

ENDOSKOPİ PROTOKOLÜ

CERRAHİ ENDOSKOPİ ÜNİTELERİNDE TANI VE TAKİP PROTOKOLLERİ

DIAGNOSIS AND FOLLOW UP PROTOCOLS IN SURGICAL ENDOSCOPY UNITS

Erkan Oymacı¹, Murat Uz², Fevzi Cengiz², Mehmet Yıldırım²

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi

²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

ÖZET

Üst gastrointestinal (GI) endoskopi ve kolonoskopi, luminal ve mukozal yerleşimli alt ve üst gastrointestinal sistem hastalıklarının teşhisinde sıklıkla uygulanan endoskopik prosedürlerdir. Kontraendikasyonları azdır ve komplikasyonları nadirdir. İşlem esnasında mukozal biyopsi, fırçalama sitolojisi, kültür ve sitoloji için sıvı aspirasyonu, yabancı cisimlerin çıkarılması, darlıklar için dilatasyon ve endoskopik tüp yerleştirilmesi gibi işlemler gerçekleştirilebilir.

Endoskopi ünitelerinde standart tanı protokollerinin oluşturulması gerekmektedir. Aynı zamanda, endoskopi ile teşhis edilen tüm hastalıklarda endoskopik izlem endikasyonu mevcut değildir. Çalışmanın amacı, endoskopik tanı ve takip konusunda gereken bilgilerin gözden geçirilmesi ve protokollerin oluşturulmasıdır.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal sistem, endoskopi, tanı, takip

SUMMARY

Upper GI endoscopy and colonoscopy are frequently performed endoscopic procedure that is particularly suited for the diagnosis of upper and lower GI diseases with a luminal or mucosal location. Contraindications are few and complications are rare. Procedures that can be performed during GI endoscopy include mucosal biopsy, brush cytology, aspiration of fluid for culture and cytology, foreign body retrieval, bougienage of strictures, and endoscopic placement of tubes. It is necessary to perform a standart diagnosis protocol in endoscopy units. Also, the indications for follow-up endoscopy have not been established in all diseases that can be diagnosed by endoscopy. The aim of this review is to distinguish between essential information in this area in terms of endoscopic diagnose and follow up.

Keywords: Gastrointestinal system, endoscopy, diagnose, follow up.

Yazışma adresi:

Op Dr Erkan Oymacı
İzmir Bozyaka EAH, Genel Cerrahi Kliniği
Tel:02322505050/5313

I. ÖZEFAGUS HASTALIKLARINDA ENDOSKOPIK TANI VE TAKİP PROTOKOLLERİ

Özefajial Flebektazi: Genellikle proksimal özefagusda görülen fokal venöz dilatasyonlardır.

Özefagus varisleri (Tek kolon, 2 kolon vs. olarak raporda ayrıntılı tanımlanmalıdır).

Evre 1: < 5 mm, düz, distal özofagusu sınırlı

Evre 2: 5-10 mm, tortüöz, daha koyu renkli, orta özofagus ve üzerinde yer alır.

Evre 3: >10 mm, özofagus lümenini dolduracak kadar geniştir, üzerinde kırmızı benekler (red spots) vardır.

Fellis Özefagus: Özofageal entübasyondan kısa süre sonra normal görünümlü midtorakal özofagusta gelişen, yaklaşık 5-6 sn süreli, birbirine paralel yerleşimli, lümeni çepeçevre saran dairesel ince mukozal kasılmalar

Tirbuşon Özefagus: Özofagus tüm gövdesi boyunca birbirine paralel yerleşimli çok sayıda güçlü konstriktör kasılmaların saptanması

Akalazya: Özofagus tüm gövdesi boyunca lümen belirgin olarak dilate ve hipomotil, özofagus distalinde lümeninde bol miktarda sıvı birikimi, Z-çizgisi seviyesinde lümeninde konstriktör daralma varlığı.

Özefajial Web - Schatzki Halkası: Özofagus maksimum şişirildiğinde Z-çizgisinin hemen proksimalinde lümeni konstriktör olarak kısmen daraltan 1-2 mm kalınlığında ince zar tarzında bir mukozal halka.

Inlet patch (Heterotopik Gastrik Mukoza): Genellikle üst özofagusta pembemsi renkte, yuvarlak, kenarları düzenli bir heterotopik gastrik mukozal adacık saptanması.

Özefajial Parakeratozis

Özefajial Glikojenik Akantozis:

Özofagus mukozasında değişen boyutlarda, yüzeyden hafif kabarık, kirli sarı renkli, plak tarzında lezyonlar

Özefajitler: (İlaça bağlı özefajit, Candida özefajiti vs.olarak belirtilmelidir. Los Angeles klasifikasyonu ile evrelemesi belirtilmelidir)

Los Angeles (LA) Grade A: Bir ya da çok sayıda 5 mm'den küçük erozyon

Los Angeles (LA) Grade B: Bir ya da çok sayıda birbirleri ile birleşmeyen 5 mm'den büyük erozyon

Los Angeles (LA) Grade C: Özofagusu çepeçevre sarmayan ama birbiri ile birleşen lineer erozyonlar

Los Angeles (LA) Grade D: Özofagusu çepeçevre saran erozyonlar

Endoskopik Barrett özefagus

(Raporda kısa ve uzun segment Barrett belirtilmelidir. C&M Prag sınıflama sistemi yapılmalıdır. Bu sistemde, kolumnar epitelin distal özofagustaki maksimal (M, maximal lenght) ve sirküler tutulum gösteren bölgedeki yükseklikleri (C, circumferential lenght) ölçülerek Barrett metaplazisi sınıflandırılır. Adacık halindeki metaplazik alanlar ayrıca belirtilmelidir (1).

Kısa segment Barrett özefagus: Özofagusdaki metaplazik epitel 3 cm den kısa bir segmenti tuttuğunda sözkonusudur.

Uzun segment Barrett özefagus: Özofagusdaki metaplazik epitel 3 cm den uzun bir segmenti tuttuğunda söz konusudur.

Biyopsi protokolüne göre gastroesofageal birleşkedeki Barret mukozası başladığı yerden 4 kadrandan 1'er cm aralıklar ile biyopsiler alınmalıdır;

Barret özofagus <1 cm ise minimum 2 biyopsi, >2 cm ise her kadrandan 1 cm ara ile biyopsi alınır (1,2).

Özefagus divertikülleri: Zenker divertikülü (Krikofaringeal), Özefajial torakal divertikül, Özefajial epifrenik divertikül

Mallory -Weiss: Özefago-gastrik birleşim üzerinde Z çizgisine yakın, zorlamaya bağlı çizgisel hemorajik laserasyon ve yırtıklar.

Özefajial hiatal herni:

Gevşek kardia: Retrofleksiyonda kardioözefajial bileşkenin endoskopi tam sarmaması **Sliding tip hiatal herni:** Hiatal kısıkaç ile Z line arasındaki herni poş ölçümü cm. olarak belirtilmelidir.

Paraözefajial hiatal herni

Özefajial squamöz papillom

Özefajial fibrovasküler polip

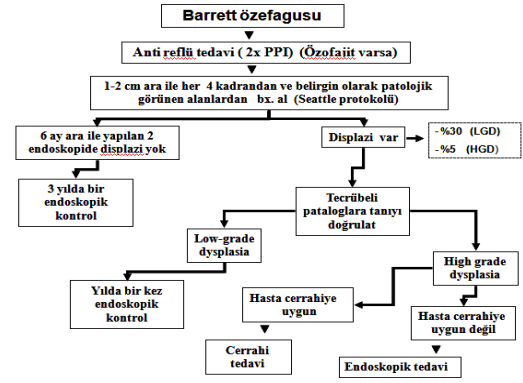
Özefajial stromal tümörler (GIST): Endoskopik mukozal biyopsiden kaçınmak gerekir. Endosonografik inceleme ile kesin tanıya gidilmelidir.

Barrett özofagusda Takip Protokolü

Histopatolojik incelemede displazi yoksa hastanın PPI tedavisi ile 3 yılda bir endoskopik kontrolü yeterlidir.

Hafif derecede displazi saptanan hastalarda PPI tedavisi altındayken ikinci endoskopi ilk yıl 6 ay ara ile tekrarlanmalı ve yine hafif displazi saptanması halinde hasta 1 yıl ara ile endoskopik kontrollere çağırılmalıdır.

Ağır derecede displazi saptanan hastalarda yoğun medikal tedavi sonrasındaki 3. ayda endoskopi tekrarlanmalı ve patolojik tanı başka bir patolog tarafından da doğrulandıktan sonra endoskopik veya cerrahi rezeksiyon yöntemlerinden biri uygulanmalıdır.



II. MİDE HASTALIKLARINDA ENDOSKOPIK TANI VE TAKİP PROTOKOLLERİ

Akut Gastrit

Kronik Gastrit

Gastrik Ülser

Mide Tümörleri (benign, malign)

Portal hipertasyon(varis, hipertansiv gastropati)

Postoperatif değişiklikler

Akut Gastrit

Akut ve kronik gastrit mide mukozasının çeşitli zararlı etkenlere verdiği bir cevap şeklidir; her iki gastrit şeklin farklı endoskopik görüntüleri mevcuttur. Özellikle kronik gastrit tanısında endoskopik görüntü ile histopatolojik bulgular arasındaki uyumsuzluklar nedeni ile sorunlar yaşanmaktadır. Akut gastrit sebepleri Tablo 1'de gösterilmiştir; tanıyı destekleyecek endoskopik bulgular ödem, eksüda, hiperemi, erozyon ve kanama'dır. Erozyon ve kanama akut gastrit için özellikli lezyonlardır; erozyon yüzeysel mukozal defekt alan, dibi genellikle fibrin ile kaplı olup genellikle antrum'da çok ender olarak korpusta rastlanır; erozyon akut gastrit için karakteristik bir bulgudur; kanama odakları soliter veya multipl olup, peteşiyal veya çizgisel olabilir.

Tablo 1: Akut gastrit nedenleri

Helicobacter Pylori
Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar
Alkol
Reflü
Trauma, mekanik lezyonlar(NGS, yabancı cisimler)
Vaskulopatiler
İdiopatik

Tanı amacı ile anormal görünen bölgeden, antrum ve korpustan punch biyopsiler alınır; ureaz testi uygulanır. Ayrı tanıda lenfoma, kronik gastrit, Crohn hastalığı ve erken mide kanseri düşünülmelidir.

Kronik Gastrit:

Akut gastrit'ten farklı olarak hastaların şikayetleri, varsa daha nonspesifiktir, medikal tedaviye daha az yanıt verirler; endoskopik görüntü ile histopatolojik bulgular arasında korelasyon çok zayıf, tanı ancak histopatolojik olarak konulur. Birçok sınıflandırma vardır, ancak etiyolojik kriterlere dayalı olan ve modifiye Sidney (1990) sınıflandırmaları sıkça kullanılmaktadır:

Tip A gastrit: otoimmün tip (% 5)

Tip B gastrit: bakteriyel (%85)

Tip C gastrit: kimyasal (%10)

Özel formlar (Dev fold gastrit, Menetrier hastalığı)

Endoskopik bulgular : ödem, hiperemi, eksüda, kanama odakları(peteşiyal veya lineer), yüzeysel erozyonlar, hipertrofik pli'ler(tip B gastrit) veya atrofik pli (tip A gastrit), özellikle korpus ve fundus mukozasında submukozal damarsal patern'in belirginleşmesi(tip A gastrit).Tanısal amaçla antrumdan (pilora yakın), korpustan ve anormal görünen bölgelerden punch biyopsi alınmalıdır; ek olarak üreaz testi, Pariyetal Hücre Otoantikör (APA) bakılmalı ve B12 vitamin seviyelerine bakılması önerilmelidir (A tipi gastrit).

Ayrı tanıda lenfoma, akut gastrit ve erken mide kanseri düşünülmelidir.

Dev Fold Gastrit: Endoskopide fundus ve korpusta lokalize ve hava insüflasyonuna rağmen silinmeyen geniş (>10 mm) plilerin varlığı ile

karakterizedir. Etiyoloji olarak H Pylori, Lenfoma ve Menetrier hastalığı tartışılabilir.

Menetrier hastalığı: Endoskopide muküs sekrete eden hücrelerin hiperplazisine bağlı pli'lerin kalınlaşması görülür; ayrı tanıda lenfoma düşünülmelidir, malign potansiyeli nedeni ile altı ay ara ile endoskopik kontrol önerilir.

Mide Ülseri: Erozyon'dan farklı olarak, ülserin derinliği submukozaya kadar devam eder. Hastaların hiçbir şikayeti olmadığı gibi, yemek sonrası erken dönemde epigastrik ağrı veya nonspesifik dispeptik şikayetleri olabilir. Midenin herhangi bir yerinde lokalize olabilir, ancak sıklıkla(%80) insisura bölgesinde görülür. Tek ülser görülür ise mutlaka biyopsi alınmalı, multipl lokalize ise NSAİ bağlı olarak düşünülebilir. **Aktif ülser** evresinde kenarları düzgün, etrafındaki mukoza ödemli, dibi fibrin ile kaplı veya kanamış ise hematin izleri görülür; iyileşme aşamasında ülser kenarları düzleşir ve daha düzensiz olur, dibi pembeleşir. Skar__evresinde hafif atrofik bir leke gibi görülür, bazen merkezine doğru ilerleyen pliler gözlenir. Endoskopik raporlama yapılırken ülser çapı (forseps bacakları açık olarak:8 mm), yerleşim bölgesi, şekli düzgün olup olmadığına, kenarların kabarık ve düzensiz olup olmadığı, sayısı rapor edilmelidir. Biyopsiler ülser kenarların her kadranından alınmalıdır (3). Kanama eğilimi yoksa dibinden de alınmalıdır.

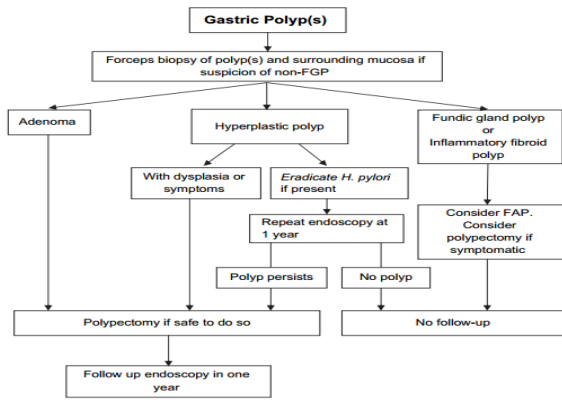
Ayrı tanıda öncelikle malignite, daha sonra lenfoma, Crohn hastalığı düşünülmelidir.

Benign lezyon olarak rapor edilmesi halinde medikal tedavi önerilir ve 4-6

hafta sonra endoskopik kontrol önerilir (4).

Mide kitleleri/polipleri:

Intramural kitleler: Leiomyom
Polipoid lezyonlar: Çok sık rastlanan lezyonlar değildir, yapılan gastroskopilerin %3'ünde rastlanır, çoğu (%90) benign epiteliyal karakterdedir; mezenkimal polipler daha az rastlanır. Polipozis terimi kullanmak için midede bazı yazarlara göre 20 den fazla polip görülmesi gerekir (>100 kabul edenler de var). Tablo 2'de benign intramural ve polipoid lezyonların histolojik kriterlerine göre sınıflandırılması gösterilmiştir:



Gastrik polip takip algoritması

non-neoplastik polipler(%80-90)	neoplastik polipler:
hiperplastik	adenoma
hamartomatöz:	neuroendokrin tümörler
*fundik gland polip	polipoid karsinoma
*Peutz Jeghers sendromu	stromal tümörler(GİST)
*Juvenil polipler	lipoma
*Cronkhite Canada	MALT lenfoma
sendromu	
enflamatuar fibroid polip	
Heterotopik pankreas dokusu	

Tablo 2.Mide kitlelerinin histolojik özellikleri

Lezyon:	Rastlanma sıklığı(%)
Estler glandular kist	40-50
Hiperplastik polip	20-30
fokal hiperplazi	10-15
adenom	10
heterotopik Brunner gl.	<2
karsinoid	<2
heterotopik pankreatik	
doku	<1
Peutz Jeghers polip	<1

Tablo 3.Poliplerin rastlanma sıklığı

Endoskopi raporunda gözlenen poliplerin üzerindeki mukozanın özelliklerini belirtmek gerekir: intakt (hiperplastik polip, ufak adenom); fragil/düzensiz, erozyonlu(adenom, karsinom, geniş hiperplastik polip), ortası çukurlaşmış kabarıklık (fokal hiperplazi, kronik erozyon, erken karsinoma, lenfoma, Crohn hastalığı, heterotopik pankreatik dokusu); polip okalizasyonu belirtilmelidir: kardial ve prepilorik bölgelerinde düşük bir oranda adenomlara rastlanır, antrumda hiperplastik polipler, heterotopik pankreas ve Brunner gland bezlerine rastlanır; korpusta Elster glandular kistlere ve hiperplastik poliplere rastlanır.

Hiperplastik polipler: Gastrik poliplerin %75'ini tek veya multipl olabilir, çoğu antrumda lokalizedir, çapları <1cm, üzerindeki mukozanın normal görünümündedir, büyüme ve kanserleşme eğilimi yoktur (bazı yayınlara göre fokal kanser rastlanma oranı %2). Çoğu kez uzun süreli proton pompa inhibitör kullanımı ile ilişkilidir, kronik gastrit, NSAİ kronik kullanımı ile ilgilidir; mukozal zeminde intestinal metaplazi, atrofik/kronik gastrit bulunur. Adenomatöz poliplerden ayırılması gerekir. Çapı >10mm ise polipektomi, ek olarak diğer mukozadan biyopsiler alınır. HP eradikasyon sonrası regrese olabilir.

Fokal Hiperplazi: Özellikle antrum'da rastlanır, multipl, boncuk dizisi ("string of beads") konfigürasyonu gösterir. Kronik erozyonlarda ayırılması gerekir, malignite riski taşımaz; etrafındaki mukozada HP gastrit bulguları vardır.

Kronik erozyonlar: Antrumda rastlanır, asemptomatik olabilir, genellikle rastlantısal görülür. Ortası çökmüş ufak kabarıklıklar ve pilora doğru ilerleyen "boncuk dizisi" lezyonları vardır. Erode poliplerden, lenfoma, ektoptik pankreas ve Brunner gland lezyonlarından ayırılması gerekir.

Adenoma: Mide poliplerin %5-10'unu oluşturur; çoğu prepilorik bölgede veya kardiya yakınlarında lokalizedir, yüzeyi düzensiz, hiperemik ve erozyonlu. Çapı >2cm olanlarda kanserleşme oranı %40 civarındadır.

Bu tür polipler eksize edilmeli, ve patolojide adenomatöz polip tesbit edilirse 1 yıl sonra endoskopik kontrol

önerilir; bu kontrolde endoskopi negatif ise 3-5 yıl ara ile endoskopik kontrol önerilir. Gastrik adenomaların %1-15'i FAP sendromu ile beraber olabileceğinden, gastrik adenoma tespit edilen olgulara kolonoskopi önerilebilir.

Peutz Jeghers sendromu: Primer olarak ince barsak ve kolonda olmak üzere, midede de rastlanır. Histolojik olarak sumukozal hamartomalardır, çapları 1-2 cm olabilir ancak büyüme eğilimi göstermektedir. Sendromun varlığı bilinen olgularda 18 yaş sonrası 2-3 yılda bir gastroskopi önerilir.

Juvenil polipozis: JP sendromunda %15-20 oranında gastrik poliplere rastlanır, korpusta lokalizedir, multipl ve zemin mukozası normaldir. Kanserleşme oranı kolondakilere göre daha düşüktür (%15-20).

Enflamatuar Fibroid Polip (Vanek Tümörü): Gastrik poliplerin %4'dür, çoğu pilora yakın bulunur, soliter ve üzeri erode olabilir. Çoğu kez hipo klorhidri zeminde gelişir.

GİST: Fundusta lokalizedir, çapı geniş ve ortası ülser olabilir. Çapı 5cm üzerinde ve mitoz sayısı 5 ten fazla, kötü prognoz faktörlerdir.

Neuroendokrin Tümörler: Çoğu kez korpus ve fundusta lokalizedir, 3 tipi vardır: Tip 1(multiple, çapları <10mm, hipergastrinemi, kronik atrofik gastrit, pH>4 ve pernisiyöz anemi ile beraber olabilir); Tip 2 (ufak, multiple nodüller, hiperasidite, MEN I ve Zollinger Ellison sendromları ile beraberdir); Tip 3 (soliter, geniş polipoid kitle, çok agresif seyrederek, tanı anında %50-65 metastazlıdır). Çapları 20 mm aşan tüm polipler konvansiyonel snare polipektomi, veya endomukozal rezeksiyon(EMR) veya endosubmukozal rezeksiyon(ESD) uygunlanmalıdır. Kolonik poliplere göre, gastrik polipler eksizyon sırasında veya sonrasında daha çok kanayabilir. Multipl polipler varsa en geniş olanına polipektomi uygulanır; polipektomi ile biyopsi arasındaki histopatolojik sonuçlar arasında %3-45 arası fark vardır.

Erken evre mide kanseri

Premalign gastropatilerin (kronik atrofik gastrit, gastrik polipler, opere mide) takibi sırasında erken mide kanserlerin (EMK) tanınması önemlidir; beş yıllık sağkalım EMK için %70-90 iken, ileri evre mide kanserlerinde %10 kadar

inmektedir. Endoskopik muayene bulgularına göre erken malign lezyonlar Japon Endosopi Cemiyeti'nin 1992 yılında bildirdiği ve bugün kabul edilmiş sınıflandırmaya göre, ileri mide kanserleri Bormann(1926) sınıflandırma sına göre lezyonun tipine göre karar verilir. İzlem mutlaka gereklidir (5).

EMK makroskopik özelliklerine göre 3 tip olarak sınıflandırılmaktadır:

Erken tip I(kabarık tip): mukozadan kabarıklığı 0.5 cm aşmış olan nodüler veya tabanı geniş polipoid lezyon, çapı genellikle <2cm, üzerinde erozyon ve esüdasyon görülebilir; biyopsi pensi ile yakalanabilirse alttaki katman üzerinde hareet eder ("tenting" belirtisi). Polipoid lezyonun tepesinde ülser varsa derinliği submuozaya adar inebilir, tepesi sadece aftöz eksüda ile kaplı ise derinlik mukoza seviyesindedir. Tüm EMK lerinin %8' ni teşkil eder.

Erken tip IIa (yüzeyel kabarık): geniş tabanlı kabarıklığı 0.5 cm geçmeyen lezyondur; yüzeyi düzenli ve ülsersiz ise derinliği mukozal seviyededir, üzerinde ülseler veya nodüler yapılar varsa veya taban genişliği 4 cm geçiyorsa derinliği muskularis propriaya ulaşmış olabileceği düşünülmelidir. EMK lerin %10 nu teşkil eder.

Erken tip IIB (yüzeyel flat): etraftaki mukoza ile aynı seviyede olması nedeni ile tanısı ve sınırlarına zor karar verilen bir lezyondur, genellikle lokalize soluk renkli, noktasal kanama alanları olarak gözlenir.

Erken tip IIc (yüzeyel depresyonlu): en sık görülen tiptir (%60-70), benign ülsere benzer; bazılarında ortada bulunan depresyona doğru ilerleyen pililer vardır, bunlar daha geniş alanlara yayılır ve daha derindirler, muskularis mukozaya infiltredir.

Erken tip III (çukur tipi): benign ülsere çok benzer, ancak benign ülselerde kenarları düzenlidir, normal mukozaya benzer; malign ülselerin kenarları düzensiz, etrafında erozyon ve ya düzensizlikler olabilir. Bu tiplerde biyopsileri ülser etrafından almak gerekir, çünkü ülser tabanında

malign hücre bulunmaz. Erken tip III lezyonları diğer tip II lezyonları ile kombine olarak rastlanır.

Erken mide kanserlerin tanısı zordur ve şüpheli durumlarda kromoendosopi yardımcı olmaktadır; pratikte 3 tip boya kullanılmaktadır: indigokarmin (faz kontrast yöntemi), metilen mavisi (biyolojik yöntem) ve lügol veya Kongo kırmızısı (kimyasal yöntem).

İndigo karmin yönteminde lezyon bölgesi önce proteaz ile yıkanır ve daha sonra boya ateteri yolu ile %1.5 indigokarmin püskürtülür, lezyonu daha belirgin hale getirir. Biyopsiler bu alandan alınabilir. **Metilen mavisi** normal ve patolojik (kanseri) hücreler tarafından emilir, ancak bölge yıkandığında normal hücreler temizlenir ve kanserli, displastik veya intestinal metaplazi bölgelerinde hücreler boyayı tutmaya devam eder. **Kimyasal** yöntemde Lugol veya İndigo karmin ullanılır: Bu tür boyalar normal mukoza tarafından tutulur, ancak kanserli hücreler tarafından tutulmaz.

İleri evre mide kanserleri

İleri mide kanser bulguları 1926 da Bormann tarafından tarif edilmiş, bugün geçerli bir sınıflandırmadır:

Bormann tip I (polipoid tip): lümeneye protrüze olmuş, çapı genellikle 2 cm geçen, üzeri erode veya frajil polipoid yapı.

Bormann tip II (ülsero-vejetan tip): polipoid lezyon üzerinde derin ülser bulunur.

Bormann tip III (ülseratif tip): ülser kenarları hafif kabarık, infiltre görünümde, tabanı düzensiz.

Bormann tip IV (diffüz tip): tümörün submukozal infiltrasyonundan dolayı mide duvarı yaygın olarak verilen havaya rağmen açılmaz, o bölgede peristaltizm aybı gözlenir; üzerindeki mukoza bazen hafif düzensiz olunca gözden kaçabilir. Şüpheli mide lezyonlarından en az 6-8 biyopsi alınmalıdır, erken mide kanseri düşündüğümüz lezyonların endosonografik yöntemi ile derinliği araştırılmalıdır.

non-neoplastik:	neoplastik
pseudopolipler	adenoma: tubuler
hiperplastik	villöz
hamartömatöz	tübülövilöz
lenfoid polip	polipoid karsinoma
submukozal lipom	
Kolon poliplerin Histolojik yapılarına göre sınıflandırılmaları	
Çekum	8%
Çıkan kolon	9%
Hepatik fleşura	4%
Transvers kolon	10%
Splenik fleşura	4%
İnen kolon	14%
Sigmoid	43%
Rektum	8%

Kolonosopide saptanan kolorektal adenomların dağılımı

III. KOLON POLİPLERİ ENDOSKOPİK TANI VE TAKİP PROTOKOLLERİ

Kolon lümenine doğru protrude olan mukozal ve submukozal lezyonlar; makroskopik görüntüye göre pediküllü (saplı) veya sesil (sapsız, geniş tabanlı) olup, büyüklüğe göre diminitif polip (<6mm), orta çapta polip (6-10 mm), büyük polip (>10 mm) olarak sınıflandırılırlar (6).

Kolorektal kanserlerin büyük bölümü benîgn adenomlardan gelişir (adenom-karsinom sekansı); kanserleşme eğilimi gösteren polipler (yüksek riskli adenomalar):

1.yüksek grade displazi içeren adenomlar
2.çapı>10mm3.%25 den fazla villöz komponent içeren adenomlar,

4.çap önemli değil, 3 ten fazla sayıda adenomların varlığı

Çapları >10 mm geçen tüm polipler eksize (polipektomi) edilmelidir; Eksizyon tek parça olabilir (pediküllü polip, sol kolon villöz <15 mm polip), veya çok parçalı (peace meal) eksizyon.

Polipektomi (sporadik polipler için) sonrası endoskopik takipler histolojik sonuçlara ve polip çapına göre takip edilir:

1. Küçük rektal hiperplastik polipler 10 yıl ara ile (hiperplastik polipozis sendromu hariç)

2. Çap<10mm polip, sayı 1-2 ve histopatolojik olarak low grade tubuler adenomlar 5-10 yıl ara ile,

3. Çap >10 mm, sayı 3-10, villöz karakterde veya high grade displazi gösteren adenomlar ilk eksiziyonda tam çıkartılmış olması şartı ile 3 yıl ara ile takip edilir.

4. Sayı>10 olan polipler 3 yıldan daha az süreler ile takip edilir

5. Adenom sapsız ise (sesil) 2-6 ay ara ile parça parça eksize edilir, daha sonra sıkı aralılar ile takip edilir (6,7).

KAYNAKLAR

1) Fibbe C, Keller J, Layer P: Gastroösophageale Refluxkrankheit: Was ist wichtig für die Praxis? Kurzfassung der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). Dtsch Med Wochenschr 2005; 130: 1970-3.

2) Koop H, Schepp W, Müller-Lissner S, et al.: Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit Ergebnisse einer evidenzbasierten Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Gastroenterol 2005; 43: 163-94.

3) Stolte M, Seitter V, Müller H: Improvement in the quality of the endoscopic/biopic diagnosis of gastric ulcers between 1990 and 1997—an analysis of 1,658 patients. Z Gastroenterol 2001;39:349-55.

4) Hopper AN, Stephens MR, Lewis WG, et al.: Relative value of repeat gastric ulcer surveillance gastroscopy in diagnosing gastric cancer. Gastric Cancer 2006; 9: 217-22.

5) Nakajima T, Oda I, Gotoda T, et al.: Metachronous gastric cancers after endoscopic resection: how effective is annual endoscopic surveillance? Gastric Cancer 2006;9:93-8.

6) Schmiegel W, Reinacher-Schick A, Arnold D, et al. Schmiegel W, Reinacher-Schick A, Arnold D, et al. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom" – Aktualisierung 2008. Ergebnis einer videnzbasierten Konsensuskonferenz (8.-9. Juni 2007). Z Gastroenterol 2008;46:799-840.

7) Criblez D, für den Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG/SSG): Revidierte Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie und nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom. Schweiz Med Forum 2007;7:994-9.

Yazının alınma tarihi: 3.12.2013

Kabul tarihi: 13.12.2013

Online basım: 14.12.2013