



FUJIFILM
A N A S P O N S O R

1.

**GASTROİNTESTİNAL
ENDOSKOPİ
GÜNLERİ**

12-13 Nisan 2013
The Marmara Otel, İstanbul

**1. GASTROİNTESTİNAL
ENDOSKOPİ GÜNLERİ
DÜZENLEME KURULU**

Kongre Başkanı: Cengiz Pata
Kongre Sekreteri: İrfan Koruk

Düzenleme Kurulu

Tarkan Karakan
Hakan Ümit Ünal
İlyas Tuncer
Ümit Akyüz
Bahattin Çiçek
Murat Saruç
Mehmet Arhan
Yusuf Erzin
Deniz Duman

Bilimsel Sekreteryası

Kongre Başkanı: Cengiz Pata
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
cengiz.pata@yahoo.com
Tel: (216) 578 41 45

Kongre Sekreteri: İrfan Koruk

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
irfankoruk@gmail.com
Tel: (342) 360 39 10

Kongre Sekreteryası



Ultra Turizm ve Seyahat Acentesi

Emre Akdeniz
Turan Emeksiz Sokak Park Apt. 3A Blk. Kat:8 D:17 G.O.P / Ankara
T: (312) 419 32 78 / 122 • F: (312) 466 04 55
Gsm: (530) 965 79 51
E-mail: emreakdeniz@ultraturizm.com.tr

DUODENAL TÜBERKÜLOZ: OLGU SUNUMU

Meltem Ergün, Ali Rıza Köksal, Osman Özdoğan, Salih Boğa, Mehmet Bayram, Perin Nazif Ozcafer, Ayda Batuhan Damar, Canan Alataş Alkım
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

GİRİŞ:

İntestinal tüberküloz gelişmekte olan ülkelerde halen görülmekte olan, sıklıkla pulmoner tüberkülozun eşlik ettiği önemli bir sağlık sorunudur. Tanısal modalitelerin farklı sensitiviteyi, basili göstermenin güçlüğü farklı metodları bir arada kullanmayı gerektirir.

OLGU:

55 yaşında erkek hasta, gastroenteroloji polikliniğine kilo kaybı (1 ayda 10 kg) ve karın ağrısı şikâyetiyle başvurdu. Fizik muayenede epigastrik bölgede derin palpasyonla hassasiyet dışında özellik saptanmadı. 20 yıl önce geçirilmiş pulmoner tüberküloz hikâyesi mevcuttu ve 9 ay 4'lü tüberküloz tedavisi kullanmıştı. Laboratuvar incelemelerinde kronik hastalık anemisi ve sedimentasyon yüksekliği (80 mm/saat) mevcuttu. Endoskopik incelemede özofajit (Los Angeles Grade D) ve duodenum 2. kıtada lümeni çepeçevre saran ortası nekrotik görünümlü derin ülser saptandı. Patolojik değerlendirme için ve PCR incelemeleri için örnekler alındı. Batın tomografisinde batın içinde serbest sıvı, mezenterik yağ planlarında inflamasyon, ince barsak duvarlarında kalınlaşma dikkati çekti. Toraks tomografisinde sol akciğer üst lob apikal segmentte 4 cm çapında kaviter lezyon izlendi. Ultrasonografi eşliğinde yapılan asit incelemelerinde asit non portal hipertansif tipte (SAAG: 0,9) idi, 2400 lökosit mevcuttu. Asit PCR ve sitolojik incelemelerinde basil saptanmadı. Hastanın balgam incelemelerinde ve duodenum biopsisinin PCR incelemelerinde basil tespit edildi, hastaya 4'lü anti tüberküloz tedavi başlandı.

SONUÇ:

İntestinal tüberküloz nadir görülen, ancak pulmoner tüberküloz hikâyesi veya ailesinde tüberküloz hikâyesi olan hastalarda asla unutulmaması gereken bir hastalıktır. Tanısını koymak için endoskopik incelemelerin tekrarlanması, biyopsi tekrarı, asit incelemesi gerekebilir. Balgam incelemeleri de ihmal edilmemelidir. Bizim hastamızda olduğu gibi duodenum gibi atipik tutulumlar da oluşurabilir.

19 YAŞINDAKİ HASTADA TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KOLON KARSİNOMU

Özdoğan O, Altinkaya E, Köksal AR, Boğa S, Bayram M, Ergün M, Alkım C.Sisli Etfal EAH, Gastroenteroloji Kliniği

Küresel olarak erkeklerde üçüncü, kadınlarda ikinci en sık kanser olan kolorektal kanserler(KRK) yılda yaklaşık 600.000 kişinin ölümüne yol açmaktadır. En sık yaşamın 6. veya 7. dekadında görülmektedir. Bununla birlikte KRK vakalarının % 20'den daha azı 50 yaşından önce görülmektedir. ABD'de ilk iki dekada KRK tüm kanserlerin% 1'inden daha azını oluşturmaktadır.

Taşlı yüzük hücreli karsinom adenokarsinomun kötü farklılaşmış türüdür ve normal adenokarsinoma göre daha agresif davranır, prognozları kötüdür ve genç hastalarda (özellikle 40 yaşın altında) daha sık görülür. En fazla (% 96) midede görülürken nadir olarak da kolon, meme, mesane, safra kesesi ve pankreas da görülür. Tüm kolon kanserleri arasında % 1'den az oluşturmaktadır. Periton metastazı insidansı yüksek ve karaciğer metastazı sıktır.

VAKA

Bilinen bir hastalık hikayesi olmayan hastanın son zamanlarda şiddeti gittikçe artan karın ağrısı olması üzerine acil servise başvurdu. Burada akut batını dışlamak için çekilen USG'de ileum duvarında ve etrafında ödem saptanan hasta inflamatuvar barsak hastalığı ön tanısı ile servise yatırıldı. Ailede kanser öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda ve periumblikal bölgede hafif hasiyet dışında özellik yok idi. CRP: 25 mg/dl, sedimentasyon: 22mm/saat ve gaitada gizli kan testi pozitif bulundu. Çekilen BT enterografisinde sigmoid kolon duvarlarında asimetrik kalınlaşma, subhepatik ve pelvik serbest sıvı görüldü. Ayrıca periton ve bağırsaklarda düzensizlik saptandı. Gastroskopi normal olan hastanın yapılan kolonoskopisinde proksimal kolona geçişe izin vermeyen sigmoid kolonda lümeni kaplayan düzensiz sınırlı, sert kitle (Resim - 1) tespit edildi. Biyopsiler alındı. Patolojik inceleme tamamlanmadan önce hastada sigmoid kolon obstrüksiyonu bağlı subileus gelişti. Dar olan sigmoid kolon için metal stent yerleştirilmesi çalışıldı fakat lokalizasyon ve kitle karakterizasyonu nedeni ile başarılı olunamadı. Biyopsi sonucu ve alınan asit mai de taşlı yüzük hücreli uyumlu karsinom saptandı. Daha sonra yapılan PET / CT de omental kek gösteren peritonitis karsinomatoza saptandı. İnoperabl olarak kabul edilen hastaya palyatif kolostomi ameliyatı yapıldı. Metastatik kolon kanserli hastaya daha sonra 5 fluorourasil, kalsiyum folinat, oksaliptatin ve bevacizumab (FOLFOX + Bevacizumab) içeren kemoterapi rejimi başlandı.



Resim-1- Sigmoid kolondaki kitlenin endoskopik görünümü.

SONUÇ;

Kolorektal taşlı yüzük hücreli tümörün en sık başvuru semptomu karın ağrısıdır. Diğer belirtiler rektal kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklik ve kilo kaybı sayılabilir. Semptomları inflamatuvar barsak hastalığını taklit edebilir. Tümörün agresif özelliği ve erken yaşta farkındalık eksikliğinden dolayı kolon taşlı yüzük hücreli karsinom tanı aldığında çoğunlukla ileri evrededir. Persistan karın ağrısı ile başvuran hastalarda dikkate alınmalıdır.

KOLESİSTEKTOMİ VE ERCP UZUN VADEDE KOLANJİOKARSİNOM RİSKİNİ ARTTIRIR MI? BİR OLGU NEDENİYLE

Dr. Hüseyin Alkım, Dr. Canan Alkım, Dr. Damlanur Sakız, Dr. Mehmet Ertürk.

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji, Patoloji ve Radyoloji

Safra kesesi taşı hastalığının safra kesesi kanserini arttırdığı bilinmektedir. Kolesistektominin ampulla vateri ve pankreas kanseri riskini, ERCP ve/veya sfinkterotominin ise safra kanalı kanseri riskini arttırabileceğine dair veriler on yıllardır bilinmesine rağmen, bu konuda kesin bir yargıya varılamamıştır. Burada terapötik ERCP ve kolesistektomiden uzun süre sonra distal koledokta papillaya infiltrate kolanjiokarsinom saptanan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta halsizlik ve yorgunluk nedeniyle başvurduğu dahiliye polikliniğinde karaciğer enzim yüksekliği saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Yaklaşık 25 yıldır 1 pk/gün sigara kullanan ve alkol kullanmayan hastaya 10-11 yıl önce biliyer pankreatit atakları nedeniyle ERCP ve sonrasında kolesistektomi yapılmış. AST: 114 IU/L, ALT: 183 IU/L, GGT: 543 IU/L ve ALP: 694 IU/L olan hastanın bilirubinleri ve diğer laboratuvar incelemeleri normal sınırlardaydı. USG'de karaciğer boyut ve ekosu normalken İHSY ileri derecede dilate ve koledok en geniş yerinde 18 mm olarak ölçülürken distal koledok düzeyinde, koledok lümeni içinde 32x19 mmlik solid kitle lezyonu görüldü. Pankreas ve dalak normal olarak değerlendirildi. BT ve MR'da ise USGnin bulgularına ilave olarak pankreas kanalının geniş olduğu (yaklaşık 1 cm) saptandı. Yapılan ERCP'de sfinkterotomili papilin arka duvarının tümöral yapıda olduğu ve papilin duodenuma doğru dil şeklinde sarktığı görüldü. Sfinkterotomi alttan yukarıya doğru tümörle daraltılmış olsa da buradan safra akışı olduğu görüldü ve koledok kolaylıkla kanülize edildi. Opak verildiğinde koledok distal 1/3 kesiminin de tümör tarafından doldurulduğu ve kitlenin proksimalindeki koledokla İHSY'nin ileri derecede dilate olduğu saptandı. Biyopsi alınarak koledoka plastik stent konuldu. Biyopsi kolanjiokarsinom olarak rapor edildi.

Sfinkterotomili olması nedeniyle klasik safra yolu kanseri bulgularıyla başvurmayan, yaşı klasik kolanjiokarsinom yaşından 2 dekad erken olan kadın hastamızı postERCP kanser riskini hatırlatmak için sunmayı uygun bulduk.

BC37J6V

SEGMENTAL CAROLİ HASTALIĞI OLGUSU

Canan Alkım, Osman Özdoğan, Ali Rıza Köksal, Salih Boğa, Mehmet Bayram, Meltem Ergün, Özgül Pamukçu, Ayda Batuhan Damar, Mehmet Ertürk M, Hüseyin Alkım.
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İç Hastalıkları Kliniği,
Radyoloji Kliniği
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji

Caroli hastalığı intrahepatik safra yollarında darlığa bağlı olmayan sakkuler ve fusiform genişlemelerdir. Konjenital ve seyrek görülen bir hastalıktır. Karaciğer embriyogenezindeki duktal plate'in defektine bağlıdır. Burada safra kesesi taşı ve akut kolanjit bulguları ile gelen hastada saptanan Caroli hastalığı sunulmuştur.

37 yaşında kadın hasta, 6 aydır tekrarlayan kolanjit ataklarıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın laboratuvarında BK:12.000, AST:38 ALT: 177 GGT:229 ALP:250. Batın USG'de safra kesesinde çok sayıda taş görülmüş, ancak koledok normal olarak değerlendirilmiş. MRCP safra kesesi duvarı ödemli, içinde çok sayıda taş var; koledok hafif geniş, içinde taş saptanmadı şeklinde rapor edildi. Hastanın kolanjit atakları tekrarladığı için ERCP yapılmasına karar verildi. Koledok taşı ön tanısı ile ERCP yapıldı. ERCP'de koledok ön kesi ile ve zorlukla kanüle edildi. Bu sırada 4-5 kez pankreas kanalı kılavuz tel ile kanüle edilmek zorunda kalındı. Koledok hafif dilateydi ancak içinde dolum defekti görülmedi. Hastaya sfinterotomi yapıldı ve balonla koledok süpürüldü, taş ya da çamur çıkmadı. Hastanın sağ intrahepatik safra yolları normalken, sol ana hepatik safra kanalının ise bifurkasyondan itibaren sakkuler genişlediği bu genişliğin neredeyse tüm sol dal boyunca devam ettiği, buradan çıkan yan dalların dilate olmadığı görüldü. Hastada post ERCP pankreatiti geliştii.

Caroli hastalığı seyrek olarak tek sakkuler dilatasyon biçiminde görülebilir. Malign ve benign darlıklar ekarte edilmelidir. Endoskopistler ERCP sırasında safra taşı ön tanısı ile gelen hastada koledok ve taş varlığına odaklanmaktadır. ERCP yapılırken intrahepatik safra yolları tam olarak doldurularak iyi değerlendirilmelidir.