

ISSN 1302-5422

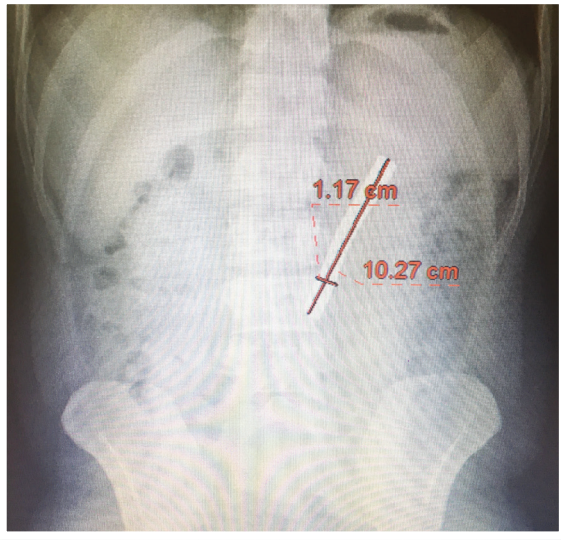
ENDOSKOPI COPY



GASTROİNTESTİNAL

Aralık/December 2017 • Cilt/Volume 25 • Sayı/Number 3

Dergimiz DOI ve CrossRef üyesidir.
TÜBİTAK ULAKBİM
Türk Tıp Dizini tarafından indekslenmektedir.



Ayakta direkt karın grafisinde yabancı cismin görünümü



Endoskop ile çıkartılan yabancı cisim

www.endoskopidergisi.org
ONLINE MAKALE



Türk Gastroenteroloji Vakfı

Aralık/December: 2017

Cilt/Volume: 25

Sayı/Number: 3

Yayın Türü/Publication Type: Yaygın Süreli/Periodical

Basım Tarihi/Date of Issue: 23.11.2017

ISSN: 1302-5422

Yılda üç sayı yayınlanır/Published every four months

ENDOSKOPI GASTROİNTESTİNAL

ENDOSKOPI DERGİSİNDE YAYIMLANAN YAZILARIN TÜM YAYIN HAKKI TÜRK GASTROİNTEROLOJİ VAKFI'NA AITTİR.

ALL RIGHTS OF THE ARTICLES PUBLISHED IN THE JOURNAL OF ENDOSCOPY GASTROİNTESTİNAL IS RESERVED BY TURKISH GASTROENTEROLOGY FOUNDATION

Türk Gastroenteroloji Vakfı Adına Sahibi/On Behalf of Turkish

Gastroenteroloji Foundation, Owner: Burhan ŞAHİN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/Responsible: Ali ÖZDEN

Editörler/Editors: Selçuk DİŞİBEYAZ, Levent FİLİK, Mevlüt BAŞKOL, Cengiz PATA, Ömer TOPALAK

Pediyatrik Gastroenteroloji Editörleri/Pediatric Gastroenterology

Editors: Raşit Vural YAĞCI, Hasan ÖZEN, Buket ALTINTAŞ DALGIÇ, Aydan KANSU TANCA, Fügen ÇULLU ÇOKUĞRAŞ

Yardımcı Editörler/Associate Editors: Sedat BOYACIOĞLU, Bahattin ÇİÇEK, Dilek OĞUZ, Haldun SELÇUK, Orhan SEZGİN, Engin ALTINTAŞ, Cem CENGİZ, Birol ÖZER, Ayhan Hilmi ÇEKİN, Hakan Ümit ÜNAL

Danışman Editörler/Consulting Editors: Cihan YURDAYDIN, Fatih HİLMİOĞLU, Erkan PARLAK, Ahmet TEZEL

İngilizce Editör/English Editor: Crimson Interactive Inc (USA)

Enago English Editing Services

Biyostatistik Danışmanı/Consulting Biostatistician: Muhip ÖZKAN

Bilimsel Danışma Kurulu/Editorial Board

Abdülkerim YILMAZ

Ahmet UYGUN

Aliye SOYLU

Arzu ENSARİ

Aydan ERCAN

Belkis ÜNSAL

Cansel TÜRKAY

Cüneyt KAYAALP

Emrah ALPER

Esin KORKUT

Fahri İŞİTAN

Gürel NEŞŞAR

Gürsel ACARTÜRK

Hakan YÜCEYAR

İşlay NADİR

İsmail Hakkı KALKAN

Kadir AKSÖZ

Kadir DEMİR

Kadri GÜVEN

Kubilay ÇINAR

Meltem ERGÜN

Mehmet BEKTAŞ

Melih KARINCAOĞLU

Muhittin TAYFUR

Murat ALADAĞ

Murat HARPUTLUOĞLU

Murat KORKMAZ

Murat SARUÇ

Nadir YÖNETCİ

Nevin ORUÇ

Oğuz ÜSKÜDAR

Orhan ÖZGÜR

Özlem Naciye SAYGILI YÖNEM

Sedef ÖZDAL KURAN

Selim AYDEMİR

Selim GÜREL

Selim KARAYALÇIN

Şebnem GÜRSOY

Şerif YILMAZ

Tan ATTİLA

Ülkü DAĞLI

Vahit YÜKSELEN

Yılmaz ÇAKALOĞLU

Yusuf ERZİN

Yücel ÜSTÜNDAĞ

Yüksel SEÇKİN

Uluslararası Danışma Kurulu/International Advisory Board

Atilla ERTAN, Eamonn QUIGLEY, Colm O'MORAIN, Joo Young CHO, Suck Ho LEE

Yayın Sorumlusu-Redaktör/Director of Publication-Redactor: Jülide Gülay ÖZLER

Teknik Editör-Mizanpaj/Tecnical Editor-Page Layout: Alev GÖZÜBÜYÜK, Bektaş ÇIRACI

Sekreteryası/Secretary: Zekiye EYLENCEOĞLU

Yazışma Adresi/Correspondence

Türk Gastroenteroloji Vakfı
Balkiraz Mah. Gaziler Caddesi 22/1
06620 Abidinpaşa/ANKARA

Tel/Phone: +90.312.362 07 87 • 362 21 45

Faks/Fax: +90.312.362 59 48

E-Posta/E-Mail: bilgi@tgv.org.tr

Yapım/Production: TGV Ltd. Şti.

Tel/Phone: +90.312.362 07 87 **Faks/Fax:** 362 59 48

Basım/Print: Fersa Matbaacılık Ltd. Şti.

Tel/Phone: +90.312.386 17 00

Dergimiz DOI ve CrossRef üyesidir. TÜBİTAK ULAKBİM Türk Tıp Dizini tarafından indekslenmektedir.

Endoskopi dergisi gastroenterolojide endoskopi kullanımı ile ilgili çalışmaların yayınladığı, 4 ayda bir basılan uluslararası bir dergidir. Gönderilen yazılar Yayımlama ve İnceleme Kurulu'nun onayından geçtikten sonra yayınlanır. Dergide yayınlanacak yazılar için kullanılacak dil Türkçe olup, yazıların Türk dilinin yazım kurallarına uygun yazılması gerekmektedir. Yayımlama ve İnceleme Kurulu, kabul edilen yazıları dilin kullanımını açısından denetleme ve yazılarda gerekli değişiklikleri yapma hakkına sahiptir. Türkçe yazılan yazıya ek olarak düzenlenen "Abstract" İngilizce olarak yazılmalıdır.

Yazıların genel formatı International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tarafından hazırlanan ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (updated in August 2013 - <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>) standartlarına uygun olarak hazırlanmalıdır.

Yazılar 3 nüsha halinde ve bir kopyası da CD'ye kaydedilmiş olarak gönderilmelidir.

Yazılar ENDOSKOPİDERGİSİ, Türk Gastroenteroloji Vakfı, Gaziler Sokak, 22/1, 06620, Abidinpaşa, Ankara adresine 3 kopya gönderilmelidir. Ayrıca yazının düzeltilmiş son şeklinin dijital ortamda PC'de Windows altında Word programıyla yazılarak "doc" dosyası olacak şekilde (CD'ye) kaydedilmiş bir kopyasının gönderilmesi gerekmektedir. Postadaki kayıplardan dergi sorumlu değildir.

Yazılar gönderilirken kontrol listesi izlenecek ve yayın hakkının devri sözleşmesi tüm yazarlarca imzalanacaktır.

Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır.

Çalışmada "Hayvan" ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır.

Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) alınmalıdır.

Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma... ile ticari hiçbir ilişkisininin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Gönderilen yazıların kontrol ve düzeltmeler için posta giderleri karşılığı olarak 50.00 TL, Türkiye İş Bankası, TGV Sağlık Malz. Ltd. Şti. (TR21 0006 4000 0014 2320 5124 42) Nolu TL hesabına yatırılacak ve dekontun kopyası yazıyla birlikte gönderilecektir.

YAZILARIN KABÜLÜ

Dergiye gönderilen yazıların daha önce başka bir yerde yayınlanmamış veya yayın için gönderilmemiş olmaları gerekir.

İlgili (corresponding author) yazar, tüm yazarların yazının yayınlanmasını kabul ettiklerini beyan etmek zorundadır. Yazı kabul edildikten sonra yazının gerekli görülen düzeltmelerle birlikte her türlü yayın hakkı yayıncıya aittir. Bu nedenle dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların gerekli düzeltmelerle birlikte her türlü yayın hakkının Türk Gastroenteroloji Vakfına devredildiğini bildiren "Yayın Hakkı Devri Sözleşmesi"nin tüm yazarlarca imzalanarak gönderilmesi gerekmektedir.

YAZI TİPLERİ

Araştırma yazıları, olgu sunumları, editöre mektuplar, ilginç olgu ve görüntü örnekleri ve teknik notlar ile derleme yazılarına, dergide yer verilecektir.

Başlık sayfasında yazarların adları açık olarak başlığın altında yer almalıdır. Soyadları üzerine numara konularak, yazarların akademik ünvanları ve çalıştıkları kurumlar açık şekilde dipnot olarak belirtilir. Yazışmalar için haberleşme adresi, telefon-faks numarası ve e-posta adresi yazılmalıdır. Türkçe ve İngilizce olarak yazılmış başlıkların altına en fazla 4 kelimedenden oluşan kısa başlık yazılmalıdır.

Araştırma yazıları aşağıda belirtilen düzende olmalıdır;

Türkçe ve İngilizce Özet / Giriş / Gereç ve Yöntem / Bulgular / Tartışma / Kaynaklar / şekiller / Tablolar

Özetler maksimum 250 kelime içermeli ve aşağıdaki düzende olmalıdır:

- Giriş ve çalışmanın amaçları (Background and aims): Bu konuda daha önce yapılmış çalışma ve çalışmanın amaçlarının iki cümleyi geçmeden vurgulanması.
- Gereç ve yöntem (Materials and methods): Hastalarla ilgili bilgi, çalışmanın dizaynı (prospektif, retrospektif v.s) ve parametreler.
- Bulgular (Results): En önemli bilgiyi içermeli.
- Sonuç(Conclusion): Bir veya iki cümlede vurgulanacak sonucu içermeli.
- Kaynak, tablo, resim ve kısaltma olmamalı.

Olgu sunumlarında ender görülen ve ilgi uyandıracak olgular olmalı ve şu bölümlerden oluşmalıdır: Kısa Türkçe ve İngilizce özet, giriş, olgu sunumu, tartışma, kaynaklar, şekiller ve tablolar.

açıklama

Derleme Yazıları tekniklerin (Ör: APC uygulama pratiği-tekniklerini anlatan), yerleşik bilgilerin ve beklentilerin en son makalelere dayalı anlatımını içerir yazılar olmalıdır.

Editöre mektuplar dergide daha önce yayınlanmış yazılara eleştiri getirmeli ve/veya katkı sağlamalıdır. Özet içermemeli, maksimum 400 kelime olmalıdır.

İlginc olgu-görüntü örnekleri ve teknik notlar, gastroenterolojik endoskopide yeni teknikleri ve nadir olguları yüksek kalitede görüntüler ve kısa metinler ile sunulmalıdır. Metin 300 kelimeyi geçmemeli, maksimum 6 görüntü ve 5 kaynak olmalıdır.

- Metin Yazımı: A4 kağıda çift aralıklı olarak sol tarafa 3 cm, sağ tarafa 2 cm boşluk bırakılarak Times New Roman karakteri ile 12 punto yazılmalıdır

Kısaltmalar mümkün olduğu kadar az kullanılmalı ve ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir. Özetlerde kısaltma kullanılmamalıdır.

- Kaynaklar yazıda geçiş sırasına göre yazılmalıdır. Metinde, tablolarda ve şekillerde parantez içerisinde arabik rakamlarla belirtilmelidir. Metnin sonunda numaralanmış kaynaklar listesi aşağıdaki örneklere uygun olmalıdır. Dergi başlıklarında Index Medicus kısaltmaları kullanılmalıdır.

Dergilerden Yazılar

1. Froehlich F, Burnard B, Vader JP, et al. Endoscopies: too many and not enough. Endoscopy 1997; 29: 713-5.

Kitaplardan bölümler

2. Grimm H, Soehendra N. Endoscopic biliary drainage. In: Lygidakis NJ, Tytgat GNJ (eds). Hepatobiliary and pancreatic malignancies. 2nd edn. Stuttgart: Thieme; 1989: 418-25.

Şekiller ayrı sayfalarda yer almalı, yazı içerisindeki sıraya göre arabik sayılarla (şekil 1, şekil 1a v.s) numaralandırılmalı, başlık ve açıklaması şeklin altına yazılmalıdır. Ek olarak ana metinde kaynaklardan sonra şekiller yer almalıdır.

Tablolar Her biri ayrı bir sayfaya arabik rakamlarla (Tablo 1, Tablo 2 v.s) yazılmalı, her bir tablonun başlığı olmalı ve tabloda geçen kısaltmalar tablo altında belirtilmelidir.

Resim, grafik ve çizimler, iyi kalitede kuşe kağıda çizilmiş ya da basılmış olmalıdır. Resim, grafik ve çizimlerin arkasında bir ok işareti ile üst kısmı, sıra numarası ve makalenin adı mutlaka belirtilmelidir. Bu bilgiler ayrıca yüksek çözünürlükte CD'ye kopyalanmış olmalıdır.

Tıpkı basım verilmeyecektir.

Dergide yayınlanan yazıların her türlü sorumluluğu yazarlara aittir.

Instructions for

Endoscopy Gastrointestinal is an international quarterly journal that publishes original studies investigating the use of endoscopic procedures in digestive system. Manuscripts are subject to peer review before publication. The Journal is published in two languages, and only articles in English and Turkish are accepted. Articles should be written according to spelling rules of both languages. The Publishing and Editing Board reserves the right to review and change as necessary accepted articles with regards to the use of language.

General format of the manuscripts must conform to the standards of ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Jorecommendations.pdf issued by International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Articles should be mailed to ENDOSKOPI DERGİSİ, Türk Gastroenteroloji Vakfı, Gaziler Sokak, 22/1, 06620, Abidinpaşa, Ankara, Turkey in 3 copies. The final edited version of the article should be submitted as softcopy written on Word under Windows as “doc” file format saved in a CD. The journal do not undertake any liability for any possible losses in mail service.

A check list will be followed when submitting articles and the Authors Agreement Form must be undersigned by all authors.

The Journal abides by the principle of compliance to the Helsinki Declaration (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) in all its works that are based on the “human” factor. In such studies, authors should confirm compliance to such principles in the MATERIALS AND METHODS part and should clearly state that they have obtained “informed consents” from ethical boards of relevant institutions and study participants.

In studies involving “animal factor”, authors should declare that they observe animals’ rights and have taken approval from ethical boards of their institutions as per the principles of Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) in the MATERIALS AND METHODS part of the article.

In case reports, informed consent should be obtained from patients notwithstanding disclosure of patient identity.

As for direct and indirect commercial relations or financial sponsorship for the study, authors should acknowledge either absence of such commercial links with the commercial products, drugs, companies, ... or should disclose to the editor the type of relationship they have with relevant counterparts (consultation, other agreements) in the cover page of the article.

As a mailing contribution of articles to be subject to further proofreading and editing, 50,00 TL (Turkish liras) will be deposited to TL account of the TGV Sağlık Malz. Ltd. Şti. before

Türkiye İş Bankası (IBAN: TR21 0006 4000 0014 2320 5124 42) with a copy of the bank receipt submitted in attachment of the article.

ACCEPTANCE OF ARTICLES

Articles submitted to the journal should not be published or under consideration for publication elsewhere.

Corresponding authors should declare their acceptance for publication of the article. Once the article is accepted, all publishing rights of the article including the necessary corrections shall belong to the publisher. Therefore, Authors Agreement Form indicating transfer of all publishing copyrights to the Turkish Gastroenterology Foundation including all necessary corrections should be signed and submitted by all authors.

Also, authors are encouraged to submit their articles online from the following link: <http://www.endoskopidergisi.org/online-submit>.

TYPES OF ARTICLES

Original papers, case reports, review articles, new methods and materials, letters to the editor, interesting images and technical notes may be published in the journal.

Authors’ names should be placed right under the title in the title page. Academic titles and relevant institutions of authors should be clearly indicated as footnotes introduced with a star next to authors’ surnames. Correspondence address, telephone and fax numbers and e-mail addresses should be indicated for further correspondences. A brief title of maximum 4 words should be entered under the titles in English.

Original Papers

Original papers should be in the following order:

Abstracts in English / Introduction / Materials and Methods / Results / Discussion / References / Figures / Tables

- **Abstracts**
- Should include no more than 250 words and should be structured as follows:
- Background and Aims: reference should be made to previous studies and study objective with maximum two sentences.
- Materials and Methods: information about patients, study design (prospective, retrospective, etc.) and parameters.
- Results: should contain the most important piece of knowledge.
- Conclusion: should contain the conclusion of the study to be highlighted in one or two sentences.
- There should not be any references, tables, pictures or abbreviations.

authours

Case Reports

Rare or unusual cases that might draw attention should be presented as case reports and should be comprised of the following parts: brief abstract in English, introduction, case presentation, discussion, references, figures and tables.

Reviews

Reviews are the articles that provide an update of techniques, established knowledge and expectations based on latest articles (e.g., APC practices & techniques).

Letters to the Editor

Letters to the Editor are those articles that criticize and/or contribute to previously published articles of the journal. They should not contain an abstract and should provide no more than 400 words.

Interesting case images, technical notes

Should present new techniques and rare cases of digestive endoscopy with high quality images and brief descriptions. Texts should not exceed 300 words with maximum 6 images and 5 references.

Article Writing Rules

The text will be written on A4 paper (21x29.7) in Times New Roman font in double line spacing and with 3 cm of margin from left and right and 2 cm of margin from top and bottom.

Abbreviations should be avoided as much as possible and should be indicated in brackets wherever they are used. No abbreviation should be used in abstracts.

References should be indicated according to order of appearance in the article. They should be indicated in Arabic numer-

als in the text, tables and figures within brackets. Enumerated list of references to be included at the end of the text should be in compliance with the below given examples. Index Medicus abbreviations should be used in journal titles.

Articles from Journals

1. Froehlich F, Burnard B, Vader JP, et al. Endoscopies: too many and not enough. *Endoscopy* 1997;29:713-5.

Chapters from Books

2. Grimm H, Soehendra N. Endoscopic biliary drainage. In: Lygidakis NJ, Tytgat GNJ (Eds). *Hepatobiliary and pancreatic malignancies*. 2nd edn. Stuttgart: Thieme; 1989: 418-25.

Figures should be given in separate pages, should be enumerated with arabic numerals in the order within the article (Figure 1, Figure 1a, etc.) with a caption under the figure. Additionally, figures should be given after references in the main text.

Each table should be given in a separate page with Arabic numerals (Table 1, Table 2, etc.) with a title assigned for each table, and abbreviations used in the table should be given under the table.

Pictures, graphs and drawings should be printed or drawn on quality glossy paper. Upper side of pictures, graphs and drawings should be indicated with an arrow on their back side also with an order number and related article name. Such information should also be burnt on high quality CD.

Facsimile messages will not be accepted.

All responsibility of articles published in the journal will belong to authors.

ENDOSKOPI COPY Dergisi

GASTROİNTESTİNAL

EDİTÖRLER

Selçuk DIŞIBEYAZ
Levent FİLİK
Mevlüt BAŞKOL

EDİTÖR YARDIMCILARI

Sedat BOYACIOĞLU
Bahattin ÇİÇEK
Dilek OĞUZ
Haldun SELÇUK
Orhan SEZGIN
Engin ALTINTAŞ
Cem CENGİZ
Biol ÖZER
Ayhan Hilmi ÇEKİN
Hakan Ümit ÜNAL

Yazışma Adresi

Türk Gastroenteroloji Vakfı

Balkiraz Mahallesi Gaziler Caddesi 22/1
06620 Abidinpaşa - Ankara
Tel: (90-312) 3620787 • (90-312) 3622145
Faks: (90-312) 3625948
E-posta: bilgi@tgv.org.tr
Web adresi: www.endoskopidergisi.org

KONTROL LİSTESİ

- Üç nüsha yazı
- Orjinal resim ve grafiklerden 3 kopya konuldu.
- Derginin yazım kurallarına uygunluğu gözden geçirildi.
- 50.00 TL Endoskopi Dergisi'nin banka hesabına [Türkiye İş Bankası, TGV Sağlık Malz. Ltd. Şti. (TR21 0006 4000 0014 2320 5124 42) nolu TL Hesabı] yatırıldı, dekont ekte sunuldu.
- Yazının yayın hakkının Türk Gastroenteroloji Vakfı'na devredildiğine dair yazı tüm yazarlarca imzalanarak zarfa konuldu. Böylece tüm yazarlar çalışmayı tekrar gözden geçirmiş sayılacaktır.
- Yayın kurallarına uygun olmayan şekilde gönderilen yayınlar değerlendirmeye alınmayacaktır. Bu nedenle yayın başvurusu yapanların bu konulara azami dikkat etmeleri gerekmektedir.

YAYIN HAKKI DEVRİ SÖZLEŞMESİ

Biz aşağıda isim ve imzaları bulunan yazarlar **ENDOSKOPI DERGİSİ'**ne yayınlanmak üzere gönderdiğimiz yazımızın gerekli görülen düzeltmelerle birlikte her türlü yayın hakkını, yazının yayınlandığı günden itibaren Türk Gastroenteroloji Vakfı'na devrettiğimizi kabul ederiz.

Tarih:

Yazının Adı:.....

Yazarların Adı:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Yazarların İmzası:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



ENDOS KOPİ COPY Journal

GASTROİNTESTİNAL

AUTHOR'S AGREEMENT

I hereby assign and transfer copyright in and to the submitted work, including the exclusive right to publish the same in all forms and media, now and hereafter known and all other rights under copyright to the Turkish Gastroenterology Foundation (TGV) if and when the manuscript is accepted for publication or published by TGV. I further acknowledge that all such rights under copyright may be transferred, assigned, or licensed by TGV to third parties.

To be signed by all authors:

Title:

Author name	Signature	Date
.....
.....
.....
.....
.....

Note: Manuscripts cannot be processed for publication until the Publisher has received this signed form. If the manuscript is not published by TGV, this letter will not take effect. Copies of this form may be made for additional signatures.

MANUSCRIPT CHECKLIST

Remember to submit the author's agreement plus three copies of the manuscript, with the components arranged in the following order:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| _____ 1. Title Page | _____ 7. References |
| _____ 2. Abstract | _____ 8. Tables |
| _____ 3. Introduction | _____ 9. Figure Legends |
| _____ 4. Materials and Methods | _____ 10. Figures |
| _____ 5. Results | _____ 11. Author's agreement |
| _____ 6. Discussion | _____ 12. Bank transfer receipt |

ÖZGÜN ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL RESEARCH

- 53** **Alkaleml reflü gastrit tanısı ile ursodeoksikolik asit tedavisi almış hastaların tedavi öncesi ve sonrası klinik, endoskopik ve histolojik bulgularının değerlendirilmesi**
Comparison of clinical, endoscopic, and histological features of patients diagnosed with alkaline reflux gastritis before and after ursodeoxycholic acid treatment
Halil RAKICI
- 57** **Koroziv madde hasarlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi**
Retrospective evaluation of corrosive injuries
Seyit UYAR, Süleyman DOLU, Mehmet KÖK, Gökhan KÖKER, Mutlu ÇATLI, Feyzi BOSTAN, Yasin ŞAHINTÜRK, Ayhan Hilmi ÇEKİN
- 62** **Cerrahi ünitemizde yapılan kolonoskopik polipektomilerin histopatolojik sonuçları**
Histopathological results of colonoscopic polypectomy in a surgery unit
Ayettullah TEMİZ, Abdülkadir KAYA
- 66** **Kolonoskopik polipektomi sonuçlarımızın analizi**
Analysis of colonoscopic polypectomy results
Adil COŞKUN, Altay KANDEMİR

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

- 70** **Özofagus skuamoz papillomu**
Esophageal squamous papilloma
Enver AKBAŞ, Reskan ALTUN, Serkan ÖCAL, Abdullah Emre YILDIRIM, Murat KORKMAZ, Haldun SELÇUK
- 72** **Duodenumda 5 yıl önce yutulmuş yabancı cisim: Olgu Sunumu**
Foreign body in the duodenum that was swallowed 5 years ago: A case report
Esin KORKUT, Yaşar ÖZDENKAYA, Semih KORKUT
- 74** **Hepatic diffuse large B-cell lymphoma incidentally diagnosed during gastroscopy: A case report**
Gastroskopide tesadüfen tanınan diffüz büyük B hücreli karaciğer lenfoması: Vaka sunumu
Ahmet Burak TOROS, Hüseyin YAŞAR, Mehmet Mustafa ÖZLÜ, Beşir KESİCİ
- 77** **ERCP'nin nadir bir komplikasyonu: Subkapsüler hematom**
A rare complication of ERCP: Subcapsular hematoma
Özlem GÜL UTKU, Bilal ERGÜL, Oktay AYDIN, Dilek OĞUZ

Alkalen reflü gastrit tanısı ile ursodeoksikolik asit tedavisi almış hastaların tedavi öncesi ve sonrası klinik, endoskopik ve histolojik bulgularının değerlendirilmesi

Comparison of clinical, endoscopic, and histological features of patients diagnosed with alkaline reflux gastritis before and after ursodeoxycholic acid treatment

Halil RAKICI

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Rize

Giriş ve Amaç: Alkalen reflü gastrit asidik olmayan safranın mide içine reflüsüne verilen isimdir. Opere midede sık görülmeyle birlikte cerrahi girişim geçirmeyen hastalarda da duodenogastrik antireflü mekanizmalardaki bozukluk sonucunda ortaya çıkmaktadır. Medikal tedavisinde çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Biz bu çalışmada cerrahi girişim geçirmemiş hastalarda ursodeoksikolik asitin klinik, endoskopik ve histolojik etkilerini incelemeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Endoskopik inceleme sonucu alkalen reflü gastrit saptanan 72 hastaya ursodeoksikolik asit tedavisi verildi. İki aylık tedavi sonunda klinik, endoskopik ve histolojik bulgular değerlendirildi. Klinik değerlendirme 72 hastada, endoskopik ve histolojik değerlendirme ise kontrol endoskopi yaptıran 61 hasta üzerinden yapıldı. **Bulgular:** Hastaların 38'i (%52.7) kadın, 34'ü (%47.3) erkekti. En küçük yaş 19, en büyük yaş 81 olup, ortalama yaş 50 idi. Tedavi sonrası 72 hastanın 54'ü (%75) tedaviden fayda gördüğünü bildirdi. Kontrol endoskopi yapılan 61 hastanın 45'inde (%73.7) endoskopik tanı alkalen reflü gastrit olarak bildirilmedi. Kontrol histolojik inceleme yapılan 61 hastanın 6'sında (%9.9) kronik gastrit ve inflamasyon yerine normal mukoza saptandı. **Sonuç:** Ursodeoksikolik asit tedavisi verilen hastaların %75'inin klinik olarak tedaviden fayda gördüğü saptandı. Endoskopik olarak tedavi sonrası hastaların %73.7'sinde alkalen reflü gastrit saptanmadı. Histolojik olarak hastaların ancak %9.9'unda histolojik bulguların düzeldiği görüldü. Bu bulgularla alkali reflü gastrit tedavisinde ursodeoksikolik asitin klinik ve endoskopik bulguların düzelmesinde etkili, histolojik bulguların düzeltmede ise etkisiz olduğunu söylemek mümkündür.

Anahtar kelimeler: Alkalen reflü, gastrit, ursodeoksikolik asit

GİRİŞ

Mide içine safra reflüsü peptik ülser veya mide kanseri nedeniyle yapılan operasyonlar sonucunda veya kolesistektomi ve sfinkterotomi sonrası sık olarak ortaya çıkmaktadır. Safra reflüsü operasyon olmadan da oluşabilmektedir. Primer safra reflüsü diye adlandırılan bu durum çocuklarda ve erişkinlerde görülmektedir. Safra içeriğinin mide mukozasına teması sonucu endoskopik ve histolojik olarak görülebilen patolojiler ortaya çıkmaktadır. Bu durum safra gastropatisi olarak da tanımlanmaktadır (1,2). Endoskopik olarak eritem, hiperemi, erezyon ve ülser görülebilmektedir. Histolojik olarak en sık bulgu foveolar hiperplazi ve glandın kistik dilatasyonu olmakla birlikte kronik inflamasyon ve intestinal metaplazi de görülebilmektedir (3,4). Primer safra reflüsünün sebebi tam olarak bilinmemekle beraber duodenogastrik antireflü

Backgrounds and Aims: Alkaline reflux gastritis is characterized by non-acidic flow from the duodenum to the stomach. It is seen very commonly among operated patients. It can also be seen among non-operated patients, due to a defect in duodenogastrik antireflux mechanisms. Various medications are used for its treatment. We aimed to analyze the clinical, endoscopic, and histological effects of ursodeoxycholic acid in non-operated patients in this study. **Materials and Methods:** A total of 72 patients who were diagnosed with alkaline reflux gastritis as a result of endoscopic imaging were treated with ursodeoxycholic acid. Clinical, endoscopic, and histological features were analyzed after 2 months of treatment. A total of 72 patients were analyzed clinically, and 61 patients who had control endoscopy were analyzed endoscopically and histologically. **Results:** Of the total, 38 patients were female and 34 were male. The youngest and oldest patients were 19 and 81 years of age, respectively. The average age was 50 years. After treatment, 54 patients out of 72 reported benefits. Sixteen patients out of 61 who had control endoscopy were diagnosed endoscopically with alkaline reflux gastritis. Normal mucosa was observed instead of chronic gastritis and inflammation in 6 out of 61 patients who had control histological examination. **Conclusion:** In all, 75% of the patients who were treated with ursodeoxycholic acid recovered clinically. Altogether, 73.7% of patients recovered endoscopically. In conclusion, ursodeoxycholic acid treatment is effective clinically and endoscopically but is ineffective histologically.

Key words: Alkaline reflux, gastritis, ursodeoxycholic acid

mekanizmaların yetersizliği sonucu olduğu düşünülmektedir. Safra ve duodenal içeriğin pH'sı mide sıvısına göre daha yüksek (asidite daha düşük) olduğu için alkalen reflü gastrit olarak da adlandırılmaktadır. Alkalen reflü gastrit tanısı koymak bazen midesinde safra saptanan hastaların herhangi bir semptomu olmaması yüzünden sorunlu olabilmektedir. Midede safra varlığı direkt endoskopik olarak, Bilitec yöntemi veya sintigrafik olarak saptanabilmektedir. Ancak bu yöntemlerle gastropatinin varlığı gösterilemez. Tanı için histopatolojik inceleme gereklidir (5-12). Tedavide proton pompa inhibitörleri (PPI), antasitler ve sukralfatin faydalı olduğunu bildiren yayınlar vardır (13-18). Ursodeoksikolik asitin ve kolestraminin etkisi bazı soru işaretleri taşımaktadır (15,18). Medikal tedavi ilk tercih edilecek tedavidir. Cerrahi tedavi

Rakıcı H. Comparison of clinical, endoscopic, and histological features of patients diagnosed with alkaline reflux gastritis before and after ursodeoxycholic acid treatment. *Endoscopy Gastrointestinal* 2017;25:53-56.

DOI: 10.17940/endoskopi.339843

İletişim: Halil RAKICI

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı, Rize

E-mail: halilrakici59@hotmail.com

Geliş Tarihi: 07.06.2017 Kabul Tarihi: 05.07.2017

zorunlu hallerde yapılmalıdır (14). Seçilen yöntem genellikle Roux en Y diversiyon operasyonudur. Tedavide PPI ve antasitler kullanılmış hem semptomatik ve hem de histopatolojik anomalilerin düzeldiği görülmüştür. Ayrıca endoskopik olarak safra reflüsünün azaldığı saptanmıştır. Sukralfat da bazı hastalarda başarı ile kullanılmıştır. Ursodeoksikolik asit ve kolestramin de tedavide kullanılmakta birlikte etkileri net olarak belirlenmemiştir. Daha önceki yayınlarda klinik ve endoskopik düzelmeye bildirilirken histolojik bulgularda değişiklik olmadığı bildirilmektedir. Tedaviye dirençli vakalarda cerrahi diversiyon operasyonu yapılmaktadır. Biz bu çalışmada opere olmamış primer safra reflüsü olan hastalarda ursodeoksikolik asit tedavisinin klinik, endoskopik ve histolojik etkilerini değerlendirmek istedik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Endoskopik olarak alkalen reflü gastrit tanısı olan ve ursodeoksikolik asit tedavisi verilen 72 hasta değerlendirildi. Hastalar 2015-2016 yılları arası Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Gastroenteroloji Endoskopi Ünitimize başvuranlar arasından seçildi. Bunlardan 61 tanesine 4 haftalık ursodeoksikolik asit tedavi sonrası kontrol endoskopi yapıldı. Onbir hasta kontrol endoskopi yaptırmadı. Daha önce PPI alanlara tedaviye devam etmesi istendi. PPI almayanlara ise ilave edilmedi. *Helicobacter pylori* varlığı dikkate alınmadı. Tedavi süresince eradikasyon tedavisi verilmedi. Histolojik incelemeler rutin işleyiş içinde değişik patolojiler tarafından daha öncesi bilinmeden (kör olarak) değerlendirildi. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Etik Kurul onayı alındı. İstatistiksel analiz için SPSS programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler uygulandı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların 38'i (%52.7) kadın, 34'ü (%47.3) erkekti. En küçük yaş 19, en büyük yaş 81 olup ortalama yaş 50 idi. Tedavi sonrası 72 hastanın 54'ü (%75) tedaviden fayda gördüğünü bildirdi. Hastalardan kontrol endoskopi yapılan 61 hastanın 16'sında (%26.3) endoskopik tanı yine alkalen reflü gastrit olarak geldi. Kontrol histolojik inceleme yapılan 61 hastanın 6'sında (%9.9) kronik gastrit ve inflamasyon yerine normal mukoza saptandı. Diğer 55 hastada histolojik bulgularda değişiklik olmadı. İlk histolojik incelemede 52 hastada kronik gastrit ve inflamasyon bulguları, 9 hastada intestinal metaplazi, 6 hastada foveolar hiperplazi, 5'inde lenfoid folikül saptandı. Bulgularımız (Tablo 1,2,3) ve (Resim 1,2,3)'te gösterilmiştir.

Tablo 1. Temel özellikler

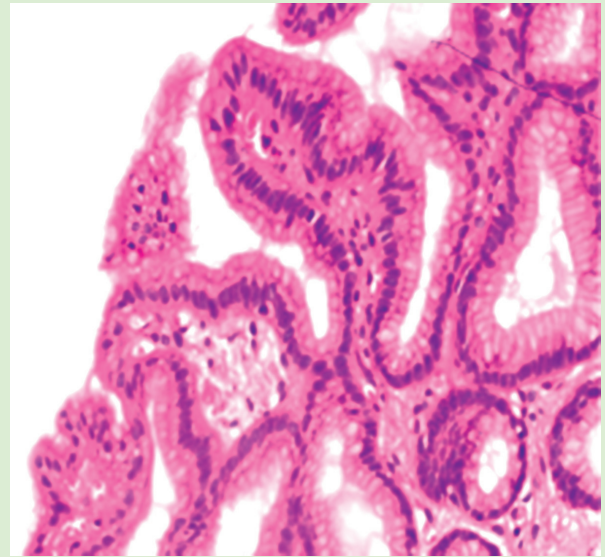
Yaş	19-81 (Ortalama 50)
Cinsiyet	38 kadın (%52,7), 34 erkek (%47.3)

Tablo 2. Temel bulgular

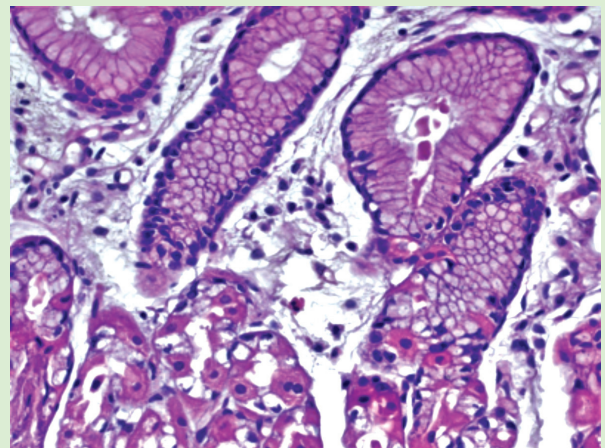
	Tedaviye Cevap Veren	Tedaviye Cevap Vermeyen
Klinik bulgular	54 (%75)	18 (%25)
Endoskopik bulgular	45 (%73.7)	16 (%26.3)
Histolojik bulgular	6 (%9.9)	55 (%90.1)

Tablo 3. Histolojik bulgular

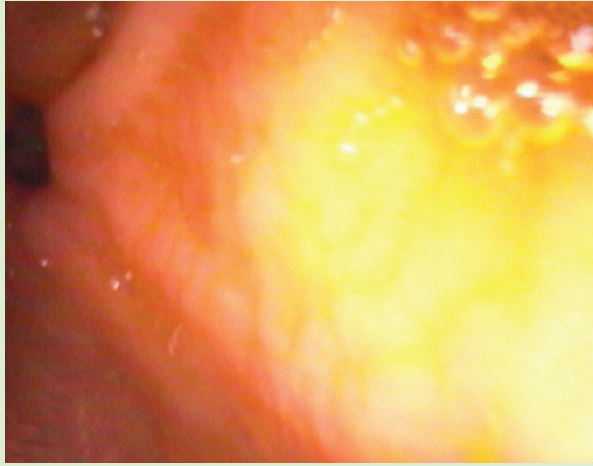
	Başlangıç Bulguları	Kontrol Bulguları
Foveolar hiperplazi	72/6 (%8.3)	61/6 (%9.8)
Kronik gastrit, İnflamasyon	72/52 (%72.2)	61/46 (%75.4)
Lenfoid folikül	72/5 (%6.9)	61/5 (%8.1)
İntestinal metaplazi	72/9 (%12.5)	61/9 (%14.7)
Normal mukoza	72/0 (%0)	61/6 (%9.8)



Resim 1. Foveolar hiperplazi (Hematoksilen&Eozin).



Resim 2. Kronik inflamasyon (Hematoksilen&Eozin).



Resim 3. Endoskopik görünüm.

TARTIŞMA

Cerrahi girişim olmadan ortaya çıkan primer safra reflüsünün sebebi net olarak bilinmemekle beraber duodenogastrik reflüyü önleyici mekanizmalardaki yetersizlik sorumlu tutulmaktadır. Safra içeriği mide mukozası için agresif bir faktör olarak davranmakta ve kronik inflamasyona yol açmaktadır. Tipik histolojik bulgular foveolar hiperplazi, kronik inflamasyon ve intestinal metaplazi şeklinde görülebilmektedir. Safra reflüsü veya diğer bir tanımlamayla alkalen reflü gastritte çeşitli tedavi seçenekleri denenmiş olup PPI, antasit ve sukralfatin etkili olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur. Ursodeoksikolik asitin tedavide kullanılmasına ilişkin bilgilerimiz 1986 yılına ait bir çalışmaya dayanmaktadır. O tarihten bu yana bu konudaki yayınlarda bir duraklama göze çarpmaktadır. Bu nedenle bu konudaki bilgilerimizin güncellenmesine ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Ülkemizde Sağlık Uygulama Talimatı (SUT) ile alkalen reflü tanısıyla ursodeoksikolik asit geri ödeme kapsamındadır. Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunda semptomlarda tedavi ile anlamlı iyileşme görüldüğü saptanmıştır. Aynı şekilde endoskopik olarak tedavi sonrası yapılan kontrol endoskopisinde de safra reflüsünde anlamlı azalma gözlenmiştir. Safra reflüsündeki azalmanın nedeni net olarak bilinmese de safra içeriğinin ursodeoksikolik asit tedavisi ile değişmesine bağlanmaktadır. Midede safra varlığı endoskopik olarak, Bilitec yöntemi ve sintigrafik olarak gösterilebilir. Bu yöntemlerin birbirlerine benzer etkinlikte olduğu bildirilmektedir (1-3,10-12). Histolojik bulgular

AÇIKLAMA

Yazar bu yazının yayınlanmasında herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek olmadığını beyan eder.

TEŞEKKÜR

Yazının patolojik bulguların değerlendirilmesinde katkısı bulunan Sayın Doç. Dr. Recep Bedir'e ve istatistik bulgulara katkısı bulunan Sayın Dr. Başar Erdivanlı'ya teşekkürü bir borç bilirim.

değerlendirildiğinde iki aylık tedavi sonrası 61 hastanın kronik inflamasyon saptanan altısında kontrol incelemede normal mukoza saptanması anlamlı değildir (%9.9). Bu anlamda bugün güncellenen bilgilerimiz otuz yıl öncesinden farklı değildir. Çalışmamızda histolojik olarak inflamasyona yol açan veya tedaviye katkıda bulunan diğer faktörler (*Helicobacter pylori* varlığı ve PPI kullanımı) sabit tutularak değerlendirilmeye katılmadı. Bu gruptaki hastaların ursodeoksikolik asit tedavisi bitene kadar mevcut durumları korundu. Diğer bir deyişle PPI kullanan hastalar kullanmaya devam etti ve *Helicobacter pylori* pozitif ise tedavi sonuna kadar eradikasyon tedavisi verilmedi. Bu sayede oluşabilecek histolojik değişikliklerin ursodeoksikolik asit tedavisinin sonucunda ortaya çıkması sağlanmaya çalışıldı. Histolojik preparatlar daha önceki histolojik bulgulardan haberdar olmayan patologlarca değerlendirildi. Hastalarda anlamlı bulunan klinik ve endoskopik iyileşmenin hekimin subjektif gözlemine bağlı olması çalışmamızın zayıf yönünü oluşturduğu söylenebilir. Histolojik bulguların rapor edilmesi patologlarca kronik gastrit, kronik aktif gastrit, inaktif gastrit, hafif gastrit ve kronik inflamasyon gibi farklı tanımlamalar şeklinde olmuştur. Hastaların endoskopi raporları farklı endoskopistler tarafından verilmiştir. Histolojik bulgu olarak foveolar hiperplazi literatürde başlıca bulgu olarak belirtilmesine karşın bu çalışmamızda patologlar tarafından en sık rapor edilen bulgu olmamıştır. Tedavide PPI'lar, antiasitler, sukralfat, ursodeoksikolik asit ve kolestramin kullanılmaktadır. Ancak bu konuda yapılmış geniş çaplı randomize yayınlar yeterli değildir. Prostaglandin analogları etkisiz bulunmuştur. Literatürde ursodeoksikolik asit tedavisi ile semptomlarda ve endoskopik bulgularda iyileşme gözlemlendiği halde histolojik iyileşme gözlenmemektedir. Tersine sukralfatla histolojik düzelme olmasına rağmen semptomlarda veya endoskopik bulgularda düzelme olmamaktadır. PPI ve antiasit kombinasyonu hem endoskopik hem de histolojik bulgularda düzelme sağlamaktadır (13-18). Bizim bulgularımız da literatüre paralel bulunmuştur. Histolojik bulgularda düzelme olmaması, ursodeoksikolik asit tedavisinin ancak ilacın alındığı sürede etkili olduğu, kalıcı bir düzelme sağlamadığı sonucuna varmamıza yol açabilecek bir bulgudur.

Sonuç olarak bu bulgularla alkalen reflü gastrit tedavisinde ursodeoksikolik asitin klinik ve endoskopik bulguları düzeltmede etkili, histolojik bulguları düzeltmede ise etkisiz olduğunu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Feldman M, Edward LL, "Gastritis" in Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophysiology/Diagnosis/Management, M. Feldman, S. F. Lawrence, and J. B. Lawrence, Eds., pp.880-881, Saunders, Philadelphia, Pa,USA, 10th edition, 2015.
2. Pamela J Jensen, Mark Feldman. Acute hemorrhagic erosive gastropathy and chronic chemical gastropathy. Literature review current through: Apr 2017. | This topic last updated: Dec 17, 2015. UpToDate.
3. Niemelä S. Duodenogastric reflux in patients with upper abdominal complaints or gastric ulcer with particular reference to reflux-associated gastritis. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1985;115:1-56.
4. Dixon MF, O'Connor HJ, Axon AT, et al. Reflux gastritis: distinct histopathological entity? *J Clin Pathol* 1986;39:524-30.
5. Weinstein WM, Buch KL, Elashoff J, et al. The histology of the stomach in symptomatic patients after gastric surgery: a model to assess selective patterns of gastric mucosal injury. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1985;109:77-89.
6. Nakamura M, Haruma K, Kamada T, et al. Duodenogastric reflux is associated with antral metaplastic gastritis. *Gastrointest Endosc* 2001;53:53-9.
7. Orchard R, Reynolds K, Fox B, et al. Effect of lysolecithin on gastric mucosal structure and potential difference. *Gut* 1977;18:457-61.
8. Eastwood GL. Effect of pH on bile salt injury to mouse gastric mucosa. A light- and electron-microscopic study. *Gastroenterology* 1975;68:1456-65.
9. Karttunen T, Niemelä S. *Campylobacter pylori* and duodenogastric reflux in peptic ulcer disease and gastritis. *Lancet* 1988;1:118.
10. Bondurant FJ, Maull KI, Nelson HS Jr, et al. Bile reflux gastritis. *South Med J* 1987;80:161-5.
11. Stein HJ, Smyrk TC, DeMeester TR, et al. Clinical value of endoscopy and histology in the diagnosis of duodenogastric reflux disease. *Surgery* 1992;112:796-803.
12. Niemelä S, Karttunen T, Heikkilä J, Lehtola J. Characteristics of reflux gastritis. *Scand J Gastroenterol* 1987;22:349-54.
13. Chen H, Li X, Ge Z, et al. Rabeprazole combined with hydrotalcite is effective for patients with bile reflux gastritis after cholecystectomy. *Can J Gastroenterol* 2010;24:197-201.
14. Davidson ED, Hersh T. The surgical treatment of bile reflux gastritis: a study of 59 patients. *Ann Surg* 1980;192:175-8.
15. Stefaniwsky AB, Tint GS, Speck J, et al. Ursodeoxycholic acid treatment of bile reflux gastritis. *Gastroenterology* 1985;89:1000-4.
16. Buch KL, Weinstein WM, Hill TA, et al. Sucralfate therapy in patients with symptoms of alkaline reflux gastritis. A randomized, double-blind study. *Am J Med* 1985;79:49-54.
17. Nicolai JJ, van de Stadt J, Tytgat GN. Double-blind crossover trial of prostaglandin E2 in postgastrectomy reflux gastritis. *Dig Dis Sci* 1986;31:1281-6.
18. Nicolai JJ, Speelman P, Tytgat GN, et al. Comparison of the combination of cholestyramine/alginate with placebo in the treatment of postgastrectomy biliary reflux gastritis. *Eur J Clin Pharmacol* 1981;21:189-94.

Koroziv madde hasarlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi

Retrospective evaluation of corrosive injuries

Seyit UYAR¹, Süleyman DOLU¹, Mehmet KÖK¹, Gökhan KÖKER¹, Mutlu ÇATLI¹, Feyzi BOSTAN¹, Yasin ŞAHİNTÜRK¹, Ayhan Hilmi ÇEKİN²

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹İç Hastalıkları Kliniği, ²Gastroenteroloji Kliniği, Antalya

Giriş ve Amaç: Koroziv madde alımı çoğunlukla pediatrik popülasyonda yanlışlıkla içim sonrası görülse de, erişkin yaş grubunda da hala karşılaşılan bir durumdur. Oluşabilecek hasar içilen maddenin cinsi, miktarı ve mukozaya ile temas süresi ile doğrudan ilişkilidir. Hasarın erken tespit edilmesi tedavinin en önemli basamağıdır ve endoskopik görüntüleme bu konudaki en önemli yöntemdir. Biz bu çalışmada hastanemize başvurmış olan erişkin yaş koroziv madde alımlarını retrospektif olarak değerlendirmek istedik. **Gereç ve Yöntem:** 01 Ocak 2008 ve 01 Temmuz 2017 yılları arasında koroziv madde alımı ile hastanemize başvuran, 18 yaş üstü 125 vaka çalışmaya dahil edildi. Hastaların endoskopik hasar derecesi 0-1-2 olanlar hafif, 3-4 olanlar ciddi hasar olarak değerlendirildi. İçilen maddeler özelliklerine göre asidik, alkali ve diğer olarak gruplandı. **Bulgular:** 62 kadın, 63 erkek toplam 125 hastanın yaş ortalaması 39,3±15,1 yıl idi. 90 hastaya (%72) ilk 24-48 saat içinde endoskopi yapılmıştı. 95 hasta (%76) maddeyi yanlışlıkla, 30 hasta (%24) ise suisid amaçlı almıştı. 14 (14,7) hastada özofagus, 43 (%45,3) hastada mide ve 38 (%40) hastada mide ve özofagus beraber tutulmuştu. Hastaların 84'ünde (%67,2) hafif hasar (grade 0-1-2) ve 11'inde (%8,8) ciddi hasar (grade 3-4) vardı. Asidik madde alanlarda hasar oranı ve yaygın tutulum (özofagus ve mide) alkali alanlara göre daha fazla izlendi. **Sonuç:** Hastaların yaklaşık 2/3'üne endoskopi literatürde önerildiği şekilde, ilk 24-48 saat içinde yapılmıştı. Bilinenin aksine bizim çalışmamızda asidik maddeler hem daha fazla hasara hem de daha yaygın bir tutulumuna neden olmuşlardır. Bu nedenle asidik madde alan hastalar da dikkatli izlenmeli ve gereken tedaviler vakit kaybedilmeden yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Koroziv alımı, koroziv hasarlanma, özofagus, mide

GİRİŞ

Koroziv hasarlanma, kostik maddelerin kazara ya da kasıtlı olarak içilmesi neticesinde özofagusta ya da midede değişik derecede hasarlanmaya ve mortaliteye yol açabilen klinik bir durumdur (1). %80'i çocukluk çağında kazara içilmeler neticesinde görülmektedir (2). Erişkin popülasyonda ise çoğunlukla intihar amaçlı hasarlanma olmakta ve bu durum sıklıkla hayati tehdit oluşturmaktadır (3). Oluşabilecek hasarın şiddeti; içilen maddenin cinsi, miktarı ve mukozaya temas süresi ile yakından ilişkilidir. Yüzeysel eritem, erozyon, ülserasyon, nekroz ve son olarak da perforasyon kostik maddenin üst sindirim organlarına erken dönemde verdiği hasarlardır (3). Olay her zaman akut problemlerle atlatılamaz ve uzun dö-

Background and Aims: Even though corrosive ingestion was primarily detected accidentally in children, it is still found in the adult age group. The injury that can occur is directly related to the type, quantity, and duration of contact of the ingested material with the mucosa. Early detection of injury is the most important step in the treatment, and endoscopic imaging constitutes the most important method in this regard. In this study, a retrospective evaluation of corrosive injuries was conducted among the adult population. **Materials and Methods:** This study included a total of 125 patients aged more than 18 years who were admitted to our hospital with corrosive ingestion between January 01, 2008 and July 01, 2017. On the basis of the endoscopic findings, patients with grade 0-1-2 injuries were considered as those with mild injury and patients with grade 3-4 injuries were considered as those with severe injury. Corrosive substances were categorized as acidic, alkali, and others according to their properties. **Results:** The mean age of the 125 patients (62 females; 63 males) was 39.3±15.1 years. Endoscopy was performed in the first 24-48 h in 90 patients (72%). A total of 95 patients (76%) accidentally ingested the substance, whereas 30 patients (24%) intentionally did so. Involvement was only esophageal in 14 (77.4%) patients, only gastric in 43 (45.3%) patients, and both gastric and esophageal in 38 (40%) patients. Mild damage (grade 0-1-2) was found in 84 (67.2%) patients, and severe damage (grade 3-4) was detected in 11 (8.8%) patients. The rate of damage and widespread involvement (both esophageal and gastric in acidic substance ingestions were higher than that in alkaline substance ingestions). **Conclusion:** Approximately two-thirds of the patients underwent endoscopy in the first 24-48 h in accordance with the literature. In contrast with the literature, our study findings state that acidic substances caused both more damage and more extensive involvement. Therefore, patients who have ingested acidic substances should be carefully monitored and treated.

Key words: Corrosive ingestion, corrosive injury, esophagus, stomach

nemde özofagusta ve midede darlıklar, hiatus hernisi, malignite gelişimi gibi kronik komplikasyonlar gelişebilir (4). Üst gastrointestinal sistem endoskopisi oluşabilecek erken hasarın tespit etmenin en iyi yöntemidir ve endoskopik bulgular da gelişebilecek geç komplikasyonları tahmin etmenin majör belirleyicisidir. Özofagogastroduodenoskopinin (ÖGD) genellikle koroziv madde alımı sonrası ilk 12-48 saat içinde yapılması önerilse de, 96. saate kadar güvenli bir şekilde uygulanabilir (3). Mukozaya çok hassas olduğu için, oluşabilecek komplikasyonlardan dolayı işlem boyunca çok nazik olunmalı ve büyük bir özen gösterilmelidir. Zargar ve ark. tarafından oluşturulan endoskopik sınıflama (Tablo1) tedavi

Uyar S, Dolu S, Kök M, et al. Retrospective evaluation of corrosive injuries. *Endoscopy Gastrointestinal* 2017;25:57-61.

DOI: 10.17940/endoskopi.356836

İletişim: Seyit UYAR
 Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
 İç Hastalıkları Kliniği, Antalya
 Tel: +90 242 249-4400 • E-mail: seyituyar79@hotmail.com
 Geliş Tarihi: 24.08.2017 Kabul Tarihi: 02.10.2017

Tablo 1. Koroziv madde hasarında endoskopik sınıflama

Derece	zellik
Grade 0	Normal
Grade 1	Yüzeyel, mukozal dem ve eritem
Grade 2A	Yüzeyel ülserler, erozyonlar ve eksuda
Grade 2B	Derin ayrıncı ya da dairesel ülserler
Grade 3A	Fokal nekroz
Grade 3B	Yaygın nekroz
Grade 4	Perforasyon

ve prognozu belirlemede kullanılan en önemli parametredir (5). Bazı laboratuvar testleri (lökosit sayısı, C-reaktif protein, arter kan gazı), bilgisayarlı tomografi ve endoskopi ultrasonografi de bazı çalışmalarda koroziv hasarın teşhisi ve prognoz açısından kullanılmış olsa da endoskopinin yerine geçememişlerdir (6).

Genel olarak koroziv maddeler alkali ya da asit olarak değerlendirilirler. Alkali maddeler daha çok batı toplumlarındaki hasarlanmalara neden olurken, asidik maddeler gelişmekte olan ülkelerde koroziv hasara yol açarlar (7). Alkali maddeler daha yoğundurlar ve bu nedenle özofagusta daha uzun süre kalırlar. Bu maddeler doku proteinleri ile birleşerek lifekaksiyon nekrozu ve saponifikasyona (sabunlaşmaya) neden olur ve

böylece daha derin dokulara penetre olurlar. Ayrıca dokulara alkali absorpsiyonu nedeniyle vasküler tromboz oluşturabilirler (8). Asitli maddeler ise genellikle orofaringeal bölgede ağrıya neden olduğu için fazla miktarda içilemez ve yoğunluğu alkali maddelere göre daha düşük olduğu için hızlı bir Şekilde mideye geçerler (1). Bu maddeler sperfişiyal koagülasyon nekrozuna yol açar ve oluşan skar nedeniyle alkali maddeler kadar derin hasar oluşturmazlar (9).  zofagusta oluşan bu skar dokusunun koruyuculuğu nedeniyle de asitli maddelerin daha çok midede hasar oluşturduğu kabul edilir. Koroziv madde alımından hemen sonra hasarlanma başlar. Genellikle 10. günden sonra özofageal iyileşme dönemi, yaklaşık 1 ay sonra da ülserlerde epitelizasyon oluşmaya başlar (3). Bu nedenle 5. ve 15. günler arasında  GD yapmaktan kaçınılmalıdır (5). Başlayan bu iyileşme süreci aylarca devam edebilir. Bu nedenle hastalar oluşabilecek komplikasyonlar açısından belli aralıklarla kontrol edilmelidir.

Erişkin popülasyonda koroziv madde alımı ülkemizde de hala karşılaşılan bir durumdur. Biz bu çalışmada, bu konudaki klinik deneyimlerimizi ve endoskopi yapılan hastaların sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

01 Ocak 2008 ve 01 Temmuz 2017 tarihleri arasında hastanemize koroziv madde içme Őikayeti ile başvuran 18 yaş üstü hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik

Tablo 2. Hastaların demografik özellikleri, endoskopi yapılmaya kadar geçen süre, alınan maddelerin cinsi, hastane yatış süresi ve teşpit edilen endoskopik hasarının yeri ve derecesi

n=125			
Yaş (yıl)		39,3±15,1	
Cinsiyet, n (%)	Kadın	62 (49,6)	
	Erkek	63 (50,4)	
Endoskopi uygulama zamanı (saat), n (%)	<24	55 (44)	
	24-48	35 (28)	
	>48	35 (28)	
Alınan madde, n (%)	Alkali	57 (45,6)	
	Asit	57 (45,6)	
	Diğer	11 (8,8)	
Ime nedeni, n (%)	Yanlışlıkla	95 (76)	
	Suisid amaçlı	30 (24)	
Hastane yatış süreleri (gün)		2,95±2,9	
	Endoskopik olarak tutulan organ ve hasarın Şiddeti, n=95 (%76)	Hafif (Grade 1-2) n=84 (67.2)	Ciddi (Grade 3-4) n=11 (8.8)
	zofagus, n=14 (14.7)	14 (100)	0 (0)
	Mide, n=43 (45.3)	42 (97,7)	1 (2,3)
	zofagus+mide, n=38 (40)	28 (73,7)	10 (26,3)

verileri, içilen maddenin cinsi ve miktarı, endoskopi yapılma zamanı, endoskopik bulgu ve hastane yatış süreleri hasta dosyalarından incelendi. Hastaların endoskopik hasar derecesi grade 0-1-2 olanlar hafif, grade 3-4 olanlar da ciddi olarak gruplandı (10). Endoskopi yapılamamış olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Sodyum hidroksit, potasyum hidroksit, sodyum karbonat, amonyak, amonyum hidroksit, sodyum hipoklorit içeren ve sodyum fosfat içeren çamaşır suyu ve çeşitli yüzey temizleyiciler alkali, sülfürik asit, oksalik asit, hidroklorik asit ve fosforik asit içeren kireç çözücü ve çeşitli temizleyici maddeler de asidik olarak kabul edildi. Tiner nötr olduğu için ve içtiği maddeyi bilmeyen kişiler de diğerleri olarak değerlendirildi. Çalışma etik kurul onayı hastanemiz etik kurulundan alındı ve çalışma prosedürü Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yapıldı.

İstatistik analizler

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma (SS) ve medyan, minimum (min), maksimum (max)

değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Normallik testinde gruptaki örneklem sayısı 50'den küçük olduğunda Shapiro Wilks, büyük olduğunda Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normallik varsayımının sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi, sağlandığı durumlarda Student t testi kullanılmıştır. Analizler SPSS 21.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda toplam 125 hasta (62 kadın, 63 erkek) retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 39,3±15,1 yıl idi. Hastaların 55'ine (%44) ilk 24 saat içinde, 35'ine (%28) 24-48 saat arasında ve kalan 35'ine de (%28) 48. saatten sonra endoskopi yapılmıştı. Hastaların ortalama hastanede yatış süreleri 2,95±2,9 gündü. 57 hasta (%45,6) alkali, 57 hasta (%45,6) asit ve kalan 11 hasta da (%8,8) iki

Tablo 3. İçilen maddenin cinsine ve hasarın şiddetine göre verilerin karşılaştırılması

		Alkali, n= 57	Asidik, n= 57	p
Yaş (yıl), ort±SS		36,2±14,9	42,3±15,1	0,033
Cinsiyet, n (%)	Erkek	28 (49,1)	29 (50,9)	0,851
	Kadın	29 (50,9)	28 (49,1)	
Hastane yatış süresi, medyan (min-max)		2 (1-10)	2 (1-21)	0,001
Endoskopik hasar, n (%)	Hasar yok	23 (40,4) ^a	4 (7) ^b	<0,001
	Hafif	33 (57,9) ^a	44 (77,2) ^b	
	Ciddi	1 (1,8) ^a	9 (15,8) ^b	
Organ tutulumu, n (%)	Tutulum yok	23 (40,4) ^a	4 (7) ^b	<0,001
	Özofagus	6 (10,5) ^a	7 (12,3) ^a	
	Mide	23 (40,4) ^a	17 (29,8) ^a	
	Özofagus+mide	5 (8,8) ^a	29 (50,9) ^b	
		Hafif hasar (Grade 1-2) n=84	Ciddi hasar (Grade 3-4) n=11	
Yaş (yıl), ort±SS		40,6±14,9	45,4±13,2	0,318
Cinsiyet, n (%)	Erkek	44 (52,4)	6 (54,5)	0,892
	Kadın	40 (47,6)	5 (45,5)	
Hastane yatış süresi, medyan (min-max)		2 (1-7)	8 (4-21)	<0,001
İçme nedeni, n (%)	Yanlışlıkla	65 (77,4)	7 (63,6)	0,453
	Suisid amaçlı	19 (22,6)	4 (36,4)	
Endoskopi uygulama zamanı (saat), n (%)	<24	38 (45,2)	3 (27,3)	-
	24-48	25 (29,8)	4 (36,4)	
	>48	21 (25)	4 (36,4)	
Organ tutulumu, n (%)	Özofagus	14 (16,7)	0 (0)	-
	Mide	42 (50)	1 (9,1)	
	Özofagus+mide	28 (33,3)	10 (90,9)	

gruba da girmeyen madde almıştı. 95 hasta (%76) maddeyi yanlışlıkla, 30 hasta (%24) ise suisid amaçlı almıştı. 30 (%24) hastanın endoskopisinde tutulum tespit edilmemişti. Kalan 95 (%76,4) hastanın 14'ünde (14,7)  zofagus, 43'ünde (%45,3) mide ve 38'inde (%40) mide ve özofagus beraber tutulmuştu. Hastaların 84'ünde (%67,2) hafif hasar (grade 0-1-2) ve 11'inde (%8,8) ciddi hasar (grade 3-4) vardı (Tablo 2).

Alkali madde alan toplam 57 hastanın (29 kadın, 28 erkek) ortalama yaşı 36,2±14,9 yıl, asidik madde alan 57 hastanın (28 kadın, 29 erkek) ortalama yaşı ise 42,3±15,1 yıl idi. İki grup arasında cinsiyet açısından fark yok (p=0,851), yaş açısından anlamlı istatistiksel fark mevcuttu (p=0,033). Hastaların medyan hastanede yatış süreleri alkali içenlerde 2 (1-10) gün, asit içenlerde 2 (1-21) gündü (p=0,001). Yapılan endoskopilerde alkali içenlerin 23'nde (%40,4) organ tutulumu yok, 33 kişide (%57,9) hafif hasar ve 1 kişide (%1,8) ciddi hasar, asit içenlerin ise 4'nde (%7) tutulum yok, 44 kişide (%77,2) hafif hasar ve 9 kişide (%15,8) ciddi hasar mevcuttu (p<0,001). Hasar oluşan organlara bakıldığında ise; alkali içenlerin 6'sında (%10,5)  zofagus, 23 kişide (%40,4) mide, 5 kişide (%8,8)  zofagus ve mide beraber, asit içenlerin de 7'sinde (%12,3)  zofagus, 17 kişide (%29,8) mide ve 29 kişide (%50,9)  zofagus ve midede hasar oluşumu vardı (p<0,001) (Tablo 3).

Hafif hasarlı toplam 84 hastanın (40 kadın, 44 erkek) ortalama yaşı 40,6±14,9 yıl, ciddi hasarlı toplam 11 hastanın (5 kadın, 6 erkek) ortalama yaşı 45,4±13,2 yıldı ve iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu. Hastaların medyan hastanede yatış süreleri hafif hasarlılarda 2 (1-7) gün, ciddi hasarlılarda 8 (4-21) gündü (p<0,001). Hafif [65 (%77,4) kişi yanlışlıkla, 19 (%22,6) kişi suisid amaçlı] ve ciddi hasar [7 (%63,6) kişi yanlışlıkla, 4 (%36,4) kişi suisid amaçlı] oluşumunda yanlışlıkla içen hastalar ve suisidal amaçla içenler arasında fark yoktu (p=0,453). Hastaların endoskopi yapılıma zamanı ve organ tutulumları arasında, hafif ve ciddi hasarlı gruplar arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır (Tablo 3).

TARTIşMA

Hastanemize 2008 ve 2017 yılları arasında, koroziv madde alımı tanısıyla yaş ortalaması 39,3 yıl olan toplam 125 erişkin hasta başvurusu mevcuttu. Bu durum ülkemizde hala koroziv hasarının önemli ölçüde devam ettiğini göstermekte ve güncel bir konu olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Hastaların %72'sine endoskopi ilk 48 saat içinde yapılmıştı. Endoskopinin zamanlaması ile ilgili literatürde tartışma hala devam etmektedir. Poley ve ark. ilk 24 saat içinde yapılan endoskopideki bulgunun tedavi planını belirlediğini belirtmişlerdir (11). 2008 yılında bir çalışma da ise Cheng ve ark. ilk 12 saat içinde yapılan endoskopinin mukozal hasarı daha iyi tespit edebileceğini belirtmiştir (12). Başka bir çalışmada da mümkün olduğunca erken yapılan endoskopinin tedavi-

nin temel noktası olduğu belirtilmiştir (10). Koroziv alımında hasarın şiddeti alınan maddenin cinsine, miktarına ve mukozaya ile temas süresi ile ilişkilidir (13). Bizim alışmamızda alınan maddelere bakıldığında 11 madde nötr ya da ne içildiği bilinmeyen, geri kalanların ise yarısı alkali madde yarısı da asidik maddeydi. 95 kişi yanlışlıkla, 30 kişi ise suisid amaçlı koroziv almıştı. Hastalarımızın ortalama hastanede yatırılma süresi 3 gündü. 30 hastanın endoskopisi normal, 84 (%67,2) hastada hafif hasar (grade 1-2) ve 11 (%8,8) hastada ciddi hasar (grade 3-4) mevcuttu. Cheng ve ark.'nın 2008 yılında Tayvan'da yaptığı retrospektif çalışmada 273 koroziv alımı incelenmiş ve hastaların %44'ünde ciddi hasar görülmüştür (12). Bu çalışmada sadece 3 (%1) hastanın endoskopisi normal bulunmuş ve bu durum çoğunluğun intihar amaçlı maddeyi almasına bağlanmış. Bizim taramamızda yanlışlıkla alımlar çoğunluğu oluşturduğu için, iki çalışma arasındaki farklılık alım nedenine bağlanabilir.

Alınan maddenin asidik ya da alkali olması durumuna göre hastaları karşılaştırdığımızda; alkali madde içenlerde hasar olmama yüzdesi asidik madde içenlere göre daha yüksek iken, asidik madde içenlerde ise hem hafif hem de ciddi hasar görülme yüzdesi alkalilere göre istatistiksel olarak daha yüksektir. Ayrıca, alkali madde içenlerde tutulum olmama yüzdesi asidik madde içenlere göre daha yüksek iken, asidik madde içenlerde tutulumun özofagus ve midede beraber görülme yüzdesi alkalilere göre istatistiksel olarak daha yüksekti. Bu durum genel literatür bilgisi olan asitli maddelerin daha hafif hasar oluşturduğu (9) bilgisi ile tezat oluşurmaktadır. Çalışmamızda asidik madde alanların medyan hastanede kalış süresi de alkali alanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Hastaların hasar derecesine göre yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu.

Bu çalışmada prospektif çalışma yapma imkanı olmayan bir durum olan koroziv madde hasarını retrospektif olarak değerlendirdik ve verilerimizi paylaştık. Alınan maddenin bazılarının bilinmemesi ve içilen miktarın belirtilmemesi çalışmamızın kısıtlılıklarından sayılabilir. Ciddi hasarlı hastaların sayısının az olması nedeniyle tutulan organ ve endoskopi uygulama zamanında karşılaştırma yapılamaması da diğer bir kısıtlılık olarak belirtilebilir.

Koroziv madde alımı geri dönüşsüz mide ve/veya özofagus hasarına yol açabilen bir durum olarak hala klinisyelerin karşısına çıkmaktadır. Alınan maddenin cinsine, alınma nedenine, miktarına ve hastanın klinik durumuna göre hastalara ilk değerlendirilme yapılmalı ve 24-48 saat içinde endoskopi yapılması planlanmalıdır. Endoskopi tanı, tedavi ve prognoz açısından en önemli diyagnostik yöntem olmaya devam etmektedir. Bilinenin aksine bizim çalışmamızda asidik maddeler hem daha fazla hasara hem de daha yaygın bir tutulumuna neden olmuşlardır. Bu nedenle asidik madde alımları da göz ardı edilememelidir.

KAYNAKLAR

1. Koçak E. Özofagus'un acil problemleri. *Endoskopi* 2010;18:46-51.
2. Gumaste VV, Dave PB. Ingestion of corrosive substances by adults. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1-5.
3. Contini S, Scarpignato C. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: a comprehensive review. *World J Gastroenterol* 2013;19:3918-30.
4. Karaoğlu AÖ, Özütemiz Ö, İlter T, Batur Y, Yönetçi N, Tekeşin O. Caustic ingestion injuries: evaluation of 108 cases. *Turk J Gastroenterol* 1998;9:55-60.
5. Zargar SA, Kochhar R, Mehta S, Mehta SK. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrointest Endosc* 1991;37:165-69.
6. Uyar S, Kök M. Neutrophil to lymphocyte ratio as a predictor of endoscopic damage in caustic injuries. *J Clin Toxicol* 2017;7: Doi: 10.4172/2161-0495.1000349
7. Zargar SA, Kochhar R, Nagi B, Mehta S, Mehta SK. Ingestion of corrosive acids. Spectrum of injury to upper gastrointestinal tract and natural history. *Gastroenterology* 1989;97:702-7.
8. Mamede RC, de Mello Filho FV. Ingestion of caustic substances and its complications. *Sao Paulo Med J* 2001;119:10-5.
9. Havanond C. Is there a difference between the management of grade 2b and 3 corrosive gastric injuries? *J Med Assoc Thai* 2002;85:340-4.
10. Cabral C, Chirica M, de Chaisemartin C, et al. Caustic injuries of the upper digestive tract: a population observational study. *Surg Endosc* 2012;26:214-21.
11. Poley JW, Steyerberg EW, Kuipers EJ, et al. Ingestion of acid and alkaline agents: outcome and prognostic value of early upper endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2004;60:372-7.
12. Cheng HT, Cheng CL, Lin CH, et al. Caustic ingestion in adults: the role of endoscopic classification in predicting outcome. *BMC Gastroenterol* 2008;8:31.
13. Goldman LP, Weigert JM. Corrosive substance ingestion: a review. *Am J Gastroenterol* 1984;79:85.

Cerrahi ünitemizde yapılan kolonoskopik polipektomilerin histopatolojik sonuçları

Histopathological results of colonoscopic polypectomy in a surgery unit

Ayetullah TEMİZ¹, Abdülkadir KAYA²

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Erzurum

²Adilcevaz Onkoloji Hastanesi, Aile Hekimliği Birimi, Bitlis

Giriş ve Amaç: Kolorektal kanserlerin %95'inden fazlası adenomatöz polip-ten orijin alır. Kanserlerin büyük bir çoğunluğu normal görünümlü mukozadan adenomaya, displaziye ve nihai olarak karsinoma geçiş göstermektedir. Biz bu çalışmada cerrahi ünitemizde yapılan kolonoskopik polipektomilerin histopatolojik özelliklerini irdelemeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi ünitesinde Ocak-2013 ile Aralık-2015 yılları arasında kolonoskopik polipektomi yapılan hastaların verileri bölümümüz bilgi işlem veritabanından retrospektif olarak tarandı. **Bulgular:** Hastalarımızda polip görülme oranı %16,1 idi. Hastaların 165'i (%63,5) erkek, 95'i (36,5) kadın idi. Yaş ortalaması 60,87±13,1 (24-93) idi. Lokalizasyona göre polipler %42,1'i sigmoid kolon ve %29,6'sı rektumda idi. Histopatolojik değerlendirmede, poliplerin %49,5'i neoplastik polip idi. Bu poliplerin %40,2'si tübüler adenom, %4,4'ü tübülovillöz adenom, %0,6'sı villöz adenom, %1,2'si intramukozal karsinom, %3,1'i adenokarsinom idi. Adenomatöz poliplerin 52'sinde (%33) displazi izlendi. Bunların 48'i (%92) düşük dereceli displazi, 4'ü (%3) yüksek dereceli displazi idi. Polip çapı ile displazi arasında pozitif korelasyon izlendi (p=0,038). Yüksek dereceli displazi görülen hastaların tümü 50 yaş üstü hastalardı. Fakat genç hastalarda total displazi oranı daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı idi (P=0,005). **Sonuç:** Biz bu çalışmada kanser öncüsü olan adenomatöz poliplerde, literatür ile uyumlu olarak polip çapının displazi ile pozitif korelasyon gösterdiğini, total displazinin genç hastalarda, yüksek dereceli displazinin de yaşlı hastalarda daha yüksek olduğunu tespit ettik.

Anahtar kelimeler: Polip, adenom, displazi

GİRİŞ

Dünya çapında her yıl yaklaşık bir milyon kolorektal kanser (KRK) tanısı konulurken, 500.000 hasta KRK nedeniyle kaybedilmektedir (1). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2007-2008 yıllarında on iki ildeki kanser kayıt merkezi verilerine göre KRK, görülme sıklığı açısından tüm kanserler içinde %7,8 ile kadınlarda üçüncü ve %7,5 ile erkeklerde dördüncü sırada yer almaktadır (2). KRK tanısı hastaların sadece %40'ında erken evrede (lokalize hastalık evresi) konulmaktadır. KRK'deki prognoz ise tanı anındaki evreyle yakından ilişkilidir. Semptomsuz hastada kanser tanınabilmelidir, bunun için de toplumu bilgilendirmek ve tarama programları uygulamak gereklidir. Tarama sonucu prekanseröz lezyonu veya erken evre tümörü saptama olasılığı fazladır. Yapılan çalışmalar tarama ve izlemin KRK mortalitesini azalttığı

Background and Aims: More than 95% of colorectal cancers are of adenomatous polyps origin. A large majority of cancers undergo a transition from normal-looking mucosa to adenoma, dysplasia, and eventually carcinoma. In this study, we aimed to investigate the histopathologic features of colonoscopic polypectomy performed in our surgical unit. **Materials and Methods:** The data from patients who underwent colonoscopic polypectomy between January 2013 and December 2015 in the surgical endoscopy unit at Erzurum Regional Training and Research Hospital were scanned retrospectively from our department data processing database. **Results:** The rate of polyps in our patients was 16.1%. One hundred and sixty-five (63.5%) of the patients were male, and 95 (36.5%) were female. The mean age was 60.87±13.1 years (24-93 years old). According to polyp location, 42.1% were in the sigmoid colon, and 29.6% were in the rectum. On histopathological evaluation, 49.5% of the polyps were neoplastic polyps. Tubular adenomas were found in 40.2%, tubulovillous adenomas in 4.4%, villous adenomas in 0.6%, intramucosal carcinomas in 1.2%, and adenocarcinomas in 3.1% of these polyps. Dysplasia was observed in 52 (33%) of adenomatous polyps. Of these, 48 (92%) were low-grade dysplasia, and 4 (3%) were high-grade dysplasia. A positive correlation was observed between polyp diameter and dysplasia (p=0.038). All of the patients with high-grade dysplasia were over 50 years old. However, the rate of total dysplasia was higher in younger patients and was statistically significant (p=0.005). **Conclusion:** In this study, we found that polyp diameter correlates positively with dysplasia in adenomatous polyps, which are cancer precursors, and that total dysplasia is higher in young patients and high-grade dysplasia in elderly patients.

Key words: Polyp, adenoma, dysplasia

göstermiştir (3-5). Kanserlerin %95'inden fazlası adenomatöz polipten orijin alır. KRK'lerin büyük bir çoğunluğu normal görünümlü mukozadan adenoma, displazi ve nihai olarak karsinoma geçiş gösteren sıralı yolakla meydana gelir. Genelde 50 yaşından sonra adenomatöz polipler sıklıkla görülmekle beraber poliplerin büyük bir çoğunluğu adenokarsinoma ilerlemez (6). Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı da semptomsuz hastalarda KRK taramaları için 50 yaşından itibaren tarama kolonoskopisi'ni önermektedir. Kolonoskopi ile kolonik mukozanın direk görülmesi; biyopsi olanağı, polip ve lokal tümörlerin çıkarılmasına olanak sağlaması ile diğer tarama testlere göre avantajlıdır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji kolonoskopiyi ulaşılabilirliğinin olduğu yerlerde tercih edilen tarama testi olarak belirtmektedir (7). Biz bu çalışmada

Temiz A. Kaya A. Histopathological results of colonoscopic polypectomy in a surgery unit. Endoscopy Gastrointestinal 2017;25:62-65.

DOI: 10.17940/endoskopi.339849

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu olgu için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Makalemiz Retrospektif bir çalışma olduğu için etik kurul onamı ve hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmamıştır. Makalemiz herhangi bir kongrede sunulmamıştır.

İletişim: Ayetullah TEMİZ

Adnan Menderes Mh. Hilal Sok. Bulutlar Deren Sitesi

A Blok No. 13 Palandöken Erzurum

E-mail: temiz-49@hotmail.com

Geliş Tarihi: 03.06.2017 Kabul Tarihi: 21.07.2017

Erzurum ve bölgesine hitap eden cerrahi ünitemizde yapılan kolonoskopik polipektomilerin histopatolojik özelliklerini irdelemeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi endoskopi ünitesinde Ocak-2013 ile Aralık-2015 yılları arasında kolonoskopik polipektomi yapılan hastaların verileri bölümümüz bilgi işlem veritabanından retrospektif olarak tarandı. 10'dan fazla polip görülen hastalar, tukayıcı kitleler ve daha önce kolorektal kanser tanısı alan hastalar değerlendirilmeye alınmadı. Çalışmamızdaki hastalardan endoskopi işlemi öncesi aydınlatılmış yazılı onam alındı. Kolonoskopi işlemi için randevu verilen tüm hastalara, standart olarak 3 gün öncesinden posasız sulu gıda rejimine başlandı. İşlemden bir gün önce 2 adet X-M (Sennozid A+B) laktasif solüsyon oral yoldan, işlem sabahı 2 adet BT, Enema (sodyum dihidrojen fosfat+dihidrojen fosfat) rektal yoldan verilerek barsak temizliği yapıldı. Tüm kolonoskopik işlemler Fujinon Corporation markalı videoskopla yapıldı. Toplam 1.618 hastaya kolonoskopi yapıldı. 260 hastada 321 adet kolonoskopik polipektomi işlemi gerçekleştirildi. Hastalara ait demografik bilgiler (yaş, cinsiyet) kolonoskopi raporundaki polip lokalizasyonu, çapı, sayısı ve polibin sapsız olup olmadığı ile patoloji raporundaki polibin histopatolojik tanısı ve özellikleri hastanemiz bilgisayar kayıtlarından bulunarak kayıt altına alındı.

Hastaların verileri SPSS Windows 21.0 programına kaydedilerek istatistiksel analizler gerçekleştirildi ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastalarımızda polip görülme oranı %16,1 idi. Hastaların 165'i (%63,5) erkek, 95'i (36,5) kadın idi. Yaş ortalaması $60,87 \pm 13,1$ (24-93) idi. Lokalizasyona göre poliplerin %1,9'u çekum, %1,6'sı çıkan kolon, %0,6'sı hepatik fleksura, %8,1'i transvers kolon, %2,2'si splenik fleksura, %13,4'ü inen kolon, %42,1'i sigmoid kolon, %29,6'sı rektum, %0,6'sı anal kanaldan çıkarıldı (Tablo 1). Histopatolojik değerlendirmede, poliplerin %49,5'i neoplastik polip idi. Bu poliplerin %40,2'si tübüler adenom, %4,4'ü tubülovillöz adenom, %0,6'sı villöz adenom, %1,2'si intramukozal karsinom, %3,1'i adenokarsinom idi. Adenomatöz poliplerin 52'sinde (%33) displazi izlendi. Bunların 48'i (%92) düşük dereceli displazi, 4'ü (%3) yüksek dereceli displazi idi. Neoplastik olmayan poliplerin oranı %50,5 idi. Bunların %34'ü hiperplastik polip, %4'ü serrated adenom, %3,7'si juvenil polip, %6,2'si enflamatuvar polip, %1,9'u normal kolon yüzeyi, %0,3'ü lipom ve %0,3'ü lenfoid polip olarak rapor edildi (Tablo.2). Poliplerin %67'si 1 adet, %19,3'ü 2 adet, %9,7'si 3 adet, %2,5'i 4 adet, %1,6'sı 5 adet idi. Poliplerin %48,6'sı küçük çaplı (0-5 mm), %32,1'i orta çaplı (6-10 mm) ve %19,3'ü büyük çaplı (10 mm'den büyük) idi. Poliplerin %57,9'u sapsız, %42,1'i sapsız idi. Displazi saptanan poliplerin oranı, küçük çaplı polipler-

de (0-5 mm) %25, orta çaplı poliplerde (6-10 mm) %44 ve büyük çaplı poliplerde (10 mm'den büyük) %47 olarak izlendi. Polip çapı ile displazi arasında pozitif korelasyon izlendi ($p=0,038$). Displazi ile polibin sayısı, lokalizasyonu ve sapsız arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. 50 yaş üstü hastalarda adenomatöz poliplerin görülme oranı %47,3 iken 50 yaş ve altı hastalarda oran %37,5 idi. Malign poliplerin görülme oranı 50 yaş üstü hastalarda %4,8 iken 50 yaş ve altı hastalarda oran %2,7 idi. 50 yaş üstü hastalarda adenomatöz poliplerde displazi görülme oranı %30 iken 50 yaş ve altı hastalarda oran %70 idi. Yüksek dereceli displazi görülen hastaların tümü 50 yaş üstü hastalardı. Fakat genç hastalarda total displazi oranı daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,005$) (Tablo 3).

Tablo 1. Kolondaki polip yerleşim yerine göre dağılımı

Polip Lokalizasyonu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çekum	6	1,9
Çıkan kolon	5	1,6
Hepatik fleksura	2	0,6
Transvers kolon	26	7,1
Splenik fleksura	7	2,2
Inen kolon	43	13,4
Sigmoid kolon	135	42,1
Rektum	95	29,6
Anal kanal	2	0,6
Toplam	321	100

Tablo 2. Kolonoskopik polipektomi yapılan olguların histopatolojik sonuçları

Histopatolojik Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Neoplastik Polipler	159	49,5
Tübüler adenom	129	40,2
Tübülovillöz adenom	14	4,4
Villöz adenom	2	0,6
Intramukozal karsinom	4	1,2
Adenokarsinom	10	3,1
Neoplastik olmayan polipler	162	50,5
Serrated adenom	13	4,0
Hiperplastik polip	109	34,0
Juvenil polip	12	3,7
Enflamatuvar polip	20	6,2
Normal kolon yüzeyi	6	1,9
Lipom	1	0,3
Lenfoid	1	0,3
Toplam	321	100

TARTIŞMA

Kolon ve rektum mukozasından lümen çıkıntı yapan normal dışı tüm yapılar polip olarak adlandırılır. Doğrudan mukozadan kaynaklanmayan kitleler de mukozayı kabartarak polip görüntüsü oluşturabilirler. Bu tür lezyonları da genellikle polipoid lezyon şeklinde tanımlamak uygundur. Kolonoskopi sırasında saptanan poliplerin boyutuna bakılmaksızın potansiyel kanser nedeniyle çıkartılması ve patolojik tanısının konması önerilmektedir. Polipler histolojik olarak neoplastik veya non- neoplastik olarak sınıflandırılırlar. Ayrıca polipler saplı veya sapsız, tek veya birden fazla olabilirler. Polipler klinik olarak genellikle asemptomatik olmakla beraber bazen rektal kanama, demir eksikliği anemisi görülürken, sol kolon yerleşimli büyük poliplerde hasta obstrüksiyon ile gelebilmektedir. Sıklıkla sol kolon ve rektumda görülürler.

Yaptığımız çalışmada polip görülme oranı %16,1 idi. Hastaların 165'i (%63,5) erkek, 95'i (36,5) kadın idi. Lokalizasyona göre polipler en çok %42,1'i sigmoid kolon ve %29,6'sı rektumda lokalize idi. Yapılan bir çalışmada 675 olguluk bir seride %47 sigmoid kolon, %18,7 inen kolon, %13,6 transvers kolon, %12,5 rektumda polip olduğu bildirilmiştir (8). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada %47.0 rektosigmoid, %19.3 inen kolon, %11.2 transvers kolon, %8.5 çıkan kolon ve %4.6 çekumda polip saptandığı bildirilmiştir (9). Bu sonuçlar ile karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızdaki poliplerin kolondaki dağılımının literatür ile uyumlu olduğu görüldü.

Prekanseroz polipler olarak kabul edilen neoplastik polipler tüm poliplerin yaklaşık 2/3'ünü oluşturmakta olup villöz dokuya göre sınıflandırılır. Villöz dokusu olmayan polipler tübüler adenom, villöz doku ve tübüler dokusu beraber olan poliplere tübülovillöz adenom ve tamamen villöz dokudan

Tablo 3. Kolonoskopik polipektomi yapılan olgularda adenomatöz poliplerde displazi gelişen poliplerin özellikleri

		Displazi Yok n (%)	Displazi Var n (%)	Toplam	P değeri
Cinsiyet	Erkek	56 (%59)	39 (%41)	95	0,072
	Kadın	37 (%74)	13 (%26)	50	
Yaş	50 yaş ve altı	11 (%40)	82 (%70)	93	0,005
	50 yaş üstü	16 (%60)	36 (%30)	52	
Patoloji	Tübüler adenom	83 (%64)	46 (%36)	129	0,196
	Tübülovillöz adenom	9 (%64)	5 (%36)	14	
	Villöz adenom	1 (%50)	1 (%50)	2	
Lokalizasyon	Çekum	3 (%75)	1 (%25)	4	0,639
	Çıkan kolon	1 (%33)	2 (%66)	3	
	Hepatik fleksura	2 (%100)	0 (%0)	2	
	Transvers kolon	4 (%44)	5 (%46)	9	
	Splenik fleksura	3 (%75)	1 (%25)	4	
	Inen kolon	15 (%60)	10 (%40)	25	
	Sigmoid kolon	45 (%69)	20 (%39)	65	
	Rektum	19 (%59)	13 (%41)	32	
	Anal kanal	1 (%100)	0 (%0)	1	
Polip sayısı	1 adet	64 (%66)	33 (%34)	97	0,763
	2 adet	13 (%56)	10 (%44)	23	
	3 adet	12 (%67)	6 (%33)	18	
	4 adet	3 (%50)	3 (%50)	6	
	5 adet	1 (%100)	0 (%0)	1	
Polip çapı	0-5 mm	49 (%75)	16 (%25)	65	0,038
	6-10 mm	27 (%56)	21 (%44)	48	
	10 mm'den büyük	17 (%53)	15 (%47)	32	
Polip sapı	Saplı	55 (%62)	34 (%38)	89	0,348
	Sapsız	38 (%68)	18 (%32)	56	
Toplam		93 (%64)	52 (%36)	145	

oluşan poliplere villöz adenom denilmektedir. Adenomatöz poliplerin %80-86'sını tübüler adenomlar, %3-16'sını villöz adenomlar ve %8-16'sını tübülovillöz adenomlar oluşturmaktadır (8,10). Bu adenomların %5'i kansere dönüşebilmektedir. Bizim çalışmamızda poliplerin %49,5'i neoplastik polip idi. Bu poliplerin %40,2'si tübüler adenom, %4,4'ü tübülovillöz adenom, %0,6'sı villöz adenom, %1,2'si intramukozal karsinom, %3,1'i adenokarsinom idi.

Adenomdan kansere dönüşümde en önemli histopatoloji göstergesi displazi derecesidir. Villöz histoloji, artmış polip boyutu yüksek dereceli displazi ve polip sayısındaki artış kanser için risk faktörleridir. Özellikle displazi derecesi yüksek adenomlarda kansere progresyon riski daha yüksektir (9,11). Yapılan çalışmalarda adenomatöz polipte düşük dereceli displazi oranı %19-20,8, yüksek dereceli displazi oranı %6,7-8 olarak bildirilmiştir (9,12). Çalışmamızdaki adenomatöz poliplerdeki düşük dereceli displazi oranı %33, yüksek dereceli displazi oranı %3 olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda polip çapı artıkça displazi gelişimi ve malignite riski artmakta ve 2 cm veya daha büyük poliplerde malignite riskinin %10'dan fazla olduğu bildirilmektedir (13). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada displazi saptanmayan neoplastik olmayan poliplerin ortalama çapı 5.3 ± 3.0 mm iken, düşük derece displazi mevcut olan olguların ortalama polip çapı 6.4 ± 4.0 mm, yüksek derece displazi saptanan poliplerin ortalama çapı 7.9 ± 5.0 mm olarak saptandığı, polibin çapı ile displazi arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir (14). Yaptığımız çalışmada displazi saptanan

poliplerin oranı, küçük çaplı poliplerde (0-5 mm) %25, orta çaplı poliplerde (6-10 mm) %44 ve büyük çaplı poliplerde (10 mm'den büyük) %47 olarak izlendi. Polip çapı ile displazi arasında pozitif korelasyon izlendi ($p=0,038$).

Adenomlarda yaş artıkça polip görülme sıklığı, büyüklüğü ve displazi gelişme oranı artmaktadır (15-17). Yapılan çalışmalarda genç hastalarda düşük dereceli displazi oranı daha yüksekken yaş artıkça yüksek dereceli displazi oranı da artmaktadır (18,19). Bizim çalışmamızda 50 yaş üstü hastalarda adenomatöz poliplerin görülme oranı %47,3 iken 50 yaş ve altı hastalarda oran %37,5 idi. Malign poliplerin görülme oranı 50 yaş üstü hastalarda %4,8 iken 50 yaş ve altı hastalarda oran %2,7 idi. 50 yaş üstü hastalarda adenomatöz poliplerde displazi görülme oranı %30 iken 50 yaş ve altı hastalarda oran %70 idi. Yüksek dereceli displazi görülen hastaların tümü 50 yaş üstü hastalardı. Fakat genç hastalarda total displazi oranı daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,005$).

Sonuç olarak Doğu Anadolu Bölgemizin geniş kesimine hizmet veren endoskopi ünitemizde kolorektal polipler ve adenomatöz poliplerdeki displazi ayrıntıları ile irdelenmiştir. Biz bu çalışmada kanser öncüsü olan adenomatöz poliplerde, literatür ile uyumlu olarak polip çapının displazi ile pozitif korelasyon gösterdiğini ve total displazinin genç hastalarda, yüksek dereceli displazinin de yaşlı hastalarda daha yüksek olduğunu tespit ettik. Özellikle displazi saptanan olgulardaki prognozun ortaya konması için geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Winawer SJ. The multidisciplinary management of gastrointestinal cancer. Colorectal cancer screening. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2007;21:1031-48.
- Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2006-2008 Yılları Türkiye Kanser İnsidansı, www.kanser.gov.tr
- Kolorektal polipler ve polipozis sendromları. Tözün N, Şimşek H, Özkan H, Şimşek I, Gören A, (Eds) Klinik Gastroenteroloji ve Hepatoloji. Medikal ve Nobel Yayıncılık, 2007:963-70.
- Dolar E, editör. Kolorektal Tümörler. Nobel ve Güneş Yayınları. 2005: 400-8.
- Eddy DM. Screening for colorectal cancer. Ann Intern Med 1990;113:373-84.
- Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. Gastroenterology 2008;134:1570-95.
- Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, et al; American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009. Am J Gastroenterol 2009;104:739-50.
- Konishi F, Morson BC. Pathology of colorectal adenomas: A colonoscopic survey. J Clin Pathol 1982;35:830-41.
- Eminler AT, Sakalı M, Irak K, et al. Gastroenteroloji ünitemizdeki kolonoskopik polipektomi sonuçlarımız. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2011;10:112-5.
- O'Brien MJ, Winaver SJ, Zauber AG, et al. The National Polyp Study: Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. Gastroenterology 1990;98:371-9.
- Heitman SJ, Ronksley PE, Hilsden RJ, et al. Prevalence of adenomas and colorectal cancer in average risk individuals: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2009;7:1272-8.
- Weinberg DS. Large adenoma recurrence after polypectomy. Gastrointest Endosc 2009;70:350-2.
- Korkmaz H, Kendir IC, Akkaya Ö. Evaluation of size, localization and histopathologic structures of colonic polyps. Endoscopy Gastrointestinal. 2016;(24):13-17.
- Oymacı E, Sarı E, Uçar AD, et al. Cerrahi endoskopi ünitemizdeki kolonoskopik polipektomi sonuçlarımızın değerlendirilmesi. Kolon Rektum Hast Derg 2014;24:118-24.
- Williams AR, Balasooriya BAW, Day DW. Polyp and cancer of the large bowel: A necropsy study in Liverpool. Gut 1982;23:835-42.
- Vatn MH, Staisberg H. The prevalence of polyps of the large intestine in Oslo: An autopsy study. Cancer 1982;49:819-25.
- Eide TJ. The age, sex and site specific occurrence of adenomas and carcinomas of the large intestine within a defined population. Scand J Gastroenterol 1986;21:1083-8.
- Cekodhima G, Cekodhima A, Beqiri A, et al. Demographic and histopathological characteristics of colorectal polyps: a descriptive study based on samples obtained from symptomatic patients. Zdrav Var 2016;55:118-23.
- Qureshi A, Shihi SA, Ali Z, Shalaby A. A retrospective study of clinicopathological characteristics of colonic polyps in adults seen at a tertiary care centre. JPMA. J Pak Med Assoc 2017;67:12-4.

Kolonoskopik polipektomi sonuçlarımızın analizi

Analysis of colonoscopic polypectomy results

Adil COŞKUN, Altay KANDEMİR

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş ve Amaç: Kolorektal poliplerin endoskopik olarak çıkarılması kolorektal kanser insidansını ve mortalitesini azaltabilir. Biz bu çalışmayı, endoskopi ünitemizde kolonoskopi ile tespit edilen poliplerin tip, boyut ve histopatolojik özelliklerini saptamak amacıyla yaptık. **Gereç ve Yöntem:** Adnan Menderes Üniversitesi Gastroenteroloji Bölümü Endoskopi Ünitesi'nde son dört yılda çeşitli endikasyonlarla kolonoskopi yapılan 18 yaş üzeri hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Kolonoskopi yapılan toplam 3.953 hastanın 525'inde (%13.3) 808 adet polip tespit edildi. 525 hastanın 171'i (%32.6) kadın, 354'ü (%67.4) erkekti ve yaş ortalaması 62.8±11.4 idi. 808 polipten, 617 (%76.4) polip kolonun sol tarafında bulundu. En sık görülen bölge sigmoid kolonu (%25.2). Hastalar arasında, 454 hasta (%86.5) 50 yaşın üstündeydi ve 60-69 yaş grubunda (%35.6) polipler daha sık tespit edildi. Histopatolojik tipler temelinde, tübüler adenom [n = 604 (%74.8)] en sık rastlanan polipti ve adenokarsinoma 808 polip içinde 19'unda (%2.4) saptandı, 690 (%85.4) polipin boyutu 1 cm'den küçüktü. **Sonuç:** Kolon polipleri, kanser gelişim riski nedeniyle önemli bir sağlık problemi oluşturmaktadır ve kolon polipleri genellikle ileri yaşlarda saptanmaktadır. Bunların çoğunluğu kolonun sol tarafında bulunmakta, sıklıkla tübüler adenom tipinde, ve çapları 1 cm'den daha azdır.

Anahtar kelimeler: Kolorektal polipler, histopatoloji, lokalizasyon

GİRİŞ

Gastrointestinal (GI) polip, barsak lümeni içine doğru çıkıntı yapan ayrı bir dokudur. Bir polibin saplı olup olmamasına, boyutu, görünüşü ve sayısına bakılmaksızın spesifik tanımlı histolojik özelliklere dayanmaktadır. Kolonik polipler histolojik özelliklerine göre neoplastik polipler (adenomlar, karsinomlar) ve non-neoplastik polipler (hiperplastik, hamartomatöz, inflamatuvar polipler vs.) olarak 2 majör grupta sınıflandırılmaktadır (1). Poliplerin kolonik mukozada normal hücre proliferasyonu ve diferansiyasyonundaki veya apoptozisin herhangi bir basamağındaki yetersizlik sonucu oluştuğu sanılmaktadır (2). Neoplastik polipler veya adenomlar malign potansiyele sahiptir ve villöz dokunun varlığına ve hacmine bağlı olarak Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tübüler, tübülovillöz veya villöz adenomlar olarak sınıflandırılır (3). Kolorektal poliplerin endoskopik olarak çıkarılması kolorektal kanser (KRK) insidansını ve mortalitesini azaltmaktadır. Kolonoskopi yapan tüm endoskopistler için de bir beceri olarak düşünülmektedir (4-6).

Coşkun A, Kandemir A. Analysis of colonoscopic polypectomy results. *Endoscopy Gastrointestinal* 2017;25:66-69.

DOI: 10.17940/endoskopi.356838

Background and Aims: The endoscopic removal of colorectal polyps can reduce the incidence and mortality of colorectal cancer. We conducted this study to determine the type, size, and histopathological features of polyps detected using colonoscopy that was performed in our endoscopy unit. **Materials and Methods:** Patients aged more than 18 years who underwent colonoscopy due to various indications at Adnan Menderes University Department of Gastroenterology, Endoscopy Unit in the last 4 years were retrospectively evaluated. **Results:** A total of 808 polyps were detected in 525 (13.3%) of 3,953 patients who underwent colonoscopy. Of the 525 patients, 171 (32.6%) were females and 354 (67.4%) were males, with an average age of 62.8±11.4 years. Of the 808 polyps, 617 (76.4%) polyps were located in the left side of the colon. The most common site was the sigmoid colon (25.2%). Among the patients, 454 patients (86.5%) were aged more than 50 years, and polyps were more frequently detected among those in the age group of 60-69 years (35.6%). On the basis of the histopathological types, tubular adenoma was the most commonly detected polyp [n = 604 (74.8%)], and adenocarcinoma was detected in 19 (2.4%) of 808 polyps. The size of 690 (85.4%) polyps was less than 1 cm. **Conclusion:** Colon polyps constitute an important health problem due to the development of cancer, and colon polyps are usually found at older ages. The majority of these are found on the left side of the colon, frequently in tubular adenoma type, and less than 1 cm in diameter.

Key words: Colorectal polyps, histopathology, localization

Bu çalışmada endoskopi ünitemizde çeşitli nedenlerle yapılan kolonoskopilerde saptanan poliplerin tip, boyut ve histopatolojik özelliklerini dökümanete etmeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitesi'nde 2012 ve 2016 yılları arasında çeşitli endikasyonlar nedeniyle kolonoskopi yapılan 18 yaş üstü hastaların raporları geriye dönük olarak değerlendirildi. Polipektomi yapılan ve biyopsi sonuçlarına ulaşılan hastalar çalışmaya alındı.

Tüm hastaların verileri olgu kayıt formuna kaydedildi. Çalışmaya alınan tüm olguların yaşı, cinsiyeti, kolon poliplerinin histopatolojik tipi, poliplerin yerleşim yerleri; rektum, sigmoid kolon, inen kolon, transvers kolon, çıkan kolon ve çekum olmak üzere bölgelere ayrılarak, polip sayısı ve büyüklükleri ile birlikte kaydedildi.

İletişim: Adil COŞKUN

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı, Aydın

Tel: +90 256 444 12 56 • E-mail: adilcoskun@gmail.com

Geliş Tarihi: 23.08.2017 Kabul Tarihi: 10.10.2017

Aşağıdaki kriterlerden herhangi birine sahip olan polipli bir hasta yüksek riskli olarak tanımlandı (7).

1. Adenom boyutu ≥ 1 cm
2. Toplam adenom sayısı ≥ 3
3. Önemli villöz bileşen
4. Yüksek dereceli displazi

İstatistik

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak gösterildi. Gruplara göre karşılaştırmada Independent-Samples t-test kullanıldı. Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri sayı (%) olarak gösterildi. Gruplara göre karşılaştırmada Ki kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmamızda kolonoskopi yapılmış 3953 hastanın 525 (%13,3) tanesinde toplam 808 adet polip tespit ettik. Hastalar yaş ortalaması $62,8 \pm 11,4$ olan 171 (%32,6) kadın ve 354 (67,4) erkekten oluşmakta idi. Poliplerin 189'u (%23,4) rektumda, 204'ü (%25,3) sigmoid kolonda, 164'ü (%20,3) inen kolonda, 124'ü (%15,3) transvers kolonda, 107'si (%13,2) çıkan kolonda, 20'si (%2,5) çekumda izlendi. Poliplerin 617'si (%76,4) sol kolon, 191'i (%23,6) sağ kolon yerleşimli idi. 50 yaş üzeri hasta sayısı 454 (%88,4) olup en çok 60-69 yaş aralığında (%35,6) polip saptandı (Tablo 1).

Çalışmaya alınan 525 hastanın %63'ünde tek polip, %37'sinde birden fazla polip vardı. Histopatolojik tiplerine göre en büyük polip grubunu 604 (%74,8) polip ile tübüler adenom oluştururken, 19'unda (%2,4) adenokarsinom tespit edildi (Tablo 2). Tübüler adenom kolonun tüm lokalizasyonlarında en sık saptanan polip tipi olarak gözlemlendi. Poliplerin 690 (%85,4) tanesinin boyutu 1 cm'nin altında, 93 (%11,5) tanesinin boyutu 1-2 cm arasında, 25 (%3,1) tanesinin boyutu ise 2 cm'nin üzerinde idi.

Kolondaki polipler erkeklerde daha sık görülürken, lokalizasyon

ya göre cinsiyet arasında fark izlenmedi ($p=0,812$). Polip lokalizasyonu ile hasta yaşı arasında da anlamlı fark yoktu ($p=0,0764$).

Tanımlanan 808 polipten 667'si (%82,5) adenom idi. Bunların 604'ü (%90,6) tübüler adenom, 51'i (%7,7) tübülovillöz adenom, 9'u (%1,3) villöz adenom ve 3'ü (%0,4) serrated adenomdan oluşmaktaydı (Tablo 3). Tübüler adenomların çapı genel olarak 1 cm'nin altındaydı. Tübülovillöz adenomların 1 cm'nin üzerinde görülme olasılığı diğerlerine göre daha fazla bulunmuştur ($p=0,001$).

Toplam 146 (%27,8) hasta yüksek risk grubunda idi. Yüksek riskli hastaların yaş ortalaması düşük riskli hastaların yaş ortalamasından daha yüksekti (sırasıyla $65,05 \pm 11,86$ yıl ve $61,92 \pm 11,08$ yıl, $p=0,005$). Yüksek riskli hastalar ile düşük riskli hastalar arasında cinsiyete göre anlamlı fark yoktu ($p=0,075$). Yüksek riskli ve düşük riskli hastaların özellikleri Tablo 4'te gösterilmektedir.

TARTIŞMA

Poliplerin çoğu asemptomatiktir ve tesadüfen bulunur. En önemli klinik belirtisini rektal kanama oluşturmaktadır. Büyük polipler ise, nadiren kabızlık, gaita şeklinde değişiklik, obstrüksiyon ve karın ağrısına neden olabilirler (8). Her ebattaki poliplerin saptanmasında en doğru yöntem kolonoskopi olup biyopsi alınmasına veya polipektomi yapılmasına izin verir (3). Çoğu polip sol kolondadır (9). Polibi olan hastaların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır (10,11).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda polip görülme sıklığı %11,1 ile %22 arasında, sol kolon tutulumu %66,3 ile %69,3 arasında, erkeklerde görülme oranı ise %59,3 ile %69,3 arasında bildirilmiştir (12-14). Çalışmamızda kolonoskopi yapılmış hastaların %13,3'ünde polip tespit ettik. Poliplerin %76,4'ünü sol kolon yerleşimli, erkeklerde görülme oranını %67,4 olarak literatürle uyumlu bulduk. Poliplerin 189'u (%23,4) rektumda, 204'ü (%25,2) sigmoid kolonda, 164'ü (%20,3) inen kolonda, 124'ü (%15,3) transvers kolonda, 107'si (%13,2) çıkan kolonda, 20'si (%2,5) çekumda izlendi. Eminler ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; %47,0 rektosigmoid, %19,3 inen kolon, %11,2 transvers kolon, %8,5

Tablo 1. Kolon poliplerinin lokalizasyon, cinsiyet ve yaş dağılımı

Lokalizasyon	Cinsiyet n (%)		Yaş Aralığı n (%)						Toplam
	Kadın	Erkek	< 30	30-39	40-49	50-59	60-69	> 70	
Rektum	64 (%34)	125 (%66)	3 (%2)	6 (%3)	17 (%9)	42 (%22)	66 (%35)	55 (%29)	189 (%100)
Sigmoid kolon	59 (%29)	145 (%71)	1 (%0)	1 (%0)	18 (%9)	48 (%24)	73 (%36)	63 (%31)	204 (%100)
Inen kolon	42 (%26)	122 (%74)	2 (%1)	5 (%3)	11 (%7)	31 (%19)	53 (%32)	62 (%38)	164 (%100)
Transvers kolon	31 (%25)	93 (%75)	1 (%1)	3 (%2)	4 (%3)	33 (%27)	43 (%35)	40 (%32)	124 (%100)
Çıkan kolon	32 (%30)	75 (%70)	0 (%0)	5 (%5)	6 (%6)	18 (%17)	52 (%49)	26 (%24)	107 (%100)
Çekum	4 (%20)	16 (%80)	0 (%0)	1 (%5)	2 (%10)	3 (%15)	8 (%40)	6 (%30)	20 (%100)

çıkan kolon ve %4,6 çekumda polip saptandığı bildirilmiştir (14). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kolorektal poliplerin yaklaşık %70'i adenomlardır (3). Adenomatöz polipin saptanması, KRK'in önlenmesinde önemli bir adımdır. Adenom tespit oranı, incelenen popülasyona göre değişmekte olup batı ülkelerinde Asya'dan daha yüksek oranlarda adenom saptanmaktadır (15). Adenomatöz polipler; histolojik olarak, tübüler, tübülovillöz ve villöz olarak sınıflandırılır. Adenomların %80-86'sını tübüler adenom, %8-16'sını tübülovillöz adenom ve %3-16'sını villöz adenomlar oluşturmaktadır. Adenomların çoğu 1 cm'den küçüktür. Tübüler adenomlar %77 oranında 1 cm'den küçük, %20 oranında 1-2 cm, %4 oranında 2 cm'den büyüktür. Tübülovillöz adenomlar %25 oranında 1 cm'den küçük, %47 oranında 1-2 cm, %29 oranında 2 cm'den büyüktür. Villöz adenomlar %14 oranında 1 cm'den küçük, %26 oranında 1-2 cm, %60 oranında 2 cm'den büyüktür (1). Hiperplastik poliplerin %13'ünde adenomatöz transformasyon oluşur. Buna mixed hiperplastik-adenomatöz polip denir. Eğer bu polip büyük ise, nükleer atipi ve göze çarpan yapısal distorsiyon varsa, hiperplastikten ziyade adenomatöz yapı gösteriyorsa buna serrated adenom denir (2). Solakoğlu ve ark.'nın çalışmasında adenom oranı %81,7, adenomların %86,8'i tübüler adenom, %8,1'i tübülovillöz adenom, %3,5'i villöz adenom ve %1,6'sı serrated adenom olarak raporlanmıştır (12). Çalışmamızda

adenom oranı %82,5 idi. Adenomların %90,6'sı tübüler adenom, %7,7'si tübülovillöz adenom, %1,3'ü villöz adenom ve %0,4'ü serrated adenomdan oluşmakta olup sonuçlar benzerdi. Kolon polipleri nadiren de olsa adenokarsinom olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda adenokarsinom görülme oranları %0,8 ile %5,6 arasında bildirilmiştir (14,16,17). Bizim adenokarsinom görülme oranımız %2,4 olup literatür ile uyumluydu.

Bernstein ve ark. (18) cinsiyetin polip dağılımı üzerinde bir etkisi olmadığını, Ellidokuz ve ark. (19) kolorektal polip dağılımının yaş ve cinsiyetten etkilenmediğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda polip lokalizasyonu ile cinsiyet arasında fark izlenmedi ($p=0,812$). Polip lokalizasyonu ile hasta yaşı arasında da anlamlı fark yoktu ($p=0,0764$).

Polip prevalansı yaşla birlikte artış göstermekte ve yaşlı hastalarda polip görülme riski artmaktadır (20). The National Polyp Study 50 yaşın altındaki hastalarda %13, 50 ile 59 yaş arasında %28, 60 ile 69 yaş arasında %39, 70 ile 79 yaş arasında %18, 80 yaş ve üzerinde %2 adenom oranı bildirmiştir (21). Biz de en çok 60-69 yaş aralığındaki hastalarda (%35,6) polip tespit ettik.

Solakoğlu ve ark. hastalarının %37,6'sının yüksek risk grubunda olduğunu ve bunların yaş ortalamasının düşük riskli hastalardan daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (12). Yüksek riskli hastalar ile düşük riskli hastalar arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulmamışlardır. Benzer şekilde çalışmamızda yüksek riskli hastaların yaş ortalaması düşük riskli hastaların yaş ortalamasından daha yüksekti (sırasıyla $65,05\pm 11,86$ yıl ve $61,92\pm 11,08$ yıl, $p = 0,005$). Yüksek riskli hastalar ile düşük riskli hastalar arasında cinsiyete göre anlamlı fark yoktu ($p=0,075$).

Sonuç olarak kolon polipleri sol kolonda, özellikle rektosigmoid bölgede, 50 yaş üzerinde ve erkeklerde daha çok görülmektedir. Sıklıkla adenomatöz özellikte olan poliplerin kanserleşme potansiyeli de göz önüne alındığında bu grup hastalar için rektosigmoidoskopi ile tarama programları yararlı olacaktır.

Tablo 2. Kolon poliplerinin histopatoloji sonuçları

Patoloji	Sayı	(%)
Tübüler adenom	604	74,8
Tübülovillöz adenom	51	6,3
Villöz adenom	9	1,1
Serrated adenom	3	0,4
Hiperplastik polip	57	7,0
Inflamatuvar polip	65	8,0
Adenokarsinom	19	2,4
Total	808	100,0

Tablo 3. Adenomatöz poliplerin polip çapına göre dağılımı

Polip Çapı	Tübüler Adenom	Tübülovillöz Adenom	Villöz Adenom	Serrated Adenom	Toplam
<1 cm	535 (%93,7)	28 (%4,9)	5 (%0,9)	3 (%0,5)	571 (%100)
1-2 cm	56 (%70,8)	19 (%24,1)	4 (%5,1)	0 (%0)	79 (%100)
>2 cm	13 (%76,5)	4 (%23,5)	0 (%0)	0 (%0)	17 (%100)

Tablo 4. Adenomatöz poliplerin polip çapına göre dağılımı

Grup	Hasta sayısı (%)	Yaş (yıl)	Kadın n (%)	Erkek n (%)
Yüksek risk	146 (%27,8)	65,05±11,86	39 (26,7)	107 (%73,3)
Düşük risk	379 (%72,2)	61,92±11,08	132 (%34,8)	247 (%65,2)

KAYNAKLAR

1. Itzkowitz SH, Potack J. Colonic polyps and polyposis syndromes. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, (Eds). Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia, Saunders. 2010;2213-47.
2. Göral V. Kolorektal Polipler ve Polipozis Sendromları In: Klinik Gastroenteroloji ve Hepatoloji. Tözün N, Şimşek H, Özkan H, Şimşek I, Gören A. Editör. İstanbul. MN Medikal & Nobel Ltd. 2007;963-75.
3. Bond JH. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000;95:3053-63.
4. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med 2012;366:687-96.
5. Bretthauer M, Kaminski MF, Loberg M, et al. Population-based colonoscopy screening for colorectal cancer: a randomized clinical trial. JAMA InternMed 2016;176:894-902.
6. Brenner H, Stock C, Hoffmeister M. Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. BMJ 2014;348:g2467.
7. Rex DK, Kahi CJ, Levin B, et al; EPAGE II StudyGroup. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). Surveillance after polypectomy and after resection of colorectal cancer. Endoscopy 2009;41:209-17.
8. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, et al, US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer; American Cancer Society. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. Gastroenterology 2006;130:1872-85.
9. Pendergrass CJ, Edelstein DL, Hyland LM, et al. Occurrence of colorectal adenomas in younger adults: an epidemiologic necropsy study. Clin Gastroenterol Hepatol 2008; 6:1011-5.
10. Markowitz AJ, Winawer SJ. Management of colorectal polyps. CA Cancer J Clin 1997;47:93-112.
11. Rex DK. Colonoscopy: A review of its yield for cancers and adenomas by indication. Am J Gastroenterol 1995;90:353-65.
12. Solakoğlu T, Atalay R, Köseoğlu H, et al. Analysis of 2222 colorectal polyps in 896 patients: A tertiary referral hospital study. Turk J Gastroenterol 2014;25:175-9.
13. Korkmaz H, Kendir IC, Akkaya Ö. Kolon poliplerinin boyut, lokalizasyon ve histopatolojik yapılarının değerlendirilmesi. Endoskopi 2016;24:13-7.
14. Eminler AT, Sakallı M, Irak K, et al. Gastroenteroloji ünitemizdeki kolonoskopik polipektomi sonuçlarımız. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2011;10:112-5.
15. Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Variation of adenoma prevalence by age, sex, race, and colon location in a large population: implications for screening and quality programs. Clin Gastroenterol Hepatol 2013;11:172-80.
16. Şahin A, Tunç N, Kılıç S, et al. Kolon polipleri sayı ve büyüklüğü malignite göstergesi olabilir mi? Endoskopi 2017;25:14-8.
17. Bas B, Dinc B, Oymaci E, et al. What are the Endoscopic and Pathological Characteristics of Colorectal Polyps? Asian Pac J Cancer Prev 2015;16:5163-7.
18. Bernstein MA, Feczko PJ, Halpert RD, et al. Distribution of colonic polyps: increased incidence of proximal lesions in older patients. Radiology 1985;155:35-8.
19. Ellidokuz E, Kundak I, Akpınar H, et al. Kolorektal polip ve kanser lokalizasyonu arasındaki ilişki. Kocatepe Tıp Dergisi 2003;1:49-53.
20. Markowitz AJ, Winawer SJ. Management of colorectal polyps. CA Cancer J Clin 1997;47:93-112.
21. Loeve F, Boer R, Zauber AG, et al. National Polyp Study data: Evidence for regression of adenomas. Int J Cancer 2004;111:633-9.

Özofagus skuamoz papillomu

Esophageal squamous papilloma

Enver AKBAŞ¹, Reskan ALTUN², Serkan ÖCAL², Abdullah Emre YILDIRIM², Murat KORKMAZ², Haldun SELÇUK²

¹Istanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Özofagus skuamoz papillomu, genellikle alt özofagusta soliter bir lezyon olarak görülen, iyi huylu skuamoz epitelyal polipoid bir tümördür. Prevalans oranları çok düşüktür ve 1959'dan bu yana literatürde yaklaşık 250 vaka bildirilmiştir. Kronik mukozal iritasyon ve human papilloma virus enfeksiyonu suçlanan etyolojik nedenlerdir. Tipik özofagus skuamöz papillomunun hiçbir özgül semptomu yoktur. Bizim vakamız kronik dispeptik şikayetleri olan ve endoskopik olarak reflü özofajiti saptanan 51 yaşındaki erkek hasta idi. Endoskopik incelemede özofagus 25. cm'de 3-4 mm'lik polipoid oluşum izlendi. Buradan aldığımız biyopsi örneğinin patolojik inceleme sonucu özofagus skuamoz papillomu olarak geldi.

Anahtar kelimeler: Özofagus skuamöz papillomu, özofagus

Esophageal squamous papilloma is a benign squamous epithelial polypoid tumor and is usually seen as a solitary lesion of the lower esophagus. They have a low prevalence, and about 250 cases have been reported in the literature since 1959. Chronic mucosal irritation and infection with human papilloma virus are proposed etiologies. There are no pathognomonic symptoms for the typical esophageal squamous papilloma. Our patient was a 51-year-old man who had chronic dyspeptic complaints and endoscopically detected reflux esophagitis. A 3-4 mm sized polypoid formation was seen at the 25th cm of his esophagus during the endoscopic examination. Pathologic inspection of the biopsied specimen taken from this part of his esophagus indicated esophageal squamous papilloma.

Key words: Esophageal squamous papilloma, Esophagus

GİRİŞ

Özofagus skuamoz papillomu, genellikle alt özofagusta görülen soliter bir lezyon olup sık rastlanmayan iyi huylu skuamöz epitelyal polipoid bir tümördür (1).

Özofagus skuamöz papillomunun etiyolojisinde üç ana faktörün neden olabileceği ileri sürülmektedir. Bunlardan birincisi reflü özofajitin kronik iritasyonunun neden olduğu kimyasal hasarlanma, ikincisi mukozal hasarlanmaya aşırı rejeneratif yanıt, üçüncü ve tartışmalı olanı ise human papilloma virusun (HPV) rolüdür. Özofageal skuamoz papillomun doğal seyri bilinmemektedir ve özofagus kanserine yol açıp açmadığı tartışmalıdır (2,3).

Özofagusun skuamoz papillomu literatürde 250 civarında vakanın bildirildiği nadir bir benign tümördür. Endoskopik olarak tanı konulan özofagus papillomunun prevalansı birkaç vaka serisinde %0.01 ile 0.45 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (4,5).

Tipik özofagus skuamöz papillomunun hiçbir patognomonik bulgusu yoktur. Nadir vakalarda, büyük papilloma veya difüz özofageal papillomatozis varlığında disfajiye yol açabilir (6,7).

Özofagus skuamöz papillomu endoskopik olarak genellikle tek, yuvarlak, normal mukozadan kabarık, sesil formasyonda ve çevre dokudan iyi ayırt edilen bir yapıdadır. Boyutları 2 mm'den 20x50 mm'ye kadar değişmesine rağmen ortalama 5-6 mm civarındadır. Açık pembe renkte ve yumuşak danditede görülme eğilimindedir (8).

Patoloji preparatlarında önemli tanı koydurucu özelliği artmış skuamöz hiperplaziyle birlikte fibrovasküler ana yapının görülmesidir.

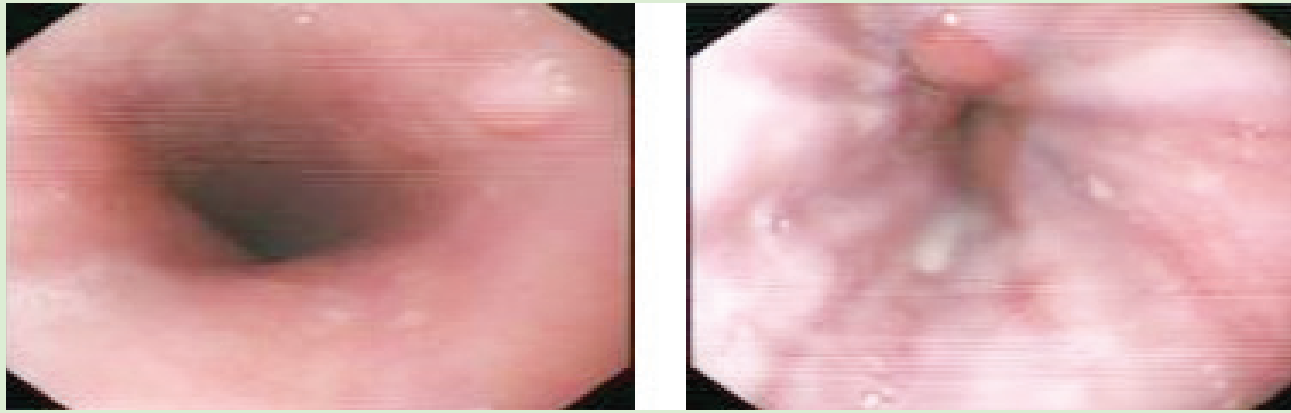
OLGU SUNUMU

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğine kronik dispeptik yakınmalarla başvuran 51 yaşındaki erkek hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılırken özofagus 25. cm'de 3-4 mm boyutlarında normal mukozadan kabarık, üzeri açık pembe renkli polipoid oluşum tespit edildi. Bu oluşum büyük biyopsi forsepsiyiyle tamamen çıkarıldı ve patoloji laboratuvarına gönderildi. İşleme bağlı herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hastada ayrıca özofagus alt uçta LA Evre B özofajit tesbit edildi. Materyalin patolojik incelemesi özofagus skuamoz papillomu olarak geldi.

Akbaş E, Altun R, Öcal S. et. al. Esophageal squamous papilloma. Endoscopy Gastrointestinal 2017;25:70-71.

DOI: 10.17940/endoskopi.356847

İletişim: Enver AKBAŞ
 Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi,
 Esenler Sağlık ve Uygulama Merkezi, İstanbul, Türkiye
 e-mail: drenverakbas@gmail.com
 Geliş Tarihi: 26.04.2017 Kabul Tarihi: 01.09.2017



Resim 1. Özofagusta skuamöz papillom görünümü ve LA-B evresi reflü özofajit.

TARTIŞMA

Özofagus skuamoz papillomu, artmış sayıda skuamoz hücrelerin ve küçük kan damarlarını da içeren ana bağ dokunun histolojik olarak parmaklı çıkıntılıyla karakterize benign epitelyal bir lezyondur. İnsidansı endoskopi serilerinde %0.01 ile 0.45 arasında değişirken genel popülasyondaki insidansı otopsi serilerinde %0.006 ile 0.04 arasında değişmektedir (4,5).

Patogenezi tam bilinmemekle beraber iki teori ileri sürülmektedir. Bunlardan ilki inflamatuvar durumlar olup papillomların yaklaşık %70'inin distal özofagusta olması bu teoriyi desteklemektedir. Reflü özofajit, nazogastrik tüp ve özofagusun bujilerle dilatasyonlarının neden olduğu mukozal irritasyonlar bu grupta sayılmaktadır. Hayvan çalışmalarında benzopyren ve nitrozaminlerin neden olduğu kostik

mukozal hasarların papillomalara neden olduğu gösterilmiştir (9,10). Resim 1'de bu hastaya ait özofagus skuamöz papillomu ve Los Angeles –B evresi reflü özofajit görülmektedir.

Bütün veriler bunu göstermese bile HPV'nin özofageal papillomaların oluşumundaki rolünü destekleyen çalışmalar vardır. HPV'li olgularda yapılan bazı çalışmalarda %21 ile %46 oranında özofageal papilloma bulunmuş iken bazı çalışmalarda bu oran %5'ten daha az bulunmuştur (11-15).

Hiçbir özgün semptomu olmayan özofagus papillomları nadir vakalarda büyünce veya çok sayıda olunca disfajiye neden olabilirler.

Özofagus yassı hücreli karsinomuna dönüşümleri konusu tartışmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Katsanos KH, Christodoulou DK, Tsianos EV. Esophageal squamous papilloma. *Ann Gastroenterol* 2005;18:456-7.
2. Sablich R, Benedetti G, Bignucolo S, Serraino D. Squamous cell papilloma of the esophagus. Report on 35 endoscopic cases. *Endoscopy* 1988;20:5-7.
3. Szanto I, Szentirmay Z, Banai J, et al. [Squamous papilloma of the esophagus. Clinical and pathological observations based on 172 papillomas in 155 patients]. *Orv Hetil* 2005;146:547-52.
4. Mosca S, Manes G, Monaco R, et al. Squamous papilloma of the esophagus: long-term follow up. *J Gastroenterol Hepatol* 2001;16:857-61.
5. Plachta A. Benign tumors of the esophagus. Review of literature and report of 99 cases. *Am J Gastroenterol* 1962; 38:639-52.
6. Quitadamo M, Benson J. Squamous papilloma of the esophagus: a case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1988;83:194-201.
7. Fernandez-Rodriguez CM, Badia-Figuerola N, Ruiz del Arbol L, et al. Squamous papilloma of the esophagus: report of six cases with long-term follow-up in four patients. *Am J Gastroenterol* 1986; 81:1059-62.
8. Carr NJ, Monihan JM, Sobin LH. Squamous cell papilloma of the esophagus: a clinicopathologic and follow-up study of 25 cases. *Am J Gastroenterol* 1994;89:245-8.
9. Nakamura T, Matsuyama M, Kishimoto H. Tumors of the esophagus and duodenum induced in mice by oral administration of N-ethyl-N'-nitro-N-nitrosoguanidine. *J Natl Cancer Inst* 1974;52:519-22.
10. Dunham LJ, Sheets RH. Effects of esophageal constriction on benzo(alpha)pyrene carcinogenesis in hamster esophagus and forestomach. *J Natl Cancer Inst* 1974; 53:875-81.
11. Syrjänen KJ. HPV infections and oesophageal cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:721-8.
12. Chang F, Janatuinen E, Pikkarainen P, et al. Esophageal squamous cell papillomas. Failure to detect human papillomavirus DNA by in situ hybridization and polymerase chain reaction. *Scand J Gastroenterol* 1991;26:535-43.
13. Carr NJ, Brathauer GL, Lichy JH, et al. Squamous cell papillomas of the esophagus: a study of 23 lesions for human papillomavirus by in situ hybridization and the polymerase chain reaction. *Hum Pathol* 1994;25:536-40.
14. Poljak M, Orłowska J, Cerar A. Human papillomavirus infection in esophageal squamous cell papillomas: a study of 29 lesions. *Anticancer Res* 1995;15:965-9.
15. Politoske EJ. Squamous papilloma of the esophagus associated with the human papillomavirus. *Gastroenterology* 1992;102:668-73.

Duodenumda 5 yıl önce yutulmuş yabancı cisim: Olgu Sunumu

Foreign body in the duodenum that was swallowed 5 years ago: A case report

Esin KORKUT¹, Yaşar ÖZDENKAYA², Semih KORKUT³

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, ²Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
 Bakırköy Kamu Hastaneler Kurumu, ³Genel Sekreterliği, İstanbul

Yabancı cisim yutulması önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilen bir durum olup, kesici delici yabancı cisimlerin acil endoskopik tedavisi gerekir. Bu makalede 5 yıl önce kaşık yuttuğunu bilen, girişim yapılmamış, 5 yıl sonra endoskopik olarak komplikasyonsuz çıkarılmış vakamızı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Yabancı cisim, duodenum, endoskopi

The ingestion of foreign objects can cause significant morbidity and mortality. Sharp and pointed objects must be immediately removed through endoscopic treatment. In the present case, we describe the endoscopic removal of a spoon without any complication in an individual who had ingested the spoon 5 years ago, with no attempt of its removal being made since then.

Key words: Foreign body, duodenum, endoscopy

Yabancı cisim yutulması daha çok çocuklarda karşılaşılan bir durum olup daha az sıklıkla erişkin çağda; kronik alkoliklerde, epileptik veya psikiyatrik rahatsızlığı olanlarda ve zekâ geriliği olanlarda görülür. Yutulan cisimlerin yaklaşık %85'i mideden barsaklara ilerler ve hiçbir semptom oluşturmadan, vücuda zarar vermeden pasaj ile atılırlar (1). Bunun dışındaki hasta gruplarında endoskopik ya da cerrahi girişim gerekir. İki cm'den geniş ve altı cm'den uzun cisimler duodenum veya treitz bağında takılabilirler, endoskopik olarak çıkarılmalıdır (2).

Bu makalede 5 yıl önce yutulmuş olan ve 10 cm uzunluğundaki kaşığın endoskopik olarak çıkarılmasını sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Kırk iki yaşında erkek hasta yaklaşık 5 yıl önce alkollü iken kaşığın tutma kısmını yuttuğunu ve son zamanlarda aralıklı karın ağrısı yakınması olduğunu belirterek polikliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet mevcut olup, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar değerlendirmesinde kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normaldi. Çektirilen ayakta direkt karın grafisinde duodenuma uyan bölgede olduğu düşünülen yabancı cisme ait radyopak görünüm izlendi (Resim 1). Yapılan gastroskopisinde duodenum 3. kısım treitz bağına uyan bölgede yabancı cisim izlendi (Resim 2). Polipektomi snari ile

tutularak endoskopik olarak çıkarılan yabancı cismin 10 cm uzunluğunda sert cisim olduğu izlendi (Resim 3). İşlem sonrası 24 saat gözlem altında tutulan hastada ek sorun olmadı ve sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Yabancı cisim yutulması en sık çocuklarda takiben yaşlılarda, psikotik vakalarda gözlenir. Tanı çoğunlukla hastadan alınan detaylı anamnez ve uygun görüntüleme yöntemi ile konulur. Fizik muayenede obstrüksiyon veya perforasyona bağlı bulgular olabileceği gibi tamamen normal de olabilir. Radyolojik görüntüleme yöntemleri yabancı cismin yerinin tespitinde yararlıdır. Düz grafi ile %87 oranında yabancı cisim saptanabildiği bildirilmiştir (3).

Yutulan yabancı cisimlerin %80-90'ı spontan olarak gaita ile atılabilmektedir. Ancak 2 cm'den geniş, 6 cm'den uzun yabancı cisimlerin mideden geçmesi çok nadirdir, bundan dolayı endoskopik olarak çıkarılmalıdır (4). Özellikle sivri cisimlerin çıkarımı esnasında yabancı cisimlerin mukozada hasar yaparak perforasyona yol açabildiği bildirilmiştir (5). Ucu sivri cisimlerin çıkarımı esnasında forseps ile sivri olmayan diğer kısımdan tutup çıkarmak veya overtube kullanmak perforasyon ihtimalini azaltabilir. Cisim çıkarılma esnasında üst özofagus sfinkteri düzeyinde forsepssten kurtulma olasılığına karşın bu bölgeden geçiş esnasında kontraksiyonsuz bir dönem gözlemlenebilir.

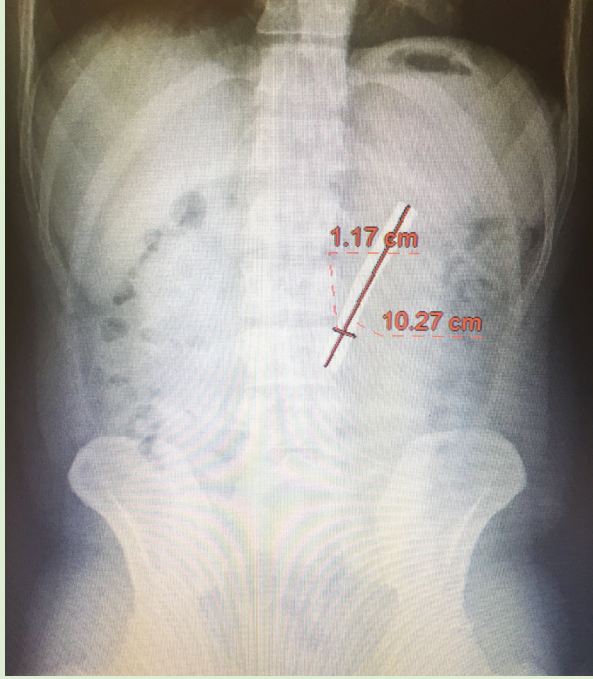
Korkut E, Özdenkaya Y, Korkut S. Foreign body in the duodenum that was swallowed 5 years ago: A case report. *Endoscopy Gastrointestinal* 2017;25:72-73

DOI: 10.17940/endoskopi.356849

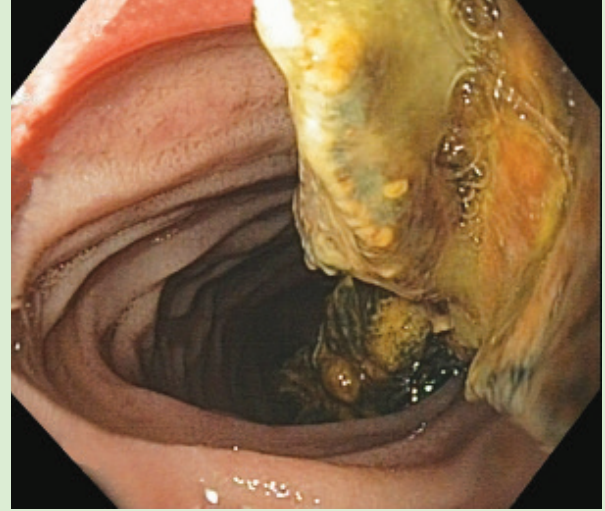
İletişim: Esin KORKUT
 Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi,
 Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul
 E-mail: esinkorkut@hotmail.com
 Geliş Tarihi: 02.10.2017 Kabul Tarihi: 15.11.2017

Bizim vakamızda da kaşığın 6 cm'den uzun olması duodenumdan geçişi engellemiştir. İlginç olarak 5 yıldır yabancı cisim çıkarılmamış olmasına rağmen herhangi bir komplikasyona yol açmamış, sadece son zamanlarda artmış olan aralıklı dispeptik yakınmalara yol açmıştır.

Sonuç olarak gastroskopi günümüz koşullarında yabancı cismin çıkarılması için en güvenilir yöntem olmaya devam etmektedir.



Resim 1. Ayakta direkt karın grafisinde yabancı cismin görünümü.



Resim 2. Duodenumda yabancı cismin gastroskop ile görünümü.



Resim 3. Endoskop ile çıkartılan yabancı cisim.

KAYNAKLAR

1. Bloom RR, Nakano PH, Gray SW, Skandalakis JE. Foreign bodies of the gastrointestinal tract. *Am Surg* 1986;52:618-21.
2. Guelfguat M, Kaplinskiy V, Reddy SH, DiPoce J. Clinical guidelines for imaging and reporting foreign bodies. *AJR Am J Roentgenol* 2014;203:37-53.
3. Ayantunde AA, Oke T. A review of gastrointestinal foreign bodies. *Int J Clin Pract* 2006;60:735-9.
4. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc* 1995;41:39-51.
5. Classen M, Farthmann EF, Seifert E. Operative and therapeutic techniques in endoscopy. *Clin Gastroenterol* 1978;7:741-63.

Hepatic diffuse large B-cell lymphoma incidentally diagnosed during gastroscopy: A case report

Gastroskopiye tesadüfen tanınan diffüz büyük B hücreli karaciğer lenfoması: Vaka sunumu

¹Ahmet Burak TOROS, ²Hüseyin YAŞAR, ³Mehmet Mustafa ÖZLÜ, ⁴Beşir KESİCİ

Departments of, ¹Gastroenterohepatology, ²Internal Diseases, ³Radiology, Medistate Kavacik Hospital, Istanbul, Turkey

⁴Department of Internal Diseases, Bahçeşehir University, Medical School Istanbul, Turkey

Primary non-Hodgkin lymphoma of the liver is a very rare malignancy. Here, we report the case of a 78-year old man who presented with complaints of fatigue, slight weight loss and decreased appetite; since 6 months. Because he was anemic and regularly taking aspirine, we first suspected chronic blood loss from the stomach as a cause of anemia. Gastroduodenoscopy was planned as the next step. It revealed an external hemispheric, mobile compression on the greater curvatura of the stomach; which had to be further evaluated via whole abdominal computed tomography with contrast. Abdominal computed tomography demonstrated hepatomegaly caused by multiple mass lesions, with necrosis at the center. Next, a positron-emission tomography was advised; and it revealed potential malignancy with widespread lymph node metastases and malignant ascites. Liver biopsy performed under ultrasonographic guidance revealed diffuse large B-cell lymphoma of the liver. The patient is now under medical oncology follow-up, and receiving chemotherapy. Based on our findings, physicians should be more aware and consider that external gastric compression on routine gastroscopy may be an indicator of a more serious disease.

Key words: Primary hepatic lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, liver, gastroscopy

INTRODUCTION

Primary hepatic lymphoma (PHL) is an unusual form of non-Hodgkin lymphoma (NHL) that usually presents with constitutional symptoms, hepatomegaly and signs of cholestatic jaundice without lymph node and extrahepatic (spleen, bone marrow and other lymphoid tissues) metastases at early stage of the disease (1). The prevalence of PHL was 0.4% among extranodal non-Hodgkin lymphomas, and 0.016% among all non-Hodgkin lymphomas (2). PHL may occur at any age, although the median age is 50 years, with a male-to-female ratio of 2/3:1 (3-5). The etiology of PHL remains unclear, however, certain viruses, including hepatitis C virus (HCV), human immunodeficiency virus (HIV) and Epstein-Barr virus (EBV) may be involved. Liver cirrhosis, systemic lupus erythematosus (SLE) and immunosuppressive therapy may also be associated with PHL. HCV infection is detected in 40 %-60 % of patients with PHL (2,6,7).

Toros AB, Yaşar H, Özlü MM, et al. Hepatic diffuse large B-cell lymphoma incidentally diagnosed during gastroscopy: A case report. *Endoscopy Gastrointestinal* 2017;25:74-76.

DOI: 10.17940/endoskopi.356853

Karaciğerin primer non-Hodgkin lenfoması, oldukça nadir görülür. Bu yazıda; son 6 aydır yorgunluk-hafif kilo kaybı-iştahsızlık yakınmaları olan 78 yaşındaki bir erkek hastanın vaka sunumunu yapıyoruz. Hasta anemik olduğu ve düzenli aspirin kullanım öyküsünden dolayı, öncelikle mideden kronik kan kaybı olasılığını düşünerek, bir gastroskopi yapmayı planladık. Gastroskopiye; büyük kurvatura üzerinde hareketli, yarım küre şeklinde bir dış bası izi görerek; bir sonraki basamak olarak kontrastlı tüm batin tomografisi yaptırdık. Batin tomografisinde; çok sayıda kitle lezyonlarının sebep olduğu, büyümüş bir karaciğer saptandı. Yapılan pozitron emisyon tomografisinde yaygın lenf nodu tutulumu olan, assite sebep olmuş muhtemel bir malignite tespit edildi. Ultrasonografi eşliğinde karaciğer biyopsisi gerçekleştirildi, patolojik tanı karaciğerin yaygın büyük B hücreli lenfoması olarak geldi. Hasta şu anda medikal onkolojinin takibinde olup, kemoterapi seanslarına girmektedir. Umarız ki yazımız, gastroskopi yapan meslektaşlarımızda, işlem sırasında saptanan böyle bir dış basının alından ilginç tanılar çıkabileceğine dair farkındalık yaratır.

Anahtar kelimeler: Primer karaciğer lenfoması, non-Hodgkin lenfoma, karaciğer, gastroskopi

To date, no optimal treatment for PHL exists due to the rarity of this malignancy. However, surgical resection, radiotherapy and chemotherapy are the currently available treatment modalities.

Here we present a patient who had an external mass compressing into the gastric lumen, as observed on routine gastroscopy, but was later diagnosed as diffuse large B-cell lymphoma of the liver.

CASE REPORT

A 78-year old man presented at our outpatient clinic with complaints of fatigue, slight weight loss and decreased appetite; since 6 months. His physical examination revealed no pathological finding, except epigastric pain. His medical history included diabetes, hypertension and ischemic cardiovascular disease, for which he was undergoing regular treatment.

Correspondence: Ahmet Burak TOROS
 Emek Mah. Ordu Cad, KentLife Sitesi, A 3-3 Blok, D: 53,
 34785, Sancaktepe, Istanbul, Turkey
 E-mail: aburaktoros@yahoo.com
 Manuscript Received: 31.10.2017 Accepted: 15.11.2017

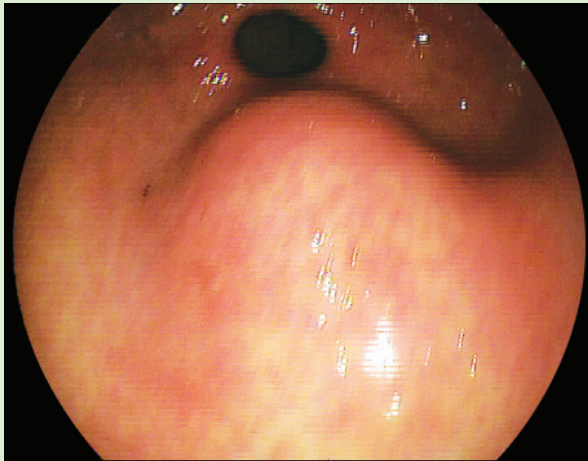


Figure 1. Endoscopic view of the compressing mass, on the greater curvatura of the stomach, with pylorus in sight.

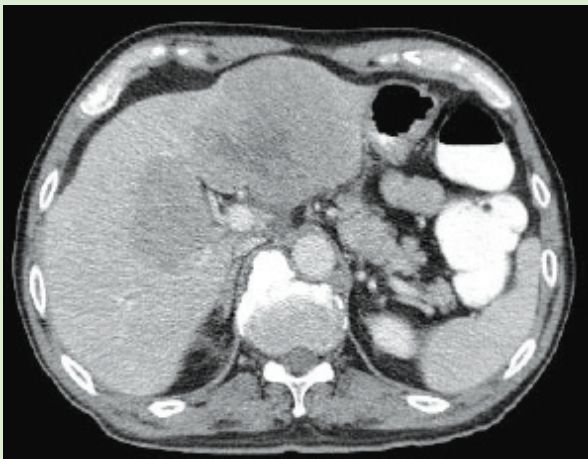


Figure 2. There is a mass lesion in the left lobe and hilar region of the liver. After contrast administration at portal phase, the mass lesion shows heterogenous enhancement with central necrosis.

Blood tests revealed normochromic normocytic anemia with moderate neutropeni; other parameters were within normal limits. Because he was taking clopidogrel and acetylsalicylic acid (ASA) daily for ischemic heart disease, we first suspected chronic blood loss from the stomach, hence gastroduodenoscopy was planned as the next investigative step.

Endoscopy revealed reflux esophagitis, pangastritis with duodenitis, along with an external hemispheric and mobile compression on the greater curvatura of the stomach, thus necessitating a whole abdominal computed tomography (CT) with contrast as the next step in investigation.

Abdominal CT revealed hepatomegaly caused by multiple mass lesions, with necrotic centers. A PET/CT was advised; which revealed potential malignancy with widespread lymph node metastases and malignant ascites.



Figure 3. Exophytic mass lesion at the left and caudate lobes of the liver, with external indentation on the antral part of the stomach.

A liver biopsy was performed under ultrasonographic guidance, which revealed diffuse large B-cell lymphoma of the liver.

The patient is now under medical oncology follow-up, and undergoing chemotherapy.

DISCUSSION

PHL was first described in 1965 by Ata and Kamel (8). It is described as a lymphoma which is either confined to the liver or majorly involving the liver (9). It represents less than 1% of all extranodal lymphomas (10). Based on histological and immunohistochemical data, different subtypes of primary lymphoma of the liver have been described. The most common variant of NHL of the liver is diffuse large B-cell lymphoma, which accounted for 71% of all PHL cases in a previous study (11).

The exact cause of PHL is unknown, although viruses such as HBV, HCV and Epstein Barr virus have been implicated. There may be a strong association between primary hepatic NHL and HCV. Hepatitis C is found in 40%-60% of patients with PHL. The possible roles of HCV, cirrhosis and

therapeutic interferon in lymphomagenesis remain unclear (12). However, our patient was not positive for HCV or HBV.

PHL is twice as frequent in men as in women and the usual age at presentation is 50 years (9). Symptoms are usually nonspecific, with most patients reporting right upper quadrant and epigastric pain, fatigue, weight loss, fever, anorexia and nausea, hepatomegaly is also frequently encountered (13).

The disease may be of either T or B-cell origin. Most PHLs corresponds to a larger cell type and demonstrates a B-cell immunophenotype (14). Symptoms and histological features are very typical for the disease, as in our case.

Liver biopsy remains the most valuable tool for the diagnosis of PHL, which was also used in our case to achieve correct diagnosis.

The patient is now under medical oncology follow-up, and receiving chemotherapy.

Notably, PHL should be considered as the differential diagnosis when examining patients with space-occupying liver lesion. These lesions can sometimes cause external compression of the stomach, which highlights the importance of gastroscopy in the diagnosis of such distinct lesions.

We hope that our case study increases awareness among our colleagues about considering an external gastric compression on routine gastroscopy as a sign of a more serious disease.

REFERENCES

1. Caccamo D, Pervez NK, Marchevsky A. Primary lymphoma of the liver in the acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Pathol Lab Med* 1986;110:553-5.
2. Freeman C, Berg JW, Cutler SJ. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. *Cancer* 1972;29:252-60.
3. Resende V, Oliveira TS, Gomes RT, et al. Primary hepatic lymphoma: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2013;4:1165-8.
4. Raimondo L, Ferrara I, Stefano AD, et al. Primary hepatic lymphoma in a patient with previous rectal adenocarcinoma: a case report and discussion of etiopathogenesis and diagnostic tools. *Int J Hematol* 2012;95:320-3.
5. Lei KI. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the liver. *Leuk Lymphoma* 1998;29:293-9.
6. Trneny M, Salkova J, Dlouha J, Stritesky J. Hepatic involvement in patients with non-Hodgkin's lymphoma. *Vnitr Lek* 2013;59:606-11.
7. Kikuma K, Watanabe J, Oshiro Y, et al. Etiological factors in primary hepatic B-cell lymphoma. *Virchows Arch* 2012;460:379-87.
8. Ata AA, Kamel IA. Primary reticulum cell sarcoma of the liver: a case report. *J Egypt Med Assoc* 1965;48:514-21.
9. Haider FS, Smith R, Khan S. Primary hepatic lymphoma presenting as fulminant hepatic failure with hyperferritinemia: a case report. *J Med Case Report* 2008;2:279.
10. Agmon-Levin N, Berger I, Shtalrid M, et al. Primary hepatic lymphoma: a case report and review of the literature. *Age Aging* 2004;33:637-40.
11. Bronowicki JP, Bineau C, Feugier P, et al. Primary lymphoma of the liver: clinical-pathological features and relationship with HCV infection in French patients. *Hepatology* 2003;37:781-7.
12. Masood A, Kairouz S, Hudhud KH, et al. Primary non-Hodgkin lymphoma of the liver. *Curr Oncol* 2009;16:74-7.
13. Cameron AM, Truty J, Truell J, et al. Fulminant hepatic failure from primary hepatic lymphoma: successful treatment with orthotopic liver transplantation and chemotherapy. *Transplantation* 2005;80:993-6.
14. Bauduer F, Marty F, Gemain MC, Dulubac E, Bordahandy R. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the liver in a patient with hepatitis B, C, HIV infections. *Am J Hematol* 1997;54:265.

ERCP'nin nadir bir komplikasyonu: Subkapsüler hematoma

A rare complication of ERCP: Subcapsular hematoma

Özlem GÜL UTKU, Bilal ERGÜL, Oktay AYDIN, Dilek OĞUZ

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kırıkkale

Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi pankreatikobiliyer hastalıkların tedavisinde kullanılan girişimsel bir endoskopik yöntemdir. Pankreatit, kanama ve perforasyon en sık görülen komplikasyonlardır. Subkapsüler hematoma, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografinin literatürde birkaç adet bildirilmiş olan nadir bir komplikasyondur. Bu bildiride, kolelitiazis nedeniyle endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi yapılan yaşlı bir hastada işlem sonrasında subkapsüler hematoma gelişen bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi, komplikasyon, subkapsüler hematoma

Endoscopic retrograd cholangiopancreatography is an interventional endoscopic method for the treatment of pancreaticobiliary diseases. Pancreatitis, bleeding and perforation are the most common complications. Subcapsular hematoma is a rare complication of endoscopic retrograd cholangiopancreatography that has been only a few reported in the literature. In this report, we present a case of subcapsular hematoma developing in an elderly patient after endoscopic retrograd cholangiopancreatography performed due to cholelithiasis.

Key words: Endoscopic retrograd cholangiopancreatography, complication, subcapsular hematoma

GİRİŞ

Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP), pankreatikobiliyer hastalıkların teşhis ve tedavisinde 1968'den itibaren kullanılan önemli bir endoskopik yöntemdir. Tanısal kullanımı endoskopik ultrasonografi ve manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi gibi daha az invaziv ve invaziv olmayan yöntemlerin gelişmesi ile yok denecek kadar azalmıştır. Terapötik alanda kullanımı ise giderek artmıştır. Güvenli sayılmakla beraber endoskopik işlemler arasında en yüksek komplikasyon oranlarına sahiptir. En sık gözlenen komplikasyonları pankreatit, hemoraji, perforasyon ve kolanjitir. ERCP sonrası semptomatik hastaların ayırıcı tanısında düşünülmeleri gereken nadir komplikasyonlardan biri de subkapsüler hematoma'dur. Biz bu raporda, sağ üst kadranda ağrı ve ateş ile prezente olan ve post-ERCP subkapsüler hematoma gelişen bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

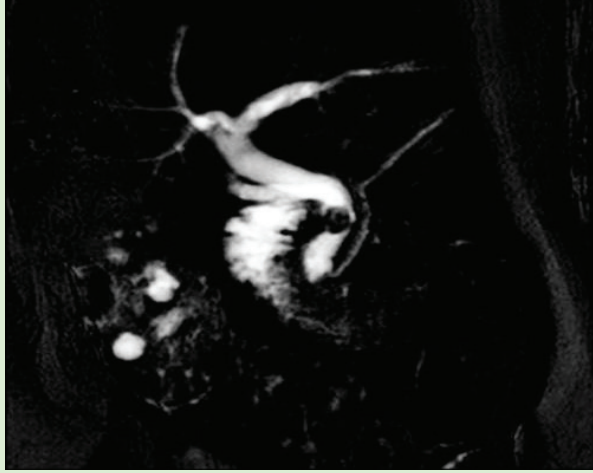
Seksen üç yaşında erkek hasta sağ üst kadranda ağrısı, üşüme, titreme ve sarılık şikâyeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde 38°C ateş, sağ üst kadranda hassasiyeti, cilt ve skleralarda sarılık mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmesinde aspartat aminotransferaz (AST): 55 U/L, alanin aminotransferaz

(ALT): 127 U/L gama glutamil transpeptidaz (GGT): 220 U/L alkalen fosfataz (ALP): 200 U/L, total bilirubin: 4,5 direk bilirubin: 3,2 ve beyaz küre 17.400 mm³/ul %96 nötrofil hakimiyeti tespit edildi. Abdominal ultrasonografisinde intra-ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon ve koledokta taş saptandı. Manyetik rezonans kolanjiyopankreatografide koledok geniş, sistik kanal birleşim yeri distalinde taş ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 1). Yapılan ERCP'de koledoktan yaklaşık 1 cm büyüklüğünde taş çıkarıldı. İşlemden yaklaşık 8 saat sonra sırta ve omuza yayılan şiddetli sağ üst kadranda ağrısı oldu. Laboratuvar değerlerinde amilaz ve lipaz düzeyleri normal sınırlardaydı. Medikal tedaviye rağmen devam eden ağrısı mevcuttu, fizik muayenede tansiyon arteriyel 80/60 mm-Hg, nabız 104/dk ve batın muayenesinde rijidite ve defansı olması nedeni ile hastaya abdominal tomografi çekildi. Sağ lob subkapsüler alanda yaklaşık 10x8 cm boyutunda içerisinde santral pnömobil bulunan hematoma, perisplenik interloop mesafede ve pelvik bölgede en derin yerinde 6 cm ölçülen serbest sıvı izlendi (Resim 2,3). Hastanın hemoglobin değerleri 14,6 gr/dl den 12,6 gr/dl'ye geriledi. Subkapsüler hematoma ile birlikte serbest sıvı olması, nedeni ile hastaya cerrahi drenaj uygulandı ve yaklaşık 1.000 cc hematoma boşaltıldı. Takibinin yedinci gününde hasta şifa ile taburcu edildi.

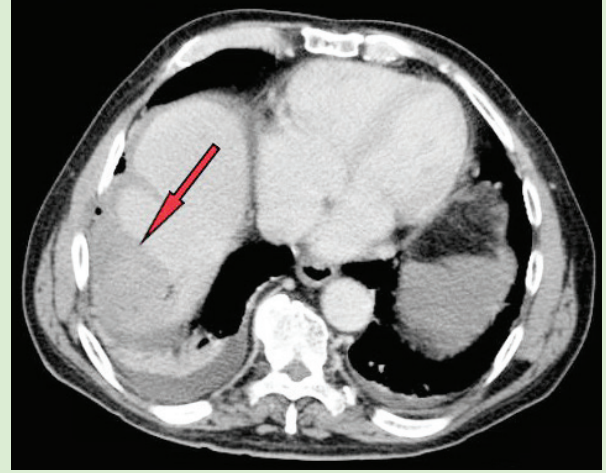
Utku ÖG, Ergül B, Aydın O, et al. A rare complication of ERCP: Subcapsular hematoma. *Endoscopy Gastrointestinal* 2017;25:77-79.

DOI: 10.17940/endoskopi.356855

İletişim: Bilal ERGÜL
 Ostim Mah. 1288. Sokak Nevbahar Konutları
 No: F/32 Yenimahalle, Ankara
 E-mail: bilalergul@gmail.com
 Geliş Tarihi: 30.10.2017 Kabul Tarihi: 15.11.2017



Resim 1. Koledok distalinde taş



Resim 3. Pelvik bölgede serbest sıvı



Resim 2. Sağ subkapsüler içerisnde santral pnömobil bulunan hematoma

TARTIŞMA

Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi minimal invaziv bir yöntemdir. ERCP ilişkili ciddi komplikasyon oranı %2.5-8, mortalite oranı ise %0.5-1'dir. Papillotomi sonucu ortaya çıkan pankreatit, kolanjit, perforasyon ve kanamalar en sık bildirilen komplikasyonlardır (1).

Subkapsüler hematoma, ERCP sonrası oluşan hayatı tehdit eden nadir bir komplikasyondur. Günümüzde literatürde birkaç vaka bildirilmiştir. Küçük parankimal damarların ve intrahepatik safra yollarının kılavuz telle laserasyonu ile ilişkili olabileceği hipotezi öne sürülmekle beraber oluşum mekanizması hala net değildir (2-4). Klinik olarak ERCP sonrası ani başlangıçlı ağrı, hipotansiyon ve taşikardi en sık görülen

bulgularındır. Ağrı, Glisson kapsülünün gerilmesine bağlı oluşur. Anemi, ateş ve periton iritasyon bulguları diğer tanımlanmış semptomlardır. Genellikle hemoglobin düşüşü dışında laboratuvar testlerinde önemli bir işaret yoktur. Ultrasonografi ve tomografi gibi görüntüleme yöntemleri tanıda altın standarttır (4). Hastanın hemodinamisi ve klinik durumuna göre tedavi yöntemi seçilir. Sınırlı, periferik hematoma olan stabil hastalarda antibiyotik tedavisi ile konservatif tedavi ve bu süreçte hemoglobin takibi önerilmektedir. Apse oluşumu ve ateş durumunda ultrasonografi veya tomografi eşliğinde perkütan drenaj, hemodinamik instabilite, aktif kanama ve kontrast ekstravazasyonu, periton iritasyon bulguları, serbest abdominal sıvı olması durumunda cerrahi girişim önerilmektedir (5). Diğer tedavi yöntemi, ilişkili damarların selektif ya da süperselektif embolizasyonudur. Hematomun ani spontan rüptürü ile gelişen hemoperitoneum, tanıda gecikilirse yüksek mortalite riski taşıyan ciddi bir durumdur ve acil cerrahi tedavi gerektirir. Literatürde tedavi olarak konservatif tedavi (%43.5), perkütan embolizasyon (%26), drenaj (%17.4) ve cerrahi tedavi (%13) uygulanmıştır (6). Bizim olgumuza hemodinamik instabilite ve intrabdominal serbest sıvı olması nedeni ile cerrahi tedavi uygulandı.

Subkapsüler hepatik hematomaun erken tanısı ile hastalara uygun tedavi yöntemi seçilerek klinik stabilite sağlanabilirken, komplike olgularda tanıda gecikme olduğunda mortalite seyredebilir. Bu nedenle, ERCP sonrası ani karın ağrısı, eşlik eden hipotansiyon, taşikardi ve/veya periton iritasyon bulguları olan olguların ayırıcı tanısında dikkate alınması gereken önemli bir komplikasyondur.

KAYNAKLAR

1. Hart R, Classen M. Complications of diagnostic gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy* 1990;22:229-33.
2. Abdel Aziz AM, Lehman GA. Pancreatitis after endoscopic retrograde cholangio-pancreatography. *World J Gastroenterol* 2007;13:2655-68.
3. Cotton PB, Garrow DA, Gallagher J, Romagnuolo J. Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11.497 procedures over 12 years. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009;70:80-8.
4. Zappa MA, Aiolfi A, Antonini I, et al. Subcapsular hepatic haematoma of the right lobe following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: Case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2016;22:4411-5.
5. Fei BY, Li CH. Subcapsular hepatic haematoma after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: an unusual case. *World J Gastroenterol* 2013;19:1502-4.
6. Zizzo M, Lanaia A, Barbieri I, et al. Subcapsular hepatic hematoma after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A case report and review of literature. *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e1041.