresun.Turkey

Aim: COVID 19 infection is caused by novel SARS COV 2 and is resulting in hundreds of thousand deceased cases in last months. The disease is characterised by myalgia,fever, dry cough, dyspnea and pulmonary complications including hypoxemia and death. Some patients also experience other gastrointestinal symptoms and signs such as sore throat, epigastric pain and diarrhea. Favipravir(FAV) therapy is still key to demolish the COVID 19 pandemic in the many Asian countries including Turkey. However, there is still no report involving impact of Favipravir on H.pylori infection as well as beneficial effects on gastric mucosa rather than COVID-19 infection.

Methods: We conducted a single-center retrospective study regarding the health records of 43 patients (the mean age 56 years, 26 female) who underwent upper gastrointestinal endoscopy and formerly treated with FAV due to Covid-19, at their home between April 2020 and June 2021. Patients younger than 18 years of age, with formerly treated against H.pylori or with gastric cancer were excluded. All patients had had FAV treatment at least five days for treating mild-to moderate COVID-19 infection.We analyzed post-COVID gastric biopsy results and other laboratory tests were also further evaluated. Age and gender matched comparator group (110 subjects, the mean age 54 years 60 female) was selected from who underwent GI endoscopy for dyspeptic complaints at pre-COVID period (until march 2019). All gastric biopsy results were extracted from hospital data system.

Results: Of those 43 formerly treated with FAV there were 9 (21%) patients with intestinal metaplasia, 2 (5%) with atrophic gastritis and 14 (33%) with H.pylori infection. There were no statistically significant differences in terms of intestinal metaplasia (21% versus 24%;p>0.05) and atrophic gastritis (5% versus 6%;p>0.05). Other hand patients who has been taken FAV due to COVID 19 infection had lower rates of H.pylori infection compared to those patients who selected as comparator from pre-COVID period (33% versus 55%;p<0.01).

Conclusions: Although their efficacy has been well-established in treatment of mild to moderate COVID-19 infection, the use of Favipravir against H.pylori infection remains unknown amid lack of studies in English literature. For the first time in the literature, our study identified that Favipravir therapy may also be a key for treating H.pylori infection. Further large scale studies are warranted in future.

Keywords: Favipravir, COVID 19, Helicobacter pylori

[Abstract:0115]**Peptik ülserli hastalarda helikobakter pilori tespitinde hangi testi kullanalım?**

Hurşide Uslu¹, Altay Kandemir²

¹Yatağan Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Muğla

²Adnan Menderes Üniversitesi, Gastroenteroloji ABD, Aydın

Amaç: Helikobakter pilori (H. Piloni) gastrointestinal sistemde en sık karşılaşılan enfeksiyondur. Dünya popülasyonunun yaklaşık olarak %50' lik bir kısmının bu bakteri ile enfekte olduğu düşünülmektedir. H. pilori tanısında altın standart olarak kullanılan yöntem histopatolojik incelemedir. Endoskopik yöntem ile biyopsi yapılması hem girişimsel bir metot olması hem de beraberinde getirdiği komplikasyonlar nedeni ile belirli riskler taşımaktadır. Ayrıca kullanılan ekipman, insan gücü ve alınan materyalin patolojik olarak incelenmesi gereksinimleri, maliyet ve zaman gerektirmekte bu da araştırmacıları bu testin yerini alabilecek non-invaziv, daha hızlı sonuç verebilecek testler arayışına yöneltmiştir. Bu çalışmada H. pilori enfeksiyonunu saptamada altın standart olarak kabul edilen histopatolojik inceleme ile gaita antijen testi (GAT) ve üre nefes testlerini karşılaştırarak bu testlerin biyopsinin yerini alıp alamayacağını araştırdık.

Yöntem: Kliniğimizde üst sistem endoskopisi yapılan ve histopatolojik incelemede H. pilori pozitif saptanan hastalar prospektif olarak incelendi. Son iki hafta içinde antibiyotik veya Ppı (proton pompa inhibitörü) kullanan, H. pilori eradikasyon tedavisi almış olan, antibiyotik, Ppı veya H2 reseptör blokör kullanmakta olup bu ilaçların kesilemeyeceği hastalar çalışmadan çıkarıldı. 50 kadın 50 erkek olmak üzere toplamda 100 hasta üzerinde üre nefes testi ve GAT uygulanmış ve sonuçlar altın standart olarak kabul edilen histopatoloji ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastalardan alınan gaita örnekleri GAT kullanılarak değerlendirilmiş ve toplamda 52 hastada pozitif sonuç elde edilirken 48 hastada sonuç negatif gelmiştir. Hastalara üre nefes testi uygulandığında ise 71 hastada pozitif sonuç elde edilirken geri kalan 29 hastada ise negatif sonuç elde edilmiştir.

Sonuç: Elde edilen sonuçlar literatüre kıyasla daha düşük sensitivite ve spesifiteye sahiptir. Bu bulgular ışığında toplumumuzda görülen H. Piloni suşuna yönelik GAT' ne ihtiyaç olduğu düşünülebilir. Yine üre nefes testinin uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi için bakteri yükünün de değerlendirmeye katıldığı yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: H. Piloni, gaita antijen testi (GAT), üre nefes testi

[Abstract:0116]**Eozinofilik asit ve solunum sıkıntısı ile seyreden visseral larva migrans: Bir olgu sunumu**

Aşkın Erdoğan¹, Şahnura Edisan², Haluk Erdoğan³

¹Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji Bölümü

²Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD

³Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

Amaç:

Evcil hayvanlarda bulunan parazitler insanlara bulaşabilir ve larva formları iç organlara göç ederek klinik bulgulara neden olabilir. Klasik larva migrans çoğunlukla okul öncesi çocuklarda görülür. Burada erişkin yaşta görülen, eozinofilik asit ile seyreden ve albendazol tedavisine dramatik yanıt veren visseral larva migrans olgusu sunulmuştur.

Olgu:

Bilinen mevsimsel alerji öyküsü dışında kronik bir hastalık ve ilaç kullanma öyküsü olmayan 35 yaşındaki erkek hasta 10 gündür olan karın ağrısı, karında şişlik, iştahsızlık ve kilo kaybı şikâyetleri nedeniyle hastaneye başvurmuştur. Ayaktan medikal tedavisi düzenlenen hasta kanlı ishal gelişmesi üzerine dış merkezde metranidazol tedavisi verilmiş. Şikâyetlerinin gerilememesi, karında şişlikte artış ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine hastaneye yatırılmıştır. Fizik muayenesinde bilinç açık, dispneik görünümde. Vitallerinde arteriyel tansiyon: 110/70 mmHg, nabız:94/dk-ritmik, ateş: 36.7°C periferik oksijen saturasyon: % 88. Batın distandü, üst kadranda hafif hassasiyet ve serbest asitle uyumlu, açıklığı yukarı bakan matite saptanmıştır. Ele gelen kitle, lezyon, organomegali ve patolojik boyutta lenfadenopati saptanmamıştır. Yatışındaki laboratuvar tetkiklerinde WBC: 19,75 10³/uL olup eozinofili % 36,5 olan hastanın abdominal USG'de perihepatik ve perisplenik 7-8 cm, pelvik alanda barsak ansları çevresinde 12 cm. derinliğe ulaşan serbest sıvı, sağ alt kadranda muhtemel terminal ileumda duvar kalınlaşması izlendi (terminal ileit?), mezenterik yağlı doku hafif bulanık (peritonit?) ve sol pleural alanda hafif pleural sıvı olarak raporlanmış. Peritonite yönelik seftriakson-metronidazol başlanıp daha sonra meropenem tedavisine geçilen hastaya tanısız parasentez yapılmış ve mikroskopik incelemede 2250 eritrosit, 360 lökosit (%50-60 eozinofil) ve malignite açısından şüpheli saptanmıştır. İmmünohistokimyasal çalışmalarda CK7 ve Kalretinin (+), CK20 (-) olup mezotelyal hiperplazi, mezotelyoma ve CK7 (+), CK20 (-) tümörler açısından araştırılmış ancak malignite saptanmamıştır. Asit kültüründe tüberküloz dahil üreme saptanmamıştır. Periton biyopsisinde yaygın eozinofili olan hastanın antibiyotikleri kesilmiştir. Toraks tomografisinde özofagusta diffüz kalınlaşması saptanmış, yapılan endoskopide alt özofagusta gastrik inlet patch, pangastrit ve reflü özofajit grade A (LA) saptanıp alınan biyopsilerde reflü özofajit, gastrik heterotopi, skuamöz epitel içinde en yoğun olduğu alanda 1 büyük büyütme alanında 5-6 eozinofi ile reaktif gastrit izlenmiştir. Kolonoskopide evre I iç hemoroidler, terminal ileum proksimalinde mukozodan hafif çökük 2 mm çapta alanlar, kolonda yamalı milimetrelilik eritem ve erozyonlar ile alınan terminal ileum ve kolon biyopsisinde nonspesifik değişiklikler saptanmıştır. Takiplerinde kan eozinofilisi % 64,5'e yükselen hastada hipereozinofilik sendrom açısından patolojik bulgu saptanmamıştır. Hastaya visseral larva migrans öntanısı ile albendazol 2x400 mg 7 gün tedavi verilmiştir. Tedavi sonrası hastanın asiti kaybolmuş ve kan eosinofil değeri normal sınırlara gelmiştir. Toxocara canis IgG antikoru sınırda pozitif saptanmıştır.

Sonuç:

Parazitlere bağlı enfeksiyonlar günümüzde güncelliğini halen sürdürmektedir ve nadir klinik bulgularla karşımıza çıkabilir. Tanıda yüksek klinik şüphe esastır. Parazitlere bağlı eozinofilik asit akut başlangıçlı asit olgularının da çok nadir bölümünü oluşturmaktadır. Dışkı ve doku mikroskopisinde etken gösterilemese bile eozinofili ile seyreden hastalıkların tedavisinde parazitler mutlaka gözönünde tutulmalıdır. Parazitlere özgül antikorların serokonversiyonu tanıda önemlidir fakat serokonversiyonun haftalar alabileceği akıldaki tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Asit, Eozinofili, Visseral larva migrans

[Abstract:0118]**Kronik kabızlık tanı ve tedavisinde birinci basamak hekimlerinin farkındalığı**

Aşkın Erdoğan

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji Bölümü

Amaç:

Ülkemizde birinci basamak hekimleri tarafından FK (fonksiyonel kabızlık) ve İBS-K (İrritable bağırsak sendromu-Kabızlık) için Rome tanı kriterlerinin bilinirliğini, bu hastaların tanısında DRM (dijital rektal muayene)'sinin hangi sıklıkta kullanıldığını ve tedaviye yanıtız kronik kabızlık veya dissinerjik defekasyon bulguları olan hastalarda fizyolojik değerlendirme yapılması için ileri bir merkeze yönlendirilip yönlendirilmediğini anket yöntemi ile araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem:

Hazırlanan anket birinci basamak hekimlerine elektronik posta ile gönderilmiştir. Kronik kabızlık yakınması ile başvuran hastalarda DRM, FK ve İBS-K tanısı için Rome kriterleri soruları yöneltilmiş ve kullanıp kullanmadıklarının cevaplandırılmaları istenmiştir. Ayrıca diyet, eksersiz ve standart tedaviye yanıtız hastalarda veya dissinerjik defekasyon bulgularının varlığında fizyolojik değerlendirme yapılması için ileri bir merkeze yönlendirilip yönlendirilmediği sorulmuştur.

Bulgular:

Anket 108 birinci basamak hekimi tarafından yanıtlanmıştır. Hekimlerin %92.6'sı DRM yapmadığını ifade etmiştir. Hekimlerin %80'den fazlası pelvik taban disfonksiyonunu gösterir manevraları uygulamadığını belirtmiştir. FK ve İBS-K için Rome kriterinin %80'den fazla hekim tarafından bilinmediği görülmüştür. Çoğu hekim (%86.5) dissinerjik defekasyon bozukluğu için Biofeedback tedavisinin uygulandığını bilmediğini belirtmiştir. Hekimlerin yaklaşık %80'ni DRM, FK ve İBS-K tanısı için eğitim desteğine ihtiyaç duyduğunu söylemiştir.

Sonuç:

DRM birinci basamak hekimleri tarafından çok az uygulandığı ve tanıda Rome kriterleri çok az oranda kullanıldığı görülmüştür. Ayrıca hastalar tedaviye yanıt vermiyorsa fizyolojik test yapılması için ileri bir merkeze yönlendirilmemektedir. Bu sonuçlar kronik kabızlıkta DRM'nin kapsamlı olarak yapılması ve FK ve İBS-K tanısında kullanılan Rome kriterleri için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitime ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak hekimleri, dijital rektal muayene, kabızlık

[Abstract:0119]**Yaygın Değişken İmmün Yetmezliğin Farklı Gastrointestinal Prezantasyonları**

Harun Küçük, Serkan Dumanlı, Mehmet İbiş, Mehmet Cindoruk

Gazi Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Yaygın değişken immün yetmezliğin farklı gastrointestinal prezantasyonları Yaygın değişken immün yetmezlik (CVID), B hücre diferansiyasyon kusuru ve immünglobulin üretiminde defekt ile karakterize bir primer immün yetmezlik tablosudur. Hastalık, serum IgG düzeylerinde düşüklükle birlikte, düşük IgA ve/veya IgM düzeyleri ve immünizasyona yetersiz yanıt ile tanımlanmaktadır. Sık görülen prezantasyonlar; tekrarlayan enfeksiyonlar, kronik akciğer hastalıkları, otoimmün hastalıklar, gastrointestinal tutulum şeklindedir. Ayrıca, başta lenfoma olmak üzere malignite riskinde artış bildirilmektedir. Gastrointestinal tutulum sıklığı %20-60 arasında bildirilmekle birlikte; semptom ve bulguların başka gastrointestinal hastalıklarda da görülüyor oluşu tanı güçlüğüne neden olmaktadır. Bu nedenle CVID tanısının akılda tutulması önem arz etmektedir. Uzun süredir devam eden şikâyetleri ile tedavi arayışında olan; ancak daha önce verilen tedavilerden fayda görmeyen ve tetkikleri sonucunda CVID tanısı alan 3 hastayı sunuyoruz. Hastaların biri tarafımızca inflamatuvar barsak hastalığı ön tanısıyla araştırılırken, duodenumda foliküler lenfoid hiperplazi ve midede yaygın intestinal metaplazi saptandı. Ayrıntılı tetkikleri neticesinde 53 yaşında CVID tanısı aldı. İkinci hasta 63 yaşında kadın, aralıklı ishal ve dispeptik yakınmalar nedeniyle değerlendirilirken, duodenumda foliküler lenfoid hiperplazi ve mide antrumda endoskopik submukozal diseksiyon ile çıkarılan flat lezyonda, intestinal metaplazi ve hafif displazi odakları saptanmıştır. Yapılan ileri tetkiklerinde CVID tanısı almıştır. Bir diğeri 31 yaşında kadın hasta Behçet hastalığı nedeniyle interferon kullanırken otoimmün hemolitik anemi ve otoimmün hepatit ön tanılarıyla tarafımızca takibe alındı. Tetkikleri neticesinde CVID tanısı aldı. Midede NET tip1, Duodenumda foliküler lenfoid hiperplazi ve kanaliküler bilirubinostazla prezente karaciğer tutulumu tespit edildi. Behçet hastalığı ve CVID birlikteliği literatür taramalarımızda 2 vakada rastlandı. Midede NET ve CVID birlikteliğine literatürde rastlamadık. Behçet hastalığı,3 farklı karakterde gis tutulumu ve otoimmün hematolojik hastalık prezantasyonu olması açısından oldukça zengin bir klinik tablo sergilemesi bakımından önemlidir. Bu 3 hastanın en önemli ortak özelliği çocukluk çağında sık sinopulmoner enfeksiyon öyküsü olmasıydı.

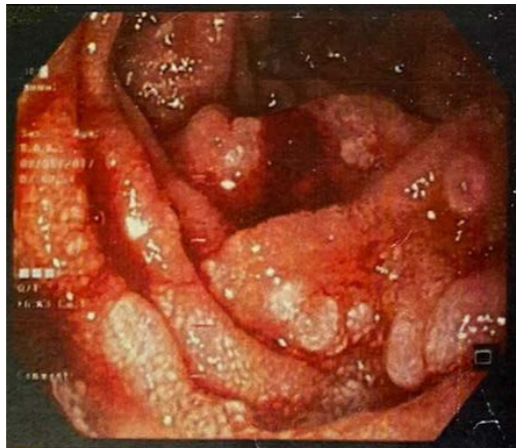
Anahtar Kelimeler: CVID, foliküler lenfoid hiperplazi, Behçet hastalığı

[Abstract:0121]**Interesting Case of Advanced Stage Duodenal Follicular Lymphoma**

Güner Kılıç, Serkan Dumanlı, Mustafa Ergin, Harun Küçük, Seçkin Özgül, Gülce Kılıç, Mehmet İbiş
Gazi Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Duodenal follicular lymphoma is a variant of follicular lymphoma that usually presents with multiple nodular lesions in duodenum. Involvement of the second part of duodenum is frequent but it can be seen in the other parts of gastrointestinal tract. Duodenal follicular lymphoma is often discovered incidentally and usually goes with indolent course. Because of that nature, it is usually followed with "watch and wait" strategy. We report a patient with duodenal follicular lymphoma, that is diagnosed with upper endoscopy performed for another reason. A 49 year old patient presented with longstanding heartburn and epigastric pain. An esophagogastroduodenoscopy revealed multiple granular lesions in the second part of the duodenum (Figure 1). Biopsy showed infiltration of lamina propria, submucosa and occasionally epithelium by small irregular lymphocytes. The morphologic and immunophenotypic findings were consistent with duodenal follicular lymphoma, which is a variant of follicular lymphoma. The patient had no symptoms associated to his newly diagnosed lymphoma, and thus he was followed with a "watch and wait" strategy. After thirty three months of follow up, the patient has come up with early satiety symptom. Abdomen ultrasound revealed splenomegaly (23cm in long diameter). There was also new lymphadenopathies in axillary and inguinal lymph nodes. He was treated with bendamustine plus rituximab combination therapy. After the chemotherapy, all of the hypermetabolic activity seen in the first PET was gone. Moreover, disappearance of the duodenal nodular lesions on control esophagogastroduodenoscopy was also seen. Complete remission of the endoscopic lesions was confirmed by endoscopy and histopathologic studies. The gastrointestinal tract is the most common site of extranodal lymphomas. Extranodal marginal zone lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue and diffuse large B cell lymphoma are the most common types. Follicular lymphoma is the second most common subtype of non-Hodgkin lymphoma. Despite it is so common, it only accounts for %4 percent of gastrointestinal lymphomas. Duodenal follicular lymphoma is having features distinct from other gastrointestinal tract follicular lymphomas and nodal follicular lymphomas. It also has some features resembling extranodal marginal zone lymphomas of mucosa associated lymphoid tissue. As a result, it is classified by WHO as a distinct variant of systemic follicular lymphoma. Duodenal follicular lymphoma is usually diagnosed incidentally at early stages. Few cases with progression in the follow up and nodal involvement was reported. Rituximab plus Bendamustine is approved therapy for low grade follicular lymphomas at advanced stage. This case indicates it is also effective in treating advanced duodenal follicular lymphomas.

Keywords: Duodenal follicular lymphoma

Figure 1

Lesions in the second part of the duodenum showing "multiple whitish granules" which is typical for duodenal follicular lymphoma

[Abstract:0123]**Doğu Karadeniz Kadınlarında Düşük Gastrik Metaplazi Oranları: Neden uzun yaşıyorlar?**

Mustafa Yakarışık¹, Ahmet Cumhuri Dülger², Muhammed Ali Ayvaz², Ayfer Uğuş¹, Cafer Akköz¹

¹Giresun University School of Medicine & Internal Medicine Clinics & Giresun.Turkey

²Giresun University School of Medicine & Gastroenterology & Giresun.Turkey

Giriş: Giresun ve çevresi Türkiyede en uzun yaşam oranına sahip bölgelerin arasında yer almasına rağmen nüfus verilerinde çok yaşlı popülasyonun kadınlar lehine olduğu belirtilmiştir. Gastrik kanserler ülkemizde ve Karadeniz bölgesinde en sık ilk 5 ölüm nedeni arasındadır. Bu farklılığın gastrik prekanseröz lezyonlar (intestinal metaplazi ve atrofik gastrit) oranlarından kaynaklanıp kaynaklanmadığını araştırmak için bu retrospektif çalışmayı yaptık.

Materyal-Metod: Mart 2020 ile Mayıs 2021 tarihleri arasında dispeptik semptomlar nedeni ile üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan 220 hasta (86 erkek, ortalama yaş 58; 18-90 yaş) nın gastrik biyopsi örnekleri histopatolojik olarak incelendi. Gastrik kanser ve lenfoma tanısı olanlar ile endoskopi öncesi H. pylori tedavisi almış olgular çalışmadan dışlandı. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Bu veriler hastane bilgi sisteminden elde edilerek SPSS programında yazıldı ve basit istatistiksel analiz uygulandı.

Sonuç: Hastaların H.pylori ve atrofik gastrit oranları kadın ve erkek cinsiyetler arasında farklılık göstermiyordu (62% versus 53%; p=0.19 ve 23% versus 21%; p=0.7). Ancak gastrik intestinal metaplazi oranı erkek cinsiyete göre kadın cinsiyette daha az sıklıkta saptandı (5.2% versus 12.7%; p=0.046).

Tartışma: Yöremizde Helicobacter pylori, atrofik gastrit ve intestinal metaplazi sıklığı Türkiye ortalamasının çok üstündedir. Intestinal metaplazi sıklığının erkek cinsiyete göre kadınlarda daha az olmasının gastrik kanserden koruyucu rol oynadığı ve yaşam süresini uzattığı düşünülmüştür. Her beş kişiden birinde atrofik gastrit saptanması tuzlu balık ve turşu gibi yöresel beslenme davranışları ve genetik özelliklere bağlı olabilir. Yöresel temelli yaygın ve ölçekli muntazam tarama programları yapılması şarttır.

Anahtar Kelimeler: H.pylori, Atrofik Gastrit, Karadeniz

[Abstract:0124]

Covid-19'lu bir olguda favipravir aşırı dozu ilişkili akut pankreatit

Ali Karataş¹, Can Şahin²

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Kars

²Kars Harakani Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Kars

VAKA:26 y kadın ek hastalığı bulunmayan hasta halsizlik ve burun akıntısı şikayeti ile başvuruyor. Burun sürüntüsünden PCR testi ile Covid-19 teyit ediliyor. Hastaya favipravir reçete ediliyor. Reçete verilirken bakılan amilaz lipaz değerleri tamamen normal. Başka bir ilaç almayan hasta 3 gün sonra epigastrik bölgede sırta vurran şiddetli ağrı şikayeti ile acil servise başvuruyor. Başvuru lipazı 1236 U/L, amilaz 399U/L olarak saptanıyor. Hastaya çekilen kontrastlı batın tomografisinde koledok ve ihsy normal, safra kesesinde taş yok, peripankreatik yağlı planlarda kirlenme ve hafif ödem görülmesi üzerine hasta akut pankreatit düşünülerek yatırıldı. Hastanın öyküsü derinleştirilince favipravir 2x8 tablet yükleme dozundan sonra 2x3 idameye geçmesi gerekirken 3 gün boyunca 2x8 tablet şeklinde kullandığı anlaşıldı. Hastanın diğer kolestatik enzimleri normaldi.(alp, ggt, bil. v.b.) Hasta ilaç aşırı dozu ilişkili akut pankreatit düşünüldü. Oral alımı kesildi. İv. hidrasyon verildi. Antibiyotik verilmedi. Ağrısı azaldıktan sonra oralı gıda alımı kademeli olarak açıldı.ilaç kesilmesi sonrası 4 gün içinde amilaz lipaz değerleri normalize olan ve ağrısı kalmayan hasta şifa ile taburcu edildi

Sonuç: Wang ve arkadaşlarının yaptığı covid 19 lu. olgularda pankreatik hasara bağlı olarak ılımlı amilaz ve lipaz yüksekliği %17 oranında görülmüştür. (1)Fakat hastanın kullandığı favipravir adlı ilacın yanlış yüksek doz kullanımına bağlı ağrı ile prezente olan akut pankreatit kriterlerini karşılayan tek olgudur. Tedavisi klasik diğer ilaç ilişkili pankreatitler gibi ilaç kesilmesidir. 1-Wang, Fan, et al. "Pancreatic injury patterns in patients with coronavirus disease 19 pneumonia." Gastroenterology 159.1 (2020): 367.

Anahtar Kelimeler: covid-19, favipravir aşırı doz, akut pankreatit

akut pankreatit bt görüntüsü



amilaz -lipaz değerleri

	amilaz	lipaz
1. gün	399	1236
2. gün	325	999
3. gün	215	332
4. gün	125	153
5. gün	91	69

[Abstract:0125]

Bir gün önce tavuk eti yiyen olguda rektumdan yabancı cisim olarak lades kemiği çıkarılması

Ali Karataş

Kars Harakani Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kars

56 y erkek hasta, rektumda yabancı cisim hissi ve şiddetli ağrı ile başvuruyor. Rektal tuşede sert V şeklinde bir yabancı cisim saptanması üzerine hasta rektoskopi işlemine alınıyor. Hastanın yapılan rektoskopisinde V şeklinde kemik parçası izlendi. Öykü derinleştirildiğinde hastanın bir önceki gün tavuk yediği öğrenildi. Hastanın rektumundaki lades kemiği snare ile yakalanarak çıkarıldı.

Anahtar Kelimeler: rektumda yabancı cisim, lades kemiği

rektumda lades kemiği



[Abstract:0127]**Yeni Tip Koronavirüs (Sars-CoV-2) Hastalığının Ekstrapulmoner Bulgusu: Paralitik İleus**Seçkin Özgül¹, Azer Abiyev¹, Güner Kılıç², Mehmet İbiş¹¹ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi² S.B.Ü Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2019 yılında Çin'in Wuhan eyaletinden başlayıp 2020 yılında pandemiye sebebiyet veren, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu Corona Virüs Disease-19 (COVID-19) hastalığı tüm dünyada yüzbinlerce insanın ölümüyle sonuçlanmıştır. Hastalığın süreci boyunca asemptomatik ilerleyebilmekle birlikte, hafif veya ciddi hastalıkla da seyredilmektedir. Hastaların çoğu solunum yolu semptomları (öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı) ve ateş ile sağlık kuruluşlarına başvururken, bazı hastalarda ise ekstrapulmoner semptomlar görülmektedir. Hastaneye yatış verilen vakaların takibinde barsak iskemisi, transaminit, gastrointestinal kanamalar, pankreatit, Ogilvie sendromu ve ciddi ileus gibi birçok gastrointestinal semptomlar gelişebilmektedir. 87 yaşında kadın hasta Gastroenteroloji polikliniğine 3 gün önce başlayan kabızlık ve karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Abdominal bilgisayarlı tomografisinde ileal ve jejunal anlarda ileus ile uyumlu görüntü saptandı. Gastroenteroloji servisine kabul edilen hastanın yatış nedeniyle rutin gönderilen nazal sürüntü kültürünün PCR incelemesinde Sars-CoV-2 RNA pozitif olarak saptandı ve hasta COVID-19 tanısı konuldu. İzolasyon servisinde takip edilen hastada paralitik ileusa ek olarak akut böbrek hasarı gelişti. Lokal tedavi protokolüne uygun olarak favipiravir ve enoxaparin tedavisi verilen hastanın 4 gün sonra şikayetlerinde gerileme gözlemlendi. Gaz ve gayta çıkışı oldu, barsak hareketleri düzeldi ve karın ağrısı geriledi. Antiviral tedaviye eş zamanlı olarak intravenöz hidrasyon başlanın hastanın renal fonksiyon değerleri normal sınıra geriledi. Hastalığın patofizyolojisinde, bu virüsün anjiyotensin çevirici enzim-2 (ACE-2) reseptörlerine tutunarak hücrelere girdiği bilinmektedir. ACE-2 reseptörleri en çok pulmoner hücrelerde bulunmakla birlikte enterositlerde de yer almaktadır. Bu sebeple hastalığın erken döneminde gastrointestinal semptomlar da görülebilmektedir. Ayrıca virüsün sistemik bir etkisi olarak mikrosirkülatuvar fonksiyonlara zarar vermesiyle mikrotrombüslere sebep olması sonucunda ileusa neden olabilmektedir. Sonuç olarak COVID-19'un ekstrapulmoner bir bulgusu olarak paralitik ileusun görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Paralitik ileus, Akut böbrek hasarı**[Abstract:0134]****Nazogastrik beslenme tüpü yerleştirilmesi güvenilir midir ve endoskopik incelemelerde ne zaman çıkarılmalıdır?**Orhan Coşkun¹, Mustafa Arslan², Mehmet Mustafa Erdoğan³¹ Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin EAH, Gastroenteroloji Bölümü, Amasya² Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin EAH, Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Amasya³ Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin EAH, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Bölümü, Amasya

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

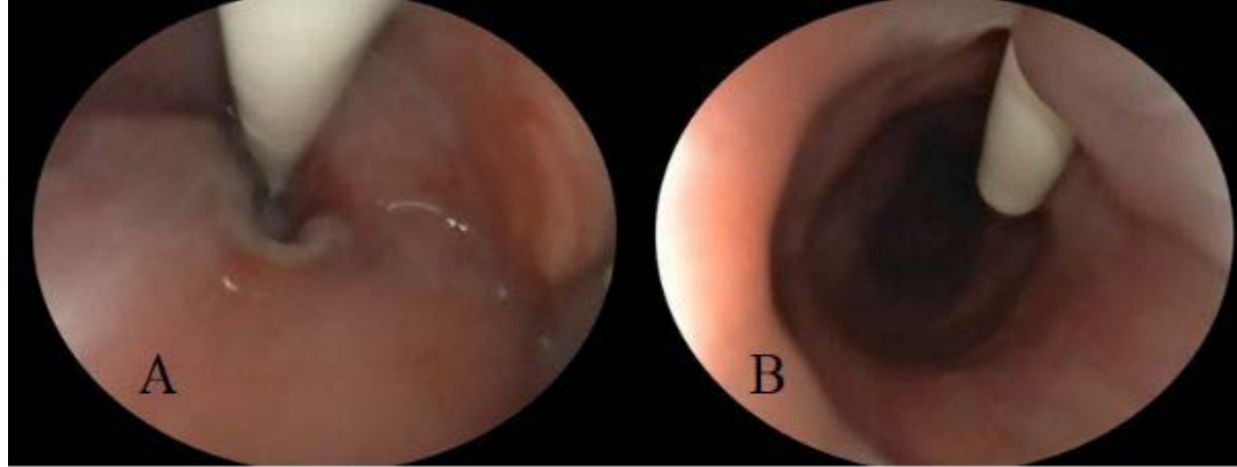
Olgu: 66 yaşında erkek hasta, COVID-19 pnömonisi nedeniyle kardiyak arrest olması üzerine entübe edilmiş. YBÜ'de takip edilen hastaya enteral beslenmesinin devamı için nazogastrik tüp yerleştirilmiş. Takipleri esnasında cilt altı amfizemi olması üzerine hasta değerlendirilmiş, BT çekilmiş ancak durumu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

Enteral beslenme sindirim sistemi fonksiyonel olduğu halde oral beslenemeyen bakım hastalarında uygulanan bir beslenme yöntemidir. Enteral tüp yerinin kontrolünde altın standart radyolojik görüntüleme değildir. Ancak bizim hastamızda olduğu gibi bazen radyolojik incelemelerde görüntüleme kesit alanına girmemekte veya atlanabilmektedir. Nazoenteral tüpler yerleştirilirken mümkünse endoskopik yöntemler kullanılmalıdır. Endoskopik yöntemler mümkün değilse beslenmeye başlanmadan önce tüpün yeri doğrulanmalıdır. NG'li, komplike hastalarda özellikle üst özofagus sfinkteri hiza-

sında oluşabilecek komplikasyonlar açısından dikkatli inceleme yapılmalıdır ve olası fistül orifisinin atlanmaması için tüp endoskopik inceleme öncesinde çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: nazogastrik beslenme tüpü, priform sinüs perforasyonu, endoskop

Resim 1. Beslenme tüpünün priform sinüsü perfor ettiği (A) ve üst özofagus sfinkterinin hemen altında tekrar özofagus lümenine girişi (B)



[Abstract:0136]

Risperidona bağlı subakut karaciğer yetmezliği

Serkan Duman¹, Seda Kökçinar², Zeynep Melekoğlu¹, Mübin Özercan¹, Hale Gökcan¹, Ramazan İdilman¹

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

² Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaçlar: Risperidon yeni nesil bir antipsikotiktir ve bulantı, kusma, kilo artışı, yorgunluk, kızarıklık ve sedasyon gibi ciddi olmayan yan etkileri nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Literatürde risperidona bağlı hepatotoksisite bildirilmekle birlikte subakut karaciğer yetmezliği vakası bildirilmemiştir.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta 2 haftadır olan bulantı ve kusma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Bilinen karaciğer hastalığı bulunmayan hastanın bitkisel ve alternatif tedavi ürünleri ve alkol tüketimi öyküsü yoktu. Bir aydır depresyon nedeniyle reçete edilen 16 mg risperidon kullandığı öğrenildi. Laboratuvar testlerinde serum aspartat aminotransferaz 1453 U/L, alanin aminotransferaz 750 U/L, alkalin fosfataz 327 U/L, gama glutamil transferaz 295 U/L, total bilirubin 18,2 mg/dl, direkt bilirubin 13,4 mg/dl, albümin 3,8 g/dl ve INR değeri 1,7 idi. Viral hepatit, otoimmün ve metabolik hastalıklar için yapılan serolojik testler normaldi. Hepatobiliyer ultrasonografide patoloji saptanmadı. Hastaya şiddetli ilaç ilişkili karaciğer hasarı (DILI) düşünülmesi ve olası ilacın indüklediği otoimmün hepatitin aydınlatılması amacı ile karaciğer biyopsi planlandı. Ancak hastanın işlemi reddetmesi ve verilen taze donmuş plazmaya ikincil yaygın döküntüleri gelişmesi üzerine ampirik 40 mg metilprednizolon başlandı, karaciğer fonksiyon testlerinde beklenen iyileşme gözlenmediği için doz azaltılarak kesildi. İzlemde selülit de gelişen hastada başlanan sulbaktam-ampisilin tedavisinin üçüncü gününde alerjik deri reaksiyonu geliştiği izlendi. Takipte hepatic ensefalopatisi gelişen hasta subakut karaciğer yetmezliği nedeniyle karaciğer transplantasyonu açısından değerlendirildi. Canlı donörü bulunmayan hasta kadavra karaciğer nakil listesine alındı. İzlemde sitomegalo virüs pnömonisi gelişen hastaya antiviral tedavi başlandı. Takipte solunum yetmezliği ve sonrasında çoklu organ yetmezliği gelişen hasta kaybedildi. Sonuç olarak, DILI subakut karaciğer yetmezliğinin en önemli sebeplerinden birisidir. Bu vakada risperidona bağlı nadir de olsa karaciğer yetmezliği geliştiği ve mortalite ile sonuçlandığı görüldü. DILI'ye ikincil gelişen karaciğer yetmezliğinde prognoz kötü olup hastalar karaciğer nakli açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: risperidon, DILI, subakut

[Abstract:0138]**Uterin Myomatosis ve Gastrik İntestinal Metaplazi Arasındaki İlişki: Tek merkezli retrospektif bir çalışma**

Ahmet Cumhuri Dülger¹, Muhammed Ali Ayvaz¹, Mustafa Yakarışık², Ayfer Uğış², Cafer Akküz²

¹Giresun University School of Medicine Gastroenterology Giresun.Turkey

²Giresun University School of Medicine Dvision of Internal Medicine, Giresun.Turkey

Giriş: Myoma uteri uterusun en sık rastlanan benign tümördür. Üreme çağındaki kadınların % 20-25'inde görülür. 40 yaş üstündeki kadınlarda belirti vermeyen myomlar % 45-50 oranında görülür. Miyomların patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte genellikle uterusun düz kas hücrelerinden, myometrium içerisindeki damarların düz kas hücrelerinden ve embriyolojik artıkların migrasyonundan dolayı olabilir. Gastrik intestinal metaplazi (GIM) ise kolon veya enterik mukozanın gastrik mukozaya migrasyonudur. Bu iki migratuar hastalığın sıklığında ortak bir ilinti olup olmadığını araştırmayı planladık.

Materyal-Metod: Mart 2020 ile mayıs 2021 tarihleri arasında Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde dispeptik semptomlar nedeni ile üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan 140 kadın hasta (ortalama yaş 54; 18-90yaş) nın gastrik biyopsi örnekleri ile uterin myomatosis nedeni ile total abdominal histerektomi (TAH) yapılmış 33 olgunun (53 yaş) dispepsi nedeni ile yapılmış endoskopik gastrik biyopsi örnekleri histopatolojik olarak incelendi. Gastrik kanser ve lenfoma tanısı olanlar ile endoskopi öncesi H. pylori tedavisi almış olgular çalışmadan dışlandı. Gruplar arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0.5). Bu veriler hastane bilgi sisteminden elde edilerek SPSS programında yazıldı ve basit istatistiksel analiz uygulandı.

Sonuç: Hastaların H.pylori ve atrofik gastrit oranları myom nedeni ile TAH yapılan olgular arasında arasında farklılık göstermiyordu (62% versus 46%;p>0.05 ve 22% versus 23%;p=0.9). Ancak gastrik intestinal metaplazi oranı uterin myom nedeni ile TAH yapılmış olgularda dispeptik hastalara göre daha yüksek bulundu (16.6% versus 5.2%; p=0.03).

Tartışma: Literatürde bu konuda bir çalışma yoktur. Uterin myom nedeni ile TAH yapılmış olgularda GIM sıklığının çok yüksek olması bu iki hastalığın ortak etyolojik kökleri olduğunu göstermektedir. Ayrıca uterin myomlu olgularda GIM açısından endoskopik biyopsiler alınarak gastrik prekanseröz lezyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Daha ileri geniş ölçekli çalışmalar kliniğimizde halen yürütülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Myomatosis uteri, Gastrik metaplazi

[Abstract:0142]**Nadir bir akut batın nedeni: Epiploik apendajitis**

Azar Abiyev¹, Sila Soylu Koçoğlu², Özge Tanışman³

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Ankara

³Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bilim dalı, Ankara

Giriş

Epiploik apendajitis (EA) kolon duvarında seroza ile kaplı yağ dokusundan zengin epiploik apendiks inflamasyonundan kaynaklı nadir görülen klinik bir tablodur. Cerrahi gerektiren akut batın nedenlerinden farklı olarak epiploik apendajitis konservatif tedavi ile kendi kendini sınırlayan bir tablodur. Epiploik apendajitis tanısı koymak gereksiz hospitalizasyon ve cerrahileri azaltmak açısından önemlidir. Bu yazıda EA olgusundan bahsedeceğiz.

Olgu

21 yaşında erkek hasta 3 gündür devam eden karın ağrısı ile polikliniğe başvurdu. Ağrı sağ üst kadrana lokalize, bıçak saplanır tarzda, aralıklı ve şiddeti günler içinde giderek artan bir ağrıydı. Bulantı, kusma, kabızlık, ishal, ateş, dizüri, iştah kaybı eşlik etmiyordu ve travma öyküsü yoktu. Kronik hastalık, geçirilmiş cerrahi ya da ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenede, ateş 36.5°C, kalp hızı 85 atım/dk, solunum sayısı 16/dk ve kan basıncı 120/75 mmHg idi. Batın muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet, defans ve rebound saptandı. Tam kan sayımı, biyokimya analizleri, CRP normal aralıktaydı. ADBG'de patoloji olmayan ve karın ultrasonografisi (USG) normal olarak hastanın karın hassasiyetinde düzelme olmayınca kontrastsız batın BT çekildi. Transvers kolon anterior komşuluğunda, kolon duvarı ile ilişkili olduğu görülen, içerisinde yağ dansitesinde alan seçilen ve çevre mezenterde hafif ince retiküler çizgilenmenin eşlik ettiği yuvarlak şekilli lezyon izlendi (resim 1). Bulgular hastanın kliniği ile birlikte değerlendirildiğinde epiploik apendajitis tanısı düşünüldü. EA tanısı alan, oral alımı ve genel durumu iyi olan hastaya antiinflamatuvar olarak ibuprofen başlandı, birkaç gün sıvı besinler tüketmesi önerilerek ayaktan takip edildi. Ayaktan takipli hastanın karın ağrısı günler içinde azalarak, 10 günün sonunda tamamen geçmiştir.

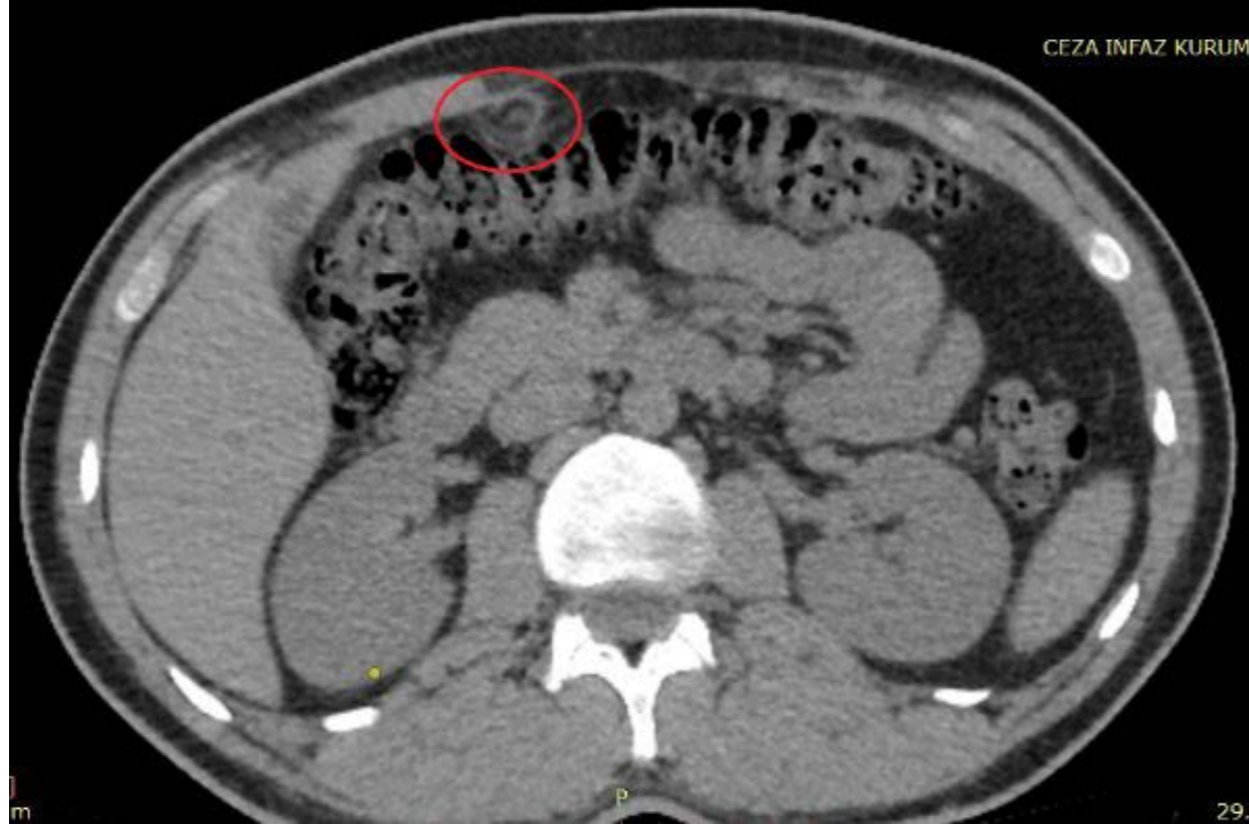
Tartışma

Epiploik apendiksler kolon boyunca bulunan, yağ dokusundan zengin seroza uzantısı olan, küçük sirküler venler ve arteriyel yapıları içeren küçük keseciklerdir. Kolon için mekanik destek sağlayarak absorpsiyon görevi gördüğü ve immünolojik rolü olduğu düşünülmektedir. Epiploik apendiksler tüm kolona yayılmıştır, bulunma sıklığına göre en çok rektosigmoid (%57) bölgede olmak üzere, ileoçekal (%26), çıkan kolon (%9), transvers kolon (%6) ve inen kolon (%2) olarak sıralanabilir. EA, apendiks epiploikaların torsiyonu veya drenajını sağlayan venlerin trombozu nedeniyle iskemik ve nekrozla sonuçlanan inflamatuvar durumdur. Vakaların çoğu primer olarak meydana gelir. Komşu organlardaki inflamasyonun yayılması sonucu gelişen sekonder EA, primer EA'den ayırt edilmelidir. Daha çok erkeklerde ve 30-50 yaşlar arasında görülmektedir. Hastalar genelde sol ya da sağ alt kadranda lokalize akut başlangıçlı karın ağrısı ile başvurumaktadırlar. Hastaların az bir kısmında bulantı, kusma, ishal, şişkinlik, ateş gibi semptomlar görülebilir. Hastalar genelde afebril ve genel durumu iyi hastalardır. Laboratuvar değerleri genelde normaldir ve EA için tanısız bir laboratuvar parametresi yoktur. Hastalığın sıklıkla görüldüğü yerler sağ ve sol alt kadranda olduğundan BT'nin yaygın kullanımından önce hastalar yanlışlıkla akut apandisit veya divertikülit olarak tanı almaktaydı. En sık rastlanan BT bulgusu yağ dansitesindeki ovoid lezyonlardır. Vakaların çoğunda visseral peritonun lezyonu çevrelediği görülmektedir. EA için tanısız olan bu görüntüye "hype-rattenuating ring sign" denir. Merkezdeki drenaj venin trombozuna bağlı oluşan görüntüye ise "central

dot sign” denir. EA genellikle kendini sınırlayan bir durumdur, konservatif yaklaşımla 3-14 gün içinde gerilemektedir. Hastalar genelde ibuprofen gibi antiinflamatuar ilaçlarla ayaktan takip edilebilmektedir. Sonuç olarak karın ağrısıyla başvuran hastada EA tanısı akılda tutulması gerekmektedir. Böylece hastayı gereksiz antibiyotik kullanımı, daha fazla diagnostik testlerden, cerrahiden korumuş oluruz.

Anahtar Kelimeler: Epiploik apendajitis

Resim 1



aksial kesitte kolon duvarı ile ilişkili olduğu görülen, içerisinde yağ dansitesinde alan seçilen ve çevre mezenterde hafif ince retiküler çizgilenmenin eşlik ettiği yuvarlak şekilli lezyon gösterilmiştir. Lezyon santralinde tromboze vasküler yapıyı temsil ettiği düşünülen noktasal dansite (central dot sign) gösterilmiştir.

[Abstract:0143]

The value of 25(OH) and 1,25(OH) vitamin D serum levels in adult newly diagnosed and dieting celiac patients, a case control study

Ahmet Uyanıkoğlu¹, Atilla Çifçi², Çiğdem Cindoğlu², İsmail Koyuncu³, Mehmet Ali Eren⁴

¹Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Şanlıurfa

³Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya, Şanlıurfa

⁴Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Endokrinoloji, Şanlıurfa

Objective: The frequency of Celiac Disease (CD) is approximately 0.5-1%. Malabsorption is the main problem in CD. In this study, vitamin 1,25(OH)₂ (D₂) and 25(OH) (D₃) levels were investigated in newly diagnosed CD, dietetic CD and control subjects.

Material-Method: 40 cases of newly diagnosed CD, 40 cases CD with a gluten-free diet for at least 6 months and 40 cases healthy control were included. The diagnosis of CD was made clinically with serological and histopathological methods. D₃ was accepted as a level deficiency below 20 ng / ml, insufficiency between 20-30 and an adequate level above 30. After the bloods were processed, they were quantitatively analyzed on the LC-MS / MS device (Shimadzu 8045).

Results: Of the 40 patients in the new diagnosis group, 25 (62.5%) were women, the average age was 28.82 ± 9.22 (18-49) years, and in the diet group, 24 (60%) were women, and the mean age was 30.42 ± 8.81 (The age of 18-45) was 25 (62.5%) of the 40 patients in the control group, and the mean age was 30.35 ± 7.89 (18-47). The age and gender distribution of the groups were similar. D₃ deficiency was detected in 77.5% of patients with CD, 80% of dieting CD, and 60% of patients under control. D₂ is high and D₃ is low in the newly diagnosis group compared to the control group, there is no statistically significant difference (134.33±44.35, 21.95±17.09 vs 118.43±48, 31.31, p> 0.4, p> 0.79). D₂ was higher and D₃ was significantly lower in the diet group than the control group (129.82±84.42, 18.93±12.4 vs 118.43±48, 31.31, p <0.05, p <0.01). D₂ and D₃ levels were higher in the newly diagnostic group than the diet group (134.33±44.35, 21.95±17.09 vs 129.82±84.42, 18.93±12.4, p <0.001 p <0.05).

Conclusion: D₃ deficiency or insufficiency was found in approximately 80% of all celiac patients and 60% of control cases. According to the average D₃ levels, the new diagnosis was found to be deficient in vitamin C in patients with celiac disease, vitamin D deficiency in celiac patients with diet, and adequate vitamin D levels in the control group. Vitamin D₂ levels are higher in Celiac patients who are newly diagnosed and diet compared to control, while D₃ levels are low. D₂ and D₃ were higher in the new diagnosis compared to the old diagnosed celiac patients dieting in celiac patients. It made us think that vitamin D deficiency increases with time as this disease duration increases. In celiac patients, vitamin D level should be checked at the time of diagnosis and follow-up, and besides dietary and nutritional advice should be replaced when necessary.

Keywords: celiac disease, D₂, D₃

[Abstract:0148]

2. gastroskopide saptanan dieulafoy lezyonuna bağlı üst gastrointestinal kanama: olgu sunumu

Ahmet Uyanıkoğlu¹, Merve Tatlıgün²

¹Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Şanlıurfa

Giriş: Dieulafoy lezyonu sıklıkla midenin proksimalinde gözlenen, mukozayı erode ederek massif ve rekürren kanamalara neden olan büyük, submukozal bir arterdir, nadir üst gastrointestinal (GİS) kanama nedenlerindedir. Her yaşta görülebilir de sıklıkla orta ve ileri yaşta rastlanır. Erkeklerde, kadınlardan iki kat fazladır. Hastalığın etiyolojisinde nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, antikoagülanlar, alkolizm, stres, kardiyak ve pulmoner kapasitede azalma sorumlu tutulmuştur. Tanı ve tedavisinde endoskopi güvenilir ve etkin bir şekilde uygulanmaktadır. Tanı ve tedavide gecikilirse mortalite oranı yüksektir. Bu yazıda nadir görülen dieulafoy lezyonu olan, 2.endoskopik incelemede tanı alan genç erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: Daha öncesinden bilinen bir hastalığı olmayan 34 yaşında erkek hasta, kanlı kusma ve siyah renkte dışkılama şikayetiyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Düzenli kullandığı herhangi bir ilaç yoktu. Fizik muayenesinde, soluk görünümlü, tansiyon arteriyel: 120/80 mm Hg, sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulgularında, hemoglobun: 11,1 g/dl, hematokrit: %36,4, trombosit sayısı:260.000/mm³, protrombin zamanı:11,6 saniye idi. Rektal tuşede melena bulaşı saptandı. İlk gastroskopisinde eroziv gastrit, gastroduodenal ülserler (forrest III) izlendi. Hastaya oral antiasid ve intravenöz pantoprazol tedavileri verilip sıvı desteği sağlandı. Hasta aynı gün kendi isteğiyle tıbbi tedavi ve önerileri redderek taburcu edildi. Taburculuğunun ikinci gününde hematemez ve melena şikayetiyle tekrar acil servise başvuran hastanın ikinci başvurusunda hemoglobun: 7.1 g/dl, hematokrit: %21,5, trombosit sayısı: 206.000/mm³, protrombin zamanı: 11,7 sn idi. Fizik muayenesinde, soluk görünümlü tansiyon arteriyel 100/60 mm/Hg, sistem muayeneleri doğaldı. Gastrointestinal kanama ön tanısıyla dahili yoğun bakımda takibe alınan hastaya 2 ünite eritrosit süspanasyonu ve sıvı desteği sağlanıp, parentral pantoprazol tedavisi düzenlendi. Tekrarlanan gastroskopisinde eroziv gastrit, gastroduodenal ülserler, ve kanama odağı olduğu düşünülen dieulafoy lezyonu izlendi (resim). Dieulafoy lezyonuna skleroterapi uygulandı. Dahili yoğun bakımda kanama takibine devam edilen hastanın kontrol hemogramında hemoglobun: 9.6 g/dl, hematokrit %28,7 olan hasta servise alındı, yatışının 4. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Dieulafoy lezyonu nadir üst GİS kanama nedenlerindedir. Bizim hastamızda olduğu gibi sık kanama nedenlerinden peptik ülser saptansa bile eşlik edebileceği ve atlanabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: üst gastrointestinal kanama, gastroskopi, dieulafoy

Korpusta dieulafoy lezyonu



[Abstract:0150]

Nadir Görülen Bir Hastalık; Kollajenöz Kolit

Mehmet Gök¹, Hasan Vedat Ofluoğlu², Bengisu Gök³

¹Şişli Kolan İnternational Hospital,Gastroenteroloji,İstanbul

²Şişli Kolan İnternational Hospital,Genel Cerrahi,İstanbul

³Universita Degli Studi Della Campania Luigi Vanvitelli Tıp ve Cerrahi, Napoli

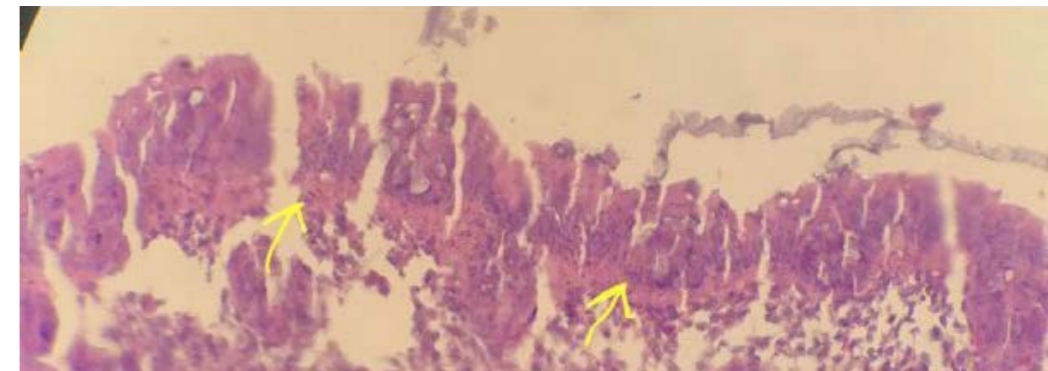
Giriş: Mikroskopik kolit,kolonun kollajenöz ve lenfositik kolit olarak bilinen iki farklı bozukluğunu kapsamaktadır. Kollajenöz kolit terimi ilk olarak 1976 yılında Lindstrom tarafından, orta yaşlı bir kadın hastanın kronik ishalinin araştırılması sonucunda ortaya konmuştur. 50-70 yaş aralığında, kadın (♀) cinsiyet, artrit, çölyak hastalığı ve otoimmün bozukluğu olanlarda sık görülmektedir. Kolonun endoskopik veya radyolojik anormalliklerinin yokluğunda kronik sulu ishal ve kronik mukozal inflamasyonun histolojik kanıtı ile karakterize nadir görülen bozukluklardır. Kollajenöz kolitte, kolonik subepitelyada 10 mikrondan kalın kollajen bandın varlığı söz konusudur. Kollajenöz ve Lenfositik kolitin, tek bir bozukluğun spektrumunun iki ucunu mu temsil ettiği yoksa farklı hastalıklar mı olduğu belirsizliğini korumaktadır.

Olgu: 28 yaşında, erkek (♂) hasta.1 yıldır, günde yaklaşık 10 defa bol sulu kıvamda ve bazen de kanlı ishal, kramp tarzında karın ağrısı, karında şişkinlik, mide ve göğsünde yanma, geğirti ve kusma şikayetleri ile gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın uzun süreli NSAİ, laksatif ve antibiyotik kullanım öyküsü yoktu. Öz geçmişi; Sigara kullanımı mevcut ve çocukken bilateral inguinal herni operasyonu geçirmiş. Ek bir hastalığı yok. Soy geçmişi; Özellik yok. Fizik muayenesinde, patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar testlerinde; hemogram, rutin biyokimyasal testler ve tiroid fonksiyon testleri normal; gaita mikroskopisi normal ve gaita kültür, Cl. difficile toksin negatif bulundu. Endomisyum Ab Ig A, Transglutaminaz Ab Ig A değerleri negatif idi. Hastaya Gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı. Gastroskopi; Inlet Patch, Peptik Özofajit Evre A(L.A),Duodenit tanıları kondu ve bulbus ve postbulber mukozadan biyopsiler alındı. Patoloji raporu; Kronik Duodenit ve Marsh O olarak geldi. Kolonoskopi; Eksternal hemoroid haricinde patolojik bulgu saptanmadı ve mikroskopik koliti ekarte etmek amaçlı rektosigmoidin proksimalinden çekuma kadar olan mukozadan randomize biyopsiler alındı. Patoloji raporunda MTC boyamada subepitelyal kollajen bantlar tesbit edildi(Tablo 1). Değerlendirme, Kollajenöz kolit ile uyumlu bulundu. Hastaya, budesonid 3 mg 3x1 dozunda iki ay süreyle ilaç tedavisi başlandı. Tedavinin bitiminde hastanın şikayetleri tamamen geçti.

Sonuç olarak; Müzmin ishali olan hastalarda, etyolojide İ.B.S (irritable barsak sendromu),tiroid hastalıkları, infeksiyöz kolit, çölyak hastalığı, İnflamatuvar barsak hastalıkları klinik, biyokimyasal ve endoskopik yöntemlerle ekarte edilmelidir. Özellikle de hastanın yaş ve cinsiyetine bakılmaksızın, kolonoskopi normal olsa da mutlaka rektosigmoid bölgenin proksimalindeki kolon mukozasından mikroskopik koliti ekarte etmek amacıyla biyopsiler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mikroskopik kolit, Kollajenöz kolit

Tablo 1: Kollajenöz kolitin mikroskopik görüntüsü



[Abstract:0153]**Polikliniklerimize başvuran siroz hastalarındaki Covid-19 PCR sonuçları**Atilla Bulur

TC Sağlık Bakanlığı, Nazilli Devlet Hastanesi, Aydın

Amaç: Covid-19 pandemisi global bir sağlık sorunu olarak devam etmektedir. AASLD (American Association for the Study of the Liver Diseases) önerisiyle, durumu aciliyet veya özellik arz eden (AST veya ALT>500 U/L, ikterli akut hepatit, kronik zeminde ikterli akut alevlenme, nakil hastasında ateş...) hastaların dışındaki hastalara poliklinik muayenesi yapılmaması, gerçekten muayene olması gereken hastaların SARS-CoV-2 bulaşını azaltan önlemler altında değerlendirilmeleri önerilmektedir. Bu çalışmada polikliniklerimize başvuran siroz hastalarındaki Covid-19 PCR test pozitifliği araştırılmıştır.

Yöntem-Gereçler: 01.09.2020-01.05.2021 tarihleri arasında büyük oranda gastroenteroloji, daha az oranda iç hastalıkları polikliniklerimize başvuran herhangi bir etyolojik nedene bağlı gelişmiş, 18 yaş üstü, erişkin karaciğer sirozu hastalarının; yaş, cinsiyet, siroz etyolojik nedenleri ve Covid-19 PCR test sonuçları retrospektif olarak taranmıştır. Polikliniklere başvuru dönemindeki pozitiflik; muayene tarihinden ± 7 günde bakılan PCR pozitifliği olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Takiplerimizde toplam 56 siroz hastasının en az bir kez polikliniklerimize başvurduğu saptanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 64,93 (35-91) yıl, 21 (%37,50)'i kadın, 35 (%62,50)'i erkekti. Kadınların yaş ortalaması 66,00 yıl, erkeklerin 64,93 yılıdır. Hastaların 17 (%30,36)'si kriptojenik, 12 (%21,43)'si HBV, 10 (%17,86)'u NASH, 9 (%16,07)'u alkolik, 4 (%7,14)'ü HCV, 4 (%7,14) hasta ise diğer etyolojilere sekonder gelişen siroz hastalarıydı. Anamnezler incelendiğinde poliklinik çalışma düzeninde AASLD'nin önerdiği öncelikli/acil hasta ayırımının yapılamadığı ve başvuran tüm siroz hastalarının koruyucu önlemler altında muayene edildiği görüldü. Tüm siroz hastalarından 38 (%67,86)'ine çeşitli dönemlerde Covid-19 PCR testi yapılmıştı. Test yapılan hastalardan 10 (%26,32)'unda pozitif, 28 (%77,78)'inde negatif PCR sonucu saptanmıştı. Pozitif saptanan hastalardan 3'ünün (tüm hastalar içinde %5,36, PCR bakılan hastalar içinde %8,33, pozitif saptanan hastalar içinde %30,00) poliklinik başvuru döneminde pozitif olduğu saptandı.

Sonuçlar: Pandeminin coğrafi ve zamansal prevalansındaki değişiklikler, aşılama verilerine ulaşılamaması ve her hastaya PCR testi yapılmamış olması bu çalışmanın kısıtlılığıdır. Ancak yine de 3 siroz hastasından 2'sine çeşitli dönemlerde PCR testi yapılmış olup, test yapılanlar içinde 4 hastadan birinde pozitiflik ve pozitif saptanan 3-4 hastadan birinde de poliklinikte karşılaşma oranı bir gastroenterolog için azımsanmayacak bir orandır. Sonuçta; kılavuz önerilerine göre muayene için hastaların önceliklendirilmesi, koruyucu önlemler alınarak muayene edilmesi, SARS-CoV-2 ile enfekte bir siroz hastasının tesadüfen muayene edilebileceği, bu hastaların tanı ve tedavisinde gecikme olması halinde dekompanse olabileceği bilinmeli ve şüphelenildiğinde hızlıca Covid-19 polikliniklerine yönlendirilmesi gereklilikleri ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 PCR, gastroenteroloji polikliniği, siroz

[Abstract:0161]**COVID-19 tanısı ile tedavi gören hastada karaciğer toksisitesi: Bir olgu sunumu**Aşkın Erdoğan

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji Bölümü

Giriş:

COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı karaciğer toksisitesi gelişebileceğine dikkat çekmek amaçlanmıştır. Burada COVID-19 tanısı ile yatarak takip ve tedavi edilen bir hastada çoklu ilaç kullanımına bağlı geliştiği düşünülen muhtemel karaciğer toksisitesi vakası sunulmuştur.

Olgu:

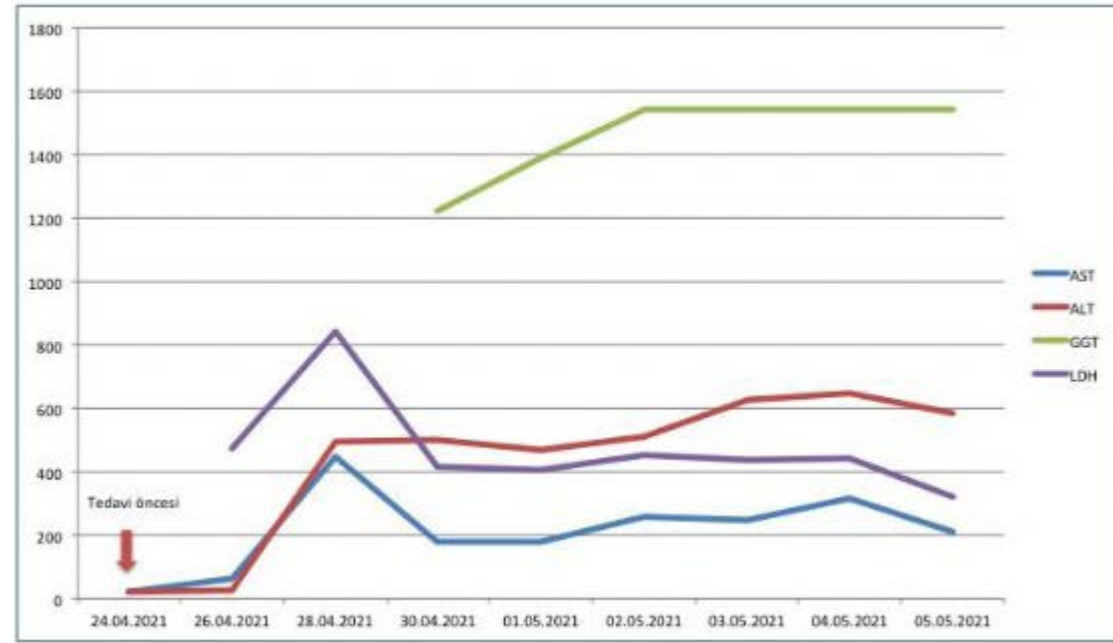
Bilinen altta yatan bir hastalığı ve kullandığı ilacı olmayan 52 yaşında kadın hasta 4 gündür olan yüksek ateş, baş ağrısı, halsizlik, öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuştur. COVID-19 RT-PCR testi pozitif saptanmıştır. Toraks bilgisayarlı tomografisi bilateral akciğerde tüm zonlarda yaygın fokal buzlu cam görünümüleri ve belirsiz sınırlı parankimal nodüller ile uyumlu bulunmuştur. Hastaya yatışının birinci gününde vitamin C 500mg/gün, asetilsalisilik asit 100 mg/gün, favipravir birinci gün 3200mg/gün dozunda, takiben 1200mg/gün (3 gün), seftriakson 2gr/gün, hidroklorokin sülfat 400 mg/gün, moksifloksasin 400mg/gün, enoksaparin sodyum 12000 IU/gün, pantoprazole 40mg/gün, parasetamol 2gr/gün, metilprednisolon 80mg/gün, asetilsistein 900mg/gün başlanmıştır. Hastanın yatış öncesi normal olan AST (aspartat transaminaz), ALT (alanin aminotransferaz), GGT (gama glutamil transferaz) değerlerinde yükselme (şekil 1) nedeni ile Gastroenteroloji bölümüne konsulte edilmiştir. Hastaya başlanan ilaçların kesilmesi önerilmiştir. Portal doppler ultrasonografide hepatomegali (175mm) olup portal ve splenik ven açık saptanmıştır. Karın ağrısı olmayan hastanın favipravir, seftriakson, C vitamini ve hidroklorokin 4. günde, parasetamol 5. günde ve moksifloksasin 6. günde kesilmiş, metilprednisolon dozu 40mg/gün'e inilmiş. Metilprednisolon 8. günde kesilmiştir. Toplam 14 gün yatarak izlenen hastanın isteği üzerine poliklinik takibi önerilerek taburcu edilmiştir.

Sonuç:

COVID-19 akciğer dışında karaciğer ve gastrointestinal sistemi de etkileyebilmektedir. Bunun yanısıra olgumuzda olduğu gibi COVID-19 tedavi sırasında kullanılan çoklu ilaç tedavileri ciddi karaciğer toksisitesine neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: SARS-COV-2, COVID-19, toksik hepatit

Karaciğer fonksiyon testlerinin zamana göre değişimi



Karaciğer sentez fonksiyonları, enfeksiyon parametrelerinin zamana göre değişimi

Tarih	Total bilirubin	Direkt bilirubin	Protrombin zamanı	INR	D-dimer	Fibrinojen	CRP (C reaktif protein)	Prokalsitonin
24.04.2021	0.5	0.25	-	-	3574	426	4	-
26.04.2021	0.5	0.26	-	-	5789	411	5.8	0.54
28.04.2021	1.6	1.32	-	-	6654	389	3.8	0.32
30.04.2021	3.26	2.59	10.7	0.89	4972	302	1	0.15
01.05.2021	3.3	2.6	10.5	0.87	4215	302	0.6	0.11
02.05.2021	3.14	2.51	9.6	0.79	4127	291	0.3	0.08
03.05.2021	2.88	2.02	9.7	0.8	4249	353	0.3	0.08
04.05.2021	2.9	1.71	10.2	0.85	3329	306	0.3	0.09
05.05.2021	2.95	1.81	9.9	0.82	2210	418	0.5	0.12

[Abstract:0162]

Dirençli dispepsinin nadir bir nedeni olarak Hashimoto tiroiditi hastalığı: OLGU SUNUMU

Ali Gökçe¹, Burcu Dikeç Gökçe¹, Ahmet Uyanikoğlu², Necati Yenice²

¹harran üniversitesi tıp fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

²harran üniversitesi tıp fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş-Amaç: Gastrik hastalıkların iyot metabolizmasını etkileyerek tiroit hastalıklarına neden olabildiği ve özellikle helicobacter pylori enfeksiyonunun otoimmün hastalıkların gelişmesinde rol oynadığı bilinmektedir. Biz bu çalışmada uzun dönem medikal tedaviye dirençli dispeptik şikayetleri olan ve otoimmün bir hastalık olan hashimoto hastalığı tanısı alan ve hashimoto tedavisi sonrası dispeptik şikayetleri düzelen olgumuzu sunmayı planladık.

Olgu: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne 38 yaşında bayan hasta 6 yıldır dirençli dispeptik şikayetiyle başvurdu. Hastadan alınan rutin kanlarında hemogram, biyokimya, inr normaldi. batın usg de grade 1 steatoz saptandı. üst gastrointestinal sistem endoskopisi: Antral gastrit saptanmış olup gastrik biyopsi alındı. Biyopsi sonucu normal gelen hasta daha önce iki defa eradikasyon tedavisi aldığını söyledi. Hasta alınan geniş serum örneklerinden tiroit stimüle edici hormon (TSH), serbest T4 çalışıldı, TSH yüksek saptanınca antitiroid peroksidaz antikoru çalışıldı: TSH:26 mIU/mL, sT4 0,18 ng/dl, Anti-TPO 900 IU/mL saptandı. Hastaya levotiroksin tedavisi başlandı ve yakın takibe alındı, 3 ay sonra TSH normal seviyeye gerileyen hastanın dispeptik şikayetleri tamamen düzeldi, hasta poliklinik takibine alındı.

Tartışma ve Sonuç: Gastrik hastalıklarda tedaviye dirençli hastalarda otoimmün tiroit hastalıklarının nadir bir neden olsa da akılda tutulması önem arz etmektedir. Hastalar basit bir levotiroksin tedavisi ile dispepsi dramatik bir şekilde gerilemektedir. Hastamız tedavi ile 3 ayda tsh normale geriledi ve hastamız 7 kilo zayıfladı; bu bizi dispeptik şikayetlerinin dramatik gerilemesinde kilo vermesinde önemli olabileceğini düşündürdü. Tedavi dirençli uzun süren dispeptik şikayetlerde etyolojide sekonder nedenler akılda tutulmalıdır...

Anahtar Kelimeler: dispepsi, hashimoto hastalığı, gastroskopi

[Abstract:0163]**Mezenterik pannikülit: Olgu sunumu**

Sabiye Akbulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Mezenterik pannikülit (MP), mezenterik dokunun inflamasyon, yağ nekrozu ve fibrozisi ile karakterize, nadir görülen, idiopatik benign bir hastalıktır. Prognozu genellikle iyidir. Ultrason, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans ile tama yakın doğrulukta tanı konabilir. Prevelansı % 0.6 olup; etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; maligniteler ve otoimmün hastalıklar başta olmak üzere, inflamatuvar hastalıklar, travma ve geçirilmiş cerrahi operasyonlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Erkeklerde kadınlardan iki kat fazla olup, genellikle hayatın beşinci ve altıncı dekatlarında görülmektedir. Hastaların çoğunda tanı insidental olarak konur ve çoğu semptom vermez. Semptomatik olanlarda ise en fazla karın ağrısı ve batında kitle; daha az sıklıkla ishal, kabızlık, bulantı, kilo kaybı ve rektal kanama görülebilir. BT bulguları tanıda altın standart olarak kabul edilir. Çoğunlukla ince barsak mezenterini, daha az sıklıkla kolon mezenterini tutar. Hastalık olguların çoğunda klinik olarak iyi seyreden, spontan iyileşir, kendi kendini sınırlar; ilerlemiş olgularda kortikosteroidler ve immunsupresif ajanlar kullanılabilir. Cerrahi tedavi ancak kompresyon ve obstruktif semptomları olanlarda endikedir. Burada karın ağrısı semptomu ile gelen, radyolojik yöntemlerle tanı alan bir MP olgusunu nadir görülmesi nedeniyle sunmaktayım.

Olgu:

39 yaşında erkek hasta, 2 aydan beri var olan karın ağrısı şikayeti ile gastroenteroloji polikliniğimize başvurdu. Fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinde anlamlı bir patolojik bulgu saptanmadı. Gaitada gizli kan negatif, özofagogastroskopik incelemesi normaldi. Takiben yapılan kontrastlı batin BT'sinde, ince barsak mezenter arter kökü düzeyinde boyutları 17x9 mm ölçülebilen, multibl sayıda eliptik yumuşak doku nodülleri, lenf nodları ve bu seviyede inflamatuvar değişikliklerle uyumlu olabilecek dansite artışı izlenerek; "mezenterik panikülit" olarak raporlandı. Eşlik etmesi muhtemel malignite açısından yapılan incelemede malignite bulgusuna rastlanmadı. Olgunun özgeçmişinde etyolojik faktör olabilecek bir bulgu saptanmadı ve idiopatik olarak değerlendirildi. Hastaya, semptomatik medikal tedavi verilerek yakın takibe alındı. 2 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde karın ağrısı yakınmasının tamamen gerilediği izlendi; batin BT bulguları tamamen normaldi.

Sonuç:

Sonuç olarak, nadir görülen ve genellikle insidental olarak saptanan MP, genellikle asemptomatik olmakla beraber, kronik karın ağrısı yapabilen, genellikle malignite yada inflamatuvar hastalıklara eşlik edebilen nadir bir hastalıktır. Acil servislerde ve polikliniklerde karın ağrısı ayırıcı tanısında akla gelmelidir. Radyolojik yöntemlerle çoğu zaman biopsiye gerek kalmadan, kolayca tanı konulması ve eşlik etmesi muhtemel patolojiler açısından uyarıcı olması nedeniyle, MP'in doğru tanı, tedavi ve takibi açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Pannikülit, mezenter, karın ağrısı

[Abstract:0164]**Melanozis koli: Olgu sunumu**

Sabiye Akbulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Melanoziskoli, antrakinin içeren laksatiflerin kronik olarak kullanılmasıyla ilişkili olarak gelişen, kolon mukozasının koyu kahverenkli pigmentasyonu ile karakterize bir durumdur. Laksatiflerin kesilmesinden sonra gerilemektedir. Genellikle asemptomatiktir, kolonoskopik inceleme esnasında insidental olarak rastlanır. Kolon mukozasında koyu kahverenkli pigment birikimi söz konusudur. Antrakininler kolon epitel hücreleri üzerinde direk toksik etkiye sahiptir ve bu melanozis kolide makrofajlarda gözlenen lipofuskin denilen koyu pigmentin üretimi ile sonuçlanır. Çekum ve rektum melanozis kolinin en yaygın görüldüğü yerlerdir; fakat kalın barsağın diğer kısımlarını ve ince barsağı da etkileyebilir. Antrakinin içeren laksatiflerin kolon epitelyum hücrelerinde bazı organelleri geri dönüşümsüz olarak hasara uğrattığı gözlenmektedir. Bunun sonucu olarak kolon mukozasında emilim, sekresyon ve motilitede bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda bu laksatiflerin nörotoksin özelliği taşıyıp peristaltizmi ve intestinal ganglionik fonksiyonları etkiledikleri de düşünülmektedir. Melanozis koli benign bir durumdur ve henüz kolorektal kanserlerle ilişkisi tam olarak gösterilememiştir.

Olgu:

66 yaşında, kadın hasta. Kabızlık ve şişkinlik yakınmaları ile gastroenteroloji polikliniğimize başvurdu. 5 yıldır kabızlık yakınmasının olduğu ve sürekli olarak çeşitli laksatifleri (antrakinin içeren) kullanma öyküsü vardı. Özgeçmiş ve soy geçmişi özellik yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Rutin biyokimya ve hemogram değerleri normaldi. Yapılan kolonoskopik incelemesinde, kolonda polip veya tümör gibi tıkaçıcı bir lezyona rastlanmadı. Rektumdan çekuma kadar tüm kolon trasesi boyunca kolon mukozasının melanozis koli görünümü ile uyumlu olarak, koyu kahverenkli benekli bir hal aldığı ve kolon mukozasında koyu kahverenkli pigmentasyon artışı izlendi. Bu alanlardan biyopsiler alındı; biyopsilerin patolojik incelenmesi sonucunda kolon mukozası içinde kahverenkli pigment depositleri, laminapropriadamakrofajlar ve makrofaj sitoplazmasında değişen oranlarda koyu kahverenkli pigmentler izlenerek "melanozis koli" olarak raporlandı. Hastanın laksatif kullanımı sonlandırılarak takibe alındı ve bir yıl sonra kontrol amaçlı, kolonoskopi kontrolü önerildi.

Sonuç:

Sonuç olarak, kolonoskopik inceleme esnasında, kahverengi pigmentli kolon mukozası görülmesi halinde melanozis koli akla gelmeli ve hastalar kronik konstipasyon ve uzun süreli laksatif kullanımı yönünden sorgulanmalı; karsinom gelişimi yönünde fazla bulgu olmasa da pigmente ve nonpigmente alanlardan ayrı ayrı kolonoskopik biyopsiler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Melanozis koli, kolon, laksatif

[Abstract:0167]**Diyarbakır İlinde İnflamatuar Barsak Hastalığı Tanılı Olguların Demografik, Klinik Özellikleri ve Tedavi Rejimlerinin Değerlendirilmesi: 80 Olgu Analizi**

Nurettin Tunç

Memorial Diyarbakır Hastanesi

Amaç: Bölgemizdeki tersiyer bir merkezde İnflamatuar Barsak Hastalığı (İBH) tanılı olguların demografik ve klinik özelliklerini araştırmak ve tedavi seçeneklerini değerlendirerek literatüre katkıda bulunmaktır.

Materyal-Metod: Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında Gastroenteroloji polikliniğine başvuran İBH tanılı hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Toplam 80 hastanın yaş, cinsiyet, tanı, aile öyküsü, sigara kullanımı, Montreal sınıflandırmasına göre hastalığın tanı sırasında fenotipi ve davranışı, fistül varlığı, HBV ve HCV enfeksiyonu durumu, Anti-HBc pozitifliği, bağırsak rezeksiyonu oranları ve tedavi rejimlerini içeren klinik veriler incelendi.

Bulgular: Hastalardan 47'inde ülseratif kolit (ÜK) tanısı ve 33 hastada ise Crohn Hastalığı (CH) tanısı mevcuttu. Hastaların tanıdaki ortalama yaşı 35.1 ± 10.9 idi ve çoğunluğu erkek idi (% 58.8, n=47). CH grubunda erkek hasta sayısı anlamlı olarak yüksekti (p=0.033). 55 hastada HBsAg pozitifliği oranı %3.6 idi (n=2). Anti-HCV pozitifliği oranı %1.8 idi. Verilerine ulaşılan 36 hastanın 18'inde (%50) Anti-HBc pozitif olarak saptandı. CH fenotipi açısından en sık L1 (ileal) (%42.4) tip görüldü. CH davranış tipi olarak en sık B1 (nonstriktural nonpenetran) (%76) saptandı. ÜK yayılımında E2 (sol taraflı kolit) (%42.6) izlendi. CH'li hastaların 4'ünde (% 12) perianal tutulum vardı. CH grubunda en çok tercih edilen tedavi rejimi 5-ASA + immunomodulator kombinasyonu ve biyolojik ajanlar idi (Sırasıyla %36.4 ve %21.2). ÜK grubunda ise en çok tercih edilen tedavi rejimi 5-ASA (%46.8) idi. CH grubunda ÜK grubuna göre barsak rezeksiyonu oranı anlamlı olarak daha yüksekti (CH:% 12.1, ÜK:% 2.1, p < 0.042).

Sonuç: Crohn hastalığında semptomlar müphem ve ayırıcı tanı zorlayıcı olduğundan tanıda gecikme olabilmektedir. Sigara kullanımı ve erkek cinsiyet oranı CH olguları arasında daha yüksek tespit edilmiştir. Barsak rezeksiyonu oranlarının da CH grubunda ÜK grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Crohn hastalığı, ülseratif kolit, epidemiyoloji

İBH'lı hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri

	Toplam İBH (n=80)	CH (n=33)	ÜK (n=47)	p değeri
Tanı yaşı (yıl), Ort \pm SD	35.1 ± 10.9	37.5 ± 10.7	33.4 ± 10.9	0.767
Cinsiyet				0.033
Kadın, n (%)	33 (41.3)	9 (27.3)	24 (51.1)	
Erkek, n (%)	47 (58.8)	24 (72.7)	23 (48.9)	
Sigara				0.586
İçmiyor, n (%)	56 (70)	22 (66.7)	34 (72.3)	

İçiyor, n (%)	24 (30)	11 (33.3)	13 (27.7)	
	Toplam İBH (n=80)	CH (n=33)	ÜK (n=47)	p değeri
Barsak rezeksiyonu				0.042
Sağ hemikolektomi, n (%)	4 (5)	4 (12.1)	0 (0)	
Total kolektomi, n (%)	1 (1.3)	0 (0)	1 (2.1)	
Aile öyküsü				0.715
Var, n (%)	4 (5)	2 (6.1)	2 (4.3)	
Yok, n (%)	76 (95)	31 (93.9)	45 (95.7)	
Fistül oluşumu, n (%)				0.014
Var, n (%)	4 (5)	4 (12.5)	0 (0)	
Yok, n (%)	76 (95)	29 (87.9)	47 (100)	

[Abstract:0168]**Sleeve gastrektomi sonrası gelişen çölyak hastalığı: Olgu sunumu**

Sabiye Akbulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Çölyak hastalığı genetik yatkınlığı olan bireylerde gluten alımı sonucu ortaya çıkan otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın prevalansı %1 olarak bildirilmektedir. Vakaların çoğunluğu çocukluk veya genç erişkin döneminde tanı alırken, tanının gecikebildiği vakalarda bildirilmiştir. Hastalık klasik veya klasik olmayan prezentasyonlarla karşımıza çıkmaktadır. Erken tanı malnütrisyon, osteoporoz ve komplikasyonlarından korunmak için önemlidir. Burada Sleeve gastrektomi (tüp mide) operasyonu sonrası ishal, anemi ve karın ağrısı yakınması ile gelen ve çölyak hastalık tanısı alan bir hastayı nadir olması nedeniyle sunmaktayım.

Olgu:

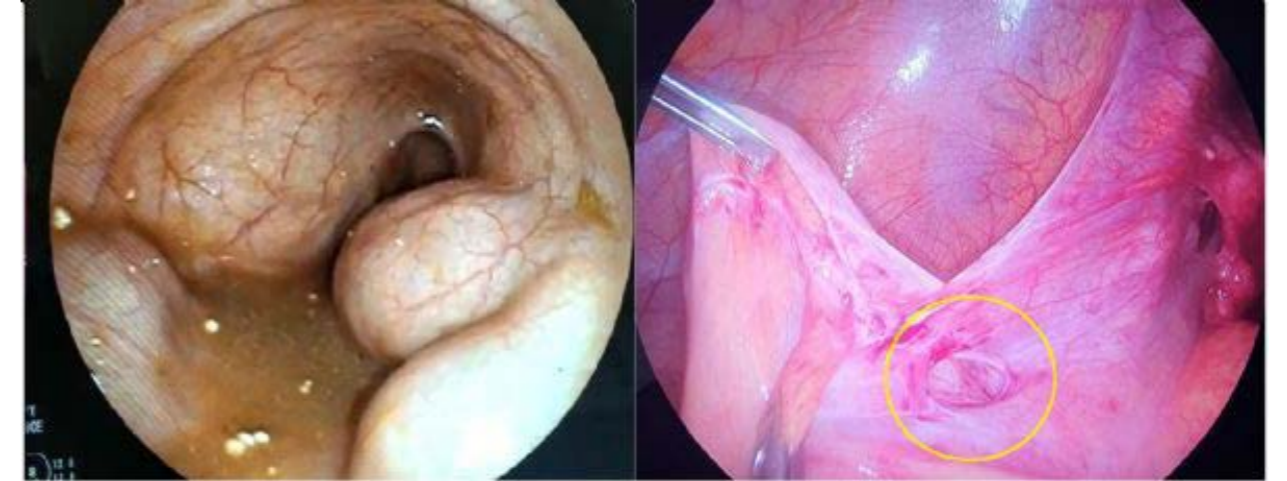
35 yaşında, kadın hasta. Vücut ağırlığı 110 kg, boy 150cm, vücut kitle indeksi 48.9 kg/m² olan hasta aşırı obezite nedeniyle 6 ay önce sleeve gastrektomi operasyonu olmuş. Operasyon öncesi yapılan özofagogastroskopi normal olarak rapor edilmiş. Bu operasyondan yaklaşık 5 ay sonra ishal, karın ağrısı, halsizlik yakınması ile polikliniğimize başvurdu, rutin biyokimya ve hemogram tetkikleri yapıldı. Biyokimya tetkikleri normaldi. Gaita mikroskopisi normal, gaita kültüründe üreme olmadı, gaitada gizli kan negatifti. Aşırı halsizlik yakınması olan hastada Hb 6 g/dL olarak tesbit edildi. Özofagogastroskopi ve kolonoskopi planlandı. Kolonoskopik inceleme normaldi. Özofagogastroskopiye duodenum 2.kıtada mukoza taraksırtı görünümündeydi, çölyak hastalık ön tanısı ile buradan biyopsiler alındı. Biyopsilerin patolojik incelenmesi sonucu intraepitelial lenfosit artışı, kript hiperplazisi ve "düz mukoza" olarak tanımlanan total villus atrofi ile Marsh IIIc çölyak hastalığı olarak rapor edildi. Çölyak hastalık markerları istendi, EMA (Anti Endomisyum Antikor) ve d TG IgG (Doku Transglutaminaz Antikor) pozitif olarak geldi. Bu sonuçlarda çölyak hastalık tanısı ile glutensiz diyete alındı, demir replasmanı yapıldı. Bir ay sonra yapılan kontrolde hastanın ishal, halsizlik ve karın ağrısı yakınmalarının gerilediği izlendi.

Sonuç:

Çölyak hastalığı gluten duyarlılığı olan kişilerde ortaya çıkan otoimmün bir enteropatidir, farklı klinik prezentasyonlarla karşımıza çıkabilir. Literatürde bazı cerrahi girişimlerden (özofagektomi, pankreatikoduodonektomi, vagotomi gibi) sonra çölyak hastalığının tetiklendiği bildirilmektedir. Bizim hastada çölyak hastalığını tetikleyen cerrahi girişim mide operasyonu idi. Cerrahi işlemler sonrası tetiklenen otoimmün aktivasyonun mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Postoperatif peryotta çölyak hastalığının erken tanısı komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Postoperatif dönemde refraktör diyare, anemi, kilo kaybı ve hipoalbuminemi gibi durumlarda çölyak hastalık tanısı da akla gelmelidir. Çölyak hastalığında erken tanısı osteoporoz ve lenfoma gibi komplikasyonları azaltmakta, glutensiz diyetle çölyak hastalığının tedavisi yaşam kalitesini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çölyak hastalığı, sleeve gastrektomi, anemi**[Abstract:0169]****Sürpriz tanıyla sonuçlanan konstipasyon vakası**Tuğba Şenel¹, Ufuk Avcioğlu¹, Murat Derebey², Müge Ustaoglu¹, Ahmet Bektaş¹¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, SAMSUN²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

8 yıldır ara ara olan sol alt kadrana lokalize karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon şikayetleri ile başvuran 23 yaşındaki kadın hastada kolonoskopik bulgular ile internal herniden şüphelenilerek abdomen BT ile sigmoid mezokolon ilişkili internal herni tanısı konuldu. Daha sonra elektif cerrahi planlandı intramezosigmoid internal herni tanısı konularak mezokolondaki defektin tamiri laparoskopik olarak yapıldı. Vaka uzun süredir devam eden, nonspesifik, intermitant, gastrointestinal semptomlar ile gelmiş olması, elektif kolonoskopi esnasında tespit edilen bulgular ışığında tanı almış olması ve elektif laparoskopik cerrahi ile başarılı şekilde tedavi edilmesi nedeniyle literatürdeki diğer internal herni vakalarından farklıdır.

Anahtar Kelimeler: İnternal herni, kolonoskopi, laparoskopik cerrahi**Resim 1**

İnternal herni kesesindeki ince bağırsak segmentinin sigmoid kolondaki basısının kolonoskopik görüntüsü ve mezokolondaki defektin intraoperatif görüntüsü

[Abstract:0170]**Primer ince bağırsak non-Hodgkin lenfoması**

Sabiye Akbulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Lenfomalar, tüm gastrointestinal sistem (GİS) malign tümörlerinin %1'ini oluşturur. Ekstranodal non-Hodgkin lenfomaların (NHL) en sık tutulum yeri ise gastrointestinal sistem (GİS) olup, yaklaşık olarak % 30-50 oranında görülür; fakat primer intestinal non-Hodgkin Lenfoma (NHL) ise oldukça nadirdir. Primer NHL (B ve T hücre tipi), Burkitt lenfoma, MALT tip lenfoma ve nadiren hodgkin lenfoma ile ince bağırsak tutulumu tanımlanmıştır. Lenfoid doku içeriğinin yoğun olduğu distal ileum ise ince bağırsak B hücreli lenfomalarının en sık görüldüğü lokalizasyondur. Kilo kaybı, karın ağrısı, ateş, gece terlemesi, ishal yakınmaları ile gelen 53 yaşındaki erkek hastaya kolonoskopik biyopside primer intestinal NHL tanısı konuldu. Bu olguyu, oldukça nadir görülmesi ve tanıdaki güçlükler nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu:

53 yaşında, erkek hasta, kilo kaybı, karın ağrısı, ateş, gece terlemesi, ishal yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde karın sağ alt kadrani palpasyonda hassas idi ve ele gelen kitle veya periferik lenfadenopati saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 6700 K/uL, hemoglobin 14,4 g/dL, hematokrit % 44 ve trombosit 268 K/uL idi. Abdominal ultrasonografide batın içerisinde çölyak bölgesinde yaygın lenfadenopati, batın sağ alt kadranda, düzgün lobüle konturlu 10x7 cm boyutlarında, kitle lezyonu (kolon neoplazmi? lenfadenopati?) olarak saptanması üzerine hastaya kolonoskopi planlandı. Yapılan total kolonoskopide tüm kolon mukoza ve lümeni normal olarak değerlendirildi. Terminal ileuma girildi, burada düz, yassı, yaklaşık 50x30 mm çapında, malign görünümlü lezyon izlendi, buradan biyopsiler alındı. Biyopsilerin patolojik incelenmesi sonucu düşük-orta dereceli B hücreli NHL olarak raporlandı. Bu sonuçlarla tedavisi yapılmak üzere hematoloji kliniğine devredildi.

Sonuç:

İnce bağırsak malign tümörlerinin anatomisi ve lokalizasyonu itibari ile radyolojik olarak görüntülenmesi oldukça güçtür, bu nedenle ileri evrelerde tanı konabilen tümörlerdir. İnce bağırsak lenfomaları sıklıkla ileum (% 60-% 65), ardından jejunum (% 20 -% 25), duodenum (% 6 -% 8) ve diğer bölgeleri (% 8 -% 9) tutmaktadır. Primer ince bağırsak lenfomalarının en sık yerleşim yeri ise mukoza ilişkili lenfoid dokunun çokluğu ile paralellik gösterir şekilde distal ileumdur ve çekuma yakın bölgede, genellikle terminal ileumda tek lezyon olarak görülür. İleumda daha çok B hücreli lenfoma; jejunumda ise daha çok T-hücreli lenfomalar görülmektedir. Primer ince bağırsak lenfomalarının klinik belirtileri spesifik değildir; bu nedenle tanı koymak güçtür; diğer benign ve malign tümörlerden ayırdedilemeyebilir. Kolik tarzında karın ağrısı, bulantı-kusma, kilo kaybı en sık rastlanan semptom ve bulgularıdır. Primer GİS lenfomalarında perforasyon gibi akut batın tablosu geliştiğinde morbidite ve mortalite oranı belirgin olarak artmaktadır; zamanında konulan tanı ve zamanında yapılan cerrahi girişim bu olgularda hayat kurtarıcıdır. Tedavisinde kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi tek başına veya kombinasyonlar halinde kullanılmaktadır. Sonuç olarak nonspesifik karın ağrısı olan ve görüntülenebilen ince bağırsak kitlelerinde ince barsak lenfoması tanı olarak akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, Primer İnce Bağırsak Lenfoması, Non-hodgkin Lenfoma

[Abstract:0174]**Biyolojik ajan ve immünsüpresif tedavi alan inflamatuvar barsak hastalığında SARS-CoV-2 enfeksiyonu: Üç olgu sunumu**

Aşkın Erdoğan

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji Bölümü

Giriş:

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) tanısı ile biyolojik ajan ve immünsüpresif tedavi alan hastalarda asemptomatik ve semptomatik olan COVID-19 vakaları sunulmuştur.

Olgu 1:

Otuzdokuz yaşında opere fistülizan ileokolonik Crohn hastalığı (A2, L3, B3; Montreal sınıflandırması) tanısı ile 6 aydır azatioprin 100mg/gün ve infliximab tedavisi alan kadın hasta eklem ve kas ağrısı şikayeti ile başvurdu. COVID-19 RT-PCR testi pozitif saptandı. Beyaz küre 2920 uL, Nötrofil: 700 uL ve lenfosit: 1740 uL bulundu. İlaçları 2 hafta kesilerek evden takip edildi. Favipravir 3200mg/gün (1. gün) ve 1200mg/gün (4 gün) ile enoxaparin sodyum 2x6000 4000 anti-Xa IU 7 gün kullanan hasta ek yakınması ve komplikasyon gelişmedi. İki hafta sonra COVID PCR testi negatifleşmesi ve hemogramı normal sınırlara dönmesi nedeni ile Crohn hastalığı tedavisi tekrar başlandı.

Olgu 2:

Yirmidört yaşında kadın hasta 6 senedir bilinen ülseratif kolit (pankolit) tanısı ile vedolizumab tedavisi alıyor. Vedolizumab tedavisi öncesi bakılan COVID-19 PCR pozitif saptandı. Yakınması olmayan hastanın ilacı kesildi. Favipravir 3200mg/gün (1. gün) ve 1200mg/gün (4 gün) başlandı. Hastanın tanıdan 17 gün sonra bakılan kontrol PCR tekrar pozitif saptandı. İlk tanıdan 23 gün sonra kontrol PCR negatifleşmesi üzerine vedolizumab tedavisi tekrar başlandı. Takiplerinde yakınma veya komplikasyon gelişmedi.

Olgu 3:

Dört senedir bilinen ülseratif kolit (pankolit) tanısı olan ve 8 aydır infliximab ve azatioprin 150mg/gün tedavisi alan klinik remisyondai 48 yaşındaki erkek hasta infliximab tedavisi öncesi kırgınlık ve öksürük yakınması şikayeti vardı. COVID-19 RT-PCR testi pozitif saptandı. İlaçları kesilerek evde takibe alındı. Favipravir 3200mg/gün (1. gün) ve 1200mg/gün (4 gün) ve asetilsalisilik asit 100 mg başlandı.. Hastanın ek yakınması olmaması, şikayetleri gerilemesi ve iki hafta sonra bakılan COVID RT-PCR testi negatif geldi Azathioprin tedavisine 2 hafta sonra başlandı. İnfliximab tedavisi hastanın geç gelmesi nedeni ile 40 gün sonra başlandı. Takipte ek yakınma veya komplikasyon gelişmedi.

Sonuç:

İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan COVID-19 PCR pozitifliği gelişen 3 olgunun birinde asemptomatik ve diğer 2 olguda hafif hastalığı olup hastaneye yatış gerekmemiştir. Her 3 hastada biyolojik ve immünsüpresif tedaviler geçici süre kesilip tedavi protokolüne devam edilmiştir. Takipte komplikasyon gelişmemiştir. Hiç bir hastanın zeminde koronavirüs aşılması o dönem kronik hastalık nedeni ile risk grupları aşılması başlamamış olması nedeni ile yapılamamıştır. Hastalarımızda asemptomatik/hafif COVID-19 hastalık saptanması ve immünsüpresif/biyolojik ajan kullanımı ile ilişkisi geniş vakalı çalışmalarla irdelenmesi önemlidir. Henüz devam eden anti-sitokin tedavileri içeren ileri çalışmalar biyolojik ajan ve immünsüpresif tedavinin akut respiratuvar distress sendromu ve multi-organ sistem yetmezliği gelişimine engel olması açısından yararları ve kesilip-kesilmeme kararı hakkında yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: inflamatuvar bağırsak hastalığı, COVID-19, immünsüpresif tedavi

[Abstract:0177]**Post-Covid19 Kolanjiyopati/COVID 19 ilişkili Sekonder Sklerozankolanjit: Olgu Sunumu**

Orkide Kutlu¹, Halit Aslan¹, Yasemin Gökden¹, Melis Kayılı Sevimli¹, Selma Şengiz Erhan², Can Salihoğlu¹, Ahmet Tarhan¹, Vildan Söğüt¹, Özgür Altun¹, Özlem Buluz³, Yücel Arman¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Kritik hastalarda sekonder sklerozan kolanjit(Secondary sclerosing cholangitis of critical ill patients,SSC-CIP)hepatobiliyer hastalık öyküsü olmayan hastalarda-solunum yetmezliği,yanık,travma,kanamama vb.sebeplerle-uzun süre yoğun bakım ünitesinde(YBÜ) yatırılarak tedavi edildikten sonra ortaya çıkan nadir bir komplikasyondur. YBÜ'den taburculuk sonrasında başlayan/devam eden kolestaz durumlarında, kolestaz oluşturan diğer sebepler dışlandıktan sonra hatıra getirilmelidir. SSC-CIP'nin hızlı ilerlemesini engelleyecek bilinen bir tedavi olmayıp karaciğer nakli olmadan medyan sağkalım 12-44 aydır. "Post-COVID-19 kolanjiyopati",şiddetli COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle YBÜ yatışı gerekmiş hastalarda pulmoner iyileşmeden uzun süre sonra devam eden kolestaz ile karakterize SSC-CIP'yi tanımlar. Post-COVID-19 kolanjiyopati tanısında MRCP/ERCP ile intrahepatik safra kanallarının stenoz/dilatasyonları gösterilebilir. Histopatolojik tanıda kolanjiyositlerde sitoplazmik vakuolizasyonlar,kolanjiyosit hasarı,safra alçıklarının varlığı yanında hepatik arter endotelinde şişme,portal vende flebit,sinüzoidal obstrüksiyonlar şeklinde intrahepatik mikroanjiyopati bulguları görülmektedir. Post-COVID-19 kolanjiyopati patogenezinde biliyer iskeminin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.Hepatositler,portal ven-hepatik arterden ikili bir kan kaynağı alırken,safra epiteli yalnızca peribilier pleksustan kanlanır.Bu nedenle, kolanjiyositler iskemiye hepatositlerden daha duyarlıdır.SSC-CIP patogenezinde "toksik safra"nın rolü de önemlidir.Hidrofobik safra asitlerinin deterjan özelliklerinin,kolanjiyositlerin lipid membranını tahrip etmesini önleyen ana mekanizma,hepatositlerden salgılanan fosfolipitlerin safra asitleri ile birleşerek miseller oluşturmasıdır.Bu salgılanma transporter lipid export pump MDR3 aracılığıyla olmaktadır.Safra asitlerinin kolanjiyositleri tahrip etmesini önleyen diğer koruyucu mekanizma;"transporter ion exchanger 2"yoluyla salgılanan bikarbonatın apikal kolanjiyosit membranında alkali bikarbonat film tabakası oluşturmasıdır.Safra asitleri ve koruyucu mekanizmalar arasındaki hassas dengede bozulma safra epiteline zarar vererek sklerozan kolanjite yol açabilir.Transporter lipid export pump MDR3'ün genetik varyantlarında iskemi/inflamatuvar stres koşulları toksik safra oluşumuna yatkınlık oluşturabilir.Bu durum benzer hastalık durumlarına sahip neden sadece bazı YBÜ hastalarında SSC-CIP geliştiğini açıklayabilir.Post-COVID-19 kolanjiyopati patogenezinde hiperinflamatuvar yanıt durumunda TNF-alfa,IL-1,IL-6 gibi sitokinler etkisiyle hepatobiliyer uptake ve ekskretuar sistemlerdeki down-regulasyon da kolestazdan sorumlu olabilir.Post-mortem çalışmalarda safra kanallarında gözlenen duktüler proliferasyonlar IL-6 etkisiyle indüklenmiş proliferatif/proinflamatuvar bir kolanjiyosit fenotipidir. Sonuçta hepatobiliyer sistem,COVID-19'un olumsuz uzun vadeli sonuçları için önemli bir hedef haline gelebilmektedir.Burada ciddi COVID 19 nedeniyle YBÜ tedavisi almış hastada gelişen SSC-CIP olgusunu,COVID 19 pandemisinin karaciğer nakli gerektirebilecek kadar ciddi çok nadir bir komplikasyonu olarak bildirmek istedik.

OLGU: 56 yaşında erkek hasta karın ağrısı,bulantı,sarılık şikayetleriyle acil servisimize başvurdu.1ay kadar öncede şiddetli Covid-19 kliniği ile yoğun bakımda puls steroid-tosilizumab tedavileri verilmiş, servis takibinde karın ağrısı,hemoglobin düşüşü gelişen hastaya batin BT'de saptanan 18*8cm boyutta sağ psoas hematomu nedeniyle girişimsel radyoloji ekibince embolizasyon yapılmıştı.Öz-soy geçmişinde özellik olmayan hastanın ikterik görünümü mevcut;solunum/dolaşım/batin muayeneleri doğaldı.Lab tetkiklerinde:AST:123U/L(0-40),ALT:392U/L(0-40),ALP:654U/L(40-129),GGT:796U/L(10-71),LDH:811U/L(135-225),total bilirubin:39,45mg/dl(0-1,2),direkt bilirubin:30,33mg/dl(0-0,3),albumin:3,3g/l(3,5-5,2).Glikoz,üre,kreatinin,INR, hemogram, CRP normaldi.MRCP'de 70*60mm psoas hematomu dışında karaciğer parankimi-safra yolları normal değerlendirildi.Yatışında hidrasyon ve UDKA tedavisi ile karaciğer fonksiyon testleri-bilirubinlerinde gerileme gözlenen hastanın poliklinik takibinde artan bilirubin düzeyleri nedeniyle tekrarlayan hastane yatışları oldu(Tablo).Akut hepatit A,B,C,TORCH serolojisi ve ANA,ASMA,LKM,AMA antikoları negatif saptandı.Alfa 1antiripsin eksikliği ve IgG4 ilişkili hastalık saptanmadı. Tanı amaçlı yapılan

karaciğer biyopsisinde parankimde fokal nekroz odağı,santral ven çevresinde konfluen nekroz,pigment içeren kuppfer hücre gruplarının yer aldığı genişlemiş sinüzoidler izlendi,fibrozis saptanmadı.Hasta halen medikal tedavi ile takibimizdedir.

TARTIŞMA: Şiddetli COVID-19'lularda enfeksiyon ilişkili durumlar yanında vazopresörlerin uygulanması,-yüzüstü pozisyonlandırma,uzun süreli yüksek PEEP(ekspirasyon sonu pozitif basınçlı)mekanik ventilasyon tedavileri SSC-CIP için predispozandır. Yoğun bakımlarda ARDS sebebiyle ECMO uygulanmış, uzun süreli yatışı gerekmiş COVID-19'lu hasta yönetiminde post-COVID19 kolanjiyopati taraması için pratik yaklaşımlar geliştirilmeli ve artan farkındalık/erken teşhisi ile UDKA tedavisi başlanarak SSC-CIP'nin karaciğer transplantasyonu gerektiren hızlı progresyonu önlenmeye çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Covid19, Kolanjiyopati, İkter

Tablo

	AST(U/L)	ALT(U/L)	ALP(U/L)	GGT(U/L)	TOTAL BİLURUBİN(mg/dl)	DİREKT BİLURUBİN(mg/dl)
Covid Ybü Yatış 1.Gün	67,8	61,2	72	96	0,93	0,43
Covid Ybü Yatış 5.Gün	179	196	90	114	0,89	0,34
Covid Servis Yatış 11.Gün	210	910	654	92	1,9	0,46
Dahiliye Servis 1. Yatış 1.Gün	123	392		796	39,4	30,33
Dahiliye Servis 1. Yatış Son Gün	26	53	340	162	22,4	19,8
Dahiliye Servis 2. Yatış 1.Gün	41	64	362	113	22,1	18,4
Dahiliye Servis 2. Yatış Son Gün	32	48	337	86	18,2	15,7
Dahiliye Servis 3. Yatış 1.Gün	57	67	375	89	27,42	21,85
Dahiliye Servis 3. Yatış Son Gün					14,6	13,44
Poliklinik 1. Kontrol	65	104	343	130	29,7	24,5
Poliklinik 2. Kontrol	80	89	282	139	19,2	18,0

[Abstract:0178]**Ülseratif Kolit ve Tip 2 Otoimmün Pankreatit Birlikteliği**

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

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Ülseratif kolit hastalarında akut pankreatit etyolojisinde en sık taş ve kullanılan ilaçlar yer almakta olup otoimmün pankreatit nadir olarak yer almaktadır. Tip 2 otoimmün pankreatit İnflamatuvar bağırsak hastalıklarına eşlik etmesi, IgG4 normal olması, akut pankreatit ile başvurusu, genç hastalarda görülmesi tip 1 pankreatitten ayıran önemli özelliklerdir Akut pankreatit ile başvuran ve tip 2 otoimmün pankreatit tanısı alan ülseratif kolit hastası sunulacaktır.

OLGU: 18 yaşında erkek hasta başvurudan 8 ay önce ülseratif kolit tanısı alıp tedavi başlanmış olup epigastrik ağrı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde sol omuzda osteokondrom soy geçmişinde anne ve halasında çölyak hastalığı mevcuttu. Sigara ve alkol kullanımı yoktu. Başvurusunda vital bulları stabil muayenesinde batında hassasiyet dışında bir özellik yoktu. Yapılan tetkiklerinde WBC:8,4 x10³/μL, HB:17 g/dL, PLT:212 x10³/μL, AST:68U/L, ALT:236 U/L, GGT:320 U/L, AMİLAZ:149U/L(28-125), LİPAZ:162U/L (8-78), AF:124U/L, LDH:466U/L, T.BİL:1mg/dL, D.BİL:0,3 mg/dL, GLUKOZ:101mg/d, ÜRE:26 mg/d, KRE:0,8 mg/d, ÜRİK ASİT:5,4 mg/d, ALBUMİN:4,7 g/dl, Ca:9,7 mg/dl, P:4,7 mg/dl, K:4,2 mEq/L, CRP:0,4 mg/l(0-5), HbsAg(-), HCV(-), HIV(-), Çölyak testler:N, MRCP:N(Başvuru öncesi çekilen MR), USG: safra kesesi hacimli içinde milimetrik taşlar izlendi koledok 11,3mm, pankreas hacimli idi. Laboratuvar değerleri başvuru öncesi değerlerine göre gerilemiş olması nedeniyle hastada kolesisto-koledokolitiasis bağlı geçirilmiş akut pankreatit tanısıyla takibe alındı. Ancak hasta 3 gün sonra şiddetli karın ağrısı nedeniyle acile başvurdu. Başvurusunda transaminaz değerleri amilaz,lipaz değerleri artmıştı. Yapılan usgde Safra kesesi distandü görünümde. Duvar kalınlığı 3,2 mm. Kесе içinde kolesterol kristalleri izlenmiştir. bilateral İHSY ler hafif dilate koledok 11,7 mm distalinde çamur lehine değerlendirilen oluşum izlenmiştir. Pankreas parankimi hafif heterojendir, boyutları artmış, hacimli. Pankreas kanalı belirgin(3mm) izlendi(Resim:1). Hasta hafif biliyer pankreatit nedeniyle interne edildi ancak pankreas boyu boyunca hacimli olması ve kanalının geniş olması üzerine otoimmün pankreatit açısından IgG4 de gönderildi. Hastanın IgG4 normal gelmesi usg bulgularının aynen devam edilmesi üzerine ERCP yapıldı. ERCP de koledok ve İHSS geniş izlendi koledok balonla sıvazlandığında az miktarda çamur geldi. ERCP sonrası takiplerinde trasaminaz ve kolestaz enzimleri ve USG bulgularında gerileme izlenmedi. Bunun üzerine otoantikörler gönderildi ANA: negatif, pANCA: negatif, antidsDNA: negatif geldi. Bu bulgularla hasta ülseratif kolit Tip 2 otoimmün pankreatit düşünülerek prednisolon 40 mgr/gün başlandı. Hastanın takiplerinde transaminaz ve kolestaz enzimlerin kademeli olarak gerileyip normale geldiği. Usg takiplerinde koledokun normale geldiği pankreas kanalının daha uzun dönemde normale geldiği görüldü. Hastanın pankreatit açısından stabil olduktan sonra yapılan kolonoskopisinde rektum transvers kolon orta kesimi mayo 3 ile uyumlu olup periapendiküler bölgede ödemli ve milimetrik ülserler izlendi. Alanın biyopsi sonuçları aktif ülseratif kolit ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya mesalazin oral 3gr eklendi ancak takiplerinde transfüzyon gerektirecek kanlı ishalleri başladı USG de kolon boyu boyunca duvarı kalın izlendi. Bunun üzerine melazim alerjisi olasılığı nedeniyle oral mesalazin kesildi ancak klinik olarak şikayeteri gerilemeyince hastaya mesalazin tekrar başlandı ve tedaviye azotiyoprin ve adalimumab eklendi. Tedavi sonrası klinik olarak düzelen hasta predizolon dozu azaltılarak kesilmesi planlandı. Klinik olarak çok daha iyi olup takip ve tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ: Tip 2 otoimmün pankreatit nadir olup akla gelmediği zaman tanısı çoğu zaman atlanmaktadır. Akut pankreatitte en sık nedenler dışlandıktan sonra daha nadir nedenler düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ülseratif kolit, akut pankreatit, tip2 otoimmün pankreatit

Resim-1

pankreas hacimli pankreas kanalı geniş

[Abstract:0179]**Bilgisayarlı Tomografide Görülemeyen Özofagus Yabancı Cisim Çıkarılması**

Ferzan Aydın, Fehmi Ateş, Hatice Rızaoğlu Balcı, Orhan Sezgin, Engin Atıntaş, Enver Üçbilek, Osman Özdoğan, Serkan Yaraş

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş:

Gastrointestinal traktusta yabancı cisim bulunması nedeniyle acil servislere çok sık başvuru olmaktadır. Gastrointestinal traktustaki yabancı cisimlerin % 28-68'i özofagus yerleşilidir. Özofagus yerleşimli yabancı cisimlerinin %70'i krikofaringeus kası seviyesinde, %15'i torasik özofagusta ve %15'i ise gastro özofagial bileşkede bulunmaktadır. Sivri uçlu cisimler özofagusun herhangi bir yerinde takılıp kalabilir. Kemik gibi yabancı cisimler genellikle servikal grafilerde hipofarinks ve servikal özofagusta görülmektedir. Radyografide yabancı cismin görülmemesi yabancı cisim varlığını ekarte etmez. Yabancı cisimlerin çıkarılmasında geç kalınması, özofagus perforasyonuna neden olabilir. Paket servisle dışardan gelen fast food yemeği yedikten sonra gelişen yutma güçlüğü ve boğaz ağrısı nedeniyle ACİL SERVİS'e başvuran ve Toraks ve Boyun BT görüntülemeye yabancı cisme rastlanmayan olgumuzun, Üst GİS endoskopisinde gördüğümüz üst özofagus sfinkteri lokalizasyonunda bulunan metal yabancı cisim endoskopi eşliğinde çıkarılmıştır. Bu olgu Covid-19 pandemisi sırasında artan paket servis ile beslenme alışkanlığının artması nedeniyle acil servislere özofagusta yabancı cisim nedeniyle başvuran hastaların artması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu:

21 yaşında kadın hasta yaklaşık 2-3 saat önce dışardan istediği fast food yemeği yedikten sonra yutma başlangıcında ağrı yutma zorluğu nedeniyle acil servise başvurmuş. Yapılan tetkilerinde HGB: 13,4 g/dL, WBC: 8,69 x10³/μL, PLT: 267 x10³/μL, Açlık Kan Glukozu: 100 mg/dL, Üre: 26,2 mg/dL, Kreatinin: 0,60 mg/dL, Sodyum: 137 mEq/L, Potasyum: 4,16 mEq/L, AST: 20 U/L, ALT: 13 U/L, CRP: 0,92 mg/L olarak saptanmış. Çekilen boyun ve toraks BT de sözlü olarak yabancı cisme rastlanmadığı belirtilmiş. Hasta önce KBB bölüme konsülte edilmiş. KBB bölümünde yapılan muayenede yabancı cisme rastlanmamış. Hasta yutma güçlüğüne ve ağrısının olması nedeniyle Gastroenteroloji Bölümümüze konsülte edilmiş. Hastanın endoskopisinde üst özofagus sfinkterinde metalik yabancı cisme rastlandı. Tel şeklindeki özofagus mukozasına batmış metalik cisim ilk önce bir ucu sebestleştirilip, yabancı cisim forsepsiyile serbest ucundan tutulup endoskopun içine çekilerek kontrollü şekilde dışarıya alındı. Metalik sivri uçlu cisim olması nedeniyle işlem sonrası yapılan görüntülemeye perforasyon bulgusuna rastlanmadı.

Sonuç:

Sivri uçlu yabancı cisimler en sık servikal özofagusta takılmaktadır. Bu yabancı cisimlerin görüntülemeye görülemeyebileceği akılda tutulmalıdır. Hastaların semptomları çok önemli olup geç müdahale edilen sivri uçlu özofagus yabancı cisimleri perforasyon gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Özofagus, yabancı cisim, üst gastrointestinal sistem endoskopisi

Resim-1

yabancı cisim

[Abstract:0186]**Nadir Bir Komplikasyon Olarak Biliyer Stent Migrasyonuna Bağlı Sigmoid Kolon Perforasyonu**

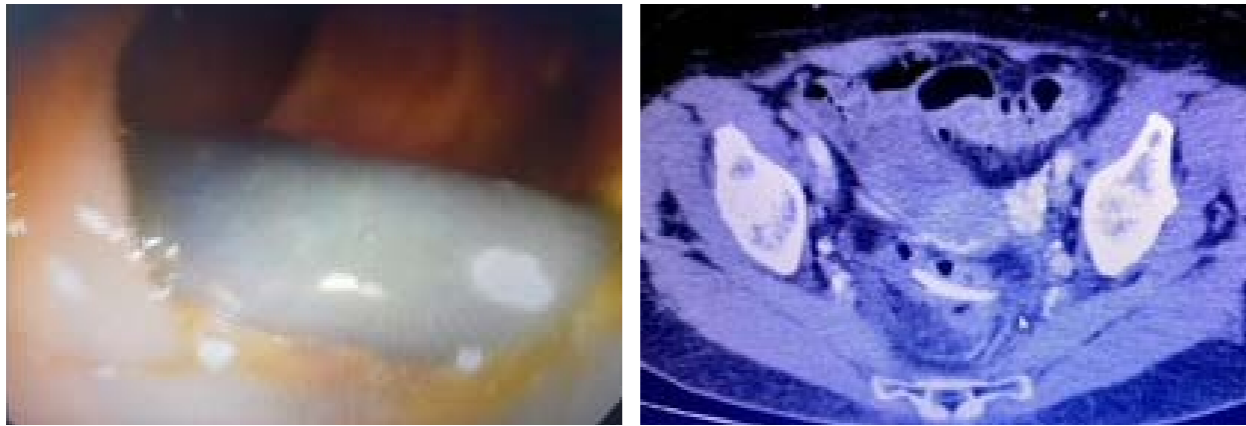
Emin Bodakçi, Mesut Gümüşsoy, Ramazan Erdem Er, Serkan Duman, Kubilay Çınar, Hasan Özkan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Ankara

GİRİŞ: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ile safra yolları patolojilerine müdahale edilmektedir. ERCP işleminde takılan biliyer stentlerde komplikasyon olarak oklüzyon, kolanjit, kanama, pankreatit, stent fraktürü ve migrasyonu görülebilir. Biliyer stent migrasyonuna bağlı duodenal, jejunal, ileal ve kolonik perforasyonlar bildirilmiştir. Olgumuz biliyer stent migrasyonuna bağlı gelişen sigmoid kolon perforasyonu hastasıdır.

OLGU: 70 yaşında kadın hasta, 15 gündür batın alt kadrantlarında lokalize ve defekasyon sırasında artan ağrı şikayetiyle başvurdu. Hikayesinde ek hastalığı olmayan hastaya 7 ay önce koledokolitiazis nedeniyle ERCP yapılarak 10F, 10 cm plastik stent yerleştirildiği öğrenildi. Laboratuvar parametreleri normal olan hastaya etyolojik değerlendirme amacıyla kolonoskopi işlemi planlandı. Kolonoskopik değerlendirmede rektosigmoid bileşkenin proksimalinde (anal kanaldan itibaren 17. cm) plastik stent izlendi (Şekil 1). Stentin bir ucunun lümeninde olduğu diğer ucunun kolon duvarına penetre olduğu görüldü. İşlem sonlandırılarak oral+intravenöz kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmesi planlandı. BT görüntülerinde rektosigmoid bileşkede sigmoid kolon duvarında plastik stentin ekstralümine olduğu bir ucunun batın boşluğunda olduğu görüldü (Şekil 2). Serbest hava ve apse görünümü izlenmemesi üzerine stent çıkarılması için skopi altında rektosigmoidoskopi işlemi tekrarlandı. Yabancı cisim forsepsi ile stent yakalanarak çıkarıldı. Stent çıkarılan kolon segmenti kontrast madde ile doldurularak olası perforasyon açısından değerlendirme yapıldı. Skopi ile yapılan incelemede kontrast ekstralüminasyonu izlenmedi. Kanama izlenmeyen penetrasyon alanında 2 adet 16 mm hemoklips ile lezyon kapatılarak işlem sonlandırıldı. Takiplerde hastada ek patoloji izlenmedi.

SONUÇ: Biliyer stent hikayesi olan hastaların karın ağrısı etyolojisinde stent ilişkili komplikasyonlar da göz önünde bulundurulmalıdır

Anahtar Kelimeler: Biliyer stent, ERCP, Sigmoid kolon perforasyonu

Şekil-1-2

Kolonoskopide ve BT de görülen biliyer stent

[Abstract:0187]**Nadir Bir Üst Gastrointestinal Sistem Kanama Sebebi: Safra Taşı**

Mesut Gümüşsoy¹, Emin Bodakçi¹, Serkan Duman¹, Muhammed Fatih Karakaya¹, Arif İrfan Soykan¹, Akın Fırat Kocaay², Kubilay Çınar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları orofarinksten treitz ligamanına kadar olan kanamalardır. Üst GİS kanama sebepleri peptik ülser, akut ve kronik gastritler, özofagus varisleri, Mallory- Weiss sendromu ve tümörlerdir. Spontan internal biliyer fistüllerin sıklığı geniş kolesisektomi serilerinde %1.2-5 arasında bildirilmiştir. Bu fistüller tanısız zorluk nedeniyle çoğu zaman ameliyat sırasında saptanırlar. Olgumuz kolesistoenterik fistül sonrası duodenuma oturan ve duodenumda kanamaya ve pasajın tıkanmasına neden olan safra taşı vakasıdır.

Olgu: Bilinen koroner arter hastalığı (KAH), diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), kronik böbrek hastalığı (KBH) olan 80 yaşında erkek hasta hematemez şikayetiyle başvurdu. Hemoglobinde 3 gr/dl düşüş izlenen hastaya üst GİS endoskopi yapıldı. Endoskopide hastanın 24 saatlik açlık durumu olmasına rağmen mide gıda artıkları ve hematize materyal ile doluydu. Hastaya nazogastrik tüp takılıp mide içeriği drene edildikten sonra işlem tekrarlandı. Endoskopide postpilorik, pilorun 3 cm kadar distalinde duodenum lümenini tama yakın dolduran, skopun geçişine izin vermeyen, hareket etmeyen 3 cm boyutunda siyah pigmente safra taşı tespit edildi. Taşın kenarında üzeri yapışık pıhtı ile kaplı erode alan tespit edildi. Aktif kanaması olmayan hastanın işlemi sonlandırılıp hastaya oral+intravenöz kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi yapıldı. BT'de intrahepatik safra yollarında pnömobilite, kolesistoduodenal fistül ve duodenum lümenini tama yakın dolduran kontrast madde tutulumu olmayan 3x4 cm'lik lezyon izlendi (Şekil 1). Endoskopik müdahale ile pilor kanalı dilate edilerek taşın mideye alınarak çıkarılması önerildi ancak hasta cerrahi seçeneği kullanmak istemesi nedeni ile hemodünyaik stabilizasyon sonrası pasajın sağlanması ve taşın çıkarılması amacıyla genel cerrahi birimine devredildi. Cerrahi kliniğinde çekilen manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) görüntülemesi kolesistoduodenal fistül, bulbusta lümeni dolduran ve ekspansiyon eden hipointens nodül oluşumu (taş?, Bouveret sendromu?) şeklinde raporlandı. Takipte Billroth II gastroenterostomi yapılarak pasaj devamlılığı sağlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Kronik safra kesesi hastalıklarında kronik inflamasyon sonucunda biliyoenterik fistüller gelişebilir. Safra kesesi duodenum, mide, kolona fistülize olabilir. Kolesistolitiasis hastalarında fistüle sekonder safra taşı ileusu, perforasyon, GİS kanama görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolesistolitiasis, Bouveret, Kanama

Şekil 1

[Abstract:0188]**Alt Gastrointestinal Sistem Kanamasının Nadir Bir Nedeni:Rektal Varis**

Tevfik Solakoğlu, Nurten Türkel Küçükmetin

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Karaciğer sirozu hayatı tehdit eden ve ölümcül komplikasyonlara yol açabilen kronik progresif bir karaciğer hastalığıdır. Özofagus varisleri sık olarak görülse de rektal varis kanaması çok nadir bir komplikasyondur. Biz rektal varis kanaması nedeniyle takip edilen bir hastayı sunduk. Yetmiş dört yaşında erkek hasta, sabah defekasyon sonrası 1 avuç kadar kırmızı parlak renkte rektal kanama ve sonrası gelişen halsizlik, sersemlik, baş dönmesi, baygınlık hissi ve yere yığılma şikayeti üzerine acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 27 yıldır Polistemia Rubra Vera, 14 yıldır Romatoid Artrit, 3 yıldır karaciğer sirozu tanısı olduğu ve sülfosalozin 2 g/gün ile hidoksiklorokin 200 mg/gün kullandığı öğrenildi. Daha önce böyle bir şikayeti olmamış. Antikoagulan kullanım öyküsü yok. Fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı:90/60 mmHg, nabız:100/dk ve rektal muayenede hematokezya saptandı. En son 2 yıl önce özofagogastroduodenoskopide özofagus varisi saptanmış.Yapılan tetkiklerinde Hb:7.3 g/dL, platelet 170000/mm³, MCV:88 fL, albümin:3.21 g/dL ve INR: 1.49 idi. Diğer laboratuvar değerleri normaldi. Abdominal Ultrasonografide karaciğer sağ lob boyutları azalmış, sol lob boyutları artmış, konturları lobule olup parankim ekojenitesi diffüz heterojen idi. Portal ven çapı 16 mm ölçülmüş olup genişlemiş, dalak boyutları kraniokaudal aksta 17 cm ölçülmüş olup artmıştır.Perihepatik, perisplenik, bilateral parakolik ve batın alt kadranda AP çapı 7 cm'ye varan asit ile uyumlu serbest mayi dikkati çekmiştir.Kolonoskopide dentat line'dan itibaren ilk 15 cm.'ye dek rektal varis ile uyumlu tortiyoz, morumsu renkli ve lümen protrude submukozal damarlarda genişlemiş variköz yapılar izlendi (Resim 1). Hastada karaciğer sirozuna bağlı gelişmiş rektal varis kanaması düşünüldü. 2 ünite eritrosit süspansiyonu ile kan transfüzyonu yapıldı. Tekrar kanama olmaması üzerine hasta taburcu edildi. Rektal varisler alt gastrointestinal kanamasının nadir bir nedenidir. Rektal varisler çoğunlukla portal hipertansiyona bağlı gelişir. Kolonoskopide saptandığında yanlışlıkla biyopsi alınması masif kanamaya neden olabilir. Rektal varise bağlı kanama genellikle tekrarlayıcı ve ağrısızdır. Bizim olgumuzda rektal varis kanaması bir kez olmuştur ve bir daha tekrarlamamıştır. Alt gastrointestinal kanama nedeni olarak rektal varis akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rektal Varis, Karaciğer Sirozu, Alt gastrointestinal kanama**Resim 1**

Kolonoskopide dentat line'dan itibaren ilk 15 cm.de rektal varisler

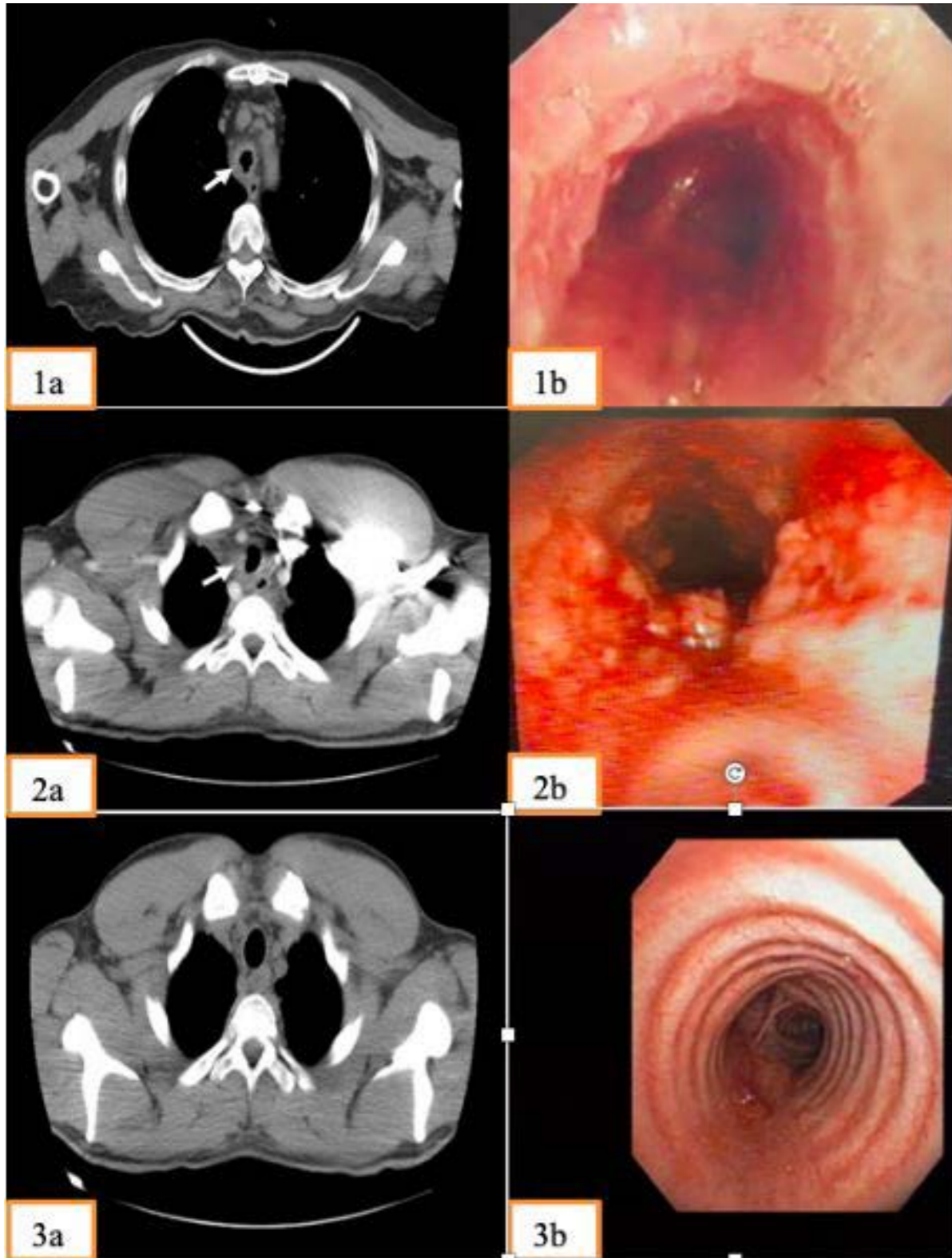
[Abstract:0191]**İnflamatuvar bağırsak hastalığında ekstraintestinal manifestasyon olarak hava yolu tutulumu ile seyreden iki olgu sunumu**Ramazan Erdem Er¹, Umut Dilegelen², Serhat Erol², Arif İrfan Soykan¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Olgu 1: 66 yaşında erkek hasta. 2013 yılında sağ alt kadranda ağrısı ve ishal nedeniyle yapılan tetkiklerinde terminal ileum tutulumlu crohn hastalığı (CH) tanısı konarak budesonid ve azatiyopürin (AZA) tedavisi başlanmış. Klinik aktivasyon nedeniyle infliksimab eklenmiş. Başka sağlık sorunları nedeniyle infliksimab ve AZA tedavisini hasta kesmiş. 1 yıl kadar ilaçsız kalmış. Bu süre içinde ishal ve karın ağrısı şikayetleri tekrar başlayan hastanın hastanede yatarak tedavi edildiği bakteriyel pnömoni atağı olmuş. Pnömoni sonrası geçmeyen, inatçı kuru öksürük şikayeti başlamış. Hastanın çekilen MR enterografisinde terminal ileumda 20 cm'lik segmentte duvar kalınlaşması olup CH aktivasyonu mevcuttu. Öksürük nedeniyle çekilen akciğer tomografisinde trakeada ve sağda belirgin olmak üzere her iki ana bronşta diffüz duvar kalınlaşması ve trakea orta kesimde lümen uzanan yumuşak doku ile uyumlu görünüm izlendi (resim 1a). Bakılan SARS CoV-2 PCR negatif geldi. Balgam ARB negatif olup kültürde üreme olmadı. Quantiferon testi negatif olan hastanın gönderilen romatolojik belirteçleri negatif olarak geldi. Yapılan bronkoskopide trakeada ve sağ ana bronşta kaldırım taşı görünümünde mukozal kabarıklıklar izlendi (resim-1b). Alınan biyopsiler infalasyonla uyumlu olarak değerlendirildi. Bulgular eşliğinde lezyonlar CH'nin ekstraintestinal manifestasyonu olarak değerlendirildi ve 60 mg metilprednizolon başlandı. Tedavi altında öksürük ve GİS semptomları gerileyen hastanın steroid tedavisi kademeli kesilerek idame tedaviye vedolizumab ile devam edildi. Üç ay sonraki kontrol BT'de ve bronkoskopide lezyonların kaybolduğu görüldü. CH bağırsak bulguları da klinik remisyona giren hastanın tedavisine vedolizumab ile devam edildi.

Olgu 2: 22 yaşında erkek hasta. 7 ay önce kanlı ishal şikayeti ile yapılan kolonoskopide ekstansif tip ülseratif kolit (ÜK) tanısı konan hastaya oral mesalazin tedavisi başlanmış. İki ay klinik remisyon sonrası kanlı ishal şikayeti tekrar başlamış. Şikayetleri ile birlikte eş zamanlı başlayan ve geçmeyen inatçı, kuru öksürük şikayeti varmış. CRP yüksekliği olan hastada CMV, tüberküloz, Clostridium difficile ve diğer bakteriyel etkenlerin varlığı dışlandı. Kolonoskopide ekstansif tip ÜK aktivasyonu tespit edildi. Romatolojik markırları ve SARS-CoV-2 PCR negatif geldi. Çekilen toraks BT'de hava yollarında ciddi kalınlaşma (resim 2a), mediastinal ve hiler bölgede büyüğü 13 mm boyutunda lenf nodları izlendi. Bronkoskopide trakeadan itibaren her iki bronşta kaldırım taşı manzarası görünümünde mukozal inflamasyon görüldü (resim 2b). Biyopsi inflamasyon ile uyumlu olarak değerlendirildi. ÜK'in ekstraintestinal manifestasyonu düşünülerek 60 mg metilprednizolon ve AZA başlandı. Gastrointestinal semptomları klinik remisyona giren hastanın öksürük şikayeti tamamen geriledi. Üç ay sonra bakılan kontrol BT ve bronkoskopide lezyonların kaybolduğu görüldü (resim 3a,b). Sonuç: İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında (İBH) pulmoner tutulum ile ilgili çok sayıda vaka literatürde bildirilmiştir. Ancak klinik pratikte sıklıkla gözden kaçmaktadır. Akciğer tomografisi ve bronkoskopik inceleme tanıda yardımcı olmaktadır. Büyük hava yolu inflamasyonu bronşiolite göre tedaviye daha iyi yanıt vermekte olup sistemik steroidin tedavide etkinliği yüksektir. Sunduğumuz iki vakada da büyük hava yollarında inflamasyon mevcuttu ve sistemik steroid tedavisi ile inflamasyonun ve semptomların tamamen gerilediğini gördük. Sonuç olarak İBH tanısı olan hastalarda pulmoner semptomların ve bulguların İBH'nin ekstraintestinal pulmoner manifestasyonuna bağlı olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İBH, ekstraintestinal tutulum, havayolu tutulumu

CH ve ÜK'te solunum yolu tutulumu BT ve bronkoskopik görünüm



Şekil 1a: CH hastası, BT-de trakeada duvar kalınlaşması ve lümenine uzanan yumuşak doku görünümü. 1b:Bronkoskopide kaldırım taşı görünümünde mukozal inflamasyon. 2a:ÜK hastası BT-de trakeada daralma ve duvar kalınlaşması. 2b:Bronkoskopide mukozal inflamasyon ve kaldırım taşı görünümü. 3a:ÜK hastası 3 ay sonraki BT-de trakea normal. 3b:Aynı hastanın kontrol bronkoskopik görünümü normal.

[Abstract:0192]

Üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran ve bruselloz tanısı alan bir olgu sunumu

Aşkın Erdoğan

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji Bölümü

Giriş:

Bruselloz ülkemizde ve dünyada en sık saptanan zoonotik hastalıklardan birisidir. Burada üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran ve bruselloz tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:

Yetmişyedi yaşında yaylada yaşayan ve hayvancılıkla uğraşan erkek hasta 10 gün önce başlayan kırmızı renkte kusma nedeni ile dış merkezde yatırılmış ve transfüzyon yapılmadan taburcu edilmiş. Üç gün sonra yaklaşık bir litre kanlı kusması olması nedeni ile tekrar başka bir merkezde yoğun bakım ünitesine yatarak tedavi görmüş. Eritrosit süspansiyonu verilmiş. Hasta takip edildiği merkezden taburcu olarak hastanemize acil servisine başvurmuş. Hastanın hikayesinde son bir senedir olan bel ağrısı, yürümede zorluk, bacaklarda ağrı, gece terlemesi ve yaklaşık 8 kilogram verdiğini tarif etmektedir. Bu yakınmaları ile 11 ay önce yapılan abdominal tomografi anjiyografide her iki ana iliak arter ve sağ internal iliak arterde anevrizma içerisinde 2 cm mural trombus saptanıp bilateral stent uygulandığı ayrıca 6 ay önce her 2 testiste şişlik nedeni ile yapılan skrotal dopplerde bilateral hidrosel ile sağ testiste yamalı tarzda tüm testisi kaplayan heterojenite, enfeksiyöz veya enflamatuvar süreç açısından şüpheli görünüm, malignite şüphesi nedeni ile orşiektomi uygulanmış ve patolojik incelemenin fokal testikular infarkt, hidrosel olarak raporlanmış. Bir dönem antiagregan/antikoagulan kullanan hasta tedavisini kesiyor. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanma öyküsü de olan hastanın yatış sırasında bakılan hemoglobin: 9.5 g/dL, beyaz küre 7550/uL, nötrofil: 4840 uL ve platelet 191000/ uL saptandı. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda, CRP 4.4mg/dL sbulundu. Hastanın başka bir hastanede yoğun bakımda yatış hikayesinin olması nedeni ile kan kültürleri alındı. Hastaya toplam 1 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Üst endoskopi yapılan hastada pangastrit, korpus küçük krevaturda gastrik ülser (Forrest IIC), korpus küçük krevaturda hafif irregüler görünüme neden olan alan saptandı. Durumu stabil seyreden ve kanaması olmayan hasta biyopsi sonucu ile kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Hastanın alınan kan kültüründe Brucella spp. üredi. Poliklinik düzeyinde tekrar değerlendirilen hastanın sedimentasyon 72mm/saat ve Brusella agglutinasyon testi 1/5120 pozitif saptandı. Alınan mide biyopsisi patolojisinde kronik aktif gastrit, antrum ve korpusta yoğun intestinal metaplazi ve Helicobacter pylori pozitif saptandı. Atrofi negatif saptanan hastaya Brucella ve Helicobacter pylori tedavisi düzenlendi.

Sonuç:

Olgumuzda görüldüğü gibi gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastalarda detaylı anamnez ve fizik muayene yapılması alttaki yatan hastalıklar açısından değerli bilgiler verir. Enfeksiyon parametreleri yüksek olan hastalarda kan kültürleri mutlaka alınmalıdır. Hastamızda olduğu gibi epidemiyolojik ve klinik öyküsü olan her hastada bruselloz akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Üst gastrointestinal sistem kanaması, bruselloz

[Abstract:0194]**Helikobakter pylori tedavisi ile iyileşen rekürren aftöz ülser: olgu sunumu**

Mahmut Polat, Sezgin Barutçu, Ayhan Balkan, Murat Taner Gülşen
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı,
Gaziantep

GİRİŞ: Rekürren aftöz ülser sık rastlanan ve etiyojisi tam olarak bilinmeyen oral mukozal hastalıktır. Etiyojisinde lokal ve sistemik birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında en sık görülenler; nutrisyonel faktörler (çölyak hastalığı, demir, folik asit, çinko, vitamin B12 eksikliği), psikolojik faktörler, gıda sensitivitesi, genetik faktörler, hormonal değişiklikler, immün sistem bozuklukları ve behçet hastalığı, crohn hastalığı, siklik nötropeni, hiv enfeksiyonu gibi sistemik hastalıklardır. Helikobakter pylori(h. pylori) enfeksiyonunun rekürren aftöz ülser patogeneğinde etiyojik faktörlerden biri olduğu ileri sürülse de bu ilişki tartışmalıdır. Biz de burada helicobakter pylori eradikasyon tedavisi ile tekrarlayan aftöz ülserleri iyileşen bir vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan 37 yaşında erkek hastanın, oral aft nedeniyle defalarca dış merkezde hekime başvurma öyküsü mevcuttu. Hastanın öyküsünde sigara ve alkol öyküsü olmayıp, 10 yıldan beri ağızda tekrarlayan etrafı eritemli, zemini beyaz renkte membranla kaplı, milimetrik, ortalama 3-4 adet yüzeysel ağrılı ülserleri vardı. Bu ülserler bir-iki hafta sürmekte ülserler yılda 8-10 defa tekrarlamakla birlikte bu ülserler skar bırakmadan iyileşmekteydi. Fizik muayenede oral aftlar dışında ek patolojiye rastlanmadı. Gıda alerjisi öyküsü yoktu. Hastanın öyküsünde karın ağrısı, ishal, kabızlık, kilo kaybı, ateş öyküsü bulunmamaktaydı. Sadece nadiren epigastrik yanma tarif ediyordu. Psikiyatrik muayenesinde patoloji izlenmedi. Daha önce geçirilmiş genital ülser öyküsü olmayıp paterji testi negatif saptandı. Laboratuvar bulgularında lökosit:7300 /ml, nötrofil:3600 /ml, hemoglobin:16 g/dl, mcv:87 fL, trombosit:142000/ml, demir saturasyonu:%24, ferritin:320 ug/L, vitamin B12:280 ng/L, folat:4.6 ng-ml, glikoz: 81 mg/dl, üre:23 mg/dl, kreatinin:0.8 mg/dl, sodyum 140 mmol/L, kalsiyum 9.4 mg/dl, mg/dl albumin 4.4 g/dl, crp:0.24 mg/dl, sedimentasyon 3 mm/saat, TSH: 1.68 mIU/L, doku transglutaminaz Ig A:negatif, antgliadin ig G antikoru: negatif, hepatit viral serolojisi negatif, antiHIV: negatif saptandı. Hastaya epigastrik şikayeti ve tekrarlayan oral aftları nedeniyle üst gastrointestinal endoskopi önerildi, ancak hasta kabul etmedi. Bunun üzerine, üre nefes testi yapıldı ve helicobakter pylori pozitif saptandı. Levofloksasin 500 mg 2x1, bizmut subsalisilat 262 mg 3x2, amoksisilin 1gr 2x1, pantoprazol 40 mg 2x1 ile 15 günlük helicobakter pylori eradikasyon tedavisi verildi. İki ay sonra tekrar üre nefes testi yapıldı ve negatif saptandı. Helikobakter pylori eradikasyonunun ardından yapılan kontrollerde altı ay boyunca oral aft tekrarlamadı.

Sonuç: Sebabi bilinmeyen ve tedaviye dirençli rekürren aftöz ülserlerin etiyojisinde helicobakter pylorinin varlığı da mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: aftöz, helicobacter, oral

[Abstract:0196]**Akut kolşisin intoksikasyonu ve kolşisine bağlı CA 72-4 yüksekliği**

Serkan Duman¹, Mertcan Bora², Cennet Büşra Yarıcı², Yusuf İstanbullu², Emin Bodakçı¹, Ramazan Erdem Er¹, İrfan Soykan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Kolşisin ailesel Akdeniz ateşi tedavisinde kullanılan terapötik indeksi dar bir ilaçtır ve esas olarak karaciğer tarafından metabolize edilir. Helikobakter pylori eradikasyon rejimlerinde yaygın olarak kullanılan bir CYP3A4 inhibitörü olan klaritromisin, karaciğerde P-glikoprotein aktivitesini inhibe eder, kolşisinin safra yoluyla atılımını azaltır ve çeşitli organlarda toksik konsantrasyonlara ulaşmasına yol açabilir.

OLGU: 62 yaşında kadın hasta gastroenteroloji polikliniğine dispepsi ile başvurdu. Hasta hipertansiyon tanısı ile yaklaşık 10 yıldır düzenli olarak indapamid kullanmaktaydı. Hastanın tetkiklerinde helicobakter pylori pozitifliği ve CA 72-4 yüksekliği dışında anormallik saptanmadı. Üst GİS endoskopide helicobakter pylori ilişkili eroziv gastrit saptandı ve hastaya 14 günlük amoksisilin 2 gr/gün, klaritromisin 1 gr/gün ve lansoprazol 60 mg/gün tedavisi başlandı. Tedavi tamamlanmasından sonraki 7. günde hasta halsizlik, iştahsızlık, karın ağrısı, bulantı şikayetleri ile başvurdu. Laboratuvar sonuçlarında sodyum:109 mmol/L, potasyum:2,3 mmol/L, klor:65 mmol/L, total bilirubin:1,13 mg/dL, direk bilirubin:0,65 mg/dL, aspartat transaminaz:216 U/L alanin transferaz:417 U/L, gama glutamil transferaz:445 U/L, alkalin fosfataz:172 U/L, kreatinin:0,52 mg/dL amilaz:118 U/L, lipaz:203 U/L, albumin:36,9 gr/L, INR:1,09, CA 72-4:265 U/mL olarak görüldü. Abdominal CT karaciğer ve pankreas parankimi normal, safra kesesi lümeninde patoloji yok, intrahepatik safra kanalları ve koledokta patoloji saptanmamıştır olarak raporlandı ve hasta gastroenteroloji kliniğine kabul edildi. Alkol, bitkisel ve alternatif tıp ürünü kullanımı yoktu. Viral hepatitler için serolojik panel, otoimmün panel ve metabolik panel normaldi. Hastanın yatışından 10 gün sonraki tetkiklerinde sodyum:136 mmol/L, potasyum:3,5 mmol/L, klor:96 mmol/L, total bilirubin:0,55 mg/dL, direk bilirubin:0,26 mg/dL, aspartat transaminaz:48 U/L alanin transferaz:94 U/L, gama glutamil transferaz:73 U/L, alkalin fosfataz:88 U/L, kreatinin:0,66 mg/dL, amilaz:157 U/L, lipaz:272 U/L, albumin:43,3 gr/L, INR:1,0, CA 72-4: 565 U/mL idi. Hepabilyer USG'de karaciğer parankimi, safra kesesi, intrahepatik safra yolları, vasküler yapılar normal izlendi. Gastroskopi, kolonoskopi, tüm vücut BT taraması, MRCP, dinamik pankreas MR olası gastrointestinal, hepatobiliyer ve pankreas kanserini dışlamak için yapıldı, tüm sonuçlar normaldi. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde hastanın 1 yıldır FMF tanısı ile 1,5 gr/gün kolşisin kullandığı öğrenildi. Hastanın bulgularının kolşisin etkisine bağlı olabileceği düşünüldü ve hastaya bilgi verilerek kolşisin kesildi. 4 hafta sonra yapılan kontrol tetkiklerde CA 72-4, amilaz, lipaz seviyeleri, karaciğer fonksiyon testleri normal seviyelerde izlendi ve klinik tablosu tamamen düzeldi.

Sonuç olarak kolşisin ile tedavi edilen hastalarda, makrolid tedavisi sırasında kolşisin dozu azaltılmalı ve hasta yakın takip edilmeli ve gereksiz ekonomik ve zihinsel yükü hafifletmek için kolşisinin serum CA 72-4 üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: CA 72-4, kolşisin, klaritromisin

[Abstract:0197]**Rare association, pregnancy, gaucher's disease and SLE; due to a case**

Hülya Aladağ¹, Murat Aladağ², Bülent Yaprak³, Engin Yıldırım⁴

¹Malatya Turgut Ozal University Faculty of Medicine, Gynecology

²Malatya Turgut Ozal University Faculty of Medicine, Gastroenterology

³Malatya Turgut Ozal University Faculty of Medicine, Internal medicine

⁴Malatya Turgut Ozal University Faculty of Medicine, Gynecolog

Introduction and Purpose:

Gaucher disease is a lipid storage disease that develops as a result of a mutation in the beta glucocerebroside gene and causes autosomal recessive inheritance. As a result of the decrease in enzyme activity as a result of mutation, glucocerebroside accumulates in macrophages in the reticuloendothelial system. Patients often have hepatosplenomegaly, anemia, thrombocytopenia and bone pain. We aimed to present the pregnancy in a patient followed and treated with the diagnosis of Gaucher disease and SLE.

Status:

When he was seventeen years old, he was diagnosed with SLE (Systemic Lupus Erythematosus) by the Rheumatology clinic together with the Nephrology outpatient clinic due to severe joint pain, skin findings, fatigue and urinary findings, and his joint pain did not respond to the treatment. Hepatosplenomegaly was detected in the patient who was sent to our clinic because his father and two aunts were diagnosed with Gaucher's disease. The patient described pain in both hip joints that limited movement and interfered with daily activities. Physical examination revealed palpitations and hepatomegaly 3 cm in the midclavicular line and splenomegaly 8 cm below the elevation.. Hepatitis markers (HBsAg, anti HCV, anti HIV) were negative. Abdominal ultrasonography revealed hepatosplenomegaly. Bone marrow biopsy was performed in the patient with leukoerythroblastic picture in peripheral smear. Gaucher cells were seen in the bone marrow. Gaucher disease was diagnosed in the enzyme assay. Started treatment with Imiglucerase 20-30mg/kg every other week. It was observed that the patient was quite relieved from the first two doses of bone crises. He was treated for 3 years with enzyme replacement therapy.. Our patient got married one and a half years ago, when he came for control 8 months ago, he said that he was planning a pregnancy and the necessary suggestions were made. In the monthly follow-ups of the patient, as the weight gain increased, bone pain and organomegaly increased, and Imiglucerase (Cerezyme) treatments, which were initially started as 30 U/kg, were increased to 60 U/kg twice a week. From the first week of dose increase, it was observed that the patient's bone and abdominal pain decreased and laboratory parameters were better than the beginning.

Result:

The coexistence of Gaucher disease and SLE can be diagnosed and treated with a multidisciplinary approach and increased awareness. In this patient, some rheumatological drugs such as endoxan were stopped by consultation with Rheumatology during pregnancy. Ecopirin 100 mg / day and low molecular weight heparin (Clexan amp 0.6mg / day) treatment was initiated. Our patient was started on folic acid, iron and vitamin preparations before the pregnancy started. Meanwhile, the dose of Cerezyme which was 30 U/kg every two weeks was increased to 60 U/kg every two weeks. With this treatment, pregnancy was brought in a healthy way until the 34th week. The follow-up and treatment of the patient continues with a multidisciplinary approach.

Key words: Pregnancy, Gaucher disease, SLE, imiglucerase, hepatomegaly, splenomegaly, bone crisis

