

1. BÖLÜM

YENİ BAŞLANGIÇLI DİSPEPSİYE YAKLAŞIM

Müjgan GÜRLER

GİRİŞ

Dispepsi, kapsamlı bir ayırıcı tanıya ve heterojen bir patofizyolojiye sahip, popülasyonda özellikle kadınlarda, sigara içenlerde ve nonsteroid antiinflatuvar ajanlar alan kişilerde yaygın bir semptomdur. Nüfusun en az %20'sinde görülür, ancak etkilenen bireylerin çoğu tıbbi yardım isteme gereği duymamaktadır (1). Dispepsi, sürviyi etkileyen bir durum olmasa da; sağlık maliyetlerinin önemli bir kısmından sorumludur ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (2). Genel değerlendirme ve öneriler, Amerikan Gastroenteroloji Koleji (American College of Gastroenterology, ACG) ve Amerikan Gastroenteroloji Derneği (American Gastroenterological Association, AGA)'nin dispepsi değerlendirmesine yönelik kılavuzlarıyla büyük ölçüde yapılmaktadır (3). ACG Klinik Kılavuzu Dispepsi Yönetimi bölümünde, epigastrik ağrının hastanın birincil sorunu olması koşuluyla; epigastrik dolgunluk, mide bulantısı, kusma veya mide ekşimesi gibi diğer herhangi bir üst GİS semptomla ilişkili olabilen en az 1 ay süren baskın epigastrik ağrı şeklinde klinik olarak bir dispepsi tanımı kullanılmıştır (4).

Dispepsi, üst karın bölgesinde konumlanan kronik veya tekrarlayan ağrı ya da rahatsızlık hissi olarak tanımlanmaktadır (5). Roma komitesinin Roma IV sınıflamasına göre, baskın olarak veya sık (haftada birden fazla olan) mide yanması ya da asit regürjitasyonu olan hastalar, aksi ispatlanana kadar gastroözofageal reflü hastalığına (GÖRH) sahip kabul edilir. Bununla birlikte, semptomlarda önemli ölçüde örtüşme olduğu kabul edilmektedir (6) ve henüz araştırılmamış üst GİS semptomları olan hastada dispepsi ve GÖRH arasında ayırım yapmak birinci basamakta genellikle zordur (7).

ETİYOLOJİ

Dispepsi hastalarının yaklaşık %25'inin altta yatan organik bir nedeni vardır (Tablo) (3). Bununla birlikte, hastaların %75'ine kadar fonksiyonel (idiyopatik veya ülser olmayan) dispepsi vardır ve tanısız değerlendirmede altta yatan bir neden yoktur (8).

Organik Hastalığa Bağlı Dispepsi

Dispepsi için çeşitli organik nedenler olmasına rağmen ana nedenler peptik ülser hastalığı, GÖRH, ilaçlar (en yaygın suçlanan NSAİİ'ler) ve gastrik malignitedir (Tablo) (3). Mide kanseri, dispepsinin bir nedeni olarak hem sağlık hizmeti verenler hem de hastalar için bir endişe kaynağı olsa da, Kuzey Amerikada nadirdir.

- **Peptik ülser hastalığı:** Peptik ülser hastalarında en belirgin semptom üst karın ağrısı veya rahatsızlığıdır. Ülserlerden kaynaklanan rahatsızlık genellikle epigastriumda odaklı olsa da; bazen sağ veya sol üst kadrantlarda da lokalize olabilir (9). Duodenal ülserin klasik semptomları, bir gıda tamponu olmaksızın asit salgılandığında (örneğin, yemeklerden iki ila beş saat sonra veya aç karnına) ortaya çıkarken, peptik ülser gıdaların tetiklediği semptomlarla birlikte olabilir ve böylece ülserin varlığını tahmin etmek amacıyla gıda alımıyla ilgili semptomların kullanılması güvenilir değildir. Peptik ülser; ayrıca yemek sonrası geçirme, epigastrik dolgunluk, erken doyma, yağlı gıda intoleransı, mide bulantısı ve ara sıra kusma ile ilişkilendirilebilir.
- **Gastroözofageal malignite:** Batı yarıkürede kronik dispepsinin nadir bir nedenidir, ancak insidansı Asya, Hispanik veya Afro-Karayip kökenli olan hastalarda daha yüksektir ve yaşla birlikte artar. Varlığında, karın ağrısı hastalığın erken dönemlerinde epigastrik, belirsiz ve hafif olma eğilimindedir, ancak hastalık ilerledikçe daha şiddetli ve sabittir. Ayrıca; anemi, halsizlik, kilo kaybı gibi diğer semptomlar ve belirtiler tipik olarak hastalığın ilerlemesiyle gelişir.

5. BÖLÜM

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI

Mehmet Onat ÇAKIT

GİRİŞ

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), küresel sağlık sorunlarından biridir ve insanların önemli bir kısmının yaşam kalitesini bozmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, son 20 yılda dünya çapında GÖRH prevalansında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğunu göstermiştir (1). GÖRH, özellikle 40 yaşından sonra daha ciddi semptomlar ile ortaya çıkar ve diğer gastro-intestinal sistem hastalıkları ile birlikte de (irritabl bağırsak sendromu, fonksiyonel dispepsi) görülebilir. Yine, birinci basamakta takip edilen gebelerde ve doğumdan sonra da laktasyon sürecinde reflüde önemli oranda artma görülmektedir. GÖRH, Montreal'de 2006 yılında toplanan uluslararası bir çalışma grubunun raporuna göre mide içeriğinin yemek borusuna ya da daha geriye, ağız boşluğuna veya akciğerlere geri kaçmasından kaynaklanan semptomlar veya komplikasyonlar olarak tanımlanmıştır (2). Bu çalışma grubuna göre GÖRH, iki grupta sınıflanmaktadır (**Tablo 1**).

Tablo 1. Montreal sınıflaması

Özofageal Semptomlar	Özofagus Dışı Semptomlar
A) Semptomatik Sendromlar	A) İlişkisi Olduğu Kanıtlanmış
• Tipik reflü sendromu	• Öksürük
• Göğüs Ağrısı sendromu	• Larenjit
	• Astım
	• Dental Erozyonlar
B) Özofageal Mukozal Hasar İle Görülen	B) İlişkisi Olduğu Öne Sürülen
• Reflü özofajit	• Sinüzit
• Striktür	• Farenjit
• Barrett Özofagusu	• Pulmoner Fibrozis
• Özofageal Adenokarsinom	• Rekürren Otitis Media

- Özofageal sendromlar:** Tipik reflü sendromu, göğüs ağrısı sendromu gibi semptomatik sendromlar ile özofageal mukozal hasar nedeniyle meydana gelen reflü özofajit, striktür, barret özofagusu, özofageal adenokarsinom.
- Özofagus dışı sendromlar:** Öksürük, larenjit, astım, dental erozyonlar gibi ilişkisi olduğu kanıtlananlar ile sinüzit, farenjit, pulmoner fibrozis, rekürren otitis media gibi ilişkisi olduğu öne sürülen sendromlar.

Yapılan çalışmalarda, semptomların sıklığı, şiddeti veya ikisi birden değerlendirildiğinde, hastalarda var olan reflü hastalığının ne kadar ilerlemiş olduğunu tahmin ettiremedikleri gözlenmiştir (3). Bununla birlikte, GÖRH'ı olan yaşlı hastalarda semptomlar çok az ya da hiç olmasa da mukozal hasarın daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (4).

Yakın zamanda, uluslararası bir çalışma grubu aşağıdaki kriterlerden en az birinin varlığı halinde GÖRH'nın kabul edilmesi gerektiğini bildirmiştir: Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde Grade C veya D özofajit, özofagusta peptik striktür, 1 cm'den uzun bir Barrett mukozasının varlığı

22. BÖLÜM

MALABSORBSİYONU OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Orkun SARIÇAM

GİRİŞ

'Absorbsiyon' emilim, 'digestion' sindirim, 'mal' ise kötü anlamına gelmektedir. Malabsorbsiyon, alınan besin maddelerinden karbonhidrat, protein, yağ, vitaminler, su ve minerallerden biri ya da daha fazlasının emilimindeki yetersizliktir. Maldigesyon ise gastrointestinal sistem içindeki besin maddelerinin hidrolizinin yetersizliğidir. Patofizyolojik olarak farklılıklar içermesine rağmen, digesyon ve absorbsiyon, klinikte malabsorbsiyon adı altında değerlendirilmektedir (1).

Ağızda tükrük amilazı ile başlayan ve midede oluşan kimüsün duodenuma geçmesiyle, duodenal ve pankreatik enzimlerin salınması sonucu, sindirim ince bağırsaklarda devam eder. Mide ve pankreastaki sekresyonlar, sempatik ve parasempatik sinirler ve hormonal olarak kontrol edilir. Jejunumdan yaklaşık 10 litreye yakın sıvı emilir. Geriye kalan sıvı ileumdan emilir. Kalan %1'de gaitayla atılır. Total olarak bağırsak absorbsiyonundaki %1 azalma ile diyare oluşur.

Besinlerin sindirim ve emilimi 3 fazda gerçekleşir. Bu fazlar, lüminal faz, mukozal faz ve transport fazı olarak adlandırılır. Lüminal fazda; mide ve bağırsakta, daha çok pankreatik ve bilier sekresyonların etkisi ile yağlar, proteinler ve karbonhidratlar hidrolize ve solubilize olur. Mukozal fazda; karbonhidrat ve peptitlerin hidrolizi tamamlanır, yağlar transporta hazır hale gelir. Transport fazında ise; sindirim ürünleri metabolize edilmek üzere kullanılacakları dokulara gitmek için vasküler ve lenfatik dolaşıma geçerler (2,3). (Tablo 1, kaynak 4'den uyarlanmıştır).

Tablo 1. Malabsorbsiyona neden olan hastalıklar ve etki mekanizmaları

	Mekanizma	Patoloji
Luminal Faz	Yağ, karbonhidrat ve proteinler hidrolize ve solubilize olur	Pankreatik ve bilier enzim sekresyonlarındaki disfonksiyon
Mukozal Faz	Karbonhidrat, peptid ve yağların hidrolizi tamamlanır, transporta hazır hale gelir	Aminoasit, lipid, vitamin ve safra asidi transportunda bozukluk
Transport Fazı	Sindirilen ürünler dokulara transport edilir	Lenfatik ve vasküler dolaşım bozukluğu

Malabsorbsiyon sendromu aşağıda belirtilen organ ve sistemlerde oluşan patolojilerle yakından ilgilidir:

1. Mide ve pankreas hastalıkları
2. Karaciğer ve safra yolu hastalıkları
3. İnce bağırsak hastalıkları
4. Lenfatik sistem hastalıkları
5. Postoperatif problemler
6. Sistemik hastalıklar (DM, tiroid hastalıkları, amiloidoz), enfeksiyon ve paraziter ajanlar
7. Mukozal ve luminal bozukluklar (çölyak hastalığı, Crohn, immünoproliferatif ince bağırsak hastalığı (İPSİD), lenfoma, lenfanjiektaziler, eozinoflik gastroenterit, radyasyon enteriti)(5-8) (Tablo 2, kaynak 4'den uyarlanmıştır).

47. BÖLÜM

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERLİ HASTALARDA TAKİP VE PROBLEMLERİN YÖNETİMİ

Alpaslan KARABULUT

GİRİŞ

Kanser, dünyada ve ülkemizde sağlığı tehdit eden önemli sağlık sorunlarından biri olup, ölüme yol açan hastalıklar arasında, dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kanser hastalarında semptom yönetimi hastanın fiziksel ve psikolojik semptomlarının giderilmesinde önem taşımaktadır. Kanserde yaygın semptomların hastalıkla ilişkisini, nedenlerini, prevalansını, sonuçlarını ve kontrol yöntemlerini bilmek hasta ve ailesini semptom kontrolünde cesaretlendirmektedir (1).

Özofagus Kanseri

Özofagus kanseri, dünya genelinde kanserden ölümlerin en sık altıncı nedenini oluşturmaktadır. Primer özofagus malign tümörleri arasında yassı hücreli kanser, adenokanser ve özofagogastrik bileşke kanserleri yer almaktadır. Yassı hücreli kanser için risk faktörleri arasında genetik predispozisyon, beslenme alışkanlıkları, çevresel faktörler, alkol ve sigara kullanımı sayılabilir. Adenokanser için ise en önemli risk faktörü Barrett özofagustur. Özofagus kanserinin tanısında; endoskopi, evrelemesinde bilgisayarlı tomografi (BT) ve endoskopik ultrasonografi (EUS) önemli yer tutmaktadır (2).

Prognoz, tanısal prosedürleri ve tedaviyi iyileştirmeye yönelik tüm çabalara rağmen, batı toplumlarında özofagus kanserli hastalarda toplam 5 yıllık sağkalım %15'in altında kalmaktadır (3). Özofagus kanserinin yönetimi, hastaların genel durumuna ve kansere, özellikle kanserin TNM evresine bağlıdır. Erken tümörler endoskopik çıkarma için uygun olabilirken, daha lokal olarak ilerlemiş kanserler kemoterapi, kemoradyoterapi, cerrahi rezeksiyon veya bunların kombinasyonları ile tedavi edilir. Operatif tedaviye uygun olmayan özofagus kanserli hastalar sistemik kemoterapi ile tedavi edilirler (4). Günümüzde özofagus kanserinin tedavisi genel olarak palyatifdir, çünkü ilk başvuru sırasında hastaların ancak 1/3'ü cerrahi tedavi uygulanabilecek evrededir.

Erken evre (T1-T2, N0, M0) özofagusun yassı hücreli kanseri ve adenokarsinomunda endoskopik veya cerrahi rezeksiyon uygulanır. Metastazı olmayan lokal invazyonu olan (T3-T4, N1-N3, M0) yassı hücreli özofagus kanserlerinde doğrudan kemoradyoterapi sonrasında sadece lokal nüks veya tümör kalıntısı varsa cerrahi veya neoadjuvan (preoperatif) kemoradyoterapi ve sonrasında cerrahi işlem uygulanır. Metastazı olmayan lokal invazyonu olan özofagus adenokarsinomlarında ise, neoadjuvan veya perioperatif kemoterapi ya da neoadjuvan-adjuvan (postoperatif) kemoradyoterapi ve sonrasında cerrahi tedavisi uygulanır (**Şekil 1**) (4).

Özofagus kanserlerinin birçoğu tanı anında inoperabl olduğundan ve tedavi edilen hastaların yarısından fazlası tümör nüksü geliştireceğinden, hastaların çoğu sonuçta palyatif tedaviye ihtiyaç duyacaktır. Radyoterapi veya stent yerleştirilmesi, birincil tümörle ilişkili semptomları azaltabilir, ancak sistemik hastalık kontrolü için palyatif kemoterapi gereklidir (5). Özofagus kanserli hastaların yaşam kalitesi, önce tıkaçıcı tümör ile ilişkili semptomlardan ve daha sonra tedavinin yan etkilerinden olumsuz etkilenir (6). Disfajide hızlı palyasyon, peroral yerleştirilen kalıcı genişleyebilen tel stentlerle, endoskopik lazer tedavisi ya da fotodinamik tedavi ile sağlanabilir. Bu tedaviler disfaji ve hayat kalitesinde belirgin iyileşme sağlar, ancak hastalar nadiren normal yiyebilirler (7). Hastanın beslenmesi için kitle lezyonunun distalindeki mideye perkütan endoskopik gastrostomi tüpleri, total parenteral nütrisyon yapılır. Palyasyon için ağrı kontrolü ve sistemik kemoterapi verilebilir (8).