



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE



SS-01

## ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİDE SAPTANAN SUBEPİTELYAL LEZYONLARIN ENDOSKOPİK ULTRASONOGRAFİ YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Volkan Gökbulut, Batuhan Başpınar, Ömer Öztürk

Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

**GİRİŞ-AMAÇ:** Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde saptanan subepitelyal lezyonların sıklığını ve bu lezyonlarda endoskopik ultrasonografinin (EUS) etkinliğini saptamayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Hastanemiz Gastroenteroloji kliniği Endoskopi ünitesinde Aralık 2014-Aralık 2018 tarihleri arasında üst gastrointestinal sistem endoskopik incelemesinde subepitelyal lezyon saptanıp endoskopik ultrasonografi yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, lezyonların yerleşim yerleri, boyutları, sonografik karakteri ve sitoloji sonuçları değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 21340 kayıtlı üst gis endoskopinin 625 (%2.9)'inde submukozal lezyon rapor edildiği görüldü. 330 hastanın EUS verilerine ulaşılabildi. 45 hastada EUS ile daha önce endoskopide rapor edilen lezyon görülemedi. 23'ü dıştan bası, 11'i ise mukozal kalınlaşma olarak değerlendirildi. Bu hastalar dışlandığında toplam 251 hastanın verisi değerlendirmeye alındı. Hastaların 136'sı (%54.2) kadındı. Ortalama yaş 60.1 ±12.8 idi. Lezyonların 68'i (%27.1) özofagusta, 160'ı (%63.7) midede, 23'ü (%9.2) duodenumda izlendi. EUS'ta lezyonların 118'i (%47.0) <10 mm, 99'u (%39.4) 10-20 mm arasında, 34'ü (%13.5) ise >20 mm olarak tespit edildi. EUS'la gözlenen lezyonların 162'si (%64.5) homojen görünümdeyken 89'u (%35.5) heterojen görünümdeydi. Lezyonların 6'sı (%2.4) mukozadan, 74'ü (%29.5) muskularis mukozadan, 99'u (%39.4) submukozadan ve 72'si (%28.7) muskularis propriadan kaynaklanmaktaydı. EUS görünümüne göre lezyonların 76'sında spesifik bir tanıya yönlendirilemezken; 66'sı leiomyom, 46'sı GİST, 24'ü lipom, 22'si aberran pankreas, 9'u kistik lezyon, 4'ü NET, 3'ü polipoid lezyon, 1'i malignite olarak değerlendirildi. 251 hastanın 53'ünde patolojik tanı mevcuttu. Patoloji raporlarına göre hastaların 18'inde benign bulgular görülürken; 9'unda NET, 9'unda GIST, 7'sinde leiomyom, 1'inde aberran pankreas, 3'ünde hiperplastik polip, 2'sinde inflamatuvar polip, 1'inde granüler hücreli tümör, 1'inde lipom, 1'inde marjinal zon lenfoma ve 1'inde nörofibromatözis gözlemlendi. Patoloji sonuçlarına göre prekanseröz & kanseröz ile benign karakterdeki lezyonlar karşılaştırıldığında 32 lezyon benign karakterde iken 21 tanesi premalign veya malign özellikteydi. Cinsiyet (p=0.54), boyut (p=0.9), sonografik patern (p=0.42), lezyonun homojenitesi veya heterojen görünümü (p=0.49) veya lezyonun katmanı açısından (p=0.8) anlamlı fark izlenmedi. Eko paternlerine göre malign lezyonların %80.9 (17/21) hipoekoik görünümdeyken; benign lezyonlarda ise bu oran %71.8(23/32) idi.

**SONUÇ:** Subepitelyal lezyonların ileri tetkiklerinde ilk tercih edilecek yöntem EUS olmalıdır. EUS ile lezyonların büyük çoğunluğunda malignite karakterizasyonu yapılabilmesine rağmen; bazı lezyonlarda yetersiz kalmaktadır. Bu durumlarda biyopsinin tanısal katkıda önemli olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, Endoskopik Ultrasonografi, Subepitelyal Lezyon



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE



SS-02

**HELICOBACTER PYLORI TANISINDA ENDOSKOPIK MİDE BİYOPSİSİNİN STANDARTİZASYONU**Mehmet Mustafa Altıntaş

İstanbul Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

**AMAÇ:** Helicobacter pylori (HP) enfeksiyonunun tespitinde, endoskopik mide biyopsi bölgesini ve yeterli biyopsi sayısını standartlaştırmanın etkinliğini ortaya koymaktır.

**GİRİŞ:** HP enfeksiyonunun teşhisi, gastroduodenal hastalıkların tedavisinin önemli bir parçasıdır. HP enfeksiyonu, kronik aktif gastrit, peptik ülser hastalıkları ve atrofik gastrit riskini artırır. HP enfeksiyonu dünya çapındaki yetişkin nüfusun yarısından fazlasını etkiler. HP, peptik ülser hastalıklarının% 80'inden fazlasından sorumludur. HP enfeksiyonunu teşhis etmek için bir çok invaziv veya non-invaziv yöntem olmasına rağmen çoğu araştırmacı HP enfeksiyonunun histopatolojik tanısının 'altın standart' olduğunu düşünmektedir. Klinik pratiğimizde HP enfeksiyonu tanısı için invaziv tanı yöntemleri olan endoskopik biyopsi ve giemsa boyama yöntemlerini kullanıyoruz.

**YÖNTEMLER:** Ocak 2018-Aralık 2020 tarihleri arasında Dr.Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi'nde genel cerrahi kliniğinde dispeptik şikayetler nedeniyle gastroskopi yapılan HP teşhisi için özel olarak antrum ve korpustan biyopsi örnekleri gönderilen 146 hasta retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Geçirilmiş mide ameliyatı olanlar, malignite (karsinom, lenfoma, stromal tümör) tanısı alanlar, HP enfeksiyonu nedeniyle iki hafta önceden antibiyotik ya da proton pompa inhibitörü alan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Mide antrum ve korpustan hem küçük kurvaturdan hem de büyük kurvaturdan birer adet biyopsi alınmış, antrum ve korpustan alınan biyopsiler ayrı biyopsi kabına konulmuş hastalar çalışmaya alındı.

Biyopsilerin en az birinde giemsa boyama ile HP enfeksiyonu tespit edilmişse, hastalar HP enfeksiyonu pozitive olarak kaydedildi. İkisi de negatif ise hastalar HP enfeksiyonu negatif olarak kaydedildi. Ayrıca HP pozitif hastalar korpus ve antrum bölgesi olarak sınıflandırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların 58(% 39,7) erkek, 88(% 60,3) kadındı, Ortalama yaş  $52,2 \pm 14,2$  idi. Antrumdan alınan biyopsilerde HP enfeksiyonu saptanan 58 (% 39,7) hasta vardı. Korpustan alınan biyopsilerde HP saptanan 57 (% 39) hasta vardı. Toplamda HP pozitif saptanan 74 (% 50,7) hasta vardı ( $p$  değeri  $<0,05$ ). Antral biyopsi için duyarlılık ve özgüllük sırasıyla % 78 ve% 100 bulundu. Korpus için sırasıyla% 77 ve % 100 idi.

**TARTIŞMA:** HP enfeksiyonu tanısında biyopsi temelli testler önemli tanı araçlarıdır. Ancak son çalışmalar irdelendiğinde, gerek optimal biyopsi bölgesi gerekse de yeterli biyopsi sayısı hakkında ortak bir fikir birliği yoktur. Ne yazık ki, Sydney Sisteminin biyopsi örnekleme önerilerine çok az endoskopist riayet etmektedir. Bunun sonucunda endoskopik biyopsi histolojik değerlendirmesi bazı hastalarda yanlış negatif sonuçlanarak önemli bir sorun oluşturmaktadır. Sydney sistemine göre gastroskopi sırasında antrum ve korpustan ikişer biyopsi yeterli olur (3), güncellenmiş Sydney sisteminde ise incisura angularis'ten ek bir biyopsi alınması önerilir. İlk Sydney sistemine göre iki bölgeden ikişer adet biyopsi aldık. Tek bir bölgeden biyopsi almanın HP enfeksiyonu tanısı için yeterli olmadığı sonucuna vardık. Sadece antrum biyopsisi alsaydık %22, sadece korpus biyopsisi olsaydı %23 yanlış negatiflik ile

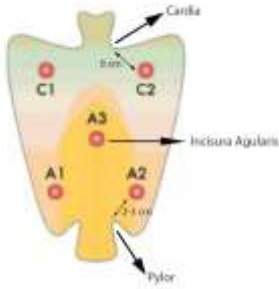


sonuçlanacaktı. Bu sonuçları tüm HP pozitif hastalarla karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak p değeri <0,05 olarak bulundu. Bu nedenle, istatistiksel olarak, bir bölgeden biyopsinin HP enfeksiyonunu doğru şekilde teşhis etmek için yeterli olmadığını gördük. Biyopsi sayısının da yanlış negatiflik oranını azaltmada önemli bir parametre olduğu akılda tutulmalıdır.

**SONUÇ:** HP enfeksiyonunu doğru tanımlamak için endoskopik mide biyopsilerinin sayısı ve yeri önemlidir. Çünkü yalnızca antrum ya da yalnızca korpustan alınan biyopsi örnekleri yanlış negatiflik oranını artırmaktadır. Başarı oranını arttırmanın yolu hem antrum hemde korpusun büyük ve küçük kurvaturundan alınan biyopsilerden elde edilebileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Helikobakter pilori, Biyopsi, Endoskopi

**Mide biyopsisi örnekleme protokolü.**



*Mide biyopsisi örnekleme protokolü.*

**Alınan biyopsilerin Helicobacter Pylori sonuçları.**

		HELİKOBAKTER PİLORİ	HELİKOBAKTER PİLORİ	P değeri
		Negatif	Pozitif	
Korpus H.Pilori	Negative	72	17	<0,05
	Positive	0	57	
Antrum H.Pilori	Negative	72	16	<0,05
	Positive	0	58	

*Alınan biyopsilerin Helicobacter Pylori sonuçları.*



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE



SS-03

**PANKREATİK SIVI KOLLEKSİYONU TEDAVİSİ: ENDOSONOĞRAFİ VEYA DUODENOSKOPİ. TEK MERKEZ DENEYİMİ**Süleyman Günay<sup>1</sup>, Abdullah Özgür Yeniova<sup>2</sup><sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İzmir<sup>2</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Tokat

Akut pankreatit sonrası gelişen pankreatik sıvı kolleksiyonlarının (PSK) tedavisinde perkütan, endoskopik drenaj veya cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Son yıllarda endosonografi (EUS) rehberliğinde PSK drenajı yaygın şekilde kullanılmasına rağmen ekipman ve tecrübe gerektirmesi bu yöntemin dezavantajıdır. PSK'nın mide veya duodenuma bulging özelliği göstermesi tedavi yaklaşımında önemlidir. Bazı çalışmalarda mide veya duodenuma bulging yapan lezyonların duodenoskopi ile drene edilebileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada amacımız PSK tedavisinde EUS ve duodenoskopiye etkinlik ve güvenilirlik açısından retrospektif olarak karşılaştırmaktır.

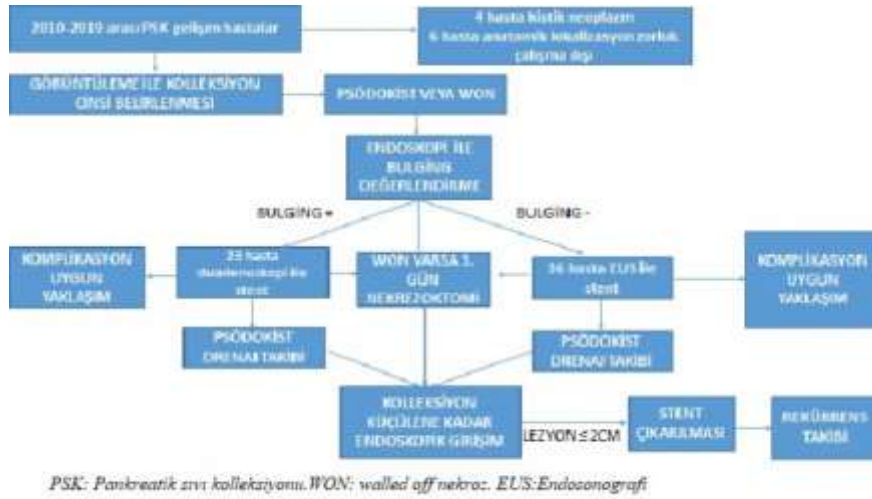
Tek merkezde 2010 ve 2019 yılları arasında psödokist veya walled off nekroz (WON) geliştiren ve endoskopik PSK drenajı yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışma diyagramı Şekil 1 de görülebilir. Çalışmaya dahil edilen hastalar görüntüleme yöntemi ile PSK lokalizasyonu, çeşidi ve boyutu saptandı. Hastaların demografik verileri kaydedildi. Girişimlerde kullanılan endoskopik cihaz, stent çeşidi, girişim sayısı, komplikasyonlar, teknik başarı karşılaştırıldı. Tablo 1 de karşılaştırılan parametreler görülebilir. Girişimler iki tecrübeli endoskopist tarafından yapıldı. Hastalar endoskopi ile değerlendirildi. Bulging yapan lezyonlara Fujinon VP-4450HD duodenoskopi ile diğerleri Olympus Exera II CLV-180 lineer EUS ile girişim yapıldı. Kolleksiyonların ponksiyonlarında 19 gauge FNA veya needle-knife kullanıldı. Ponksiyon sonrası 0.035 inch rehber üzerinden 12 mm'lik balon dilatasyon kateteri ile dilatasyondan sonra 10 French pigtail veya metal stent ile lezyona stent yerleştirildi. WON olan lezyonlar 3.günden sonra polipektomi snare ve basket ile stent içinden nekrezektomi yapıldı (Şekil 2). Lezyonlar takip edilerek lezyon ortadan kalkana kadar veya 2 cm altına düşene kadar endoskopik girişim yapıldı. Lezyonlar klinik ve radyolojik olarak rezolusyon olunca stentler çıkarılarak rekürrens takibi yapıldı. Elli dokuz hasta çalışmaya dahil edildi. 23 (% 38.9) hastaya duodenoskopi ile 36 (% 61.1) hastaya EUS ile girişim yapıldı. PSK ve demografik özellikleri bakımında gruplar arasında fark yoktu (Tablo 2). Duodenoskopi grubunda double pigtail stentler EUS grubuna göre daha sık kullanılmıştı Duodenoskopi grubunda needle knife daha sık kullanılırken EUS grubunda ise 19 gauge FNA daha sık kullanılmıştı. Prosedür sonuçları açısından bakıldığında endoskopik girişim sayısı açısından fark vardı. Duodenoskopi grubunda rezolusyon için daha az endoskopik girişim ihtiyacı olmuştu (Tablo 2). Her iki grupta da rekürrens olmadı. Mortalite, hastanede yatış süresi bakımından iki grup arasında fark yoktu. Bulging yapmayan PSK'lara EUS ile drenaj önerilmektedir. Son çalışmalarda bulging yapan PSK'lar duodenoskopi ile tedavi edilebilmektedir. Sunulan bu çalışmada EUS'la karşılaştırıldığında bulging yapan lezyonlarda duodenoskopi ile aynı başarı oranları sağlanmıştır. İki grup arasında lezyonların klinik ve radyolojik özellikleri bakımından fark yoktu. PSK'nun endoskopik tedavisinde tedavi başarısında en önemli faktör lezyona stent yerleştirilebilmesidir. Bu çalışmada her iki grup arasında stent yerleştirilmesi açısından fark yoktu. Duodenoskopi grubunda EUS grubuna göre daha sık pigtail stent ve needle knife kullanılmıştı. Duodenoskopi grubunda rezolusyon için daha az girişim gerekli olmuştu. Bu sonucun duodenoskopinin görüş açısının lineer EUS'a göre daha geniş olması ve girişim için gerekli



aksesuarların daha rahat kullanımı ile ilişkili olabilir. Teknik başarı, komplikasyon ve rekürrens oranları önceki çalışmalara benzerdi. Çalışmamızın tek merkezli olması, maliyet efektif analiz olmaması, her iki grupta psödokist ve WON alt grup analiz olmaması ve bulging yapan lezyonlara önceden EUS yapılmaması zayıf yönleridir. EUS halen endoskopisteler arasında standardizasyon sağlanabilmiş bir yöntem değildir. Seçilmiş vakalarda PSK tedavisinde duodenoskopi kullanılabilir.

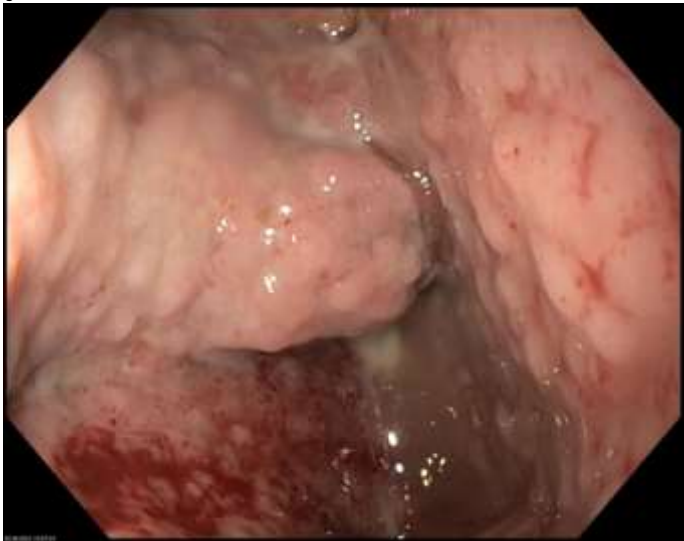
**Anahtar Kelimeler:** akut pankreatit, psödokist, walled off nekroz, endosonografi, duodenoskopi, kistoenterotomi

Şekil 1



Çalışma diyagramı

Şekil 2



WON hastalarında nekrezektomi



# Gastrointestinal Endoskopi Günleri



0123456789

7-9  
EKİM  
2021

Canlı Endoskopi

ONLINE KONGRE



**Tablo 1**

PARAMETRE	AÇIKLAMA
Demografik veri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yaş</li><li>• Cinsiyet</li></ul>
PSK özellikleri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pankreatit etyoloji Alkol, biliyer, diğer nedenler</li><li>• PSK cinsi Psödokist, WON</li><li>• PSK uzunluk</li><li>• Pankreas lokalizasyonu Baş,gövde, kuyruk</li></ul>
Girişim detayları	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kistoenterosotomi lokalizasyon Mide antrum, mide korpus, duodenum</li><li>• Teknik başarı İlk prosedür sonunda stent yerleştirilip drenaj sağlanması</li><li>• Kullanılan iğne tipi 19 gauge FNA veya needle knife</li><li>• Kullanılan stent tipi 10 French pigtail veya LAMS</li><li>• Prosedüre bağlı komplikasyon Kanama, sekonder infeksiyon, perforasyon</li><li>• Prosedüre bağlı mortalite İşleme bağlı gelişen 30 günlük mortalite</li></ul>
Girişim sonuçları	<ul style="list-style-type: none"><li>• Endoskopik girişim sayısı</li><li>Koleksiyon küçülene veya ortadan kalkana kadar olan girişim sayısı</li><li>• Hastanede yatış süresi (gün)</li><li>• Takip süresi (ay)</li><li>• Rekürrens</li><li>Stent çıkarıldıktan sonra tekrar koleksiyon oluşması</li></ul>

Her iki grup arasında karşılaştırılan parametreler Kısaltmalar: PSK: Pankreatik sıvı kolleksiyonu; WON: Walled off nekroz; LAMS: Lumen apposing metal stent



**Tablo 2**

	DUODENOSKOPI (n= 23) sayı, %	EUS (n= 36) sayı, %	P değeri
Cinsiyet; sayı (%)			
Kadın	15 (65.2)	16 (44.4)	0.11
Erkek	8 (34.8)	20 (55.6)	
Yaş (ortalama± SD), yıl	65.3 ±15.3	55.6±13.9	0.06
Pankreatit etyoloji, sayı (%)			
Biliyer	19 (82.6)	32 (88.9)	0.59
Alkol	2 (8.7)	3 (8.3)	
Hipertrigliseridemi	2 (8.7)	1 (2.8)	
PSK cinsi			
WON	7 (30.4)	17 (47.2)	0.2
Psödokist	16 (69.6)	19 (52.8)	
PSK uzunluk (ortalama ± SD), mm	114.1±42.1	111.9±42.7	0.84
PSK yeri (pankreas içi)			
Baş ve gövde	9 (39.1)	21 (58.3)	0.35
Gövde ve kuyruk	13 (56.6)	14 (38.9)	
Baş/gövde/kuyruk	1 (4.3)	1(2.8)	
Kistoenterostomi yeri			
Mide antrum veya korpus	13 (56.5)	29 (80.6)	0.47
Duodenum bulbus	10 (43.5)	7 (19.4)	
Teknik başarı sayı (%)	18/23 (78.3)	30/36 (83.3)	0.626
Stent tipi sayı (%)			
Double pigtail	13/23 (56.5)	13/23 (56.5)	0.048
LAMS	10/23 (43.5)	10/23 (43.5)	
Ponksiyon iğnesi, sayı; (%)			
Needle knife	19/23 (82.6)	9/36 (25)	0.001
19 Gauge	4/23 (17.4)	27/36 (75)	
Komplikasyon, sayı, (%)			
Kanama	2/23 (8.7)	1/36 (2.8)	0.69
Perforasyon	0/23 (0)	2/36 (5.6)	
Stent migrasyonu	1/23 (4.3)	1/36 (2.8)	
Kavite infeksiyonu	1/23 (4.3)	2/36 (5.6)	
Endoskopik girişim sayısı (ortalama ± SD)	2.8± 1.0	3.9±1.4	0.04
Hastanede yatış süresi (ortalama ± SD) gün	23.8±10	27.4±14.5	0.43
Takip süresi (ortalama ± SD) ay	11.6±3.2	11.3±3.8	0.90

*Çalışma sonuçları Kısaltmalar: PSK: Pankreatik sıvı kolleksiyonu; WON: Walled off nekroz; LAMS: Lumen apposing metal stent; SD: Standard sapma*



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE

**SS-04****PEDİATRİK KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI GELİŞEN BİLİYER KOMPLİKASYONLARIN ENDOSKOPİK TEDAVİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

Çağdaş Erdoğan, Muhammed Bahaddin Durak, Bülent Ödemiş

Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Pediatrik karaciğer transplantasyonu sonrası gelişen biliyer komplikasyonlarda endoskopik tedavinin güvenilirlik ve etkinliğini değerlendirmek amaçlandı.

**METOD:** 2012-2018 arasında karaciğer transplantasyonuna bağlı biliyer komplikasyon nedeni ile ERCP yapılan 7 pediatrik hastaya ait veriler endikasyon, kanülasyon başarısı, terapötik başarı ve komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. Terapötik başarı kolanjiografik olarak darlığın ve varsa kaçağın düzelmesi olarak tarif edildi. Endoskopik tedavi sonrası nüks gelişen hastalara yeniden endoskopik tedavi uygulandı.

**BULGULAR:** 7 hastanın (ortalama yaş: 11.4, 4K/3E) ikisi Wilson hastalığı, ikisi PFIC, biri otoimmün hepatit, biri toksik hepatit ve biri kriptojenik siroz nedeniyle nakil olmuştu. 4 hasta canlı (3 sol ve bir sağ nakil) ve 3 hasta kadavra nakile sahipti. Biliyer komplikasyon olarak 5 hastada sadece anastomoz darlığı, 2'sinde ise anastomoz darlığıyla birlikte anastomoz kaçağı mevcuttu. Nakil ile ERCP arası ortalama süre 13.5 ay (1-40 ay) idi (Tablo 1). ERCP'nin kanülasyon başarısı %100 idi. Endoskopik tedavi olarak tüm hastalara plastik stent, bir hastaya tam kaplı metal stent ve 3 hastaya nazobiliyer dren yerleştirildi. Ayrıca 5 hastaya balon dilatasyonu yapıldı. Hastalara toplam 27 seans (ortalama 3.8 seans) işlem yapıldı. Ortalama endoskopik tedavi süresi 5.7 ay (1-12 ay) idi. İki hasta ilk işlem sonrası refere eden merkezde takip oldu. Tedavilerini bizde tamamlayan 5 hasta için terapötik başarı oranı %100 idi. Hiçbir hastada anlamlı ERCP komplikasyonu görülmedi. Endoskopik tedavi tamamlandıktan sonra ortalama takip süresi 59.2 ay (30-70 ay) idi (Tablo2). Terapötik başarı sonrası takiplerde bir hastada tekrar endoskopik tedavi ile düzelen darlık nüksü görüldü.

**SONUÇ:** Pediatrik yaş grubunda karaciğer transplantasyonuna ait biliyer komplikasyonlar erişkinlerdekine benzer oranlarda endoskopik olarak güvenilir ve etkin bir şekilde tedavi edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer transplantasyonu, pediatri, Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi





### Anastomoz darlığının endoskopik tedavisi



Anastomoz hattındaki darlığa balon dilatasyonu uygulanması (A ve B), darlık lokalizasyonunda balonun bel verdiği gözlemlenmekte (beyaz ok), balon dilatasyonu sonrası darlığı geçecek şekilde konulmuş plastik stentler görülmekte (C).

### Anastomoz darlığının MRCP ve floroskopi altındaki görüntüleri



Anastomoz hattındaki darlığın MRCP görüntüsü (soldaki resim). Aynı hastada balon oklude kolanjiogramda anastomoz hattındaki darlık görülmekte (beyaz ok).

**Tablo1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri**

	Yaş	Etyoloji	Nakil yılı	Nakil şekli	işlem semptom/bulgu öncesi	Nakil-işlem arası süre (ay)
1	10	Wilson	2014	Kadavra	Kaşıntı, enzim yüksekliği	11
2	8	PFIC	2014	Canlı, sol	Kaşıntı, enzim yüksekliği	16
3	14	Kriptojenik	2013	Canlı, sol	Enzim yüksekliği	23
4	5	PFIC	2012	Kadavra, split	Enzim yüksekliği	40
5	17	Otoimmün hepatit	2015	Kadavra	Perianastomotik koleksiyon	2



6	13	Toksik hepatit	2018	Canlı, sağ	Perianastomotik koleksiyon	2
7	13	Wilson	2018	Canlı, sol	Bilyoma, enzim yüksekliği	1

PFIC: Progressive familial intrahepatic cholestasis.

**Tablo 2. Hastaların ERCP işlem ve bulguları**

Hasta no	Kanulasyon metodu	İşlem bulgusu	İşlem detayı	İşlem sayısı	İzlem
1	fistülotomi	AD	6-8mm BD, multiple 7F-10F plastik stent, NBD, 1 adet tam kaplı metal stent	5	Stentsiz izlemde (65 ay)
2	Selektif	AD	6mm BD, 1 adet 10F stent	2	Stentsiz izlemde (67 ay)
3	fistülotomi	AD	8mm BD, multiple 7F-10F plastik stent	4	Stentsiz izlemde (70 ay)
4	Selektif	AD	6mm BD, multiple 5F-7F plastik stent, NBD	4	Stentsiz izlemde (64 ay)
5	Selektif	AD+ kaçak	8mm BD, multiple 7F-10F plastik stent, NBD	10	Stentsiz izlemde (30 ay)
6	Selektif	AD+ kaçak	multipl 7F-10F plastik stent	1	Stentli, refere olan merkeze sevk
7	Selektif	AD	1 adet 7F plastik stent	1	Stentli, refere olan merkeze sevk

AD: Anastomoz darlığı, BD: Balon dilatasyonu, NBD: Nazobilyer dren



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE



SS-05

## KAPSÜL ENDOSKOPİDE KULLANILAN BAĞIRSAK HAZIRLIK SOLUSYONLARININ GASTRİK TRANSİT ZAMANI ÜZERİNE ETKİSİ

Fatma Ebru Akın

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

**Giriş:** Kapsül endoskopi (KE), açıklanamayan gastrointestinal kanamayı, şüpheli inflamatuvar bağırsak hastalığını, tümörleri, çölyak hastalığının komplikasyonlarını ve tıkanıklığı araştırmak için kullanılan invaziv olmayan bir ince bağırsak görüntüleme yöntemidir. KE, potansiyel ince barsak kanamasında birinci basamak tanı yöntemidir. Bununla birlikte, pilin bitmesi, kapsül retansiyonu, teknik başarısızlık veya zayıf ince bağırsak hazırlığı nedeniyle, ince bağırsak muayenesinin tamamlanma oranı %75,1 ile %95,6 arasında değişmekte ve ince bağırsak lezyonlarının gözden kaçma oranının artmasına neden olmaktadır.

Bazı çalışmalar, yetersiz ince bağırsak incelemesinin en yaygın nedeni olan gecikmiş mide boşalması konusuna odaklanmıştır. Bununla birlikte, gastrik peristaltizmi artırılması için ideal bir yöntem yoktur. Prokinetik ajanların yan etkileri olabilir. Sefalik faz stimülasyon çalışmalarının sonuçları (örneğin, sahte besleme, sakız çiğneme) çelişkilidir.

Bu nedenle, bu çalışmada bağırsak hazırlığı için kullanılan pürgatiflerin gastrik transit zamanı üzerine olan potansiyel rolünü değerlendirmeyi amaçladım.

**Materyal Metod:** Ocak 2009-Mayıs 2021 tarihleri arasında potansiyel ince barsak kanaması nedeni ile ince barsak kapsül endoskopisi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Onsekiz yaş altında olanlar, gebeler, gastrik cerrahi geçirmiş olanlar, gastrik motiliteyi etkileyen ilaç kullananlar, bilinen veya şüpheli obstrüksiyonu olan hastalar çalışmaya alınmadı. Bağırsak hazırlığı nedeni ile polietilen glikol (4 lt) kullanan 111 hasta ve Sennozid A+B Kalsiyum (250 ml) kullanan 50 hastanın gastrik transit zamanı hesaplandı. Gastrik transit zamanı, KE nin ilk gastrik görüntü kaydı ile pilordan geçtiği görüntü kaydı arasındaki fark hesaplanarak bulundu.

**Bulgular:** Polietilen glikol kullanan hastalarda yaş  $61,12 \pm 14$ , Sennozid A+B Kalsiyum kullanan hastalarda yaş  $54,4 \pm 17,46$  idi. İki grup arasında cinsiyet arasında fark yoktu. Polietilen glikol kullanan hastalarda gastrik transit zamanı  $1446,08 \pm 216,51$  sn, Sennozid A+B Kalsiyum  $1673,56 \pm 321,439$  sn idi ( $p=0,559$ ). İstatistiksel olarak iki grup arasında fark yoktu.

**SONUÇ:** Polietilen glikol ve Sennozid A+B Kalsiyum arasında KE nin gastrik transit zamanı üzerinde fark olmadığı görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Kapsül endoskopi, gastrik transit zamanı, polietilen glikol, Sennozid A+B Kalsiyum



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE



SS-06

**ÖZEFAGOJEJUNOSTOMİ KAÇAKLARINA ENDOSKOPIK STENTLEME DENEYİMİMİZ**Özgül Düzgün<sup>1</sup>, Emre Furkan Kırkan<sup>2</sup>, Murat Kalın<sup>2</sup>, Ömer Faruk Özkan<sup>2</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş-AMAÇ:** Anastomoz kaçakları, postoperatif mortaliteyi artırabilen hayatı tehdit eden komplikasyonlardır. Total gastrektomide insidans oranları %4 ila %17 arasında değişmektedir. Konservatif tedavi, apse drenajı ve cerrahi onarım ile yeniden eksplorasyon gibi geleneksel standart yönetime rağmen mortalite oranı hala yüksektir (%12 ila %50). Anastomoz kaçağı olan hastalarda yüksek operatif mortalite nedeniyle sonraki cerrahi onarım zordur. Endoskopik kendi kendine genişleyebilen metal stent replasmanı, total gastrektomi sonrası özefagojejunal anastomoz kaçağı olan hastaların birincil tedavisi olarak son zamanlarda kabul edilmeye başlanmıştır. Biz bu çalışmamızda tek merkezde son 5 yıllık süre içerisinde mide kanseri nedeniyle total gastrektomi R&Y özefagojejunostomi yapılan 124 olguda gelişen ve girişim gerektiren bu nedenle stentleme yapılan olguları ve yönetimini güncel literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Haziran 2016-2021 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Onkoloji kliniğinde mide kanseri nedeniyle total gastrektomi R&Y özefagojejunostomi yapılan olgulardan prospektif olarak toplanan verilerden retrospektif olarak stentleme gerektiren olgular çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, yapılan operasyon, morbidite, girişimsel radyolojik olarak yönetilen, gastroenteroloji kliniğince stentlemeye alınan olgular değerlendirildi.

**BULGULAR:** Mide kanseri nedeniyle opere edilen 124 olgu çalışmaya dahil edilmiş olup hastaların yaş ortalaması 62 idi, cinsiyet açısından bakıldığında, 73(% 58,9)' ü erkek, 51(%41,1)i kadındı. ASA skoru açısından 60 olgu ASA1, 33 olgu ASA 2, 31 olguda ASA 3 idi. Kanser yerleşimleri açısından 61 (%49,2)i antrum, 33 (%26,6)ü korpus, 20 (%16,1) si kardial ve 10 (%8,1) u linitis plastica yerleşimli idi. Olguların tümüne total gastrektomi+R&Y özefagojejunostomi +D2 lenf nodu diseksiyonu uygulandı. 81 (% 65,3) olgunun patolojisi adenokarsinom, 19 (%15,3) u taşlı yüzük hücreli karsinom, 16(%12,9) si mikst tip ve 8 (%6,5) i diğer nedenlere bağlıydı. Clavien-Dindo grade 3 komplikasyon 10(% 8) olguda gelişti. 5(%4 ) olguda anastomoz kaçağı nedeniyle cover kaplı stentleme yapıldı. Stentleme yapılan 5 olguda stent kontrolleri sonrası oral alımları açıldı. 3(%2,4) olguda plevral efüzyon nedeniyle plöreken uygulaması, 1(%0,8) olgu dalak absesine yönelik perkütan drenaj kateteri yerleştirildi ve 1(% 0,8) olguda kanama nedeniyle reoperasyona alındı. Stentleme yapılan 1 olgu(%0,8) ve kanayan diğer olgu olmak üzere toplam 2(%1,6) olgu ilk 30 günde ex oldu.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Mide kanseri nedeniyle yapılan cerrahilerde kaçak oranları güncel literatürde % 50 lere varan oranda geliştiği bildirilmektedir. Cerrahi deneyimin artması, uygun hasta seçimi, yakın hasta takibi ve multidisipliner hasta yaklaşımı ile erken dönemde yapılacak olan stentleme işlemlerinin gelişmesi muhtemel bu komplikasyonların daha iyi yönetileceğini, sağkalım ve hayat kalitesine pozitif etki sağlayacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Mide kanseri, anastomoz kaçağı, komplikasyon, stent



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE



SS-07

**DUODENOGASTRİK REFLÜ *HELICOBACTER PYLORİ* VARLIĞINI ETKİLEMEMEKTEDİR**Deniz Güzey<sup>1</sup>, Yasir Musa Kesgin<sup>1</sup>, Sezer Bulut<sup>1</sup>, Damlanur Sakız<sup>2</sup>, Zehra Sibel Kahraman<sup>2</sup><sup>1</sup>Genel Cerrahi Kliniği, Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Bakırköy, İstanbul<sup>2</sup>Patoloji Kliniği, Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Bakırköy, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Safra asitlerinin *H. Pylori*'ye karşı antibakteriyel etkisi olduğu ve distal gastrektomilerden sonra oluşan duodenogastrik reflü (DGR)'nin *H. Pylori*'yi eradike ettiği konusunda birçok çalışma bulunmasına rağmen, ameliyat olmamış DGR'sü olan hastalarda *H. pylori* varlığı ve enfeksiyona neden olması konusunda tartışmalar devam etmektedir. Bu çalışmada mide ameliyatı geçirmemiş ve DGR tespit edilen hastalarda *H. Pylori* varlığını araştırıldı.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Endoskopi ünitemize 01.01.2019 ile 31.07.2020 tarihleri arasında, dispepsi, ülser, gastrit gastro-özofagial reflü şüphesi veya tarama amacı ile refere edilen ameliyat olmamış hastalarda, subjektiviteyi engellemek ve standartizasyon sağlamak amacı ile, tecrübeli tek bir endoskopist tarafından gerçekleştirilen ösofagogastroduodenoskopi (ÖGD) raporları retrospektif olarak incelendi. Hastalar DGR tespit edilenler (grup 1), DGR tespit edilmeyenler (grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik özellikleri ile birlikte, DGR açısından "yok, az, çok" olmak üzere vizüel olarak skorlanarak, alınan antral biyopsilerde histolojik olarak araştırılan *H. pylori* varlığı açısından "yok, az, orta yoğun" olmak üzere skorlanarak değerlendirildi.

**BULGU:** Çalışmamızda 347 kadın, 266 erkek, median yaş 51 (range 17-92) olan 613 hasta değerlendirilmeye alındı. Grup 1'de 59 kadın ve 65 erkek olmak üzere 124 hasta, median yaş 54 (range 11-92), grup 2'de 288 kadın ve 201 erkek olmak üzere 489 hasta median yaş 51 (range 17-86) bulunmaktadır. Demografik özellikleri yönünden gruplar arasında farklılık tespit edilmedi. *H. pylori* enfeksiyonu görülme oranı grup 1'de %42,74, grup 2'de % 47,44 olarak bulunmuş ve grup 1'de yüzde olarak daha düşük olmasına rağmen gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,35). Alt grupların vizüel DGR skoru ve *H. pylori* yoğunluk skorlarına göre değerlendirilmesinde de farklılık saptanmamıştır.

**SONUÇ:** ÖGD ile DGR tespit edilen hastalar ile DGR tespit edilmeyen hastalarda *H. pylori* enfeksiyon sıklığı arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamız *H. pylori* varlığının duodenogastrik safra reflüsünden etkilenmediğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** duodenogastrik reflü, helicobacter pylori, ösofago-gastro-duosenoskopi



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE



SS-08

**DUODENOGASTRİK REFLÜ'NÜN ENDOSKOPİK TESPİTİ, ÖSOFAGOGASTRODUODENOSKOPİNİN UYGULAMA ZAMANINDAN ETKİLENMEMEKTEDİR**Deniz Güzey, Yasir Musa Kesgin, Sezer Bulut, Mehmet Karabulut

Genel Cerrahi Kliniği, Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Bakırköy, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Duodenal içeriğin GİS traktının fizyolojik motilitesinin aksi yönünde olmak üzere pilordan mideye geçmesi olarak tanımlanan duodenogastrik reflü (DGR) genellikle sabah erken saatlerde veya postprandial periyotta oluşan doğal fizyolojik bir fenomen olarak değerlendirilmektedir. Enterik sinir sistemi tarafından koordine edilen antroduodenal motiliteyi sağlayan etkenlerden olan migrating motor kompleks ve reyonel refleksler ile yakın ilişkilidir. Özellikle hastanın açlık süresi, hareketliliği, pozisyonu ve emosyonel stresi tarafından etkilenmektedir. Bununla birlikte DGR'nin vizüel olarak tespit edildiği ösofagogastroduodenoskopi (ÖGD) işleminin uygulanma zamanı ile DGR tespiti arasında bir ilişki olup olmadığı hakkında yeterli bilgi mevcut değildir. Bu çalışmanın amacı DGR'nün günün değişik zamanlarında yapılan ÖGD işlemlerine göre farklılık gösterip göstermediğinin tespitidir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu çalışmada, ünitemizde 01.01.2019 ile 31.07.2020 tarihleri arasında, dispepsi, ülser, gastrit gastro-ösofajial reflü şüphesi veya tarama amacı ile refere edilen hastalarda subjektiviteyi engellemek ve standartizasyon sağlamak amacı ile tecrübeli tek bir endoskopist tarafından gerçekleştirilen ÖGD raporları retrospektif olarak incelenmiştir. Ünite prosedürü olarak hastalara, anti-agregan ve anti-kuagulan ajanların kullanımının işlemden yedi gün önceden düzenlenmeye başlanması, işlem günü gece 00:00'dan itibaren gıda alınımının kesilmesi, kardiyovasküler açıdan gerekli olan ilaçları sabah erken saatlerde az miktarda su ile alınması önerilmekte ve saat 09:00 ile 12:00 arasında işlem randevusu verilmektedir. Randevusuna gelen hastalar işlem başlangıcına kadar bekleme alanında bulunmaktadır. Hastalar ÖGD işleminin başlama saatine göre 10:29 ve öncesi (grup 1), 10:30 ve sonrası (grup 2) olarak iki ayrı gruba ayrılarak, demografik özellikleri ile birlikte, "yok, az, çok" olmak üzere vizüel olarak skorlanan DGR açısından değerlendirilmiştir.

**BULGU:** Çalışmamızda 347 kadın, 266 erkek, median yaş 51 (range 17-92) olan 613 hasta değerlendirildi. Grup 1'de 181 kadın ve 134 erkek hasta, median yaş 51 (range 18-92), grup 2'de 166 kadın ve 132 erkek hasta median yaş 51 (range 17-86) bulunmaktadır. Demografik özellikleri yönünden gruplar arasında farklılık tespit edilmedi. "Yok, az, çok" şeklinde belirtilen DGR skoru sırası ile grup 1'de (251, 16, 48), grup 2'de (238, 16, 44) bulunmuştur. Toplam seride %20,23 DGR tespit edilirken, grup 1'de %20,32 ve grup 2'de %20,13 DGR tespit edilmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p=0,95$ ).

**SONUÇ:** Günün erken saatlerinde ÖGD yapılan hastalar ile daha geç saatlerde ÖGD gerçekleştirilen hastalarda tespit edilen DGR sıklığı arasında farklılık görülmemiştir. Bu bulgu DGR'nün, hastaların açlık süresinde, bekleme esnasında oluşan hareketliliğinde ve emosyonel stresinde farklılığa neden olabilecek endoskopik işlem zamanlamasından etkilenmediğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** duodenogastrik reflü, ösofagogastroduodenoskopi, endoskopi zamanlama



0123456789

7-9  
EKİM  
2021Canlı  
Endoskopi

ONLINE KONGRE



SS-09

**ENDOSKOPİK MİDE BOTOKSU UYGULAMA SONUÇLARIMIZ**Mehmet Mustafa Altıntaş

İstanbul Kartal Dr.lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

**AMAÇ:** Botulinum toksin A (BTX-A), hem çizgili hem de düz kaslarda kas kasılmalarının güçlü ve uzun etkili bir inhibitörüdür. BTX-A, mide hareketliliğinden sorumlu olan asetilkolin salınımını azaltarak peristaltizmi önleyip mide boşalmasını geciktirir. Mide boşalmasında gecikme, iştah azalması, erken doyma hissi ve kilo kaybına neden olur. Bu çalışmanın amacı obez hastalarda endoskopik mide BTX-A enjeksiyonunun etkilerini gözlemlemektir.

**YÖNTEMLER:** Çalışmaya dahil edilen 70 hastaya endoskopik olarak mideye BTX-A enjeksiyonu uygulandı. Bu hastaların 42'si Kadın, 28'i erkek idi. Yaş ortalaması 36 (17-58) olup, ortalama vücut kitle indeksi 34 kg/m<sup>2</sup> (27-38) olarak bulundu. Öncelikle hastalara propofol 100 mg sedasyon eşliğinde standart endoskopik işlem uygulandı. Midede ve duodenumda ülseri olan hastalara işlem ülser tedavisi sonrasına ertelendi. Tüm hastalara 500 Ünite Dysport botulinium toxin-A, 12 cc izotonik serum ile seyreltildi. Endoskopik olarak 5 mm iğne yardımıyla submukozaya müsküler tabakaya enjekte edildi. Mide antrumuna pilyardan uzak 3 cm proksimale dairesel olarak multipl her enjeksiyonda 0,3 cc korpuse kadar toplam 300 ünite, retrofleksiyon yapılarak iştah kontrolünü sağlamak amacıyla ve Ghrelin hormonunu azaltmak amacıyla fundusa yine dairesel olarak multipl her enjeksiyonda 0,3 cc toplam 200 ünite enjekte edildi. İşlemden 2 saat sonra oral sıvı gıda başlandı. Hastalara bazal ihtiyaçlarına göre düşük kalorili diyet verildi ve uymaları önerildi. Hastalar BTX-A etkisinin bittiği 6 aylık sürede takip edildi. Hastaların iştah durumu, erken doyma hissi ve vücut ağırlıkları haftalık prospektif olarak kaydedildi. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi.

**BÜLGULAR:** Altı aylık takip sonucunda hastaların ortalama 8 kg (4-16) verdiği görüldü. Hastaların 52 sinde (%74) erken doyma hissi, 49 unda (%70) iştah kaybı ve tamamında farklı miktarlarda kilo kaybı olduğu bildirdi.

**SONUÇ:** Endoskopik mide BTX-A enjeksiyonu, diyet yapmaya yardımcı olan, kilo vermek isteyen ve obezite cerrahisi olmak istemeyen kişilere veya obezite cerrahisi öncesi vücut kitle indeksini düşürmek amacıyla uygulanabilir. İstatistiksel olarak değerlendirmek için daha geniş hasta serilerinde prospektif randomize çalışmaların yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Gastroskopi, Obezite, BTX-A