İSTANBUL
MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİK İŞLEMLERE AİT ENDİKASYONLARIN VE SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevilay ASLAN

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

Eylül-2021

İSTANBUL
MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİK İŞLEMLERE AİT ENDİKASYONLARIN VE SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevilay ASLAN

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. H. Celal ULAŞOĞLU

İSTANBUL
Eylül-2021

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Sevilay ASLAN'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİK İŞLEMLERE AİT ENDİKASYONLARIN VE SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ **İMZA**

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. H. Celal ULAŞOĞLU .....

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN .....

Prof. Dr. Zuhal Aydan SAĞLAM .....

Tez Savunma Tarihi: 28/09/2021

Yazar Bildirimi

"GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİK İŞLEMLERE AİT ENDİKASYONLARIN VE SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ" isimli uzmanlık tezinde Dr. Sevilay ASLAN;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığı "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları "Bilgilendirme" bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Eylül, 2021 Dr. Sevilay ASLAN

İmza

Bilgilendirme

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Prof. Dr. H. Celal ULAŞOĞLU
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Sevilay ASLAN

Teşekkür

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre boyunca eğitimime katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma;

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerden esirgemeyen değerli hocalarım Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a, Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU ve Dr. Öğretim Üyesi Hasan Hüseyin MUTLU'ya;

Sağladığı kolaylıkla çalışmamı sürdürebilmeme katkı sunan Gastroenteroloji Bilimdalı Başkanı Sayın hocam Prof. Dr. İlyas TUNCER'e;

Tezimin planlanması, yürütülmesi ve yazımı süresinde desteğini gördüğüm ve araştırma görevlisi olarak hastanede çalıştığım süre boyunca bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim saygı değer hocam Prof. Dr. H. Celal ULAŞOĞLU'na;

Hastanemiz endoskopi ünitesinde çalışmamıza konu olan endoskopik uygulamaları gerçekleştiren gastroenteroloji uzmanı Prof. Dr. İlyas Tuncer, Prof. Dr. Celal ULAŞOĞLU, Doç. Dr. Firuze ENÇ, Uzm. Dr. Güralp TAŞAN'a;

Endoskopi ünitesinde görev yapmakta olan hemşire ve personel arkadaşlarıma;

Klinikte birlikte görev aldığım tüm asistan arkadaşlarıma;

Ferdi olmaktan onur duyduğum, hayatımın her döneminde desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her daim yanımda olan babam Taşdemir Musa İŞLEK'e, annem Gültaze İŞLEK'e, kardeşlerim Sema SEL, Uğur İŞLEK, Merve İŞLEK, Rabia İŞLEK ve Yasin İŞLEK'e ve diğer bütün aile fertlerime, kıymetli dostlarıma, hayatımıza girdikleri andan itibaren ailemize renk katan canım yeğenlerim Ömer ve Sare SEL'e asistanlık sürecimde güler yüzleri, samimi tavırlarıyla bana her zaman destek olan değerli arkadaşlarım Dr. Esma AĞCAKAYA ve Dr. Fatmanur ÇOBANOĞLU'na;

Her zaman yanımda olan, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, hayat arkadaşım sevgili eşim Ökkeş ASLAN'a en içten saygılarımı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Sevilay ASLAN

İçindekiler

ÖZET.....vii
ABSTRACT.....ix
Şekil Listesi.....xi
Tablo Listesi xii
KISALTMALAR.....xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER..... 2
2.1. Gastrointestinal Sistem Endoskopi Tarihçesi 2
2.2. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi 3
2.2.1. Özofagogastroduodenoskopi Endikasyonları 3
2.2.1.1. Tanısal Amaçlı ÖGD Endikasyonları..... 3
2.2.1.2. Takip ve Tarama Amaçlı ÖGD Endikasyonları 7
2.2.1.3. Tedavi Amaçlı ÖGD Endikasyonları 10
2.2.2. Özofagogastroduodenoskopi Kontrendikasyonları 11
2.2.3. Üst Sindirim Sistemi Endoskopisinin Komplikasyonları.... 11
2.2.4. Üst Gastrointestinal Sistemin Endoskopik Patolojileri 12
2.2.4.1. Özofagusun Endoskopik Patolojileri..... 12
2.2.4.2. Midenin Endoskopik Patolojileri 17
2.3. Kolonoskopi 20
2.3.1. Kolonoskopi Endikasyonları 21
2.3.1.1. Tanı Endikasyonları 21
2.3.1.2. Takip Endikasyonları..... 22
2.3.1.3. Tedavi Endikasyonları 22
2.3.2. Kolonoskopi Kontrendikasyonları 23
2.3.3. Kolonoskopi Komplikasyonları..... 23
2.3.4. Alt GİS Endoskopisinde Patolojiler..... 23
3. GEREÇ ve YÖNTEM 34
3.1. Olgu Seçimi ve Verilerin Toplanması 34
3.2. İstatistiksel Analizler..... 35
4. BULGULAR 36
5.TARTIŞMA ve SONUÇ..... 65
5.1. TARTIŞMA 65
5.2. SONUÇ 85

5.3. KISITLILIKLAR 85
KAYNAKLAR 86
EK 1. Etik Kurul Formu 103

ÖZET

Amaç: Gastrointestinal sistem hastalıkları dünyada ve ülkemizde morbidite ve mortalite olarak hemen her yaş grubunu ilgilendiren ve yaygın olarak rastlanan hastalıklar grubudur. Bu hastalık grubunda morbidite ve mortalitesi düşük klinik tablolardan, yaşamsal olarak ağır klinik tablolara varan birçok klinik tablo yer almaktadır.

Endoskopi; üst ve alt gastrointestinal sistem hastalıkların taramasında, tanısında ve tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir işlemdir.

Biz bu çalışmamızda gastroenteroloji kliniğinde çalışmanın başladığı Ağustos 2020 tarihinden itibaren geriye doğru yapılan ardışık 2115 üst ve alt endoskopi vakasını retrospektif olarak inceledik. Çalışmamızda hastanemize gelen ve endoskopi yapılan hastalar ile ilgili epidemiyolojik veriler oluşturmak, işlem endikasyonlarının saptanması ve bu endikasyonlara karşı gelen sonuçların belirlenmesini amaçladık. Endikasyon ve sonuç dağılımı analizi yaparak istatistiki öngörü ve prediktif dağılımı ölçmeyi hedefledik. Sonuçları literatür bulguları ile karşılaştırarak benzerlikler ve farklılıkların ortaya çıkarılması, elde edilen sonuçlardan klinik fayda sağlanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmamızda, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitesi'nde Temmuz 2019 ve Temmuz 2020 tarihleri arasında yapılan tüm işlemlere ait işlem raporları hastane arşiv sisteminden tarandı. Endoskopi yapılan hastalara ait toplam 2115 işlem raporu (1433 özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) ve 682 kolonoskopi) retrospektif olarak değerlendirildi. Endoskopi yapılmış hastaların endoskopi raporları endoskopi arşiv sisteminden taranarak yaş, cinsiyet, endikasyon, sonuç ve biyopsi sonuçlarını içeren veriler kaydedildi. Bulgular, istatistiksel olarak analiz edilerek bir yıllık seri değerlendirildi.

Bulgular: Gastroenteroloji endoskopi ünitesinde, 682 (%32) hastaya video kolonoskopi ile 1433 (%68) hastaya ÖGD inceleme yapıldı. Hastaların 971 (%46,0)'i erkek ve 1144 (%54,0)'ü kadın olup yaşları 18 ile 93 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 51,5±15,4 idi.

ÖGD yapılan olgulardan 627 (%43,8)'si erkek, 806 (%56,2)'sı kadın idi. Kadınların ve erkeklerin yaş analizi yapıldığında 50 yaş ve üzerinde 50 yaş

altına göre anlamlı olarak daha fazla ÖGD yapıldığı görülmüştür. En sık ÖGD yapılma endikasyonu %47,7 (683 hasta) oranı ile dispepsi idi. Bunu sırasıyla (%15,0) açıklanamamış demir eksikliği anemisi, (%12,6) GÖRH, (%7,8) üst GİS kanama, (%6,1) görüntülemede patoloji, (%5,4) istemsiz kilo kaybı, (%4,5) disfaji ve odinofaji, (%3,3) nedeni bilinmeyen diyare, (%3,3) ailede malignite öyküsü ve (%3,1) özofagogastrik varis açısından kontrol izlemekteydi. Olguların %7,2'sinde (103 hasta) ÖGD'de herhangi bir lezyon saptanmadı. En sık saptanan lezyon ise gastrit (%85,1, 1219 hasta) idi.

Kolonoskopi yapılan olguların 344'ü (%50,4) erkek, 338'i (%49,6) kadın idi. Kadınların ve erkeklerin yaş analizi yapıldığında her iki cinsiyette de 50 yaş ve üzerinde 50 yaş altına göre anlamlı olarak daha fazla kolonoskopi yapıldığı görülmüştür. En sık kolonoskopi yapılma endikasyonu %22,1 (151 hasta) oranı ile açıklanamamış demir eksikliği anemisi idi. Açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonuyla yapılan endoskopik işlemlerde en sık saptanan bulgular ise (%45,1) gastrit, (%29,2) normal bulgular, (%13,1) polip idi. Genel olarak kolon temizliği yeterli olan olguların oranı %83,4 idi. Olguların %41,3 (282 hasta)'ünde kolonoskopik olarak herhangi bir lezyon saptanmadı. En sık saptanan lezyon ise polip (%31,4) idi. Toplamda 33 (%4,8) olguda kolonda kitle saptandı. Patoloji sonuçlarında kolorektal kanser oranı %6,8 (26 olgu) idi. Kolorektal kanser tanısı alanların en sık endoskopi yapılma endikasyonları açıklanamamış demir eksikliği anemisi, görüntülemede patoloji ve GİS kanamasıydı.

Sonuç: Çalışmamızda hastanemiz gastroskopi ünitesinde gerçekleştirilen endoskopik işlemlerin ayrıntıları incelendi, elde ettiğimiz sonuçların sonraki çalışmalara ışık tutabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Özofagogastroduodenoskopi, Kolonoskopi

ABSTRACT

Aim: Gastrointestinal system diseases are a group of diseases that are common in almost every age group in terms of morbidity and mortality in the world and in our country. In this disease group, there are many clinical entities ranging from low morbidity and mortality to life-threatening severe clinical manifestations.

Endocopy; It is a commonly used procedure in the screening, diagnosis and treatment of upper and lower gastrointestinal tract diseases. In this study, we retrospectively analyzed 2115 consecutive upper and lower endoscopy cases since the start of the study in the gastroenterology clinic in August 2020. In our study, we aimed to generate epidemiological data about the patients who admitted to our hospital and underwent endoscopy, to determine the indications for the procedure and to determine the results corresponding to these indications. We aimed to measure statistical prediction and predictive distribution by performing indication and result distribution analysis. It was aimed to reveal similarities and differences by comparing the results with the literature findings and to provide clinical benefit from the results obtained.

Materials and Methods: In this study, operation reports of all procedures performed between July 2019 and July 2020 in the Süleyman Yalçın City Hospital Gastroenterology Department Endoscopy Unit were scanned from the hospital's archive system. A total of 2115 procedure reports, 1433 esophagogastroduodenoscopy (ÖGD) and 682 colonoscopies of patients who underwent endoscopy were evaluated retrospectively. The endoscopy reports of the patients who underwent endoscopy were queried from the endoscopy archive system and the data including age, gender, indication, results and biopsy results were recorded. The results were analyzed statistically and the one-year serie was evaluated.

Results: In the gastroenterology endoscopy unit, a total of 682 (32%) patients underwent video colonoscopy and a total of 1433 (68%) patients underwent EGD examination. Of the patients, 971 (46.0%) were male and 1144 (54.0%) were female, and their ages ranged from 18 to 93. The mean age was 51.5±15.4 years.

Of the patients who underwent EGD, 627 (43.8%) were male and 806 (56.2%) were female. When the age analysis of both genders was made, it was seen that EGD was performed significantly more at the age of 50 and above than under the age of 50. The most common indication for EGD was dyspepsia with a rate of 47.7% (683 patients). This was followed by control for (15.0%) unexplained iron deficiency anemia, (12.6%) GERD, (7.8%) upper GI bleeding, (6.1%) pathology on imaging, (5.4%) involuntary weight loss, (4.5%) dysphagia and odynophagia, (3.3%) diarrhea of unknown cause, (3.3%) family history of malignancy, and (3.1%) esophagogastric varices. No lesion as EGD was detected in 7.2% of the cases (103 patients). The most common lesion was gastritis (85.1%, 1219 patients).

Of the patients who underwent colonoscopy, 344 (50.4%) were male and 338 (49.6%) were female. When the age analysis of both genders was made, it was seen that colonoscopy was performed significantly more in both sexes at the age of 50 and above than under the age of 50. The most common indication for colonoscopy was unexplained iron deficiency anemia with a rate of 22.1% (151 patients). The most common findings in endoscopic procedures performed with the indication of unexplained iron deficiency anemia were gastritis (45.1%), normal findings (29.2%), and polyp (13.1%). In general, the rate of cases with adequate bowel cleansing was 83.4%. No lesion was detected colonoscopically in 41.3% (282 patients) of the cases. The most common lesion was polyp (31.4%). A colonic mass was detected in 33 (4.8%) cases in total. The rate of colorectal cancer in pathology results was 6.8% (26 cases). The most common indications for those diagnosed with colorectal cancer were unexplained iron deficiency anemia, pathology on imaging, and GI bleeding.

Conclusion: In our study, the details of the endoscopic procedures performed in the gastroscopy unit of our hospital were examined, we think that the results we obtained may shed light on future studies.

Keyword: Esophagogastroduodenoscopy, Colonoscopy

Şekil Listesi

Grafik 1: Hastaların yaş dağılım histogramı 36
Grafik 2: Hastaların cinsiyetleri 37
Grafik 3: Hastalara yapılan işlemler 37

Tablo Listesi

Tablo 1: Üst Gastointestinal Sistem Alarm Semptomları 4
Tablo 2: Üst sindirim sistemi endoskopisinin komplikasyonları 12
Tablo 3: Hastaların yaş dağılımları 36
Tablo 4: Hastaların cinsiyet ve yaşlarına göre yapılan işlemler 38
Tablo 5: Üst GİS endoskopi yapılanlarda cinsiyete göre endikasyonlar 39
Tablo 6: Üst GİS endoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre endikasyonlar 40
Tablo 7: Üst GİS endoskopi yapılanlarda cinsiyete göre sonuçlar 41
Tablo 8: Üst GİS endoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre sonuçlar 42
Tablo 9: Üst GİS endoskopi yapılanlarda cinsiyete göre patoloji sonuçları 43
Tablo 10: Üst GİS endoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre patoloji sonuçları ... 44
Tablo 11: Kolonoskopi yapılanlarda cinsiyete göre endikasyonlar 44
Tablo 12: Kolonoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre endikasyonlar 45
Tablo 13: Kolonoskopi yapılanlarda cinsiyete göre sonuçlar 46
Tablo 14: Kolonoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre sonuçlar 47
Tablo 15: Kolonoskopi yapılanlarda cinsiyete göre patoloji sonuçları 47
Tablo 16: Kolonoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre patoloji sonuçları 48
Tablo 17: Endoskopi sonucuna göre "gastrit" tanısı alan hastaların cinsiyete göre morfolojik bulguları 49
Tablo 18: Endoskopi sonucuna göre "gastrit" tanısı alan hastaların yaş gruplarına göre morfolojik bulguları 49
Tablo 19: "Dispepsi" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 50
Tablo 20: "Demir eksikliği anemisi" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 51
Tablo 21: "GİS kanama" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 52
Tablo 22: "GÖRH" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 53
Tablo 23: "Görüntülemede patoloji" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 54
Tablo 24: "Kilo kaybı" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 55
Tablo 25: "İBS" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 56
Tablo 26: "Diyare" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 56
Tablo 27: "Ailede malignite öyküsü" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 57
Tablo 28: "İBH izlemi ve tetkik" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 58
Tablo 29: "Polip şüphesi ve takip" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 59
Tablo 30: "Disfaji/odinofaji" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 60
Tablo 31: "Özofagogastrik varis" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 60

Tablo 32: “Pernisiyöz anemi” endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 61
Tablo 33: “Çölyak hastalığı” endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 61
Tablo 34: “Opere malignite/kontrol” endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 62
Tablo 35: “Kusma” endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 63
Tablo 36: “Anorektal yakınmalar” endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 63
Tablo 37: “Amiloid” endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 64
Tablo 38: “Koroziv madde maruziyeti” endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 64
Tablo 39: “Yabancı cisim” endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları 65

KISALTMALAR

ACG : Amerikan Gastroenteroloji Derneği
ACS : Amerikan Kanser Derneği
AÖS : Alt özofajiyal sfinkter
APC : Adenomatozis polipozis koli
ASGE : American Society for Gastrointestinal Endoscopy
BÖ : Barrett özofagusu
BT : Bilgisayarlı tomografi
CH : Crohn hastalığı
DEA : Demir eksikliği anemisi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
EMR : Endoskopik mukozal rezeksiyon
ESD : Endoskopik submukozal disseksiyon
FAP : Familyal adenomatöz polipozis
GGK : Gaitada gizli kan
GI : Gastrointestinal
GİM : Gastrik intestinal metaplazi
GİS : Gastrointestinal sistem
GİST : Gastro intestinal stromal tümör
GÖR : Gastroözofajiyal reflü
GÖRH : Gastroözofajiyal reflü hastalığı
H. pylori : Helicobacter pylori
HIV : İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü
HNPCC : Herediter nonpolipozis kolorektal kanser
HPV : Human Papilloma Virüs
İBH : İnflamatuar barsak hastalığı
İF : İntrinsik faktör
İM : İntestinal metaplazi
KOL : Kolonoskopi
KRK : Kolorektal kanser
LGD : Low grade displazi
MR : Manyetik rezonans
NSAİİ : Nonsteroid anti-inflamatuar ilaç
ÖGD : Özofagogastroduodenoskopi

PEG : Perkütan endoskopik gastrostomi
PPI : Proton pompa inhibitörü
REM : Rapid eye movement
SRÜ : Soliter rektal ülser
ÜGİK : Üst gastrointestinal sistem kanamaları
ÜK : Ülseratif kolit

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi, özofagus, mide ve proksimal duodenum hastalıklarının tanısında yaygın olarak kullanılan, en güvenilir tanı yöntemidir. Bu yöntemin avantajı endoskopi yapılan organın iç yüzeyini doğrudan görebilmek, lezyonlardan patolojik örnekleme yapabilmek, gerektiğinde de endoskopik tedavi uygulayabilmektir. Disfaji, retrosternal yanma/ağrı, epigastrik yanma/ağrı, kanama, dispepsi, kilo kaybı, bulantı ve kusma üst gastrointestinal sistem hastalıklarının en sık görülen semptomlarıdır. Bu semptomlar, benign bir hastalığın belirtisi olabileceği gibi, malign bir duruma da işaret edebilirler. Bu yüzden, bu semptomlara sahip olan hastaların mümkün olduğunca erken, endoskopi ile değerlendirilmeleri gerekir(1).

Kolonoskopi ışıklı fiberoptik veya videoendoskop kullanılarak yapılan, kalın barsakların (kolon) görsel incelenmesidir. Kalın barsak ile ilişkili semptomların araştırılmasında en etkili yöntem endoskopik incelemedir. Kolonoskopide amaç; rektumdan çekuma kadar tüm kolonun ve terminal ileumun görüntülenmesidir. Bu işlemin diğer yöntemlere göre üstünlüğü lezyonun görüntülenmesiyle birlikte aynı anda biyopsi alabilme ve polipektomi, dilatasyon, ya da alt gastrointestinal sistem kanamasına yönelik tedavisel yaklaşım olanakları sunmasıdır En sık görülen alt gastrointestinal sistem semptomları arasında rektal kanama, barsak alışkanlığında değişiklik, kanlı mukuslu dışkılama, alt abdominal ağrı ve tenezm hissi gelmektedir. Kolorektal kanser, kanser nedeniyle ölümlerin en sık ikinci nedenidir. Erken tanı çok önemli olup mortaliteyi %15-%33 oranında azaltabilir(2, 3). Kolonoskopi erişkinlerde 50 yaşından hatta son dönemlerde 45'li yaşlardan itibaren tavsiye edilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız, merkezimizde yapılan ÖGD ve kolonoskopilerde; işlem isteme endikasyonlarının, ÖGD ve kolonoskopide tespit edilen patolojiler ve bunların makroskopik ve histopatolojik tanılarının retrospektif olarak analiz edilmesi, bu sonuçların literatür bulguları ile karşılaştırarak benzerlik ve farklılıkların ortaya çıkarılması ayrıca bu bağlamda sonuçlardan klinik yarar sağlanmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gastrointestinal Sistem Endoskopi Tarihçesi

Endoskopinin tarihi Hipokrat'a kadar dayanmaktadır. Hipokrat, muayenede rektal spekulum kullandığını belirtmiştir. Modern endoskopi 1805'de Frankfurt'ta Bozzini tarafından geliştirilen yansıtıcı ayna, çift lümenli ventral kanül ve mumdan oluşan, kendisinin "Lichtleiter" adını verdiği aletin kullanılması ile başladı(4, 5). 1865'de Dosormeaux, çok amaçlı bir endoskop oluşturmuştur. Baltimore'dan Kelly'nin sigmoidoskopun dizayn ve kullanımına çok katkıları olmuştur. Bükülebilir endoskopların 1932'de kullanıma girmesi ve işlemin yaygınlaşmasına kadar, Nitze, Mikülicz, Elsner ve Schindler'in bu alanda önemli katkıları olmuştur.1879'da Kelling ve Resenheim organ muayenesi için bükülebilir bir alet oluşturduklarını belirtmişlerdir. 1932'de Wolf ve Schindler, optik ekseni de bükülebilen gastroskopu geliştirmişlerdir. Bu aletin proksimal kısmı rijid olup, distal bölümü bükülebilir özellikteydi. Bu alet sayesinde, midenin büyük bir kısmının endoskopik muayenesi mümkün olmaktaydı. Endoskopi konusundaki bu çalışmalarından dolayı, Rudolf Schindler gastrointestinal endoskopinin babası olarak adlandırılmıştır. Chevalier Jackson da Amerikan bronko-özofagoskopisinin babası olarak anılmaktadır(4, 5).

Yüzyılımızın başından itibaren sistoskopi, özofagoskopi, proktoskopi, laringoskopi gibi açık kavite endoskopik cihazlar, tıpta kullanılabilir hale gelmiştir. Kapalı kavite endoskopisi, bu tarihlerde henüz denenmemişti. Yaklaşık 30 sene, özofagusun endoskopisi rijid, mideninki ise semi-fleksibl endoskoplarla olmak üzere, iki farklı aletle yapılmıştır. Curtis, Hirchowitz ve Peters, 1956'da gastrointestinal endoskopide fiberoskoplar kullanmaya başlamışlardır(6). ABD de 1963'de anal yoldan kullanılan ilk fiberoskop uygulama alanına girmiştir. Overholf, Dean, Shearman ve Fox (1969), kolonoskopun kolonda ilerletilmesinin prensiplerini ortaya koymuşlardır. 1972'de ise enteroskopik çalışmalar yayımlanmaya başlanmıştır(5).

1990'lı yıllarda elektronikteki gelişmelerle birlikte videoendoskopi sistemleri kullanılmaya başlanmış olup, bu sayede daha kaliteli ve net görüntü elde

edilmiştir. Üstelik son yıllarda endoskopların ucuna ultrason tarayıcıları ilave edilmesiyle endoskopik ultrason cihazları geliştirilmiştir(7, 8)

Günümüzde gastrointestinal endoskopi, uygulandığı sistemin hastalıklarının teşhisinden öte, çok sayıda tedavi işlemi için kullanılmaktadır. Günümüzde endoskopideki ilerlemeler, doğal açıklıklardan girilerek endoskopik cerrahi uygulamaları (NOTES) gündeme getirmiştir(5).

Sindirim sistemi endoskopisi, günümüzde ulaştığı noktada, üst sindirim sistemi ve kalın bağırsağın değerlendirilmesinde büyük oranda radyografik tetkiklerin yerini almış bulunmaktadır. Daha ucuz radyografik tetkikler, daha az komplikasyon oranı, motilite ve boşalmayı değerlendirebilme, web, ring ve divertikülleri daha iyi gösterme gibi üstünlüklere sahiptir. Bu tetkiklerin en önemli dezavantajı, lezyon görüldüğü zaman biyopsi alınması için tekrar endoskopik girişime ihtiyaç duymalarıdır. Ancak, immobil, koopere olmayan, ameliyat geçmişi bulunan hastaların radyolojik değerlendirilmesinde güçlükler bulunur. Ayrıca, radyografiden tedavi amaçlı olarak endoskopi kadar yararlanmak söz konusu değildir(5).

2.2. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi

2.2.1. Özofagogastroduodenoskopi Endikasyonları

Özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) endikasyonları rijid endoskopların yerini fleksibl endoskopların almasıyla oldukça artmış, bunlar hem tanı hem de tedavide kullanılır hale gelmiştir. ÖGD endikasyonları; tanısal muayene, takip-tarama ve tedavi olmak için olmak üzere üç grup altında sınıflandırılmaktadır(5).

2.2.1.1. Tanısal Amaçlı ÖGD Endikasyonları

ÖGD yapılmasını gerektiren semptomlar;

Tablo 1: Üst Gastointestinal Sistem Alarm Semptomları (5)

● 50 yaş ve üzerinde ortaya çıkan yeni dispeptik yakınmalar.
● Aile anamnezinde üst gastrointestinal malignite hikayesi olan hastalar.
● Son iki ayda istenmeden 3 kg'dan fazla kayıp.
● Üst gastrointestinal kanama veya demir eksikliği anemisinin gelişmiş olması.
● İlerleyici yutma güçlüğünün gelişmesi.
● Ağrılı yutma varlığı.
● Israr eden kusma.
● Epigastrium bölgesinde ele gelen kitle veya periferik lenfadenopati.
● Tıkanma sarılığı.
● Disfaji veya odinofaji.

Dispepsi

Üst veya retrosternal hemiabdomenlerde ağrı, rahatsızlık, yanma, bulantı, kusma veya üst gastrointestinal sistemden kaynaklandığı düşünülen başka herhangi bir semptomun varlığı olarak tanımlanır(9). 50 yaş ve üzeri hastalarda dispepsi yeni oluşmuşsa ÖGD yapılmalıdır. 50 yaş altında oluşan dispepsi varlığında konservatif tedavi uygulanmalıdır. Fakat, dispepsi ile birlikte hastada Tablo 1'de gösterilen alarm semptomlarından herhangi biri varsa, yine hastaya ÖGD yapılmalıdır. H. pylori tanısı için biyopsi yapılacaksa veya önceden H. pylori eradikasyonu yapılmış hastalarda tedavi başarısını değerlendirmek amacıyla, ÖGD yapılır. H. pilori negatif olan hastalarda, kısa süreli proton pompa inhibitörü (PPI) tedavisi tercih edilmelidir. Dispeptik yakınmaları olan ve ampirik PPI tedavisine yanıt vermeyen veya tedaviye yanıt verip tekrarlayan hastalarda, ÖGD yapılmalıdır(5, 10, 11).

Disfaji ve Odinofaji

Disfaji, alınan gıdanın ağızdan mideye geçişinin mekanik olarak engellenmesi, yutma hareketini sağlayan kasların gücünün azalması veya koordinasyonunun bozulması sonucu oluşan yutma zorluğu, yutma güçlüğü semptomudur(12). Odinofaji, ağrılı yutma eylemidir. Disfaji ve odinofaji genelde birlikte gözlenir. Disfaji ve odinofajisi olan hastalarda ilk yapılması gereken ÖGD'dir ve bu ciddi bir semptomdur(13). Özellikle katı gıdalara karşı ve ilerleyici ise, hızlı davranılmalıdır. Ancak, nörolojik nedenlerle oluşan orofarenjiyal disfaji varlığında, tanı için ÖGD'ye gerek yoktur. Gastroözofajiyal reflü hastalığının da, larenjit, kronik öksürük veya bronkospazm gibi atipik semptomlarla seyredebileceği akılda tutulmalıdır(5).

Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı

Mide içeriğinin retrograd olarak distal özofagusa doğru hareketi, normalde günde yaklaşık, 10-15 kez gözlenebilen fizyolojik bir olaydır. Gastroözofajiyal reflü hastalığı (GÖRH) 2006'da yapılan konsensus toplantısı sonucunda yayınlanan Montreal tanımlamasına göre, bu olayın multifaktöryel nedenlerle patolojik hale gelerek, distal özofagusta histolojik ve morfolojik değişiklikler yapması ya da özofagus, farenks, larenks ve solunum yollarına ait semptom ve bulgulara yol açması ve/veya komplikasyonlara neden olduğu durumda ise bir hastalıktır(14). GÖRH, ÖGD yapılmadan, tipik semptomlarla teşhis edilebilir. Komplike olmayan GÖRH'ında, ÖGD yapmadan ampirik olarak tedaviye başlanabilir. Fakat, Tablo 1'de belirtilen alarm semptomları veya komplike GÖRH düşündüren semptomlar ya da ampirik tedaviye cevap vermeyen GÖRH varsa, ÖGD yapılmalıdır(5, 15, 16).

Kusma

Hastalarda 48 saatten uzun süren kusma varsa ve sindirim sistemi dışı hastalık sebebiyle olmadığı düşünülüyorsa, ÖGD endikasyonu vardır(5, 11, 17).

Üst Gastrointestinal Kanama

Üst özofagus ile duodenumdaki Treitz ligamenti arasında kalan bölgeden olan kanama, üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması olarak tanımlanır ve % 8-14 mortaliteye sahiptir. Üst gastrointestinal sistem kanamaları (ÜGİK), hastalarda morbidite ve bazen de mortaliteye yol açtığı gibi ciddi ekonomik yükü de beraberinde getiren tıbbi bir acildir. Endoskopik tedavi yöntemleri ile hastanede yatış ve ölüm oranlarında belirgin azalma olmuştur(18). Genellikle hematemez (taze, parlak kırmızı veya kahve telvesi özelliğindeki kusma) ve/veya melena (parlak, siyah, kötü kokulu katrana benzeyen görünümlü gaita şeklinde kanama) ile kendini gösterir. Şiddetli ÜGİK'li hastaların yüzde 5 ila 10'unda hematokezya (parlak kırmızı veya maun renginde gaita ile karakterize kanama) olarak ortaya çıkabilir. Hastada üst gastrointestinal sistem kanama bulguları varsa hem tanı hem de tedavi için ÖGD endikasyonu vardır(5, 19, 20).

Demir Eksikliği Anemisi

Demir eksikliği anemisi (DEA) en sık görülen anemi türüdür. Gelişmiş ülkelerde erkeklerde %2, postmenapozal kadınlarda %5 oranında görülmektedir. Erişkin erkek ve postmenapozal kadınlarda en sık DEA sebebi gastrointestinal sistemden kan kaybıdır(21). Endoskopi istenen hastaların %4-13'ünde DEA mevcuttur(22). DEA olan erkek hastalara, ÖGD'ye ek olarak kolonoskopi de yapılmalıdır. DEA olan kadın hastalarda, ÖGD'ye ek olarak kolonoskopi postmenopozal veya 50 yaş üzeri olması durumunda ya da hastanın anamnezinde ailesel kolorektal kanser anamnezi varsa, ÖGD yapılmalıdır. Bu hastalarda, kolonoskopinin normal olduğu görülmedikçe özofajit veya peptik ülser, anemi nedeni olarak kabul edilmemelidir(23). Çölyak hastalığı da tüm demir eksikliği anemisi olan hastalarda araştırılmalıdır(5).

Şüpheli Kitle Varlığı

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanserleri dünyada ve ülkemizde en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindendir. Tüm kanser ölümlerinin %20'si gastrointestinal kanserlerle oluşmaktadır(24). Tanıda özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) altın standart işlemdir(25). Üst batın

muayenesinde ve üst gastrointestinal radyolojik incelemelerinde lezyon tespit edilen hastalara, ÖGD yapılır(5, 11, 17).

Korosiv Madde İçenlerde

Lezyonun yeri, yaygınlığı ve ciddiyetini saptamak için, ÖGD yapılır(5).

2.2.1.2. Takip ve Tarama Amaçlı ÖGD Endikasyonları

Malignite riski varsa veya bazı benign ve malign hastalıkların tarama ve takibinde ÖGD kullanılır(5).

Gastroduodenal Ülser

Gastroduodenal ülser, gastrointestinal kanalın herhangi bir yerinde peptik sıvıya maruz kalmış (asit-pepsin) bölgelerde oluşan, mukozadan başlayıp ve en az muskularis mukozayı da içine alan sınırları belli doku kaybı ile karakterize akut veya kronik bir yaradır. En sık duodenum ve midede görülmektedir. Ayrıca özofagus alt ucu, jejunum, mide cerrahisi sonrası anastomoz yerinde veya nadiren heterotropik mide mukozası içeren herhangi bir yerde de (ileumda bulunan Meckel divertikülünde olduğu gibi) görülebilir(26). Duodenum ülserleri, mide ülserlerine göre 2-3 kat daha yaygın görülmektedir. Duodenum ülserleri, en sık 25-55yaş arasında, mide ülserleri ise en sık 40-70 yaş arasında görülür. Genel olarak yaş ilerledikçe gastroduodenal ülser insidansı artmaktadır. Gastroduodenal ülser oluşumunda en sık sebep Helicobacter pylori (H. Pylori) enfeksiyonudur. Aspirin, nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ), ağır hastalık (stres) ve kortikosteroid kullanımı da gastroduodenal ülsere yol açabilir(27, 28). ÖGD ile mide ülseri tanısı alan ve bu biyopside teyit edilen hastalarda, 4–6 hafta antisekretuvar tedavi sonrası kontrol endoskopisi yapılmalıdır. ÖGD ile duodenal ülseri tanısı alan hastalarda, eğer 4–6 haftalık tedavi sonrası semptom yoksa, tekrar ÖGD yapılmasına gerek yoktur(5, 11, 17).

Portal Hipertansiyonun Değerlendirilmesi

Portal venöz basınçta patolojik artış ve portosistemik kolleteral dolaşım gelişimi ile portal kanın karaciğeri by-pass ederek sistemik dolaşıma katılması ile karakterize klinik bir sendromdur(29). Portal hipertansiyon,

splenomegali, asit ve portal tipte porto-sistemik kollaterallerle karakterizedir. Özofagus varisleri portal hipertansiyonun endoskopik incelemedeki yansımasıdır. Özofagus varis kanamaları üst gastrointestinal kanamaların prognozu en kötü olan grubudur(30). Sirotik olan veya olmayan portal hipertansiyon varlığında, özofagogastrik varislerin tespit edilmesi ve evrelendirilmesi için, ÖGD yapılmalıdır. Portal hipertansiyon var ancak varis yoksa, hasta takibinde iki yılda bir ÖGD tekrarlanmalıdır. Varis var ve ÖGD ile tedavi edildiyse, tedavi değerlendirilmesinin takibinde işlem yapılan kliniğe göre tespit edilen zaman aralıklarıyla, ÖGD yapılmalıdır(5, 31).

Akalazya

Özofagus düz kasında aperistaltizm ve alt özofagus sfinkterinde (AÖS) releksasyon bozukluğu ile karakterize primer motilite bozukluğudur. Etiyolojisinde, diyafram kruslarının gerginliği, akciğerin basısı, özofagus alt ucunda king oluşumu suçlanmışsa da otoimmun dejeneratif bir proçesin özofagus düz kas dejenerasyonu ve myenterik ganglion hücre kaybına neden olduğu genel kabul gören nedendir(32). Bu hastalarda, skuamöz hücreli kanser gelişme riski artmıştır. Hastalık başlangıcından 15. seneden sonra, kanser riski başlamaktadır. Takip eden senelerde, 2–3 senede bir ÖGD yapılmalıdır(5, 33).

Kostik Yaralanma

Asit veya alkali kostik maddelerin yutulması özofagus ve midede ciddi yaralanmalara neden olabilir. Ortaya çıkan yaralanma ve darlık derecesi, önemsizden hayatı tehdit edecek duruma kadar değişiklik gösterebilir. Yaralanma derecesi, maddenin yapısına (korozyona neden olabileceği dereceye), tüketilen miktara, konsantrasyonuna, durumuna (katı veya sıvı) ve gastrointestinal (GI) mukozayla temas zamanına göre belirlenir(34). Skuamöz hücreli kanser riski özellikle alkali yaralanma sonrası artmaktadır. Bu risk 15 yıldan sonra arttığı için, 15. yıldan sonra ÖGD ile izlem yapılmalıdır(5, 35).

Gastrik Epiteliyal Polip

Gastrointestinal sistemden lümene doğru uzanıp mukoza ya da submukozadan kaynaklanan proliferatif lezyonlar polip olarak tanımlanır. Gastrik polipler genellikle endoskopik işlem esnasında insidental olarak saptanan küçük ve asemptomatik lezyonlardır. Midede en sık hiperplastik polip ve fundik gland polipleri görülür(36). Malign transformasyon riski nedeniyle polipin histopatolojik yapısının belirlenmesi önemlidir(37). Tüm gastrik epiteliyal poliplere biyopsi yapılarak hiperplastik veya adenomatöz olup olmadığı belirlenmelidir. Kanser riski sebebiyle adenomatöz polipler, endoskopik olarak tedavi edilir. Takip etmek için, bir yıl sonra ÖGD tekrarı yapılmalıdır. Eğer ÖGD normal ise, 3–5 yılda bir tekrarlanmalıdır. Takiplerde high grade displazi veya erken evre kanser tespit edilirse, gereken uygun tedavi yapılmalıdır(5, 17, 38).

Gastrik İntestinal Metaplazi

Gastrik intestinal metaplazi (GİM), mide kanserinin premalign bir lezyonudur. Normal gastrik mukoza yerine müsin sekrete eden intestinal mukoza gelişir. Histolojik olarak, mide antrum veya korpusta, intestinal mukozanın kolumnar epiteli, Paneth, goblet veya absorbtif hücreleri görülür(39, 40). H. pylori enfeksiyonu, ırk, yaş, cinsiyet, aile öyküsü, sosyoekonomik durum, sigara kullanımı, tuzlu veya tütsülenmiş gıda ile beslenme GİM gelişimi için risk faktörleridir. H. pylori enfeksiyonu, dünya genelinde GİM gelişmesinde en sık etiyolojik nedendir(40, 41). H. pylori enfeksiyonu varlığı, mide kanseri riskini 10 kat artırır. Batı ülkelerinde, ÖGD ile izlem mutlak olarak önerilmemektedir. Eğer izlem yapılacaksa, tüm midenin topoğrafik haritası yapılmalıdır. High grade displazi varlığı, kanser oluşumu için önemli bir risk artış nedenidir, bu hastalara endoskopik rezeksiyon veya gastrektomi yapılmalıdır. Endoskopik rezeksiyon yapıldıysa, her 6 ay – 1 yılda bir yapılan ÖGD ile, hasta yakından takip edilmelidir(5, 11, 17, 38).

Pernisiyöz Anemi

Gastrik mukozanın atrofisi veya paryetal hücrelerin otoimmun hasarlanmasına bağlı görülen ve İntrinsik faktör (İF)'ün yokluğundan

kaynaklanan pernisiyöz anemi B12 vitamini eksikliğinin sık görülen sebeplerindendir. Yaş arttıkça görülme sıklığı artar ve en sık 60 yaş civarında görülür. Pernisiyöz aneminin karakteristik bulgusu midenin asit ve pepsin salgılayan kısmının etkilendiği, antrumun ise korunduğu gastrik atrofidir. Klinik bulgular B12 vitamini eksikliğine bağlı bulgulardır(42). Pernisiyöz anemide, gastrik kanser ve gastrik karsinoid riski artmıştır. Bu nedenle, pernisiyöz anemisi olan hastalarda bir defa ÖGD yapılmalıdır. ÖGD negatif ise, takibe gerek yoktur(5, 43, 44).

Familyal Adenomatöz Polipozis (FAP)

Familyal adenomatöz polipozis (FAP) çok sayıda (>100) premalign kolorektal adenomatöz polip ile karakterize ve tümör süpressör adenomatozis polipozis koli (APC) genindeki mutasyonlar sonucu gelişir. FAP hastalarının büyük çoğunluğunun ailesel kolorektal polip ve kanser öyküsü vardır, ancak bunların %25-30'u "de novo" dur. Yani aile bireylerinde FAP'ın klinik ya da genetik bulguları yoktur(45). FAP hastalarının %88'inde fundik gland polipleri görülmektedir. Adenomatöz poliplere ise %2–50 oranında rastlanmaktadır ve bunlar genellikle soliter ve sesil olup, antruma yerleşmektedir. Duodenal adenomlar ise %90 oranında bulunmaktadır. Jejunal ve ileal poliplere ise %50–90 oranında rastlanılmaktadır. Bu nedenle, FAP hastalarına 25–30 yaş arasında ÖGD ile izlem yapılmasına başlanmalıdır. Duodenum ve ampullada geniş tabanlı polip varsa, biyopsi yapılmalıdır(5, 46, 47).

Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser

Herediter nonpolipozis kolorektal kanserler (HNPCC) otozomal dominant kalıtılır(48). HNPCC'de, mide ve ince barsakta kanser gelişme riski arttığından bu hastalar 30 yaşından itibaren ÖGD ile takip edilmelidir(5, 49).

2.2.1.3. Tedavi Amaçlı ÖGD Endikasyonları

Bazı hastalıkların tedavisi cerrahi girişime gerek kalmadan ÖGD ile yapılabilmektedir. Bu tedaviler(50);

1. Özofagogastrik varislerin tedavisi.
2. Varise bağlı olmayan üst GİS kanamaları.
3. Benign darlıkların buji-balon dilatasyonu.
4. Özofagusa stent yerleştirilmesi.
5. Endoskopik submukozal disseksiyon, endoskopik mukozal rezeksiyon.
6. Yabancı cisim çıkarılması.
7. Pankreas psödokistlerinin endoskopik drenajı.
8. Polipoid lezyonların çıkarılması.
9. Akalazya tedavisi.
10. Malign lezyonlara bağlı darlıkların palyasyonu.
11. İntestinal metaplazilerin tedavisi.
12. Cerrahi sonrası gelişen komplikasyonların tedavisi.
13. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG).

2.2.2. Özofagogastroduodenoskopi Kontrendikasyonları

Gastrointestinal sistem endoskopisi onay vermeyen hastalarda, kooperasyon sağlanamayan hastalarda, perforasyon şüphesi varsa, kardiyovasküler kollaps durumunda, hava yolu açıklığının sağlanamaması durumlarında, peritonitte ve servikal travma durumlarında kesinlikle kontrendikedir(50).

Yeni geçirilmiş sindirim sistemi cerrahisi, barsak obstrüksiyonu, koagülaopati, ciddi trombositopeni, yakın zamanda gıda alımı, yeterli deneyimi olmayan kişilerin yüksek riskli hastalara endoskopi yapması, Zenker divertikülü, proksimal özofageal veya farengeal obstrüksiyon, akut koroziv madde alımı, servikal vertebralarda aşırı deformasyon ve aşırı GI sistem kanaması rölatif kontendikasyonlardandır(50).

2.2.3. Üst Sindirim Sistemi Endoskopisinin Komplikasyonları

Üst sindirim sistemi endoskopisi günümüzde yaygın olarak birçok merkezde yapılan, minimum riskli, pratik bir işlemdir. Özellikle deneyimli kişiler tarafından yapıldığı zaman, komplikasyon oranı oldukça düşüktür. Ancak, tüm tıbbi girişimlerde olduğu gibi endoskopi sırasında da, alınan

tüm tedbirlere rağmen, birtakım komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Uygulamada; hastaya, endoskopiyi yapan kişiye, anesteziye, yardımcı personele, ilaçlara ve kullanılan cihazlara bağlı komplikasyonlar görülebilir. Tanısal işlemlerde, tedavi amacıyla yapılan işlemlere göre komplikasyonlar daha az görülür. Mortalite ise %0,005–0,03 olarak bildirilmiştir(5).

Tablo 2: Üst sindirim sistemi endoskopisinin komplikasyonları (5);

Alet sıkışması	Bayılma
Diş kırılması	Distansiyon
Kanama	Kalp ritim bozuklukları
Pnömotoraks	Dispne
Delinme	Enfeksiyon
Solunum durması	Taşikardi
Mukoza harabiyeti	İlaç reaksiyonları
Kalp durması	Elektrik yanıkları
Mide içeriğinin aspirasyonu	

2.2.4. Üst Gastrointestinal Sistemin Endoskopik Patolojileri

2.2.4.1. Özofagusun Endoskopik Patolojileri

- **Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı**

Gastroözofajiyal reflü (GÖR), alt özofajiyal sfinkter (AÖS) gevşemesiyle oluşan, tokluk döneminde 30 saniyeden kısa süren, ilk üç saat içinde 1–4 kez olabilen ve uykunun REM (rapid eye movement) evresinde 10–50 kez tekrarlayan fizyolojik bir olaydır. Fakat, mide içeriğinin özofagusa anormal geri kaçmasına bağlı olarak reflü sıklığında artış, süresinde uzama ve özofajiyal mukoza hasarı sonucu gastroözofajiyal reflü hastalığı (GÖRH) oluşur. Özofagusa ait bütün patolojilerin %75'ini GÖRH oluşturur. Patolojik reflüye sebep olan durumlar arasında mide boşalmasında bozukluk (postvagotomi, diabetes mellitus, ülser, tümör, dışarıdan bası gibi), AÖS bozukluğu (skleroderma, hiatal herni, kostik veya travmatik yaralanma, inflamasyon gibi), refleks bozukluk (aşırı AÖS gevşemesi, beyin sapı

yaralanması gibi), eksojen faktörler (alkol, sigara, hipertonik gıda tüketimi, antikolinerjik ilaçlar ve kalsiyum kanal blokeri ilaç kullanma gibi) sayılabilir. Benign özofagus hastalıkları içinde yüksek oranda rastlanmasına rağmen, tanı ve tedavisi için kabul edilmiş evrensel bir tanımlama yoktur(51).

GÖRH'nın en önemli iki bulgusu pirozis (retrosternal yanma, heartburn) ve regürjitasyondur. Bu tipik belirtileri tarifleyen hastalarda klinik tanıyı benzer şikayetlere sebep olan diğer önemli hastalıkları dışladıktan sonra koyabiliriz(52). GÖRH komplikasyonları; özofajit, darlık ve Barrett özofagusudur (BÖ). Tekrarlayan aspirasyon, ilerleyici pulmoner fibroza neden olabilir(51). Komplike olmayan vakalarda ÖGD yapılmadan ampirik tedavi verilebilir, ampirik tedaviye cevap vermeyen veya komlike olan ya da alarm semptomları olan hastalarda ÖGD yapılmalıdır(15, 16).

Barrett Metaplazisi: Alt özofagustaki hasar görmüş skuamöz hücreler, ya daha skuamöz hücrelere ya da metaplazi sonucu oluşan kolumnar hücrelere yerini bırakmasıyla oluşan patolojidir. Kronik gastroözofajiyal reflü, hem skuamöz hücrelere zarar verir, hem de kolumnar hücre metaplazisi ile tamiri uyaran anormal bir özofajiyal ortam sağlar(51). Hastalar ortalama 55 yaşında tanı alır ve erkeklerde kadınlara göre üç kat daha sık görülür. GÖRH belirtileri için endoskopik muayene yapılan hastaların %l0–15'inde Barrett özofagusu görülür. Barrett özofaguslu hastaların çoğu, özofagusa ait semptomlar için tıbbi destek almazlar ve GÖRH'nin semptomlarını göstermeyebilirler(51, 53).

- **Özofajitler**

Peptik Özofajit: Fizyolojik olan GÖR'nün patolojik hale gelmesiyle özofagusta endoskopik veya histopatolojik olarak saptanabilen hasar reflü özofajiti olarak adlandırılır. Tipik semptomları olan hastalarda anamnezle tanı konabilir veya hastanın semptomlarının reflüye yönelik tedavi ile kısa sürede düzelmesi de tanıda kullanılabilecek bir yöntemdir. Atipik semptomlar tanımlayan hastalarda, alarm semptomlarının varlığında veya tedaviye yanıt vermeyen hastalarda, bazı ilave testler yapılabilir(54, 55). Endoskopi, özofagus mukozasının doğrudan görülmesine ve gerekirse

histopatolojik inceleme için doku örneği alınmasına olanak sağlaması nedeniyle, GÖRH teşhisinde en sık kullanılan yöntemdir(51).

Kostik Özofajitler: Kostik yaralanmanın yeri ve şiddeti, alınan maddeye, alınan miktara, midedeki rezidü gıdaya ve doku temasının süresine bağlıdır(51). Kostik yaralanma tedavisinde yaralanmayı değerlendirmek için, radyolojik ve endoskopik tetkikler yapılmalıdır. Lezyonların yerleşimi, yaygınlığı ve derecesi, ağızdan duodenuma kadar belirlenir(51).

Kandida Özofajiti: Enfeksiyöz özofajitin en sık nedeni kandidalardır. Kandida, gastrointestinal sistemde en sık orofarenksi, ikinci sıklıkta ise özofagusu tutar. Özofajitin en sık ve en virülan türü, Candida Albicans'dır. Özofajitli hastalarda disfaji, odinofaji ve retrosternal ağrı şikayetleri vardır. Genellikle, orofarenjiyal kandidiyazisle birlikte görülür. Lezyonlar, en sık özofagusun 1/3'lük distal kısmındadır. Biyopsi örneklerinin kültüründe üreme olması veya histopatolojik incelemede mantar elemanlarının görülmesi özofajit tanısında altın standarttır. Orofarenjiyal kandidiyazisle birlikte disfaji veya odinofaji varlığı özofajiyal kandidiyazis için tanı koydurucudur(51, 56, 57).

- **Özofagusun Motor Bozukluğu: Akalazya**

Akalazya, özofagus gövdesinin ve AÖS'nin en sık görülen fonksiyonel bozukluğudur. Genellikle orta yaşlarda ortaya çıkar ve her iki cinsiyette de eşit oranda görülür. Görülen semptomların klasik triadı; yutma zorluğu, regürjitasyon ve kilo kaybıdır. Akalazyanın erken evresinde, hasta sıvı gıda özellikle de soğuk sıvı gıda ve geç dönemde katı gıda aldıktan sonra, genellikle ksifoid düzeyinde bir takılma ifade eder(51, 58). Akalazya premalign bir lezyondur ve bu hastalıkta, yassı epiteliyal hücreli kanser en sık görülen tiptir. Akalazyadaki özofagus karsinomu, mukozal irritasyonun en sık olduğu 1/3 orta özofagusta oluşmaya meyillidir. Akalazya tanısı radyolojik görüntüleme ile konur. Akalazyada; özofajitin şiddetini, olabilecek karsinomu, reflü özofajite bağlı özofagus darlığını ayırt etmek için özofagoskopi endikasyonu vardır(51).

- **Özofagus Divertikülleri**

Özofagus divertikülleri, özofagus duvarındaki zayıf bir bölgeden, lümen dışına doğru olan cepleşmeler şeklinde tanımlanabilir, gastrointestinal sistem boyunca nadiren gelişebilen, genellikle komplike hale gelmedikçe semptom vermeyen patolojilerdir. Gastrointestinal sistemin diğer bölümlerine göre özofagusta çok daha nadir görülürler(59). Özofagus divertiküllerinin görülme sıklıkları %0,1 olarak bildirilmektedir. En sık yetişkin yaş grubunda görülmekle birlikte tüm yaş gruplarında görülebilir(60). Özofagus divertikülleri oluşum mekanizmasına göre ikiye, anatomik lokalizasyonuna göre üçe ayrılarak değerlendirilir. Oluşum mekanizmasına göre yalancı divertikül ve gerçek divertikül olarak ayrılır. Yalancı divertikül, pulsiyon divertikülü veya Zenker divertikülü olarak da isimlendirilir ve en yaygın, en bilinen özofagus divertikülü tipidir(59, 61). Anatomik lokalizasyonuna göre ise; üç farklı grupta değerlendirilir: Üst özofagus sfinkterinin hemen üzerinde oluşan Zenker divertikülü, orta özofagustaki traksiyon divertikülleri, alt özofagusta diyaframın hemen üzerinde oluşan epifrenik divertiküldür. Etkili bir medikal tedavisi mümkün olmadığı için özellikle semptomatik hasta gruplarında operasyon önerilmektedir(59, 62, 63).

- **Özofagus Varisleri**

Özofagus varisleri ve varis kanamaları, portal hipertansiyonun komplikasyonlarındandır. Portal ven basıncının artmasına bağlı olarak, kanı vena kava sistemine taşıyan farklı kollateraller gelişir. Bu kollateraller, portal ve sistemik dolaşımlar arasında varolan bağlantıların aktif hale gelmesiyle oluşur. Karaciğer hastalığında görülen özofajiyal ve gastrik varislere bağlı üst gastrointestinal sistem kanamaları, yüksek mortaliteye sahip, hayatı tehdit eden durumlardır. Özofagus varislerinin radyolojik olarak tanısı ve değerlendirilmesi mümkündür. Ancak, özofagusun endoskopik değerlendirilmesi, daha fazla ve yararlı bilgiler sağlar aynı zamanda günümüzde özofagus varis kanamalarında en öne çıkan tedavi yaklaşımı, endoskopik tedavi yöntemleridir(51).

- **Mallory-Weiss Yırtıkları**

Bu sendrom, tüm ağır üst GİS kanamalarının yaklaşık %15'ini oluşturur, tekrarlayan kusmalar sonrası ortaya çıkan akut üst GİS kanamaları ile karakterizedir. Endoskopik olarak herniye olmuş mide mukozasında, kanama odağı olarak bir ya da daha fazla uzunlamasına fissür görülmesi tanıyı doğrular. Kanama, hastaların büyük kısmında operasyon gerektirmeden, kendiliğinden durur(51, 64).

- **Özofagus Tümörleri**

Özofajiyal Polipler: Polipler, genellikle lümen içinde yerleşimli, üstü mukoza ile çevrili, vaskülerize, sinir, bağ ve yağ dokusu içeren pediküllü yapılardır. En sık özofagusun 1/3 üst bölümünde yeralır. Baryumlu özofagus grafisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile, tanısı rahatlıkla konulabilir. Lezyonun lokalizasyonu ve boyutuna göre farklı girişimler uygulanabilir. Küçük polipler, endoskopik yolla; büyük polipler ise, trans-servikal veya trans-torakal yolla özofagotomi yapılarak eksize edilmelidir(51, 65).

Özofagusun Benign Tümörleri: Özofagusun benign tümör ve kistleri nadir görülen lezyonlarındandır ve çoğunlukla asemptomatiktir. Bunlar, lezyonun yeri ve boyutlarına göre, semptomatik hale gelir. Kanalda tıkanma ve trakeal aspirasyon sonucu gibi, ciddi komplikasyonlara da sebep olabilir. En sık görülen benign lezyonu leiomyomdur; özofagus kistleri ve granüler hücreli tümörler de sık görülen lezyonlardandır(51, 66).

Malign Özofagus Tümörleri: Özofagus Kanseri

Özofagus kanseri, dünya genelinde görülen 6. en sık malignitedir. Özofagustaki yassı hücreli kanser için risk faktörleri arasında; genetik predispozisyon, beslenme alışkanlıkları, çevresel faktörler, alkol ve sigara kullanımı sayılabilir. Sigara ve alkolün birlikte çok tüketilmesi, riski 25–100 kat arttırır. Barrett özofagusu da adenokanser için en önemli risk faktörüdür(51, 67). Özofagus kanserinin Dünya'da ve Türkiye'de görülme sıklığı coğrafi olarak büyük farklılıklar gösterir. Ülkemizde, Doğu Anadolu'da daha yaygındır. Çeşitli görüntüleme yöntemleriyle hastalığın varlığı ve yaygınlığı tespit edilse de, özofagus kanserinin kesin tanısı özofagus biyopsisiyle konur(68). Özofagus kanserlerinin tedavisi; cerrahi,

kemoterapi, radyoterapi, palyatif veya bu tekniklerin kombinasyonu ile yapılır(51, 67).

2.2.4.2. Midenin Endoskopik Patolojileri

- **Hiatal Herni**

Hiatal herni, diyaframda bulunan özofajiyal hiatustan yukarıya, midenin bir kısmının fıtıklaşmasıdır. Hiatal herniler, diyafram hernilerinin bir grubudur. Diyafram hernileri, konjenital ya da edinsel olabilir. Daha çok yaşlılarda görülmekle birlikte, çocuklukta da görülebilir. Genel nüfusun %0,5'inde, üst sindirim sistemi endoskopisi yapılanların ise %0,8–2,9'unda hiatal herni görülür. Türkiye'de üst sindirim sistemi endoskopilerinde hiatal herni oranı %1,9–2,3 arasında bildirilmiştir(69, 70). Daha yüksek olarak (kadınlarda %14, erkeklerde %15,5) bildirenler çalışmalarda da vardır(71, 72). Hiatal herni tanısında, radyolojik, endoskopik ve manometrik tetkiklerden faydalanılır(72).

- **Gastritler**

Gastrit mide mukozasının akut ya da kronik inflamasyonu olarak tanımlanır. Gastrit tanısının doğru olarak konabilmesi için, hastanın klinik bulgularının, endoskopik bulgularının ve patoloji sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Gastritlerin tüm çeşitlerinde, hasarlanmaya özgü olmayan yanıt olarak mide yüzey epitelinde dejenerasyon ortaya çıkmaktadır. Endoskopik işlem sırasında gastrit tanısının konulması ve patolojik olarak doğru bir değerlendirme yapılabilmesi için, yeterli sayıda biyopsinin alınması ve uygun boyama yöntemlerinin seçimi gereklidir(73). Gastritlerin sınıflamasında çeşitli sınıflama sistemleri kullanılmış olmasına rağmen, kesin kabul edilen tek bir sınıflandırma yoktur. Günümüzde sıklıkla, 1994 yılında kabul edilmiş "Güncelleştirilmiş Sydney Sistemi" sınıflandırması kullanılmaktadır(73, 74). Bu sınıflama, gastritlerin morfolojik, topoğrafik ve etiyolojik özelliklerine göre hazırlanmıştır(73).

Helikobacter pylori (H. pylori) Gastriti: H. pylori enfeksiyonu, dünyada ve ülkemizde en yaygın enfeksiyonların başında gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, 30 yaş altı nüfusta yaklaşık %80 oranında H. pylori

pozitifliği bildirilmektedir. Ülkemizde de son yıllarda, üre nefes testi ile yapılmış olan TURHEP çalışmasında, H. pylori prevelansı %81,6 olarak belirlenmiştir(73, 75). H. pylori bulaş yolları kesin olarak bilinmemektedir. Fekal-oral ya da oral-oral geçiş yolları üzerinde durulmakta olup; tükürük, mide içeriği veya dışkı ile bulaş gerçekleşmiş su ve gıdaların ağız yoluyla alınması enfeksiyona neden olabilmektedir(73). Hastalarda, gastrik mukozaya H. pylori'nin yerleşmesi sonucu, akut ya da kronik gastrit tablosu oluşur. H. pylori tanısında kullanılan testler, endoskopi gerektiren (invaziv) ve endoskopi gerektirmeyen (invaziv olmayan) olmak üzere iki grupta incelenir. İnvaziv testler; üreaz testi, patolojik inceleme, kültür ve PCR iken; invaziv olmayan testler; seroloji, üre nefes ve gaita antijen testidir(73).

Nonspesifik (Kronik) Gastrit: Gastritlerde histopatolojik olarak lenfosit, monosit ve makrofaj gibi mononükleer hücre infiltrasyonu varsa kronik gastrit söz konusudur(73). Peptik ülser hastalığı, mide polipleri ve mide kanserlerinin gelişiminde kronik gastritler risk faktörüdür. Kronik gastrit zemininde gelişen kronik atrofik gastritler, intestinal tip mide kanseri gelişiminde uzun süreli bir periyotta rol oynar(73).

Atrofik Gastrit: Bazı kişilerde mide mukozasındaki kronik yüzeyel gastrit, atrofik gastrite ilerler. Prevalansı yılda %1–3 arasındadır. Kronik yüzeyel gastritin atrofik gastrite ilerlemesinin mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte etyopatogenezinde genetik faktörler, çevresel faktörler, diyet ile ilişkili faktörler ve H. pylori enfeksiyonunun varlığı en önemli faktörler olmak üzere birçok faktör bulunmaktadır(73).

- **Mide Ülserleri**

Mide ülserleri, muskularis mukozaya penetre olan ve submukozaya doğru uzanan lokal epiteliyal hasarlardır. Akut veya kronik olabilir. Peptik ülser, asit pepsin etkisiyle mukozal savunma arasındaki dengesizliğe bağlı oluşmaktadır. Duodenal ülser, duodenal mukozadaki peptik asit aktivitesindeki artışa bağlıyken, mide ülserleri, asit pepsinin normal aktivitede olmasına rağmen, mukozal defansın azalmasına bağlıdır. Mide ülserlerinin çoğu, midenin distal kısmında, insisura angularis yakınında görülür. 40 yaş altında nadir görülen mide ülserleri, 55-65 yaş arasında

görülme sıklıkları artar. Aspirin ve NSAİİ gibi mide mukoza bariyerini bozan ilaç alımı ve H. pylori enfeksiyonu en önemli etiyolojik etkenlerdir. Mide ülserlerinin tanısında %97'den daha fazla doğruluk oranı ile endoskopi, en uygun yöntemdir(76).

- **Mide Tümörleri**

Midenin malign tümörleri benign tümörlerinden daha sık görülür. Benign tümörlerin çoğunluğunu, epitelden kaynaklanan polipler oluşturur. Üst gastrointestinal sistem endoskopilerinin %2–3'ünde, midede polip saptanır. Mide polipleri, sıklıkla sporadik nadiren polipozis sendromlarıyla birlikte görülür. En sık görülen tip hiperplastik (inflamatuar) polipler olup, çoğunlukla 1,5 cm den küçük lezyonlardır(77). Eskiden bilinenin aksine bu poliplerde, özellikle 1,5 cm'den büyük olanlarda, %2 malign değişiklikler görülebilir(78, 79). Midede görülen adenomatöz poliplerde ise, displazinin derecesiyle malignite riski arasında bir ilişki vardır. Mide poliplerinde tanı, ancak histopatolojik olarak konulabildiğinden midede polip görüldüğünde biyopsi yerine polipektomi yapılmalıdır(80).

Midede, gastrointestinal sistemde görülen enterokromafin hücrelerine benzer histamin salgılayan hücrelerden, karsinoid tümörler gelişir. Sıklıkla sesil, küçük polipoid lezyonlar şeklinde görülür. Tip 1 şekli, atrofik gastrit, pernisiyöz anemi zemininde paryetal hücre kaybı ve hipergastrinemi ile ilişkili olup en sık görülen şeklidir(78). Kadınlarda daha sık görülür. Lezyonlar mukoza ve submukoza ile sınırlı olup, nadiren metastaz yapar(80).

Malign mide tümörlerinin %95'ini epiteliyal tümör (karsinom), kalanını ise lenfoma ve gastrointestinal stromal tümörler oluşturur. Mide karsinomları, kanserden ölümlerde ikinci sırada olan yerini korumakla birlikte, son yıllarda görülme sıklığı azalmaktadır. Görülme sıklığı, çoğrafi bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde de Erzurum, Kars ve Van gibi doğu illerinde daha sık görülmekle birlikte Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de mide kanseri 5. sıklıkta görülen kanserdir. Etiyolojide, özellikle distal mide kanserlerinde en sık suçlanan faktör H.

pylori enfeksiyonu olup, distal mide kanserlerinde göreceli azalma H. pylori enfeksiyonunun azalmasına bağlı olabilir. Tütsülenmiş, tuzlu, salamura gıda tüketiminin azalması, taze sebze ve meyve tüketiminin artması, mide kanseri riskini azaltan diğer faktörler arasında sayılabilir(80-83).

Mukoza ve submukozayı tutan mide kanserleri, lenf nodu tutulumundan bağımsız olarak, erken mide kanserleri olarak tanımlanır. Sadece mukoza tutulumu olanlarda lenf nodu tutulumu %3'ten az iken, submukoza tutulumu olanlarda ise %10–20'dir. Erken mide kanseri, sıklıkla asemptomatik olup, rastlantı sonucu veya tarama amaçlı yapılan endoskopide tanı alır. Endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) veya endoskopik submukozal disseksiyon (ESD) ile çıkarılabilir. Erken mide kanserlerinde beş yıllık yaşam süresi, genel olarak %90'ın üzerindedir(80, 84, 85).

İleri evre mide kanserleri; halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, şişkinlik, bulantı-kusma, erken doyma, disfaji ve kilo kaybı gibi şikayetlerle başvururlar. Tanıda en önemli tetkik endoskopi olup, mide kanseri düşünülen lezyonlardan 6–8 adet biyopsi alınması önerilir(80). Ekstranodal lenfoma ve primer gastrointestinal lenfomanın en sık yerleşim yeri midedir. H. pylori eradikasyonu, mide prekanseröz lezyonlarında iyileşme, kanser riskinde azalma ile ilişkilidir. Bundan dolayı, düşük Grade'li malt hücreli lenfoma, ailesinde gastrik kanser öyküsü bulunanlarda ve erken evre gastrik kanser için rezeksiyon yapılan hastalarda, H. pylori eradikasyonu önerilmektedir(80).

2.3. Kolonoskopi

Kolonoskopi ışıklı fiberoptik veya videoendoskopla yapılan, kalın barsakların (kolon) görsel olarak incelenmesidir(86). Günümüzde kalın barsak ile ilişkili semptomların araştırılması ve kalın barsakların incelenmesinde kullanılan halen en iyi tanısal yöntem endoskopik görüntülemedir(3). Kolonoskopide amaç; rektumdan çekuma kadar tüm kolonun ve terminal ileumun görüntülenmesidir. İşlemin üstünlüğü lezyonun görüntülenmesiyle birlikte aynı anda biyopsi alınabilmesi ve

gerekirse polipektomi, dilatasyon, ya da alt gastrointestinal sistem kanamasına yönelik tedavi imkanı sunmasıdır(86, 87).

Kolorektal kanserler, kanser nedeniyle ölümlerin en sık ikinci nedenini oluşturmaktadırlar(88). Bu hastalarda erken tanı çok önemli olup, mortaliteyi %15-%33 oranında azaltabilmektedir(89, 90). Bu nedenle, kolonoskopi, erişkinlerde, özellikle de 50 yaşından itibaren hatta son dönemlerde 45'li yaşlardan itibaren tavsiye edilmektedir(89). Bununla birlikte barsak alışkanlığı değişiklikleri olan, özellikle son zamanlarda ortaya çıkan kabızlık sorunu olan, dışkılama ile birlikte veya sonrasında rektal kanaması olan, uzun süreli kanlı veya kansız ishali olan, gaitada gizli kan pozitifliği ve açıklanamamış demir eksikliği anemisi olan hastalarda kolonun incelenmesi önerilmektedir (89).

2.3.1. Kolonoskopi Endikasyonları

Sindirim sisteminin endoskopik görüntülenmesi için endikasyonları, tanı, takip ve tedavi amaçlı olarak üçe ayırabiliriz(50, 88, 91-99). Bunlar:

2.3.1.1. Tanı Endikasyonları

1. Kronik karın ağrısı varlığı.
2. Nedeni bulunamayan kronik ishal.
3. Mevcut olan inflamatuar veya tümöral bir lezyondan biyopsi ya da sitolojik çalışma yapılması.
4. Ciddi organik patolojilerin göstergesi olabilecek iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı, barsak alışkanlığında değişme gibi belirti ve bulguların açıklanması.
5. Açıklanamamış demir eksikliği anemisi.
6. Gastrointestinal sistem (GİS) kanamasında;

• Açıklanamayan GİS kanama değerlendirilmesi
• Anorektal kanama kaynağı olmayan hematokezya
• Üst GİS kanama kaynağı dışlandıktan sonra melena
• Dışkıda gizli kan

7. Endoskopik ultrasonografi gerekli olan durumlar (tümör evrelemesi, fistül traktı ve apse lokalizasyonu gibi durumlarda).
8. Şüpheli İnflamatuar barsak hastalıkları (İBH) ve İBH tedavi etkinliğini belirlemek için.

9. Erken malignite tespiti için tarama.
10. Malignite takibi.
11. Önemli aile hikayesi olan hastalar;
• Herediter nonpolipoz kolorektal kanser
• 60 yaşından önce sporadik kolorektal kanser
12. Şüpheli polipozis bozuklukları ve saptanan polipozis sendromlarının takibi.
13. Ülseratif kolitli hastaların 8 yıllık izleminden sonra ve sol koliti olanların 15 yıl ve üzeri takibinden sonra her 1-2 yılda bir sistematik biyopsili kolonoskopi.
14. Radyolojik görüntüleme ile belirlenen darlık, tümör, ülser, tıkanma gibi lezyonların doğrulanması veya histopatolojik değerlendirilmesi.
15. Semptomları olan hastada yapılan radyolojik incelemelerin negatif sonuç vermesi veya mevcut kliniği açıklamaması.

2.3.1.2. Takip Endikasyonları

1. İnflamatuar barsak hastalığı olan hastalarda, displazi ve kanser gelişimi takibi.
2. Tanısı konmuş familyal adenomatöz polipozisli ailerin takibi.
3. Polipektomi yapılanlarda yeni gelişecek poliplerin tespiti.
4. Üreterosigmoidostomi ve polipozis gibi prekanseröz olayların takibi.
5. Malignite nedeniyle opere olanlarda nüks ve metakron tümörlerin belirlenmesi.

2.3.1.3. Tedavi Endikasyonları

1. Endoskopik polipektomi.
2. Barsak içindeki yabancı cismin çıkarılması.
3. Perkütan çekostomi.
4. Balon dilatasyonu.
5. Intussepsiyon redüksiyonu.
6. Ülserasyon, neoplazi, vasküler malformasyon, polipektomi yerinden kanamanın tedavisi (elektrokoagülasyon, argon, heater prob, enjeksiyon).
7. Tümör veya darlıklarda stentle tedavisi.
8. Sigmoid kolon volvulusunun detorsiyonu.

9. Neoplazmların yerini işaretlemede.
10. Hemoroid band ligasyonu.
11. Barsak veya anastomoz darlıklarının genişletilmesi.
12. Tümörlerin lazerle tedavisi.

2.3.2. Kolonoskopi Kontrendikasyonları

Barsak perforasyon şüphesinde, peritonit, yakın zamanda geçirilmiş miyokard enfarktüsü ve kolon ameliyatı, ciddi nörolojik sorunlu hastalarda, akut divertikülitte, fulminan kolitte, koagülopatide, ciddi solunum sistemi problemleri olan hastalarda, tam veya tama yakın kolon obstrüksiyonu durumlarında, abdominal aorta ya da dallarına ait büyük anevrizma bulunan hastalarda kolonoskopi kesinlikle kontrendikedir, yapılmamalıdır. Nötropeni, barsak iskemisi, yetersiz temizlik, kolonda gaz yapan bakterilerin varlığı (elektrokoter kullanılacaksa), gebelik 2. veya 3. trimester, pulmoner emboli, büyük aort anevrizması, koopere olmayan hasta kolonoskopinin rölatif kontrendikasyonları arasında sayılabilir(50, 99).

2.3.3. Kolonoskopi Komplikasyonları

Kolonoskopide komplikasyonlar sedasyona veya işleme bağlı (perforasyon ve hemoraji en sık) olarak gelişebilir(50).

Tanısal işleme bağlı olarak vazovagal reaksiyon, hemoraji, perforasyon (sigmoid-inen kolon geçişi), pankreatit, dalak travması gelişebilir(50).

Tedavi amaçlı işleme bağlı olarak perforasyon (polipektomi), hemoraji, termal hasar görülebilir(50).

İşlem sonrasında ise distansiyon, rahatsızlık, geç perforasyon ve hemoraji en sık görülen komplikasyonlardır(50).

2.3.4. Alt GİS Endoskopisinde Patolojiler

- **İnflamatuar Barsak Hastalıkları**

İnflamatuar barsak hastalıkları (İBH), gastrointestinal kanalın kronik, idyopatik, relaps (alevlenme) ve remisyon (iyileşme) dönemleri ile seyreden intestinal mukozanın kontrolsüz inflamasyonu ile karakterize hastalıklarıdır(100); Ülseratif kolit (ÜK), Crohn hastalığı (CH) olmak üzere

iki major klinik formdan oluşur. Ayırıcı tanının klinik, radyolojik, endoskopik ve histolojik özellikleri bazında yapılması, uygun kritik tedavi yaklaşımlarının farklı olduğu durumlarda özellikle önemlidir. Makroskopik ve mikroskopik olarak her iki hastalığa ait özellikleri de taşıdığı için net olarak sınıflandırılamayan, olguların % 10-15'ini oluşturan klinik durum "indeterminate kolit" olarak adlandırılmaktadır(101).

Etiyolojide birçok etken öngörülmüş, ancak ispatlanmış bir neden bilinmemektedir(102). Hastalığın önemli bir kısmı ailesel geçiş göstermekle beraber, ailesel geçişi tanımlayan gen tespit edilememiştir(102-104). Ayrıca etken faktörler olarak enfeksiyonlar, intestinal mukozal immün sistem anomalileri, mezenterik vasküler değişiklikler, diyet ve psikojenik faktörler tartışılmaktadır(105-108).

Crohn hastalığı ve Ülseratif kolitin dünya üzerinde coğrafik dağılımı benzer olup Kuzey Amerika, Kuzeybatı Avrupa, özellikle İskandinavya ve İngiltere'de daha sık görüldüğü; buna karşın Güneydoğu Avrupa, Güney Afrika ve Avustralya'da daha az sıklıkta rastlandığı bilinmektedir. Avrupa'nın kuzeyinde güneyine göre daha fazla rastlanmaktadır. Yine şehirlerde kırsal kesime göre daha fazla saptanmaktadır(101, 109). Hastalığın sıklığı etnik gruplara göre de farklılık gösterir; beyazlarda, zencilere göre, Yahudilerde özellikle orta Avrupa kökenli Yahudi olmayanlara göre daha sık rastlanır(101, 110). Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı her iki cinsiyette ve her yaşta görülebilmekle birlikte, ÜK, ikinci ve dördüncü dekadlarda; CH, özellikle ikinci, beşinci ve yedinci dekadda daha sık görülmektedir(111).
İnflamatuar yanıt ve tutulum hastalık tipine göre farklılık göstermektedir. Ülseratif kolitteki inflamatuar yanıt mukoza ve submukozaya sınırlı iken; CH'deki inflamasyon, mukozadan serozaya kadar tüm duvar boyunca yayılım göstermektedir. Crohn hastalığı en sık olarak distal ince barsak ve kolonu tutmasına karşın, ağızdan anüse kadar gastrointestinal kanalın herhangi bir yerinde segmenter tarzda görülebilir. Ülseratif kolitteki inflamasyon ise genellikle kolon ile sınırlı olmakla birlikte arada sağlam segment bırakmaksızın diffüz yüzeyel tutulum göstermektedir(100, 112-115).

Bu hastalıkların başlıca ortak özellikleri; relaps/remisyon dönemleriyle klinik seyir göstermesi ve intestinal/ekstraintestinal belirtilerin olmasıdır. ÜK ve CH çok çeşitli semptomlar ile ortaya çıkabilir(100). Kramp tarzında karın ağrısı, karında şişlik, iştahsızlık ve ishal en belirgin klinik bulgulardır. Özellikle ülseratif kolitte kanlı ve mukuslu olabilen ishaller sıktır. Kilo kaybı ve ateş eşlik edebilir. Ekstraintestinal bulgular arasında en sık sakroiliit, kolesistolitiyazis ve nefrolitiyazis görülür(108, 116).

ÜK tanısında, alt gastrointestinal sistem endoskopisi mutlaka yapılmalıdır. Hastalığın akut evresindeki olası perforasyon nedeni ile, rektoskopi ve proktoskopi yeterli olabilir. Eğer, hastalık remisyon döneminde ise total kolonoskopi ve ileum entübasyonu, Crohn hastağı ekartasyonu için gereklidir(102-104, 117). Akut evrede olmayan ve tanı konulmasını takiben 10 yılı doldurmuş hastalarda, rastgele ardışık mukozal biyopsiler, olası mukozal displazi kontrolünü sağlamak için gerekmektedir(102-104, 118, 119). The American Cancer Society kılavuzunda, sol kolon koliti saptanan hastalarda, yıllık veya iki yılda bir kolonoskopi takibi ile olası mukozal displazi takibi yapılması önerilmiştir(102-104, 120, 121). Uzun süreli ülseratif kolit hastalarında malignite riski belirgin artmıştır (%30-40)(108, 116).

CH tanısında, tutulum yerine göre, kolonoskopi veya ÖGD ya da baryumlu ince barsak pasaj grafisi ile görüntüleme yapılabilir. Endoskopi esnasında görülen sıçrayıcı lezyonlar (skip lesions), patolojide transmural tutulum ve granülomatöz komponent ülseratif kolitten en önemli farkı olup, tanıda önemlidir(102, 122). Erken dönemde mukozal ödem, aftöz ülserler görülebilir. Ülseratif kolit ile ayrımında, longitudinal ve transvers ülserler, kaldırım taşı benzeri mukozal görünüm ve üst gastrointestinal sistem endoskopisinde ince barsak tutulumu, perianal bölge tutulumu CH lehinedir(102). Crohn hastalığında fistül ve apse sık izlenen komplikasyonlardır(108, 123).

- **Soliter Rektal Ülser**

Soliter rektal ülser (SRÜ) nedeni tam olarak bilinmeyen, iyi huylu olmasına rağmen özellikle tedavisinde etiyolojisindeki karmaşıklık nedeniyle zorlukları olan nadir karşılaşılan bir klinik durumdur. Bazen rektumdaki malign ülserler ya da Crohn hastalığı gibi diğer hastalıklar ile karışabildiğinden ayırıcı tanı kolay değildir(124). SRÜ genellikle, rektal kanama, ağrı, mukuslu dışkılama, rektum boşalmasında gecikme ve zorlanma semtomlarıyla görülür(124). Kadın ve erkeklerde benzer sıklıklarda görülmekle birlikte çoğu hastada genç yetişkinlik (30-40 yaş) döneminde tanı konulmaktadır. Kanlı dışkılama hastaların büyük kısmında ana semptom olarak görülmekte ancak önemli bir kısmında herhangi bir semptom görülmemekte, tanı başka amaçlarla yapılan tetkikler sırasında konulmaktadır(124, 125).

Kolonoskopide, sıklıkla rektum ön duvarında lokalize, anal kanal iç yüzeyden itibaren 5-10 cm kadar proksimalde yerleşmiş, etrafı hiperemik ve ödemli kenarları düzgün ve zeminden fazla derin olmayan tek bir ülser bulunması SRÜ tanısı için klasik görüntüyü oluşturur. Hastaların üçte biri kadarında birden fazla lezyon görülebilir(124, 126). Tanıda; anorektal manometri, defekografi ve kolonoskopi önemli yer almaktadır. Malignite ekartasyonu için, ülserden mutlaka biyopsi alınmadır(102, 127).

- **Yapısal Lezyonlar–Divertiküller**

Kolonun divertiküler hastalığı kas tabakasındaki bazı yetersizlikler nedeniyle mukozanın dışa doğru bir kese şeklinde fıtıklaşmasıdır(128). Gerçek divertiküllerde barsağın tüm tabakaları yani mukoza, kas tabakası ve dış zar keseleşirken, psödo divertiküllerde sadece mukoza ve submukoza dışarı doğru keseleşir. Kolon divertiküllerinin pek çoğu psödo divertiküldür(129). En sık sigmoid kolonda görülür(103).

Hastalık başlangıç yaşı, sıklıkla 5. dekaddan sonra artış göstermekle birlikte 50 yaş üstündeki nüfusun yarısında olduğu düşünülmektedir(103). Çalışmalarda prevalans açısından cinsiyetler arasında bir fark bulunmamasına rağmen komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde,

divertiküllere bağlı kanamaların daha çok erkeklerde; striktür ya da obstrüksiyon gelişiminin ise daha çok kadınlarda görüldüğü saptanmıştır (129, 130). Kesin nedeni bilinmemekle beraber etiyolojisi ile ilgili olarak en çok kabul görmüş faktörler; ileri yaş, lifden fakir diyet, obezite, bakteriyel kolonizasyon, intrakolonik basınç artışı, nöromusküler disfonksiyon ve barsak hareketliliğindeki değişimler şeklinde sıralanabilir(131). Divertikülü olan hastaların çoğu asemptomatiktir. Ancak bazı hastalarda karın ağrısı, şişkinlik, kanama ve kabızlık gibi semptomlar olabilir. Uzun yıllar divertikülozis tanısında standart yöntem olarak Baryumlu grafi kullanılmıştır. Baryumlu grafi divertiküllerin yeri ve sayısı konusunda bilgi vermekle birlikte klinik önemleri ile ilgili herhangi bir bulgu vermez(129, 132). Asemptomatik hastaların çoğu, rastlantısal olarak, sıklıkla da tarama amaçlı yapılan kolonoskopi sırasında tanı almaktadırlar. Komplikasyonların tanısında bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans (MR) görüntüleme gerekli olabilir(102).

- **Vasküler Lezyonlar**

Anjiyodisplazi ve A-V Malformasyonlar

Anjiyodisplaziler, gastrointestinal sistemin en sık görülen vasküler anomalisi olup, gastrointestinal sistemde submukozal yerleşimli ektazik kan damarları olarak tanımlanmakta ve arteriovenöz malformasyonlar olarak da bilinmektedir(102, 133-135). Akut alt gastrointestinal sistem kanamalarının %3–20'sinden sorumlu olup, 60 yaş üzerindeki bireylerde divertiküler hastalıktan sonraki en sık ikinci sebebi oluşturmaktadır(102, 134). Üst gastrointestinal sistem kanamalarının ise %1,2- 8'inde sebep anjiyodisplazidir ve en sık mide ve duodenumda lokalizedir. Kaynağı belirsiz gastrointestinal sistem kanamalarının %30-40'ını ince barsak anjiyodisplazileri oluşturur. Kalın barsakta ise en sık çekum ve sağ kolonda izlenmektedir(133, 136). Anjiyodisplazi oluşum nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber yaşlanmaya bağlı olarak damar duvarında oluşan dejenerasyona bağlı olduğu düşünülmektedir(136).

Klinikte; hematemez, melena, hematokezya veya asemptomatik şekilde karşımıza çıkabilir. Kanama genellikle düşük hızda olmakla birlikte,

vakaların %15'inde masif kanama görülebilir. Yine %10,1 oranında sadece demir eksikliği anemisi ve aralıklı gaitada gizli kan pozitifliği şeklinde izlenebilir. Anjiyodisplazik kanamaların %90'ı kendiliğinden durur. Mortalite ve morbidite kanamanın şiddetine, hemodinamik instabiliteye, yaşa ve komorbid medikal koşullara bağlıdır(133, 137, 138). Selektif viseral anjiyografi ile tanı konulabilmekteyse de, anjiyodisplazi tanısında sensitivitesi en yüksek yöntem, kolonoskopi olarak karşımıza çıkmaktadır(134). Tedavide sıklıkla skleroterapi, heater probe ve band ligasyon gibi endoskopik yöntemler kullanılmakla birlikte östrojen-progesteron preperatları da kullanılabilir. Medikal ve endoskopik tedaviye cevap alınamayan hastalarda ise tedavi cerrahi rezeksiyondur(136, 139, 140).

Hemoroidal Hastalık

Hemoroidal dokular distal rektum ve anal kanalın normal anatomik yapısının bir parçasıdır(141). Hemoroidler bağ dokusu, çizgisiz kas lifleri ve damarlardan oluşan, mukoza ile örtülmüş yastıkçıklardır. Defekasyon ve anal kontinansın sağlanmasında rol oynarlar(142). Hemoroidal hastalık sık görülmektedir. Dünyada toplumun %30'undan fazlasını etkilediği bilinmektedir. Her iki cinsiyette en yüksek prevalans oranları 45-65 yaş arasında görülür(142, 143). Etiyolojide kesinleşmiş bir neden olmamasına rağmen kronik konstipasyon, diyet, genetik faktörler, karın içi basıncını arttıran faktörler suçlanmaktadır. Hastalarda bazen birkaç faktör birlikte görülebilir(141).

Hemoroidler, linea dentata'nın üzerinde yer alanlar iç hemoroid, altında yer alanlar ise dış hemoroid olarak iki ana grupta değerlendirilir(102). İç hemoroidler, parlak kırmızı görünümdedir ve en sık defekasyondan sonra kanamaya sebep olurlar. Ağrısız kanama sebebiyle yapılan, anoskopi ile muayenede görülür. Dış hemoroidleri olan hastalar ise tromboze olmadıkça genelde asemptomatiktirler, tromboze olunca anal bölgede küçük bir şişlik ve şiddetli ağrı şikayetiyle başvururlar. Dış hemoroidler, anüs çevresinde mor renkli kabartılar şeklinde görülür(103, 144, 145). Hemoroidler perianal bölge fizik muayenesi sonrası anoskopi, rektoskopi yapılarak kolayca tanınabilirler. Rektal kanama ve anemi nedeniyle başvuran olgularda yaş ve

cinsiyet dikkate alınmadan mutlaka endoskopik tetkiklerin yapılması önerilmektedir(143, 146).

- **Alt GİS Neoplastik Lezyonlar**

Kolon Polipleri

Kolorektal polipler, mukoza veya submukoza epitelinden köken alan barsak lümeni içine doğru çıkıntı yapabilen ve kitle oluşturan lezyonlardır(147, 148). Polipler şekline (saplı, sapsız vs.), sayısına, boyutuna, yerleşim yerine, genel görünümlerine ve histolojik özelliklerine göre tanımlanabilmektedirler(148, 149). Kolon polipleri kolorektal kanserlerin (KRK) öncü lezyonları olmalarından dolayı bulundukları lokalizasyon, boyutları ve histolojik tiplendirmesi son derece önemlidir(150). Saptanan kolon poliplerinin eksizyonu, gelişebilecek malignitenin önüne geçilmesi ve histopatolojik değerlendirme açısından kolon poliplerinin yönetiminde en önemli basamaktır(151). Kolorektal polipler histolojik özelliklerine göre non-neoplastik polipler (hiperplastik, hamartomatöz, inflamatuar polipler vs.) ve neoplastik polipler (adenomlar, karsinomlar vs.) olarak sınıflandırılmaktadır(148, 149, 152, 153).

Neoplastik polipler grubunun ana ögesi olan adenomlar (adenomatöz polipler), KRK'e dönüşüm riski olması ve tüm kolorektal poliplerinin 2/3'ünü oluşturması sebebiyle poliplerin klinik açıdan en önemli grubunu oluşturur. Adenomlar histolojik olarak tübüler, tübülovillöz ve villöz adenomlar olarak üç tipe ayrılır. Adenomlar içinde en sık görülen histolojik tip tübüler adenomlardır, tübüler adenomlar genellikle diminutiftir ve low grade displazi (LGD) özelliği taşırlar(154). Polipler boyutlarına göre diminutif (≤5 mm), küçük (6–9 mm) ve büyük (≥10 mm) polipler olmak üzere üç gruba ayrılır. Kolonoskopide saptanan poliplerin büyük kısmını boyutu 1 cm altında olan diminutif ve küçük polipler oluşturmaktadır(154).

Non-neoplastik polip grubunda en sık hiperplastik polipler görülür, bu polipler genellikle sesil ve boyutları 1-3 mm civarında diminutif poliplerdir(152, 154, 155). Bu bilgiler doğrultusunda neoplastik polip grubunun ve tüm kolorektal polip tiplerinin en sık görülen histolojik

lezyonu olan adenomatöz poliplerin tanınması ve eksizyonu KRK ilişkili mortaliteyi azaltmakta ve sağ kalımı arttırmaktadır (154, 156-158).

Coğrafi farklılıklar olsa da erkek cinsiyette ve ileri yaşlarda adenomatöz poliplerin görülme sıklığı, büyüklüğü ve displazi gelişme oranı da artmaktadır, ayrıca adenomatöz polip ve displazi gelişimi için abdominal obezitenin de risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(154, 159-162). Literatürde, kolorektal poliplerin sıklığı kadınlarda %40-46, erkeklerde %53-59 civarında olduğu bildirilmektedir(154, 163, 164). Lokalizasyon açısından değerlendirildiğinde polipler distal kolon ve rektumda daha sık görülürken, 1980'den sonra yapılan çalışmalarda kolon kanserlerinin sol kolondan sağa doğru değişim göstermekte olduğu görülmektedir(154, 165, 166).

Kolon polipleri; rektal kanama, anemi, obstrüksiyon ve ishal gibi klinik semptom ve bulgulara neden olabilir. Amerikan Kanser Derneği'nin (ACS) 2018 yılında revize edilen KRK tarama kılavuzunda (American Cancer Society Guideline for Colorectal Cancer Screening); ortalama riske sahip bireylerde 45 yaşından itibaren kolonoskopik taramaya başlanması önerilmektedir(167). Amerikan Gastroenteroloji Derneği'nin (ACG) 2012 yılında yayınlanan en son kılavuzunda (Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy); hiperplastik histolojisi olan distal kolondaki (rektum ve sigmoid kolon) 10 mm'den küçük polip ya da polipleri bulunan hastaların polibi olmayan sağlıklı insanlar gibi 10 yıl ara ile taranması önerilirken, 10 mm altında ve 1-2 adet tübüler adenomu olan hastaların 5-10 yıl, 3-10 adet tübüler adenomu olanlarda ve boyut ve sayıdan bağımsız villöz histolojide polibi olan hastaların 3 yıl ara ile taranması önerilmektedir(154, 168).

- **Kolorektal Benign Tümörler**

Hemanjiom

Damarsal hamartomlar olarak da tanımlanan hemanjiom, mezodermal kökenli benign tümörlerdir. Sindirim sisteminde en sık jejunumda görülürken ikinci sıklıkta kolonda, özellikle de rektosigmoid bölgede

görülür(169). Sıklıkla genç yaş grubunda, ağrısız, tekrarlayan ve bazen masif sindirim sistemi kanaması ile kendisini gösterir. Kesin tanı için anamnez ve fizik muayeneye ek olarak bilgisayarlı tomografi (BT) ve kolonoskopi gereklidir. Kanama bulgusu nedeniyle, ayırıcı tanıda özellikle hemoroidal hastalıklar ve proktit ile karışmaktadır ve bu durum, tanıda gecikmelere yol açabilmektedir(169-171). Kesin tedavi cerrahi rezeksiyondur(172).

Leiomyom

Genellikle 1 cm boyutlarında muskularis mukoza kaynaklı, tüm sindirim sisteminde görülebilen, kolon ve rektumda (%3) oldukça nadir görülen nodüler oluşumlardır. Tedavi farklılığı nedeniyle, sindirim sistemi stromal tümörlerinden histopatolojik değerlendirme ile ayrımlarının yapılması büyük önem taşımaktadır(172, 173). Ağrı, kanama ve palpabl kitle bulguları olabilmekle birlikte, belirgin semptomları olmaması nedeni ile, sıklıkla endoskopik işlemler veya başka bir sebeple yapılan rezeksiyonlarda insidental olarak saptanır(173).Kesin tedavisi tümörün tamamen çıkarılmasıdır(172, 173).

Lipom

Lipomların %90'ı submukozadan, %10'u ise subserozadan kaynağını alır, boyutları 2–30 cm arasında değişkendir. Nadiren görülür, çoğunlukla insidental rastlanır ve olguların %95'i asemptomatiktir. En sık çekum ve sağ kolonda görülür(172, 174). 2 cm'den büyük lipomlar, karın ağrısı, konstipasyon, diyare ve çok nadir de olsa obstrüksiyon ile bulgu verebilir; yetişkinlerde intusepsiyona sebep olabilir(175). Tanıda BT ve MR kullanılabilmekle birlikte, kolonoskopik değerlendirme gereklidir(174, 175). Semptomu ve malignite şüphesi olmayan lipomlar için bir girişim gerekmemektedir(172).

- **Kolorektal Malign Tümörler**

Anal Kanal Kanserleri

Anal kanal ve anüs çevresinde malign tümörlere nadir rastlanır. Kolorektal neoplazmların yalnızca % 1-4'ü bu bölgede yerleşir(176, 177). En sık 4.–6. dekatlarda ortaya çıkar ve toplumda artan HIV (İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü) ve HPV (Human Papilloma Virüs) pozitifliği ile, anal kanal kanser

sıklığı da giderek artmaktadır. Bu bölgenin en sık görülen tümörü epidermoid (skuamöz hücreli) kanserlerdir.(178).

Epidermoid (Skuamöz Hücreli) Kanserler

Anal kanal skuamöz (epidermoid) kanserlerinin başlıca klinik belirtileri, sıklıkla hemoroid kanaması ile karıştırılan taze rektal kanama, anal ağrı, kaşıntı, kabızlık, sızıntı ve anüste kitle hissidir. Pelvik ağrı, inkontinans, tenesmus, acil dışkılama gereksinimi ileri hastalığı düşündüren belirtilerdir (179, 180). Hastaların %20'sinde ise herhangi bir bulguya rastlanmaz. Etiyolojide; HPV enfeksiyonu, HIV pozitifliğinin varlığı, sigara kullanımı, çoklu seksüel partner varlığı, anal ilişki ve immünosupresyon suçlanan faktörlerdir. Kolay ulaşılabilir bir bölgede yerleşmelerine rağmen, hastalar hekime geç başvururlar ve tanı anında tümör çoğu kez 3–5 cm çapına ulaşmış kabarık kenarlı ülser görünümündedir(178, 181). Anal kanal kanserlerinin tanısında en önemli yöntem, rektal tuşe ve anoskopik muayenedir. Kesin tanı kitleden yapılan biyopsi ile konur(178, 181, 182).

Kolorektal Adenokanserler

Tüm dünyada görülen en sık 3. kanser olup, ölüme neden olan kanser tipleri arasında ise 4. sıradadır. Sıklığı 50 yaş altında az olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde ortanca yaş 70 civarındadır. Beş yıllık yaşam şansı yaklaşık %65'tir. Sıklıkla sol kolonda (%70); en sık olarak da rektosigmoid bileşkede görülür. Tanı anındaki evre, en önemli prognostik faktördür. Erkek cinsiyet ve yaş haricinde, tanımlanmış birçok risk faktörü vardır. Bunlar; aile öyküsü (FAP, HNPCC), polip varlığı, ülseratif kolit, sigara, kronik alkol kullanımı, beslenme alışkanlığı (yağlı ve liften fakir gıdalarla beslenme), obezite ve pelvik radyasyon şeklinde sayılabilir. Hormon replasman tedavisi, düzenli egzersiz ve aspirin ise, başlıca koruyucu faktörlerdir. Aynı zamanda, özellikle tarama çalışmaları ile yapılan polipektomiler riski önemli ölçüde azaltabilmektedir(183-185). Kolonoskopik inceleme , kolon kanserinde altın standart tanı yöntemi olup, radyolojik yöntemler tanı ve evrelemeye yardımcı olarak kullanılmaktadır. Tedavi aşamasında ise multidisipliner bir çalışma gereklidir(183, 184, 186).

Lenfomalar

Tüm gastrointestinal sistem lenfomalarının %10 kadarı kolon ve rektumda görülür. En sık çekum tutulur. Ellili yaşlarda daha sık ortaya çıkar ve erkeklerde kadınlara göre iki kat daha sık saptanır. İmmünosupresyon ve

İnflamatuar barsak hastalığı primer kolon lenfoması için risk faktörleridir. Semptomları; sıklıkla karın ağrısı, ishal veya kabızlık, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik ve bazen de ateş şeklinde görülmektedir. Tanıda, BT, çift kontrast kolon grafisi ve kolonoskopik inceleme önemli yer tutmaktadır. Radyolojik incelemelerde genellikle tek sayıda polipoid lezyonlar şeklinde görülür. Tedavi, çoğunlukla cerrahiyi takiben sistemik kemoterapi şeklindedir. Prognoz bölgesel lenf tutulumu ve doku yayılımına bağlıdır(185, 187, 188).

Malign Melanom

Malign melanom, gastrointestinal sistemin az karşılaşılan ve agresif seyirli bir tümörüdür. En sık yerleşim yeri anorektal bölgedir. Prognozu oldukça kötüdür. En sık görülen semptom rektal kanamadır. Daha az görülen diğer semptomlar; rektal kitle, tenesmus ve prolapsustur. Benzer semptomlardan dolayı, hemoroid, anal fissür veya prolapsus gibi benign hastalıklarla karıştırılmaması ve prognozunu belirleyen en önemli faktörün erken tanı ve tedavi olduğu düşünülürse, ayırıcı tanının çok iyi yapılması önemlidir. Bu nedenle, erken tanıda rektal muayene ve rektosigmoidoskopi önemli yer tutmaktadır(185, 189, 190).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Olgu Seçimi ve Verilerin Toplanması

Bu çalışmamızda, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitesi'nde Temmuz 2019 ve Temmuz 2020 tarihleri arasında yapılan tüm ardışık endoskopik işlemlere ait işlem raporları, hastane arşiv sisteminden tarandı. Endoskopi yapılan hastalara ait toplam 2115 işlem raporu (1433 özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) ve 682 kolonoskopi) retrospektif olarak değerlendirildi. Endoskopi yapılmış hastaların endoskopi raporları endoskopi arşiv sisteminden taranarak yaş, cinsiyet, endikasyon, sonuç ve biyopsi sonuçlarını içeren veriler kaydedildi.

Araştırmaya İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, endoskopi ünitesine başvuran ve dispepsi, istemsiz kilo kaybı, karın ağrısı, yeni başlayan barsak alışkanlığı değişikliği, açıklanamayan tekrarlayan kusmalar, uygun tedaviye rağmen düzelmeyen GÖRH, disfaji ve odinofaji, anorektal yakınmalar (anal inkontinans, makatta ağrı, kaşıntı, tenesmus, acil dışkılama gereksinimi vb.), gastrointestinal sistem kanamaları, yabancı cisim yutulması, açıklanamayan demir eksikliği anemisi, görüntüleme yöntemleriyle saptanmış anormalliğin değerlendirilmesi, kostik yaralanma, kanser taraması ve kanser izlemi, özofagogastrik varis açısından kontrol, Çölyak hastalığı açısından tetkik, İBH izlemi ve tetkik, polip takip ve tarama gibi endikasyonlarla uygun olan hastalara gastroskopi ve kolonoskopi yapılmış olup sonuçları değerlendirilmiştir. Çalışmamıza alınan hastalar yaş, cinsiyet, endikasyon, endoskopik bulgular, biyopsi alınmış ise patoloji sonuçları, H. pylori mevcudiyeti, inflamasyon, aktivasyon, metaplazi, displazi, atrofi ve malignite yönünden karşılaştırılmıştır. Kolonoskopiler malignite, GİS kanama, polip, İBH, divertiküler hastalık, anjiyodisplazi, hemoroid, anal fissür ve soliter rektal ülser açısından karşılaştırılmıştır. 18 yaş altı hastalar ve endoskopik işlemi tolere edemeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (22.07.2020 tarihinde) alındıktan sonra başlandı.

3.2. İstatistiksel Analizler

Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değerleriyle sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher Exact Test kullanılmış ve Yates düzeltmesi yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

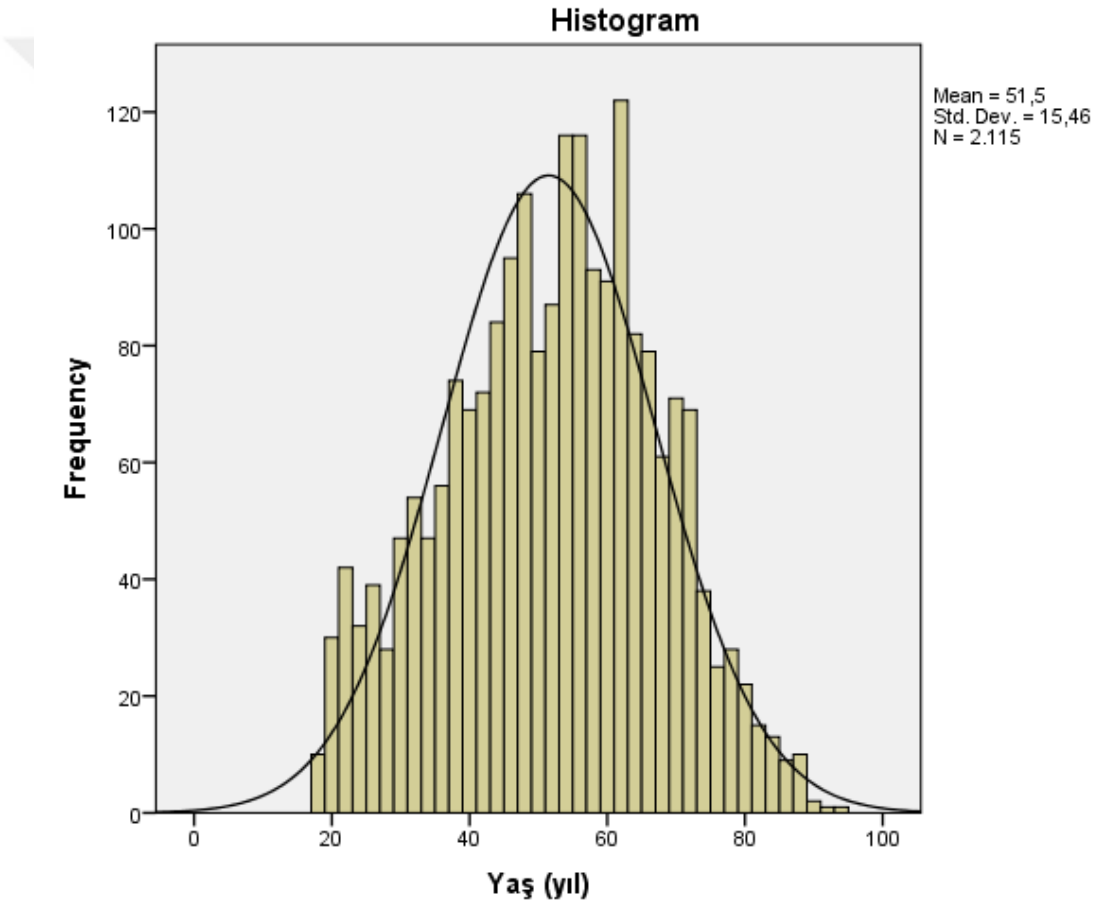
Çalışmaya dahil edilen toplam 2115 hastanın yaş ortalamaları 51,5±15,4 olarak hesaplanmıştır. Ortanca yaş 53, en küçük yaş 18, en büyük yaş ise 93'tür (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların yaş dağılımları

Değişken	Ortalama	sd	Ortanca	Min-maks
Yaş (yıl) (n:2115)	51,5	15,4	53	18-93

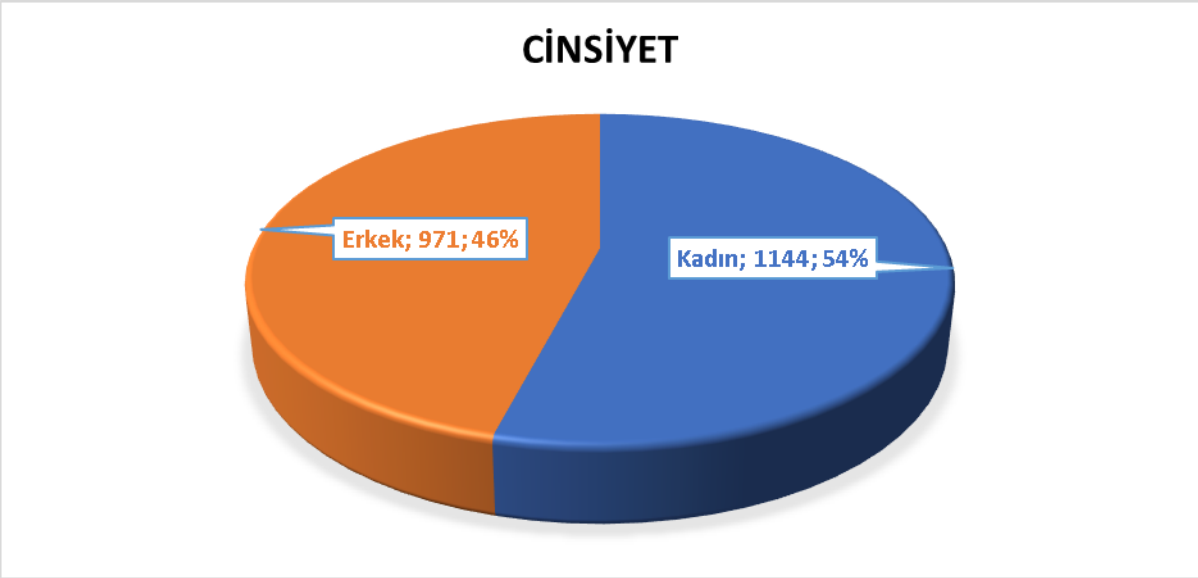
Hastaların yaş dağılım histogramları Grafik 1 ile gösterilmiştir.

Grafik 1: Hastaların yaş dağılım histogramı



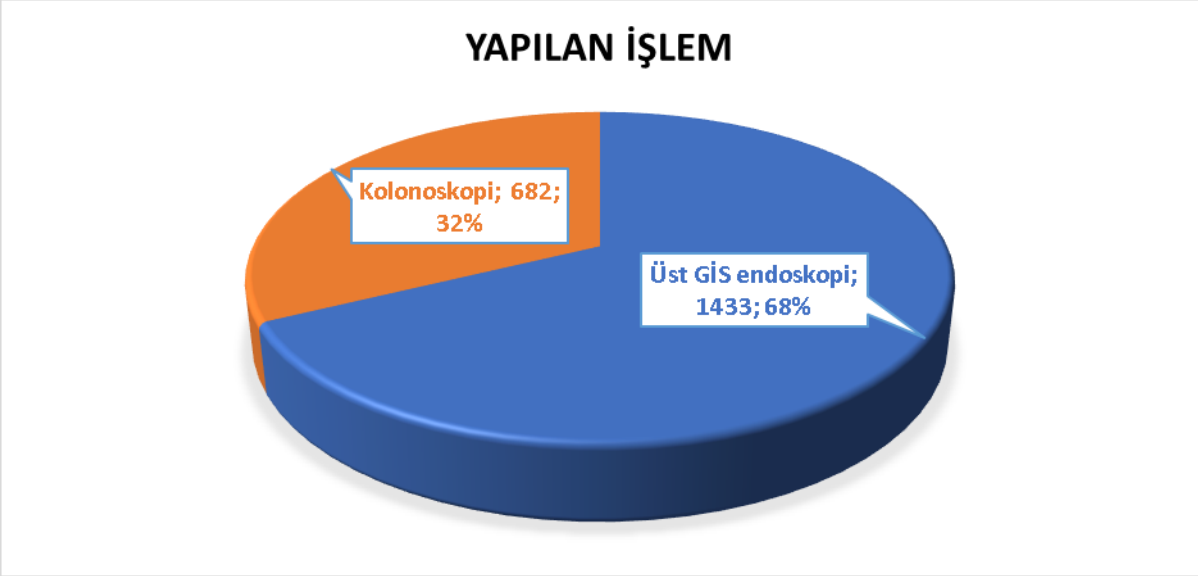
Çalışmada 1144'ü (%54,0) kadın, 971'i (%46,0) erkek olmak üzere toplam 2115 hasta yer almaktadır (Grafik 2).

Grafik 2: Hastaların cinsiyetleri



1433 (%68,0) hastaya üst GİS endoskopi, 682 (%32,0) hastaya kolonoskopi işlemi yapılmıştır (Grafik 3).

Grafik 3: Hastalara yapılan işlemler



Tablo 4'de hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre yapılan işlemlerin dağılımı gösterilmiştir. Üst GİS endoskopi yapılanların %56,2'si kadın, %43,8'i erkek, kolonoskopi yapılanların %49,6'sı kadın, %50,4'ü erkektir. Üst GİS endoskopi yapılma oranı kadınlarda erkeklere göre, kolonoskopi yapılma oranı ise erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlara yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde her iki işlem de 50 yaş ve üzerindeki

kadınlara daha fazla yapılmakla beraber kolonoskopinin 50 yaş ve üzerindeki hastalara yapılma sıklığının (%58,0) üst GİS endoskopi yapılma sıklığına (%50,2) göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir (p<0,05). Erkek hastalarda da yine benzer şekilde 50 yaş ve üzerinde kolonoskopi yapılma sıklığı (%67,4), üst GİS endoskopi yapılma sıklığından (%56,9) anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,05). Tüm hastalar birlikte değerlendirildiğinde üst GİS endoskopi yapılanların %46,8'inin 50 yaşından küçük, %53,2'sinin 50 yaş ve üzerinde; kolonoskopi yapılanların %37,2'sinin 50 yaşından küçük, %62,8'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu gözlenmektedir ve yine bu farklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4).

Tablo 4: Hastaların cinsiyet ve yaşlarına göre yapılan işlemler

Cinsiyet	**Üst GİS endoskopi (n:1433)**		**Kolonoskopi (n:682)**		**Toplam (n:2115)**		**p**
Kadın	806	56,2	338	49,6	1144	54,1	**0,004**
Erkek	627	43,8	344	50,4	971	45,9	-
Kadınlar	**Üst GİS endoskopi (n:806)**		**Kolonoskopi (n:338)**		**Toplam (n:1144)**		**p**
<50 yaş	401	49,8	142	42,0	543	47,5	**0,017**
≥50 yaş	405	50,2	196	58,0	601	52,5	-
Erkekler	**Üst GİS endoskopi (n:627)**		**Kolonoskopi (n:344)**		**Toplam (n:971)**		**p**
<50 yaş	270	43,1	112	32,6	382	39,3	**0,001**
≥50 yaş	357	56,9	232	67,4	589	60,7	-
Tüm hastalar	**Üst GİS endoskopi (n:1433)**		**Kolonoskopi (n:682)**		**Toplam (n:2115)**		**p**
<50 yaş	671	46,8	254	37,2	925	43,7	**<0,001**
≥50 yaş	762	53,2	428	62,8	1190	56,3	-

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Üst GİS endoskopi yapılan toplam 1433 hastanın endikasyonları cinsiyetlerine göre analiz edilmiş ve bulgular tablo 5 ile sunulmuştur. Dispepsi endikasyonu ile 683 (%47,7) hastaya üst GİS endoskopisi yapılmıştır. Kadınlarda bu oran %52,7, erkeklerde %41,1'dir ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda erkeklere göre dispepsi nedeni ile üst GİS endoskopisi yapılma oranı anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Disfaji ve odinofaji nedeni ile üst GİS endoskopi yapılma oranı kadınlarda (%5,6), erkeklere (%3,2) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Gastrointestinal sistem kanaması endikasyonu ile üst GİS

endoskopi yapılma oranı erkeklerde (%9,7), kadınlara (%6,3) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). İstemsiz kilo kaybı endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı erkeklerde (%7,0), kadınlara (%4,1) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Çölyak hastalığı açısından tetkik amaçlı üst GİS endoskopi yapılma oranı kadınlarda (%3,0), erkeklere (%0,8) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Cinsiyete göre diğer endoskopi endikasyonlarının dağılımı istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 5: Üst GİS endoskopi yapılanlarda cinsiyete göre endikasyonlar

Üst GİS endoskopi	**Cinsiyete göre dağılım**				**Toplam(n:1433)**		**p**
Endikasyonlar	**Kadın(n:806)**		**Erkek(n:627)**				
Dispepsi	425	52,7	258	41,1	683	47,7	**<0,001**
GÖRH	93	11,5	88	14,0	181	12,6	0,158
Disfaji/Odinofaji	45	5,6	20	3,2	65	4,5	**0,031**
GİS kanama	51	6,3	61	9,7	112	7,8	**0,017**
Kusma	11	1,4	10	1,6	21	1,5	0,719
Ailede malignite öyküsü	23	2,9	24	3,8	47	3,3	0,304
Kilo kaybı	33	4,1	44	7,0	77	5,4	**0,015**
Demir eksikliği anemisi	117	14,5	98	15,6	215	15,0	0,558
Diyare	28	3,5	20	3,2	48	3,3	0,882
Koroziv madde maruziyeti	1	0,1	3	0,5	4	0,3	0,325
Çölyak hastalığı	24	3,0	5	0,8	29	2,0	**0,007**
İBS	11	1,4	6	1,0	17	1,2	0,644
İBH izlemi ve tetkik	11	1,4	7	1,1	18	1,3	0,857
Polip takip	4	0,5	2	0,3	6	0,4	0,701
Görüntülemede patoloji	52	6,5	36	5,7	88	6,1	0,579
Pernisiyöz anemi	11	1,4	18	2,9	29	2,0	0,069
Amiloid	2	0,2	0	0,0	2	0,1	0,507
Özofagogastrik varis	21	2,6	23	3,7	44	3,1	0,247
Opere malignite/Kontrol	8	1,0	7	1,1	15	1,0	0,999

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
GÖRH: Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı, GİS: Gastrointestinal sistem, İBS: İrritabl Barsak Hastalığı**,** İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Üst GİS endoskopi yapılan hastaların endikasyonları yaş gruplarına göre analiz edilmiş ve bulgular tablo 6 ile sunulmuştur. Dispepsi endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%57,1), 50 yaş ve üzerindeki hastalara (%39,4) göre anlamlı olarak daha fazladır

(p<0,05). Gastroözofajiyal reflü hastalığı endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%14,9), 50 yaş ve üzerindeki hastalara (%10,6) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Gastrointestinal sistem kanaması endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%11,3), 50 yaşın altındaki hastalara (%3,9) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). İstemsiz kilo kaybı endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%7,2), 50 yaşın altındaki hastalara (%3,3) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%18,0), 50 yaşın altındaki hastalara (%11,6) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Nedeni bilinmeyen diyare endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%4,5), 50 yaş ve üzerindeki hastalara (%2,4) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Çölyak hastalığı açısından tetkik amaçlı üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%3,6), 50 yaş ve üzerindeki hastalara (%0,7) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Görüntülemede patoloji endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%8,1), 50 yaşın altındaki hastalara (%3,9) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Pernisiyöz anemi endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%3,1), 50 yaş ve üzerindeki hastalara (%1,0) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Özofagogastrik varis açısından kontrol endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%4,7), 50 yaşın altındaki hastalara (%1,2) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Yaş gruplarına göre diğer endoskopi endikasyonlarının dağılımı istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6: Üst GİS endoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre endikasyonlar

Üst GİS endoskopi	**Yaşa göre dağılım**				**Toplam (n:1433)**		**p**
Endikasyonlar	**<50 (n:671)**		**≥50 (n:762)**				
Dispepsi	383	57,1	300	39,4	683	47,7	**<0,001**
GÖRH	100	14,9	81	10,6	181	12,6	**0,015**
Disfaji/Odinofaji	23	3,4	42	5,5	65	4,5	0,059
GİS kanama	26	3,9	86	11,3	112	7,8	**<0,001**

Kusma	11	1,6	10	1,3	21	1,5	0,769
Ailede malignite öyküsü	28	4,2	19	2,5	47	3,3	0,103
Kilo kaybı	22	3,3	55	7,2	77	5,4	**0,001**
Demir eksikliği anemisi	78	11,6	137	18,0	215	15,0	**0,001**
Diyare	30	4,5	18	2,4	48	3,3	**0,039**
Koroziv madde maruziyeti	1	0,1	3	0,4	4	0,3	0,628
Çölyak hastalığı	24	3,6	5	0,7	29	2,0	**<0,001**
İBS	1	0,1	16	2,1	17	1,2	0,002
İBH izlemi ve tetkik	13	1,9	5	0,7	18	1,3	0,053
Polip takip	3	0,4	3	0,4	6	0,4	0,999
Görüntülemede patoloji	26	3,9	62	8,1	88	6,1	**0,001**
Pernisiyöz anemi	21	3,1	8	1,0	29	2,0	**0,009**
Amiloid	2	0,3	0	0,0	2	0,1	0,219
Özofagogastrik varis	8	1,2	36	4,7	44	3,1	**<0,001**
Opere malignite/Kontrol	5	0,7	10	1,3	15	1,0	0,428

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
GÖRH: Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı, GİS: Gastrointestinal sistem, İBS: İrritabl Barsak Hastalığı**,** İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Üst GİS endoskopi yapılan hastaların sonuçları cinsiyetlerine göre analiz edildiğinde bazı bulgularda oranlar birbirine benzerken bazılarında cinsiyetler arasında farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre normal bulgular kadınlarda (%9,3), erkeklere (%4,5) göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Reflü ve özofajit erkeklerde (%16,9), kadınlara (%8,9) göre daha fazladır (p<0,05). Ülser erkeklerde (%11,5), kadınlara (%4,3) göre daha fazladır (p<0,05). Diğer endoskopi bulguları cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7: Üst GİS endoskopi yapılanlarda cinsiyete göre sonuçlar

Üst GİS endoskopi	**Cinsiyete göre dağılım**				**Toplam (n:1433)**		**p**
Sonuçlar	**Kadın (n:806)**		**Erkek (n:627)**				
Normal bulgular	75	9,3	28	4,5	103	7,2	**<0,001**
Gastrit	684	84,9	535	85,3	1219	85,1	0,807
Reflü/Özofajit	72	8,9	106	16,9	178	12,4	**<0,001**
Hiatal herni	22	2,7	21	3,3	43	3,0	0,495
Özofagusta darlık	3	0,4	2	0,3	5	0,3	0,999
Ülser	35	4,3	72	11,5	107	7,5	**<0,001**
Barrett özofagusu	4	0,5	8	1,3	12	0,8	0,189

Malignite	12	1,5	16	2,6	28	2,0	0,211
Özofagogastrik varis	18	2,2	26	4,1	44	3,1	0,054
Polip	15	1,9	14	2,2	29	2,0	0,759
Anjiyodisplazi	4	0,5	3	0,5	7	0,5	0,999
Özofajiyal kandida	2	0,2	1	0,2	3	0,2	0,999
Divertiküler hastalık	5	0,6	2	0,3	7	0,5	0,477
Gluten enteropatisi	3	0,4	2	0,3	5	0,3	0,999
Akantozis	1	0,1	0	0,0	1	0,0	0,999

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Üst GİS endoskopi yapılan hastaların sonuçları hastaların yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise normal bulguların 50 yaşın altındaki hastalarda (%8,9), 50 yaş ve üzerindeki (%5,6) hastalara göre daha fazla olduğu; hiatal herninin 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%3,9), 50 yaşın altındaki hastalara (%1,9) göre daha fazla olduğu, malignitenin 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%2,9), 50 yaşın altındaki hastalara (%0,9) göre daha fazla olduğu, özofagogastrik varisin 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%5,0), 50 yaşın altındaki hastalara (%0,9) göre daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca anjiyodisplazi bulgusu 50 yaş ve üzerindeki hastaların %0,9'unda gözlenirken, 50 yaşın altındaki hastalarda hiç gözlenmemiştir ($p<0,05$). Diğer bulgular yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Üst GİS endoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre sonuçlar

Üst GİS endoskopi	**Yaşa göre dağılım**				**Toplam (n:1433)**		**p**
Sonuçlar	**<50 (n:671)**		**≥50 (n:762)**				
Normal bulgular	60	8,9	43	5,6	103	7,2	**0,016**
Gastrit	571	85,1	648	85,0	1219	85,1	0,976
Reflü/Özofajit	83	12,4	95	12,5	178	12,4	0,955
Hiatal herni	13	1,9	30	3,9	43	3,0	**0,040**
Özofagusta darlık	2	0,3	3	0,4	5	0,3	0,999
Ülser	44	6,6	63	8,3	107	7,5	0,219
Barrett özofagusu	6	0,9	6	0,8	12	0,8	0,999
Malignite	6	0,9	22	2,9	28	2,0	**0,011**
Özofagogastrik varis	6	0,9	38	5,0	44	3,1	**<0,001**
Polip	9	1,3	20	2,6	29	2,0	0,125
Anjiyodisplazi	0	0,0	7	0,9	7	0,5	**0,017**
Özofajiyal kandida	2	0,3	1	0,1	3	0,2	0,602
Divertiküler hastalık	3	0,4	4	0,5	7	0,5	0,999
Gluten enteropatisi	4	0,6	1	0,1	5	0,3	0,192

Akantozis	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0,999

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Tablo 9'da üst GİS endoskopi yapılan hastaların cinsiyetlerine göre patoloji sonuçları sunulmuştur. Yapılan analizlere göre normal düzenli yapı görülme oranı kadınlarda (%28,6), erkeklere göre (%20,9) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Malignite görülme oranı erkeklerde (%3,4), kadınlara göre (%1,3) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Gastrit görülme oranı erkeklerde (%74,5), kadınlara göre (%69,2) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Akantozis görülme oranı erkeklerde (%1,0), kadınlara göre (%0,1) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Diğer patoloji bulguları cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9: Üst GİS endoskopi yapılanlarda cinsiyete göre patoloji sonuçları

Üst GİS endoskopi	**Cinsiyete göre dağılım**				**Toplam (n:1366)**		**p**
Patoloji sonuçları	**Kadın (n:769)**		**Erkek (n:597)**				
Normal/Düzenli Yapı	220	28,6	125	20,9	345	25,3	**0,001**
Malignite	10	1,3	20	3,4	30	2,2	**0,017**
Gastrit	532	69,2	445	74,5	977	71,5	**0,030**
Ülser	4	0,5	6	1,0	10	0,7	0,470
Polip	10	1,3	6	1,0	16	1,2	0,803
Crohn hastalığı	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0,437
Amiloid Birikimi	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0,999
Akantozis	1	0,1	6	1,0	7	0,5	**0,048**
Gluten Enteropatisi	2	0,3	0	0,0	2	0,1	0,508

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Tablo 10'da üst GİS endoskopi yapılan hastaların yaş gruplarına göre patoloji sonuçları sunulmuştur. Yapılan analizlere göre malignite görülme oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%3,7), 50 yaşın altındaki hastalara göre (%0,6) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Diğer patoloji bulguları yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10: Üst GİS endoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre patoloji sonuçları

Üst GİS endoskopi	Yaşa göre dağılım				Toplam (n:1366)		p
Patoloji sonuçları	<50 (n:656)		≥50 (n:710)				
Normal/Düzenli Yapı	166	25,3	179	25,5	345	25,3	0,968
Malignite	4	0,6	26	3,7	30	2,2	**<0,001**
Gastrit	481	73,3	496	69,9	977	71,5	0,156
Ülser	5	0,8	5	0,7	10	0,7	0,999
Polip	4	0,6	12	1,7	16	1,2	0,109
Crohn hastalığı	1	0,2	0	0,0	1	0,1	0,480
Amiloid Birikimi	1	0,2	0	00	1	0,1	0,480
Akantozis	3	0,5	4	0,6	7	0,5	0,999
Gluten Enteropatisi	2	0,3	0	0,0	2	0,1	0,230

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Toplam 682 hastaya kolonoskopi yapılmıştır. Bunların 338'i kadın, 344'ü erkektir. İrritabl barsak hastalığı endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı kadınlarda %18,9 iken erkeklerde %11,3 olarak hesaplanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Diğer kolonoskopi endikasyonları cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 11: Kolonoskopi yapılanlarda cinsiyete göre endikasyonlar

Kolonoskopi	Cinsiyete göre dağılım				Toplam (n:682)		p
Endikasyonlar	Kadın (n:338)		Erkek (n:344)				
Dispepsi	12	3,6	11	3,2	23	3,4	0,966
GİS kanama	42	12,4	46	13,4	88	12,9	0,713
Kusma	0	0,0	2	0,6	2	0,3	0,499
Ailede malignite öyküsü	22	6,5	23	6,7	45	6,6	0,926
Kilo kaybı	20	5,9	30	8,7	50	7,3	0,160
Demir eksikliği anemisi	71	21,0	80	23,3	151	22,1	0,479
Diyare	34	10,1	24	7,0	58	8,5	0,149
Çölyak hastalığı	2	0,6	1	0,3	3	0,4	0,621
İBS	64	18,9	39	11,3	103	15,1	**0,006**
İBH izlemi ve tetkik	41	12,1	33	9,6	74	10,9	0,287
Polip takip	28	8,3	44	12,8	72	10,6	0,056
Görüntülemede patoloji	36	10,7	28	8,1	64	9,4	0,261
Pernisiyöz anemi	0	0,0	5	1,5	5	0,7	0,062
Amiloid	3	0,9	1	0,3	4	0,6	0,370
Opere	7	2,1	5	1,5	12	1,8	0,747

malignite/Kontrol							
Anorektal yakınmalar	3	0,9	9	2,6	12	1,8	0,154
Yabancı cisim	0	0,0	3	0,9	3	0,4	0,249

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
GİS: Gastrointestinal sistem, İBS: İrritabl Barsak Hastalığı**,** İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Ailede malignite öyküsü endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%9,8), 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%4,7) anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%25,7), 50 yaşın altındaki hastalara göre (%16,1) anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Nedeni bilinmeyen diyare endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%13,4), 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%5,6) anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). İnflamatuar barsak hastalığı şüphesi ve izlemi endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%17,3), 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%7,0) anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Polip şüphesi ve takip endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%14,5), 50 yaşın altındaki hastalara göre (%3,9) anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05). Diğer kolonoskopi endikasyonları hastaların yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 12: Kolonoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre endikasyonlar

Kolonoskopi	**Yaşa göre dağılım**				**Toplam(n:682)**		**p**
Endikasyonlar	**<50 (n:254)**		**≥50 (n:428)**				
Dispepsi	11	4,3	12	2,8	23	3,4	0,396
GİS kanama	35	13,8	53	12,4	88	12,9	0,599
Kusma	0	0,0	2	0,5	2	0,3	0,532
Ailede malignite öyküsü	25	9,8	20	4,7	45	6,6	**0,009**
Kilo kaybı	13	5,1	37	8,6	50	7,3	0,120
Demir eksikliği anemisi	41	16,1	110	25,7	151	22,1	**0,004**
Diyare	34	13,4	24	5,6	58	8,5	**<0,001**
Çölyak hastalığı	2	0,8	1	0,2	3	0,4	0,559
İBS	41	16,1	62	14,5	103	15,1	0,559
İBH izlemi ve tetkik	44	17,3	30	7,0	74	10,9	**<0,001**
Polip takip	10	3,9	62	14,5	72	10,6	**<0,001**
Görüntülemede patoloji	19	7,5	45	10,5	64	9,4	0,239

Pernisiyöz anemi	4	1,6	1	0,2	5	0,7	0,067
Amiloid	3	1,2	1	0,2	4	0,6	0,148
Opere malignite/Kontrol	2	0,8	10	2,3	12	1,8	0,235
Anorektal yakınmalar	8	3,1	4	0,9	12	1,8	0,068
Yabancı cisim	1	0,4	2	0,5	3	0,4	0,999

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
GİS: Gastrointestinal sistem, İBS: İrritabl Barsak Hastalığı**,** İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Kolonoskopi sonuçları cinsiyete göre analiz edildiğinde normal bulguların kadınlarda (%48,2) erkeklere göre (%34,6), polip bulgusunun erkeklerde (%38,4) kadınlara göre (%24,3), yetersiz kolon temizliğinin kadınlarda (%20,7) erkeklere göre (%12,5), spastisite artışının kadınlarda (%3,8) erkeklere göre (%1,2) anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer kolonoskopi bulguları cinsiyete göre istatistiksel olarak benzer bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Kolonoskopi yapılanlarda cinsiyete göre sonuçlar

Kolonoskopi	**Cinsiyete göre dağılım**				**Toplam(n:682)**		**p**
Sonuçlar	**Kadın(n:338)**		**Erkek(n:344)**				
Normal bulgular	163	48,2	119	34,6	282	41,3	**<0,001**
Ülser	4	1,2	5	1,5	9	1,3	0,999
Malignite	15	4,4	18	5,2	33	4,8	0,760
Polip	82	24,3	132	38,4	214	31,4	**<0,001**
Anjiyodisplazi	1	0,3	0	0,0	1	0,1	0,496
Ülseratif kolit	19	5,6	23	6,7	42	6,2	0,563
Divertiküler hastalık	29	8,6	32	9,3	61	8,9	0,741
Gluten enteropatisi	0	0,0	1	0,3	1	0,1	0,999
Yetersiz kolon temizliği	70	20,7	43	12,5	113	16,6	**0,004**
Anal fissür	4	1,2	3	0,9	7	1,0	0,723
Hemoroid	48	14,2	53	15,4	101	14,8	0,658
Soliter rektal ülser	2	0,6	0	0,0	2	0,3	0,245
Spastisite artışı	13	3,8	4	1,2	17	2,5	**0,045**
İBH	6	1,8	10	2,9	16	2,3	0,469

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Kolonoskopi sonuçları yaş gruplarına göre analiz edildiğinde normal bulguların 50 yaşın altındaki hastalarda (%55,1) 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%33,2), malignite bulgusunun 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%7,0) 50 yaşın altındaki hastalara göre (%1,2), polip bulgusunun 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%38,6) 50 yaşın altındaki

hastalara göre (%19,3), divertiküler hastalık bulgusunun 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%13,1) 50 yaşın altındaki hastalara göre (%2,0), irritabl barsak hastalığı bulgusunun 50 yaşın altındaki hastalarda (%4,3) 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%1,2) anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Ayrıca anal fissür bulgusunun yalnızca 50 yaşın altındaki hastalarda (%2,8) görüldüğü tespit edilmiştir. Diğer kolonoskopi bulguları yaş gruplarına göre istatistiksel olarak değişmemektedir (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14: Kolonoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre sonuçlar

Kolonoskopi	**Yaşa göre dağılım**				**Toplam (n:682)**		**p**
Sonuçlar	**<50 (n:254)**		**≥50 (n:428)**				
Normal bulgular	140	55,1	142	33,2	282	41,3	**<0,001**
Ülser	3	1,2	6	1,4	9	1,3	0,999
Malignite	3	1,2	30	7,0	33	4,8	**0,001**
Polip	49	19,3	165	38,6	214	31,4	**<0,001**
Anjiyodisplazi	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0,999
Ülseratif kolit	18	7,1	24	5,6	42	6,2	0,540
Divertiküler hastalık	5	2,0	56	13,1	61	8,9	**<0,001**
Gluten enteropatisi	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0,999
Yetersiz kolon temizliği	38	15,0	75	17,5	113	16,6	0,384
Anal fissür	7	2,8	0	0,0	7	1,0	**0,001**
Hemoroid	31	12,2	70	16,4	101	14,8	0,140
Soliter rektal ülser	2	0,8	0	0,0	2	0,3	0,138
Spastisite artışı	10	3,9	7	1,6	17	2,5	0,107
İBH	11	4,3	5	1,2	16	2,3	**0,017**

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Kolonoskopi yapılan hastaların patoloji sonuçları cinsiyetlerine göre analiz edildiğinde normal, düzenli yapı görülme oranının kadınlarda (%31,4) erkeklere göre (%21,3), polip görülme oranının ise erkeklerde (%55,5) kadınlara göre (%45,3) anlamlı olarak daha fazla olduğu anlaşılmıştır (p<0,05). Diğer patoloji sonuçları cinsiyete göre anlamlı olarak değişmemektedir (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo 15: Kolonoskopi yapılanlarda cinsiyete göre patoloji sonuçları

Kolonoskopi	**Cinsiyete göre dağılım**				**Toplam (n:383)**		**p**
Patoloji sonuçları	**Kadın (n:172)**		**Erkek (n:211)**				
Normal/Düzenli yapı	54	31,4	45	21,3	99	25,8	**0,025**
Malignite	9	5,2	17	8,1	26	6,8	0,374

Ülser	1	0,6	3	1,4	4	1,0	0,631
Polip	78	45,3	117	55,5	195	50,9	**0,049**
Ülseratif kolit	18	10,5	27	12,8	45	11,7	0,586
Crohn hastalığı	9	5,2	5	2,4	14	3,7	0,226
Soliter rektal ülser	1	0,6	0	0,0	1	0,3	0,449
Amiloid birikimi	1	0,6	1	0,5	2	0,5	0,999
Akantozis	1	0,6	1	0,5	2	0,5	0,999
Gluten enteropatisi	0	0,0	1	0,5	1	0,3	0,999
Kolorektal benign tümör	2	1,2	1	0,5	3	0,8	0,590
Divertiküler hastalık	0	0,0	1	0,5	1	0,3	0,999

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Kolonoskopi yapılan hastaların patoloji sonuçları yaş gruplarına göre analiz edildiğinde normal, düzenli yapı görülme oranının 50 yaşın altındaki hastalarda (%44,7) 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%14,9), malignite görülme oranının 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%10,3) 50 yaşın altındaki hastalara göre (%0,7), polip görülme oranının 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%61,6) 50 yaşın altındaki hastalara göre (%32,6), Crohn hastalığı görülme oranının 50 yaşın altındaki hastalarda (%7,1) 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%1,7) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Diğer patoloji sonuçları yaş gruplarına göre anlamlı olarak değişmemektedir (p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16: Kolonoskopi yapılanlarda yaş gruplarına göre patoloji sonuçları

Kolonoskopi	**Yaşa göre dağılım**				**Toplam (n:383)**		**p**
Patoloji sonuçları	**<50 (n:254)**		**≥50 (n:428)**				
Normal/Düzenli yapı	63	44,7	36	14,9	99	25,8	**<0,001**
Malignite	1	0,7	25	10,3	26	6,8	**<0,001**
Ülser	2	1,4	2	0,8	4	1,0	0,627
Polip	46	32,6	149	61,6	195	50,9	**<0,001**
Ülseratif kolit	21	14,9	24	9,9	45	11,7	0,145
Crohn hastalığı	10	7,1	4	1,7	14	3,7	**0,014**
Soliter rektal ülser	1	0,7	0	0,0	1	0,3	0,368
Amiloid birikimi	2	1,4	0	0,0	2	0,5	0,135
Akantozis	0	0,0	2	0,8	2	0,5	0,534
Gluten enteropatisi	0	0,0	1	0,4	1	0,3	0,999
Kolorektal benign tümör	0	0,0	3	1,2	3	0,8	0,300
Divertiküler hastalık	0	0,0	1	0,4	1	0,3	0,999

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Tablo 17'te endoskopi sonucuna göre "gastrit" tanısı alan hastaların cinsiyetlerine göre morfolojik bulguları gösterilmiştir. Kadınların %18,9'unda, erkeklerin ise %28,2'sinde intestinal metaplazi görülmektedir. Kadınların %4,1'inde, erkeklerin ise %6,9'unda atrofi görülmektedir. Erkeklerde metaplazi ve atrofi görülme oranları kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır (p<0,05). Diğer morfolojik özelliklerin görülme oranları hastaların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 17).

Tablo 17: Endoskopi sonucuna göre "gastrit" tanısı alan hastaların cinsiyete göre morfolojik bulguları

Sydney	Cinsiyete göre dağılım				Toplam (n:1170)		p
	Kadın (n:660)		Erkek (n:510)				
Lenfositik infiltrasyon	476	72,1	388	76,1	864	73,8	0,127
Aktivasyon	284	43,0	244	47,8	528	45,1	0,101
Metaplazi	125	18,9	144	28,2	269	23,0	**<0,001**
Atrofi	27	4,1	35	6,9	62	5,3	**0,036**
H. Pylori	307	46,5	250	49,0	557	47,6	0,395
Lenfoid follikül	130	19,7	115	22,5	245	20,9	0,234
Lenfoid agregat	218	33,0	179	35,1	397	33,9	0,459
Displazi	4	0,6	3	0,6	7	0,6	0,999

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
H. pylori: Helicobacter pylori

Tablo 18'da endoskopi sonucuna göre "gastrit" tanısı alan hastaların yaş gruplarına göre morfolojik bulguları gösterilmiştir. Aktivasyon, helicobacter pylori, lenfoid follikül ve lenfoid agregat bulguları 50 yaşın altındaki hastalarda; atrofi ve intestinal metaplazi ise 50 yaş ve üzerindeki hastalarda anlamlı olarak daha fazla görülmektedir (p<0,05). Lenfosittik infiltrasyon ve displazi ise yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 18: Endoskopi sonucuna göre "gastrit" tanısı alan hastaların yaş gruplarına göre morfolojik bulguları

Sydney	Yaşa göre dağılım				Toplam (n:1170)		p
	<50 (n:566)		≥50 (n:604)				
Lenfositik infiltrasyon	418	73,9	446	73,8	864	73,8	0,997
Aktivasyon	286	50,5	242	40,1	528	45,1	**<0,001**
Metaplazi	83	14,7	186	30,8	269	23,0	**<0,001**
Atrofi	15	2,7	47	7,8	62	5,3	**<0,001**

H. Pylori	297	52,5	260	43,0	557	47,6	**0,001**
Lenfoid follikül	155	27,4	90	14,9	245	20,9	**<0,001**
Lenfoid agregat	213	37,6	184	30,5	397	33,9	**0,010**
Displazi	4	0,7	3	0,5	7	0,6	0,718

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
H. pylori: Helicobacter pylori

Hastalara yapılan endoskopi işlemlerinin sonuçları her endikasyon için ayrı ayrı ele alınarak cinsiyete ve yaşa göre analiz edilmiş ve analiz sonuçları tablo 19-39 ile gösterilmiştir. Dispepsi endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde normal bulguların kadınlarda, reflü/özofajit ve ülser bulgusunun erkeklerde anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir (p<0,05). Dispepsi endikasyonu ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise polip bulgusunun 50 yaş ve üzerindeki hastalarda anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir (p<0,05). Diğer bulgular yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir (p>0,05). Dispepsi endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, reflü ve özofajit, normal bulgular, ülser şeklindedir (Tablo 19).

Tablo 19: "Dispepsi" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Dispepsi endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:706)**	
	Kadın (n:437)		**Erkek (n:269)**			**<50 yaş (n:394)**		**≥50 yaş (n:312)**				
Normal bulgular	38	8,7	8	3,0	**0,005**	31	7,9	15	4,8	0,138	46	6,5
Gastrit	385	88,1	238	88,5	0,881	343	87,1	280	89,7	0,271	623	88,2
Reflü/Özofajit	44	10,1	48	17,8	**0,003**	53	13,5	39	12,5	0,709	92	13,0
Hiatal herni	10	2,3	10	3,7	0,380	9	2,3	11	3,5	0,448	20	2,8
Ülser	14	3,2	20	7,4	**0,018**	21	5,3	13	4,2	0589	34	4,8
Barrett özofagusu	2	0,5	3	1,1	0,375	3	0,8	2	0,6	0,999	5	0,7
Malignite	0	0,0	3	1,1	0,055	0	0,0	3	1,0	0,086	3	0,4
Özofagogastrik varis	4	0,9	2	0,7	0,999	1	0,3	5	1,6	0,093	6	0,8
Polip	9	2,1	8	3,0	0,605	4	1,0	13	4,2	**0,014**	17	2,4
Anjiyodisplazi	1	0,2	1	0,4	0,999	0	0,0	2	0,6	0,195	2	0,3
Divertiküler hastalık	1	0,2	1	0,4	0,999	1	0,3	1	0,3	0,999	2	0,3
Gluten enteropatisi	1	0,2	0	0,0	0,999	1	0,3	0	0,0	0,999	1	0,1

Yetersiz kolon temizliği	2	0,5	1	0,4	0,999	2	0,5	1	0,3	0,999	3	0,4
Hemoroid	2	0,5	2	0,7	0,638	2	0,5	2	0,6	0,999	4	0,6
Spastisite artışı	0	0,0	1	0,4	0,381	1	0,3	0	0,0	0,999	1	0,1
İBH	0	0,0	1	0,4	0,381	1	0,3	0	0,0	0,999	1	0,1

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde normal bulguların kadınlarda, polip bulgusunun erkeklerde anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonu ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise normal bulguların 50 yaşın altındaki hastalarda, polip bulgusunun ise 50 yaş ve üzeri hastalarda anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer bulgular yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir ($p>0,05$). Açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, normal bulgular, polip, divertiküler hastalık ve hemoroid şeklindedir (Tablo 20).

Tablo 20: "Demir eksikliği anemisi" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

DEA endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:366)**	
	Kadın (n:188)		**Erkek (n:178)**			**<50 yaş (n:119)**		**≥50 yaş (n:247)**				
Normal bulgular	68	36,2	39	21,9	**0,003**	43	36,1	64	25,9	**0,044**	107	29,2
Gastrit	84	44,7	81	45,5	0,874	57	47,9	108	43,7	0,452	165	45,1
Reflü/Özofajit	7	3,7	13	7,3	0,202	6	5,0	14	5,7	0,999	20	5,5
Hiatal herni	3	1,6	4	2,2	0,717	1	0,8	6	2,4	0,435	7	1,9
Ülser	6	3,2	9	5,1	0,525	2	1,7	13	5,3	0,181	15	4,1
Barrett özofagusu	0	0,0	3	1,7	0,114	1	0,8	2	0,8	0,999	3	0,8
Malignite	4	2,1	7	3,9	0,481	1	0,8	10	4,0	0,175	11	3,0
Özofagogastrik varis	1	0,5	2	1,1	0,614	1	0,8	2	0,8	0,999	3	0,8
Polip	14	7,4	34	19,1	**0,002**	8	6,7	40	16,2	**0,019**	48	13,1
Anjiyodisplazi	2	1,1	2	1,1	0,999	0	0,0	4	1,6	0,309	4	1,1
Özofajiyal kandida	1	0,5	0	0,0	0,999	1	0,8	0	0,0	0,325	1	0,3

Divertiküler hastalık	9	4,8	14	7,9	0,319	1	0,8	22	8,9	0,006	23	6,3
Gluten enteropatisi	0	0,0	2	1,1	0,236	0	0,0	2	0,8	0,999	2	0,5
Yetersiz kolon temizliği	23	12,2	18	10,1	0,633	10	8,4	31	12,6	0,317	41	11,2
Hemoroid	12	6,4	10	5,6	0,930	5	4,2	17	6,9	0,438	22	6,0
Spastisite artışı	3	1,6	0	0,0	0,249	1	0,8	2	0,8	0,999	3	0,8
İBH	0	0,0	1	0,6	0,486	0	0,0	1	0,4	0,999	1	0,3
Ülseratif kolit	3	1,6	1	0,6	0,624	2	1,7	2	0,8	0,599	4	1,1

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
DEA: Demir eksikliği anemisi, İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Gastrointestinal sistem kanaması endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde ülser bulgusunun erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gastrointestinal sistem kanaması endikasyonu ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise normal bulguları ve anal fissürün 50 yaşın altındaki hastalarda daha fazla olduğu görülmektedir. Malignite bulgusu ise yalnızca 50 yaş ve üzerindeki hastalarda görülmüştür ($p<0,05$). Diğer bulgular yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir ($p>0,05$). Gastrointestinal sistem kanaması endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, ülser, normal bulgular, polip, hemoroid şeklindedir (Tablo 21).

Tablo 21: "GİS kanama" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

GİS Kanama endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:200)**	
	Kadın (n:93)		**Erkek (n:107)**			**<50 yaş (n:61)**		**≥50 yaş (n:139)**				
Normal bulgular	13	14,0	14	13,1	0,999	14	23,0	13	9,4	**0,018**	27	13,5
Gastrit	41	44,1	46	43,0	0,876	23	37,7	64	46,0	0,273	87	43,5
Reflü/Özofajit	1	1,1	3	2,8	0,625	0	0,0	4	2,9	0,316	4	2,0
Hiatal herni	5	5,4	2	1,9	0,254	0	0,0	7	5,0	0,103	7	3,5
Ülser	7	7,5	28	26,2	**0,001**	11	18,0	24	17,3	0,999	35	17,5
Barrett özofagusu	1	1,1	1	0,9	0,999	1	1,6	1	0,7	0,999	2	1,0
Malignite	5	5,4	7	6,5	0,962	0	0,0	12	8,6	**0,041**	12	6,0
Özofagogastrik varis	2	2,2	5	4,7	0,453	1	1,6	6	4,3	0,678	7	3,5
Polip	12	12,9	15	14,0	0,982	5	8,2	22	15,8	0,219	27	13,5

Anjiyodisplazi	1	1,1	0	0,0	0,465	0	0,0	1	0,7	0,999	1	0,5
Divertiküler hastalık	4	4,3	5	4,7	0,999	2	3,3	7	5,0	0,856	9	4,5
Yetersiz kolon temizliği	5	5,4	2	1,9	0,254	4	6,6	3	2,2	0,203	7	3,5
Anal fissür	4	4,3	1	0,9	0,186	5	8,2	0	0,0	**0,002**	5	2,5
Hemoroid	9	9,7	14	13,1	0,595	8	13,1	15	10,8	0,815	23	11,5
Soliter rektal ülser	1	1,1	0	0,0	0,465	1	1,6	0	0,0	0,305	1	0,5
Spastisite artışı	2	2,2	0	0,0	0,215	2	3,3	0	0,0	0,092	2	1,0
İBH	0	0,0	1	0,9	0,999	0	0,0	1	0,7	0,999	1	0,5
Ülseratif kolit	4	4,3	3	2,8	0,707	3	4,9	4	2,9	0,438	7	3,5

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
GİS: Gastrointestinal sistem, İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Gastroözofajiyal reflü hastalığı endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde herhangi bir bulguda anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p>0,05). Yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise normal bulgu görülen 6 kişinin tamamının 50 yaşın altındaki kişilerden oluştuğu gözlenmiştir (p<0,05). Diğer bulgular yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Gastroözofajiyal reflü hastalığı endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, reflü ve özofajit, ülser şeklindedir (Tablo 22).

Tablo 22: "GÖRH" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

GÖRH endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:181)**	
	Kadın (n:93)		**Erkek (n:88)**			**<50 yaş (n:100)**		**≥50 yaş (n:81)**				
Normal bulgular	4	4,3	2	2,3	0,683	6	6,0	0	0,0	**0,034**	6	3,3
Gastrit	85	91,4	78	88,6	0,710	87	87,0	76	93,8	0,202	163	90,1
Reflü/Özofajit	19	20,4	27	30,7	0,158	20	20,0	26	32,1	0,063	46	25,4
Hiatal herni	2	2,2	7	8,0	0,093	3	3,0	6	7,4	0,303	9	5,0
Özofagusta darlık	1	1,1	0	0,0	0,999	1	1,0	0	0,0	0,999	1	0,6
Ülser	4	4,3	6	6,8	0,678	5	5,0	5	6,2	0,987	10	5,5
Barrett özofagusu	1	1,1	1	1,1	0,999	1	1,0	1	1,0	0,999	2	1,1
Malignite	0	0,0	1	1,1	0,486	0	0,0	1	1,2	0,448	1	0,6
Özofagogastrik varis	0	0,0	1	1,1	0,486	0	0,0	1	1,2	0,448	1	0,6

Polip	4	4,3	1	1,1	0,369	2	2,0	3	3,7	0,658	5	2,8
Divertiküler hastalık	1	1,1	0	0,0	0,999	1	1,0	0	0,0	0,999	1	0,6

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
GÖRH: Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı

Görüntülemede patoloji endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde herhangi bir bulguda anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p>0,05). Yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise normal bulguların 50 yaşın altındaki kişilerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (p<0,05). Diğer bulgular yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Görüntülemede patoloji endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, normal bulgular, malignite, polip şeklindedir (Tablo 23).

Tablo 23: "Görüntülemede patoloji" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Görüntülemede patoloji endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:152)**	
	Kadın (n:88)		**Erkek (n:64)**			**<50 yaş (n:45)**		**≥50 yaş (n:107)**				
Normal bulgular	20	22,7	12	18,8	0,695	16	35,6	16	15,0	**0,009**	32	21,1
Gastrit	42	47,7	25	39,1	0,288	21	46,7	46	43,0	0,677	67	44,1
Reflü/Özofajit	3	3,4	2	3,1	0,999	3	6,7	2	1,9	0,154	5	3,3
Hiatal herni	1	1,1	1	1,6	0,999	1	2,2	1	0,9	0,506	2	1,3
Özofagusta darlık	0	0,0	1	1,6	0,421	0	0,0	1	0,9	0,999	1	0,7
Ülser	3	3,4	5	7,8	0,282	2	4,4	6	5,6	0,999	8	5,3
Malignite	12	13,6	12	18,8	0,530	3	6,7	21	19,6	0,079	24	15,8
Özofagogastrik varis	0	0,0	2	3,1	0,176	0	0,0	2	1,9	0,999	2	1,3
Polip	9	10,2	10	15,6	0,456	3	6,7	16	15,0	0,254	19	12,5
Özofajiyal kandida	1	1,1	1	1,6	0,999	1	2,2	1	0,9	0,506	2	1,3
Divertiküler hastalık	2	2,3	3	4,7	0,650	1	2,2	4	3,7	0,999	5	3,3
Akantozis	1	1,1	0	0,0	0,999	0	0,0	1	0,9	0,999	1	0,7
Yetersiz kolon temizliği	8	9,1	4	6,2	0,736	3	6,7	9	8,4	0,972	12	7,9
Hemoroid	7	8,0	3	4,7	0,638	4	8,9	6	5,6	0,699	10	6,6
Spastisite artışı	1	1,1	0	0,0	0,999	1	2,2	0	0,0	0,296	1	0,7

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

İstemsiz kilo kaybı endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde normal bulguların kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (p<0,05). Diğer bulgular cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). İstemsiz kilo kaybı endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, normal bulgular, polip, reflü ve özofajit şeklindedir (Tablo 24).

Tablo 24: "Kilo kaybı" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Kilo kaybı endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:127)**	
	Kadın (n:53)		**Erkek (n:74)**			**<50 yaş (n:35)**		**≥50 yaş (n:92)**				
Normal bulgular	18	34,0	9	12,2	**0,006**	11	31,4	16	17,4	0,138	27	21,3
Gastrit	26	49,1	36	48,6	0,964	18	51,4	44	47,8	0,870	62	48,8
Reflü/Özofajit	1	1,9	5	6,8	0,400	3	8,6	3	3,3	0,345	6	4,7
Hiatal herni	0	0,0	1	1,4	0,999	0	0,0	1	1,1	0,999	1	0,8
Ülser	3	5,7	2	2,7	0,649	1	2,9	4	4,3	0,999	5	3,9
Malignite	0	0,0	4	5,4	0,140	0	0,0	4	4,3	0,575	4	3,1
Özofagogastrik varis	1	1,9	1	1,4	0,999	0	0,0	2	2,2	0,999	2	1,6
Polip	6	11,3	18	24,3	0,106	3	8,6	21	22,8	0,114	24	18,9
Anjiyodisplazi	0	0,0	1	1,4	0,999	0	0,0	1	1,1	0,999	1	0,8
Divertiküler hastalık	3	5,7	1	1,4	0,307	0	0,0	4	4,3	0,575	4	3,1
Yetersiz kolon temizliği	4	7,5	5	6,8	0,999	3	8,6	6	6,5	0,988	9	7,1
Hemoroid	0	0,0	3	4,1	0,265	1	2,9	2	2,2	0,999	3	2,4
Spastisite artışı	1	1,9	1	1,4	0,999	0	0,0	2	2,2	0,999	2	1,6
Ülseratif kolit	0	0,0	1	1,4	0,999	0	0,0	1	1,1	0,999	1	0,8

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

İrritabl barsak hastalığı endikasyonu ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde gastrit bulgusunun 50 yaş ve üzerindeki hastalarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (p<0,05). Diğer bulgular cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). İrritabl barsak hastalığı endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile normal bulgular, polip, gastrit, hemoroid, divertiküler hastalık şeklindedir (Tablo 25).

Tablo 25: "İBS" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

İBS endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:120)	
	Kadın (n:75)		Erkek (n:45)			<50 yaş (n:42)		≥50 yaş (n:78)				
Normal bulgular	36	48,0	16	35,6	0,254	23	54,8	29	37,2	0,097	52	43,3
Gastrit	10	13,3	6	13,3	0,999	1	2,4	15	19,2	**0,021**	16	13,3
Reflü/Özofajit	1	1,3	1	2,2	0,999	0	0,0	2	2,6	0,541	2	1,7
Hiatal herni	1	1,3	0	0,0	0,999	0	0,0	1	1,3	0,999	1	0,8
Malignite	1	1,3	0	0,0	0,999	0	0,0	1	1,3	0,999	1	0,8
Polip	16	21,3	17	37,8	0,082	11	26,2	22	28,2	0,983	33	27,5
Divertiküler hastalık	6	8,0	3	6,7	0,999	1	2,4	8	10,3	0,231	9	7,5
Yetersiz kolon temizliği	17	22,7	5	11,1	0,180	6	14,3	16	20,5	0,553	22	18,3
Anal fissür	0	0,0	1	2,2	0,375	1	2,4	0	0,0	0,350	1	0,8
Hemoroid	9	12,0	5	11,1	0,999	4	9,5	10	12,8	0,812	14	11,7
Spastisite artışı	3	4,0	1	2,2	0,999	3	7,1	1	1,3	0,123	4	3,3
Ülseratif kolit	1	1,3	0	0,0	0,999	0	0,0	1	1,3	0,999	1	0,8

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
İBS: İrritabl Barsak Hastalığı

Nedeni bilinmeyen diyare endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Nedeni bilinmeyen diyare endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile normal bulgular, gastrit, polip, ülseratif kolit, divertiküler hastalık, reflü ve özofajit şeklindedir (Tablo 26).

Tablo 26: "Diyare" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Diyare endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:106)	
	Kadın (n:62)		Erkek (n:44)			<50 yaş (n:64)		≥50 yaş (n:42)				
Normal bulgular	25	40,3	15	34,1	0,654	29	45,3	11	26,2	0,075	40	37,7
Gastrit	21	33,9	16	36,4	0,953	22	34,4	15	35,7	0,999	37	34,9

Reflü/Özofajit	2	3,2	3	6,8	0,647	2	3,1	3	7,1	0,383	5	4,7
Hiatal herni	0	0,0	1	2,3	0,415	1	1,6	0	0,0	0,999	1	0,9
Ülser	0	0,0	2	4,5	0,170	0	0,0	2	4,8	0,155	2	1,9
Malignite	0	0,0	1	2,3	0,415	0	0,0	1	2,4	0,396	1	0,9
Özofagogastrik varis	1	1,6	0	0,0	0,999	0	0,0	1	2,4	0,396	1	0,9
Polip	10	16,1	6	13,6	0,938	6	9,4	10	23,8	0,080	16	15,1
Divertiküler hastalık	5	8,1	0	0,0	0,075	1	1,6	4	9,5	0,079	5	4,7
Yetersiz kolon temizliği	6	9,7	1	2,3	0,235	5	7,8	2	4,8	0,701	7	6,6
Hemoroid	1	1,6	3	6,8	0,305	2	3,1	2	4,8	0,648	4	3,8
Soliter rektal ülser	1	1,6	0	0,0	0,999	1	1,6	0	0,0	0,999	1	0,9
İBH	1	1,6	3	6,8	0,305	1	1,6	3	7,1	0,298	4	3,8
Ülseratif kolit	4	6,5	3	6,8	0,999	5	7,8	2	4,8	0,701	7	6,6

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Ailede malignite öyküsü endikasyonu ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Ailede malignite öyküsü endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, normal bulgular, polip, reflü ve özofajit, hemoroid şeklindedir (Tablo 27).

Tablo 27: "Ailede malignite öyküsü" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Ailede malignite öyküsü endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:92)**	
	Kadın (n:45)		**Erkek (n:47)**			**<50 yaş (n:53)**		**≥50 yaş (n:39)**				
Normal bulgular	14	31,1	11	23,4	0,551	16	30,2	9	23,1	0,603	25	27,2
Gastrit	2	46,7	21	44,7	0,999	25	47,2	17	43,6	0,897	42	45,7
Reflü/Özofajit	3	6,7	5	10,6	0,714	5	9,4	3	7,7	0,999	8	8,7
Ülser	0	0,0	2	4,3	0,495	1	1,9	1	2,6	0,999	2	2,2
Barrett özofagusu	0	0,0	1	2,1	0,999	1	1,9	0	0,0	0,999	1	1,1
Malignite	0	0,0	2	4,3	0,495	1	1,9	1	2,6	0,999	2	2,2
Polip	10	22,2	11	23,4	0,999	11	20,8	10	25,6	0,764	21	22,8
Divertiküler hastalık	0	0,0	2	4,3	0,495	0	0,0	2	5,1	0,177	2	2,2
Yetersiz kolon temizliği	4	8,9	2	4,3	0,430	3	5,7	3	7,7	0,696	6	6,5
Hemoroid	0	0,0	4	8,5	0,117	2	3,8	2	5,1	0,999	4	4,3

Spastisite artışı	0	0,0	1	2,1	0,999	0	0,0	1	2,6	0,424	1	1,1
Ülseratif kolit	1	2,2	0	0,0	0,489	1	1,9	0	0,0	0,999	1	1,1

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

İnflamatuar barsak hastalığı şüphesi ve izlemi endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde ülseratif kolit bulgusunun erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldüğü tespit edilmiştir ($p<0,05$). İnflamatuar barsak hastalığı şüphesi ve izlemi endikasyonu ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise normal bulguların 50 yaşın altındaki hastalarda, ülseratif kolit bulgusunun ise 50 yaş ve üzerindeki hastalarda daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır ($p<0,05$). Diğer bulgular yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir ($p>0,05$). İnflamatuar barsak hastalığı şüphesi endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile ülseratif kolit, normal bulgular, gastrit, polip, inflamatuar barsak hastalığı şeklindedir (Tablo 28).

Tablo 28: "İBH izlemi ve tetkik" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

İBH endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:92)**	
	Kadın (n:52)		**Erkek (n:40)**			**<50 yaş (n:57)**		**≥50 yaş (n:35)**				
Normal bulgular	17	32,7	9	22,5	0,399	21	36,8	5	14,3	**0,036**	26	28,3
Gastrit	10	19,2	5	12,5	0,561	11	19,3	4	11,4	0,483	15	16,3
Reflü/Özofajit	2	3,8	2	5,0	0,999	3	5,3	1	2,9	0,999	4	4,3
Ülser	3	5,8	1	2,5	0,630	2	3,5	2	5,7	0,633	4	4,3
Malignite	1	1,9	1	2,5	0,999	0	0,0	2	5,7	0,142	2	2,2
Polip	7	13,5	5	12,5	0,999	5	8,8	7	20,0	0,217	12	13,0
Divertiküler hastalık	1	1,9	0	0,0	0,999	0	0,0	1	2,9	0,380	1	1,1
Yetersiz kolon temizliği	3	5,8	0	0,0	0,255	2	3,5	1	2,9	0,999	3	3,3
Hemoroid	4	7,7	3	7,5	0,999	3	5,3	4	11,4	0,421	7	7,6
Soliter rektal ülser	1	1,9	0	0,0	0,999	1	1,8	0	0,0	0,999	1	1,1
İBH	5	9,6	5	12,5	0,918	9	15,8	1	2,9	0,112	10	10,9
Ülseratif kolit	12	23,1	18	45,0	**0,046**	11	19,3	19	54,3	**0,001**	30	32,6

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.
İBH: İnflamatuar Barsak Hastalıkları

Polip şüphesi ve takip endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde polip bulgusunun erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldüğü tespit edilmiştir (p<0,05). Polip şüphesi ve takip endikasyonu ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise gastrit bulgusunun 50 yaşın altındaki hastalarda daha fazla görüldüğü anlaşılmıştır (p<0,05). Diğer bulgular yaşa ve cinsiyete göre değişmemektedir (p>0,05). Polip şüphesi ve takip endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile polip, normal bulgular, hemoroid, divertiküler hastalık şeklindedir (Tablo 29).

Tablo 29: "Polip şüphesi ve takip" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Polip endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:78)**	
	Kadın (n:32)		**Erkek (n:46)**			**<50 yaş (n:13)**		**≥50 yaş (n:65)**				
Normal bulgular	8	25,0	10	21,7	0,950	2	15,4	16	24,6	0,718	18	23,1
Gastrit	4	12,5	1	2,2	0,153	3	23,1	2	3,1	**0,030**	5	6,4
Reflü/Özofajit	0	0,0	1	2,2	0,999	0	0,0	1	1,5	0,999	1	1,3
Malignite	2	6,2	0	0,0	0,165	0	0,0	2	3,1	0,999	2	2,6
Polip	10	31,2	27	58,7	**0,031**	3	23,1	34	52,3	0,105	37	47,4
Anjiyodisplazi	1	3,1	0	0,0	0,410	0	0,0	1	1,5	0,999	1	1,3
Divertiküler hastalık	5	15,6	3	6,5	0,262	1	7,7	7	10,8	0,999	8	10,3
Yetersiz kolon temizliği	3	9,4	6	13,0	0,890	2	15,4	7	10,8	0,999	9	11,5
Hemoroid	5	15,6	7	15,2	0,999	3	23,1	9	13,8	0,674	12	15,4
Spastisite artışı	3	9,4	0	0,0	0,065	2	15,4	1	1,5	0,070	3	3,8
Ülseratif kolit	0	0,0	1	2,2	0,999	0	0,0	1	1,5	0,999	1	1,3

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Disfaji ve odinofaji endikasyonu ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Disfaji ve odinofaji endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, malignite, normal bulgular, özofagusta darlık, ülser şeklindedir (Tablo 30).

Tablo 30: "Disfaji/odinofaji" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Disfaji/odinofaji endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:65)	
	Kadın (n:45)		Erkek (n:20)			<50 yaş (n:23)		≥50 yaş (n:42)				
Normal bulgular	1	2,2	2	10,0	0,222	1	4,3	2	4,8	0,999	3	4,6
Gastrit	40	88,9	13	65,0	0,052	18	78,3	35	83,3	0,865	53	81,5
Reflü/Özofajit	5	11,1	4	20,0	0,570	3	13,0	6	14,3	0,999	9	13,8
Hiatal herni	1	2,2	0	0,0	0,999	0	0,0	1	2,4	0,999	1	1,5
Özofagusta darlık	2	4,4	1	5,0	0,999	1	4,3	2	4,8	0,999	3	4,6
Ülser	2	4,4	1	5,0	0,999	2	8,7	1	2,4	0,284	3	4,6
Malignite	2	4,4	2	10,0	0,581	2	8,7	2	4,8	0,610	4	6,2
Özofagogastrik varis	1	2,2	0	0,0	0,999	0	0,0	1	2,4	0,999	1	1,5
Polip	0	0,0	1	5,0	0,308	0	0,0	1	2,4	0,999	1	1,5
Divertiküler hastalık	2	4,4	0	0,0	0,999	1	4,3	4	2,4	0,999	2	3,1
Gluten enteropatisi	1	2,2	0	0,0	0,999	1	4,3	0	0,0	0,354	1	1,5

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Özofagogastrik varis açısından kontrol nedeni ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Özofagogastrik varis açısından kontrol nedeni ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, özofagogastrik varis, ülser, reflü ve özofajit, normal bulgular, divertiküler hastalık şeklindedir (Tablo 31).

Tablo 31: "Özofagogastrik varis" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Özofagogastrik varis endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:44)	
	Kadın (n:21)		Erkek (n:23)			<50 yaş (n:8)		≥50 yaş (n:36)				
Normal bulgular	1	4,8	0	0,0	0,477	1	12,5	0	0,0	0,182	1	2,3
Gastrit	17	81,0	20	87,0	0,693	6	75,0	31	86,1	0,808	37	84,1
Reflü/Özofajit	1	4,8	1	4,3	0,999	1	12,5	1	2,8	0,334	2	4,5
Ülser	1	4,8	5	2,7	0,188	1	12,5	5	13,9	0,999	6	13,6
Özofagogastrik varis	10	47,6	15	65,2	0,383	4	50,0	21	58,3	0,710	25	56,8
Divertiküler hastalık	1	4,8	0	0,0	0,477	0	0,0	1	2,8	0,999	1	2,3

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Pernisiyöz anemi endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde gastrit bulgusunun kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (p<0,05). Diğer bulgular cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Pernisiyöz anemi endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, normal bulgular, reflü ve özofajit şeklindedir (Tablo 32).

Tablo 32: "Pernisiyöz anemi" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Pernisiyöz anemi endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:34)**	
	Kadın (n:11)		**Erkek (n:23)**			**<50 yaş (n:25)**		**≥50 yaş (n:9)**				
Normal bulgular	0	0,0	6	26,1	0,145	5	20,0	1	11,1	0,999	6	17,6
Gastrit	11	100,0	14	60,9	**0,045**	18	72,0	7	77,8	0,999	25	73,5
Reflü/Özofajit	0	0,0	2	8,7	0,999	1	4,0	1	11,1	0,465	2	5,9
Ülser	1	9,1	0	0,0	0,324	1	4,0	0	0,0	0,999	1	2,9
Polip	0	0,0	1	4,3	0,999	1	4,0	0	0,0	0,999	1	2,9
Yetersiz kolon temizliği	0	0,0	2	8,7	0,999	1	4,0	1	11,1	0,465	2	5,9
Hemoroid	0	0,0	1	4,3	0,999	1	4,0	0	0,0	0,999	1	2,9

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Çölyak hastalığı açısından tetkik nedeni ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde polip bulgusunun sadece erkeklerde görüldüğü tespit edilmiştir (p<0,05). Diğer bulgular cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Çölyak hastalığı açısından tetkik nedeni ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, normal bulgular, gluten enteropatisi, reflü ve özofajit, polip şeklindedir (Tablo 33).

Tablo 33: "Çölyak hastalığı" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Çölyak hastalığı endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:32)**	
	Kadın (n:26)		**Erkek (n:6)**			**<50 yaş (n:26)**		**≥50 yaş (n:6)**				
Normal bulgular	8	30,8	0	0,0	0,296	6	23,1	2	33,3	0,625	8	25,0
Gastrit	15	57,7	5	83,3	0,370	17	65,4	3	50,0	0,647	20	62,5

Reflü/Özofajit	2	7,7	0	0,0	0,999	1	3,8	1	16,7	0,345	2	6,2
Polip	0	0,0	2	33,3	**0,030**	1	3,8	1	16,7	0,345	2	6,2
Gluten enteropatisi	2	7,7	1	16,7	0,476	3	11,5	0	0,0	0,999	3	9,4
Hemoroid	1	3,8	0	0,0	0,999	1	3,8	0	0,0	0,999	1	3,1

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Malignite nedeni ile opere olan hastaların takipleri nedeni ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde normal bulguların 50 yaşın altındaki hastalarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (p<0,05). Diğer bulgular cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Malignite nedeni ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, normal bulgular, polip, divertiküler hastalık, reflü ve özofajit şeklindedir (Tablo 34).

Tablo 34: "Opere malignite/kontrol" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Opere malignite/ kontrol endoskopi sonuçları	**Cinsiyete göre dağılım**				**p**	**Yaşa göre dağılım**				**p**	**Toplam (n:27)**	
	Kadın (n:15)		**Erkek (n:12)**			**<50 yaş (n:7)**		**≥50 yaş (n:20)**				
Normal bulgular	8	53,3	5	41,7	0,830	7	100,0	6	30,0	**0,002**	13	48,1
Gastrit	4	26,7	5	41,7	0,681	0	0,0	9	45,0	0,059	9	33,3
Reflü/Özofajit	1	6,7	1	8,3	0,999	0	0,0	2	10,0	0,999	2	7,4
Ülser	0	0,0	1	8,3	0,444	0	0,0	1	5,0	0,999	1	3,7
Malignite	0	0,0	1	8,3	0,444	0	0,0	1	5,0	0,999	1	3,7
Polip	3	20,0	2	16,7	0,999	0	0,0	5	25,0	0,283	5	18,5
Divertiküler hastalık	1	6,7	1	8,3	0,999	0	0,0	2	10,0	0,999	2	7,4
Hemoroid	1	6,7	0	0,0	0,999	0	0,0	1	5,0	0,999	1	3,7

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Tekrarlayan kusma endikasyonu ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Tekrarlayan kusma endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, reflü ve özofajit, polip, hiatal herni, malignite, ülser, normal bulgular şeklindedir (Tablo 35).

Tablo 35: "Kusma" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Kusma endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:23)	
	Kadın (n:11)		Erkek (n:12)			<50 yaş (n:11)		≥50 yaş (n:12)				
Normal bulgular	1	9,1	0	0,0	0,478	0	0,0	1	8,3	0,999	1	4,3
Gastrit	5	45,5	10	83,3	0,089	7	63,6	8	66,7	0,999	15	65,2
Reflü/Özofajit	1	9,1	3	25,0	0,590	1	9,1	3	25,0	0,590	4	17,4
Hiatal herni	2	18,2	0	0,0	0,217	1	9,1	1	8,3	0,999	2	8,7
Ülser	0	0,0	1	8,3	0,999	0	0,0	1	8,3	0,999	1	4,3
Malignite	2	18,2	0	0,0	0,217	2	18,2	0	0,0	0,217	2	8,7
Polip	1	9,1	3	25,0	0,590	2	18,2	2	16,7	0,999	4	17,4

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Anorektal yakınmalar endikasyonu ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Anorektal yakınmalar endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile normal bulgular, polip, hemoroid, anal fissür şeklindedir (Tablo 36).

Tablo 36: "Anorektal yakınmalar" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Anorektal yakınmalar endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:12)	
	Kadın (n:3)		Erkek (n:9)			<50 yaş (n:8)		≥50 yaş (n:4)				
Normal bulgular	2	66,7	5	55,6	0,999	6	75,0	1	25,0	0,222	7	58,3
Polip	1	33,3	1	11,1	0,455	1	12,5	1	25,0	0,999	2	16,7
Anal fissür	0	0,0	1	11,1	0,999	1	12,5	0	0,0	0,999	1	8,3
Hemoroid	0	0,0	2	22,2	0,999	0	0,0	2	50,0	0,091	2	16,7

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Amiloid açısından kontrol nedeni ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Amiloid açısından kontrol nedeni ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile normal bulgular, gastrit, polip, divertiküler hastalık, yetersiz kolon temizliği şeklindedir (Tablo 37).

Tablo 37: "Amiloid" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Amiloid endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:6)	
	Kadın (n:5)		Erkek (n:1)			<50 yaş (n:5)		≥50 yaş (n:1)				
Normal bulgular	2	40,0	1	100,0	0,999	2	40,0	1	100,0	0,999	3	50,0
Gastrit	2	40,0	0	0,0	0,999	2	40,0	0	0,0	0,999	2	33,3
Polip	1	20,0	0	0,0	0,999	1	20,0	0	0,0	0,999	1	16,7
Divertiküler hastalık	1	20,0	0	0,0	0,999	1	20,0	0	0,0	0,999	1	16,7
Yetersiz kolon temizliği	1	20,0	0	0,0	0,999	0	0,0	1	100,0	0,167	1	16,7

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Koroziv madde maruziyeti nedeni ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir (p>0,05). Koroziv madde maruziyeti nedeni ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit, reflü ve özofajit, özofagusta darlık, ülser şeklindedir (Tablo 36).

Tablo 38: "Koroziv madde maruziyeti" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Koroziv madde maruziyeti endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:4)	
	Kadın (n:1)		Erkek (n:3)			<50 yaş (n:1)		≥50 yaş (n:3)				
Gastrit	0	0,0	2	66,7	0,999	0	0,0	2	66,7	0,999	2	50,0
Reflü/Özofajit	1	100,0	1	33,3	0,999	1	100,0	1	33,3	0,999	2	50,0
Özofagusta darlık	1	100,0	0	0,0	0,250	1	100,0	0	0,0	0,250	1	25,0
Ülser	1	100,0	0	0,0	0,250	1	100,0	0	0,0	0,250	1	25,0

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

Yabancı cisim nedeni ile yapılan işlemlerin bulguları incelendiğinde 3 kişiye yabancı cisim endikasyonu ile kolonoskopi yapıldığı ve bu üç kişinin üçünün de erkek olduğu gözlenmiştir. 3 erkek hastanın 1'i 50 yaşın altında, diğer ikisi 50 yaş ve üzerindedir. Bulgular hastaların cinsiyet ve yaşlarına göre değişmemektedir (p>0,05). Yabancı cisim nedeni ile yapılan işlemlerin sonuçları sırası ile normal bulgular, polip, divertiküler hastalık şeklindedir (Tablo 39).

Tablo 39: "Yabancı cisim" endikasyonu ile endoskopi yapılan hastaların cinsiyete ve yaşa göre sonuçları

Yabancı cisim endoskopi sonuçları	Cinsiyete göre dağılım				p	Yaşa göre dağılım				p	Toplam (n:3)	
	Kadın (n:0)		Erkek (n:3)			<50 yaş (n:1)		≥50 yaş (n:2)				
Normal bulgular	-	-	2	66,7	-	1	100,0	1	50,0	0,999	2	66,7
Polip	-	-	1	33,3	-	0	0,0	1	50,0	0,999	1	33,3
Divertiküler hastalık	-	-	1	33,3	-	0	0,0	1	50,0	0,999	1	33,3
Yetersiz kolon temizliği	-	-	1	33,3	-	0	0,0	1	50,0	0,999	1	33,3

Ki kare ve Fisher Ki kare testleri yapılmış, sonuçlar n(%sütun) olarak gösterilmiştir.

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Endoskopi, günümüzde gastrointestinal kanalın mukozal patolojilerinin teşhisinde en hassas yöntem olarak kullanılmaktadır. Gastrointestinal kanal hastalıklarının teşhisinde (diagnostik endoskopi) çok faydalı olduğu gibi, tedavisinde (terapötik endoskopi) ve takibinde de çok sık kullanılmaktadır(50).

Çalışmamıza yaşları 18 ile 93 arasında değişen, yaş ortalaması 51,5±15,4 olan 2115 hasta dahil edildi. Hastaların 1144'ü (%54,0) kadın, 971'i (%46,0) erkekti. 1433 (%68,0) hastaya üst GİS endoskopi, 682 (%32,0) hastaya kolonoskopi işlemi yapılmıştır.

Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılanların %56,2'si (806) kadın, %43,8'i (627) erkekti ve bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermekteydi(1, 191, 192). Tüm hastalar birlikte değerlendirildiğinde üst GİS endoskopi yapılanların %46,8'inin 50 yaşından küçük, %53,2'sinin 50 yaş ve üzerinde olduğu gözlenmektedir ve her iki cinsiyette de 50 yaş ve üzerinde daha sık üst GİS endoskopi yapıldığı görüldü. Bilen(191) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak olguların %57'si 45 yaş üstü olarak sonuçlanmıştır.

Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılan 1433 hastadaki en sık görülen üst GİS endoskopi endikasyonları: hastaların 683'üne (%47,7) dispepsi, 215'ine (%15) açıklanamamış demir eksikliği anemisi, 181'ine (%12,6) GÖRH, 112'sine (%7,8) üst GİS kanama, 88'ine (%6,1) görüntülemede patoloji, 77'sine (%5,4) istemsiz kilo kaybı, 65'ine (%4,5) disfaji ve odinofaji, 47'sine (%3,3) ailede malignite öyküsü ve 48'ine (%3,3) nedeni bilinmeyen diyare sebebiyle üst GİS endoskopi yapıldı. En sık görülen endikasyon literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da dispepsi olarak sonuçlandı(193).

Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılan hastalarda en sık görülen endoskopi sonuçları sırasıyla; gastrit (%85,1, 1219 hasta), reflü ve özofajit (%12,4, 178 hasta), normal bulgular (%7,2, 103 hasta), ülser (%7,5, 107

hasta), özofagogastrik varis (%3,1, 44 hasta), hiatal herni (%3,0, 43 hasta), malignite (%2,0, 28 hasta) ve polip (%2,0, 29 hasta) şeklinde sonuçlandı.

Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılan hastaların patoloji sonuçları değerlendirildiğinde en sık %71,5 (977 hasta) oranında gastrit görülmüştür, ikinci sıklıkta %25,3 oranında (345 hasta) normal yapı ve üçüncü sıklıkta %2,2 (30 hasta) oranında malignite saptanmıştır.

Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılan hastaların %7,2'sinde normal endoskopik bulgular saptanmıştır ve bu bulgular Yücel(1) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki bulgular ile uyumludur (normal bulgular %7,3).

Çalışmamızda tüm vakalar içinde en sık gastrik lezyonlar görülmüş olup hem gastrik hastalıklar hem endoskopi yapılan tüm olgular içinde en sık görülen hastalık gastrittir (%85,1, 1219 hasta). Üst GİS endoskopi yapılan 1433 hastada en sık görülen endoskopi bulgusu %85,1 oranla gastrit olarak sonuçlanmıştır, Eskişehir'de yapılan bir çalışmada gastrit oranı %23 olarak saptanırken Zonguldak ilinde %78, Isparta'da ise %96 olarak saptanmıştır(194-196). Güneydoğu Anadolu bölgesinde yapılan çalışmalarda Diyarbakır'da %13, Şanlıurfa'da ise %59 oranında gastrit gözlenmiştir(197, 198). Demir ve arkadaşlarının Elazığ'da yaptıkları çalışmada gastrit %64,4 oranında saptanırken yine Elazığ'da 8453 olgunun değerlendirildiği 2014 tarihli bir çalışmada gastrit sıklığı %39 olarak saptanmıştır(199, 200). Yapılan çalışmalardaki gastrit görülme sıklığının illere göre ciddi farklılıklar göstermesinde çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları ve bu bölgelerin genetik farklılıkları etken olabilir. Çalışmamızda saptanan yüksek oranın hastanemize ulaşımın kolay olması, daha çok ciddi ve persistan şikayetleri olan veya risk faktörleri değerlendirilerek endoskopik işlem düşünülen hastaların hekim tarafından değerlendirilerek yönlendirilmesi hastanemizdeki endoskopi yapılan vakalardaki yüksek gastrit oranını açıklayabileceğini düşünmekteyiz.

1990'da Sydney'de gastritlerin derece ve sınıflamasında gastrik biyopsilerin histolojik yorumuna standart bir yaklaşım sağlamak için bir çalışma grubu toplandı ve bu toplantıda Sydney sınıflama ve derecelendirme sistemi

önerildi(201). Gastritler, Sydney sistemine göre topoğrafik, morfolojik ve etiyolojik bilgilere göre sınıflanmaktır(74). Çalışmamızda gastritleri Sydney sistemine göre sınıflandırdık.

Çalışmamızda mide lezyonlarının histolojik olarak değerlendirilmesinde; morfolojik dağılımına baktığımızda endoskopide gastrit tanısı alıp biyopsi alınan hastaların (660'ı kadın, 510'u erkek, toplam 1170 hasta) %73,8'inde (864 hasta) lenfositik infiltrasyon, %47,6'sında (557 hasta) H. pylori, %45,1'inde (528 hasta) aktivasyon, %23'ünde (269 hasta) intestinal metaplazi, %5,3'ünde (62 hasta) atrofi ve %0,6'sında (7 hasta) displazi saptanmıştır. Lezyonların morfolojik dağılımında cinsiyete göre analiz yapıldığında erkeklerde intestinal metaplazi ve atrofi görülme oranları kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır, diğer morfolojik özelliklerin görülme oranları hastaların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Hastalar yaş gruplarına göre analiz edildiğinde aktivasyon, H. pylori, lenfoid follikül ve lenfoid agregat bulguları 50 yaşın altındaki hastalarda daha fazla görülmektedir. Çalışmamızda Zhang(202) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer şekilde atrofi ve intestinal metaplazi 50 yaş ve üzerinde daha fazla saptanmıştır. Bu sonuçlar maligniteye öncülük eden lezyonların yaşla birlikte artış gösterdiğini beslenme alışkanlıkları ve çevresel faktörlerin bu sonuçlar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

H. pylori enfeksiyonu tüm dünyada yaygındır ve prevelansı gelişmiş olan ülkelerde %10-50 iken gelişmekte olan ülkelerde ise %80'lere kadar yükselmektedir. Genel olarak dünyada her 100 kişiden 70'inin H. pylori ile enfekte olduğu kabul edilmektedir(203). Japonya'da 2017 yılında yapılan çalışmada H. pylori sıklığı %6,1 olarak saptanmıştır(204). Güney Amerika'da %80'in üzerinde iken, ABD'de ve Afrika'da %30-70 arasındadır, Güney Avrupa'da %50'lerde, Doğu Avrupa'da %70'lerdedir(205). Ülkemizde Güneydoğu Anadolu'da yapılan bir çalışmada H. pylori sıklığı %65, Şanlıurfa'da 1999 yılında yapılan çalışmada %67,9, Bursa'da yapılan çalışmada %23,2, Kars'ta yapılan çalışmada %81,9 olarak tespit edilmiştir(198, 206-208). Çalışmamızda daha düşük H. pylori pozitifliğinin saptanması şehirleşme ve sosyoekonomik durumun etkisini

düşündürmektedir. Zorlu kış koşullarında kullanma sularının özellikle kırsal bölgelerde donması hijyen sorunlarını beraberinde getirmektedir. Şehirleşme ve kırsal nüfusun kentleşmesi ile H. pylori pozitifliğinde azalma oluşabileceği düşünülmektedir(208). Çalışmamızda diğer çalışmalarla uyumlu olarak, cinsiyetin H. pylori pozitifliğine etkisi olmadığı saptanmıştır, yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise literatürle benzer olarak 50 yaş altında görülme sıklığında anlamlı olarak farklılık görülmüştür.

İntestinal metaplazinin (İM) gastrik kansere yol açabilen prekanseröz bir lezyon olduğu düşünülmektedir. İM bulunan hastalarda gastrik kanser gelişme riskinin altı kat arttığı bildirilmiştir(209, 210). Sonnenberg ve arkadaşları tarafından yapılan büyük ölçekli retrospektif bir çalışmada ABD'de üst endoskopi yapılan 78985 hastada İM prevalansı %7 olarak saptanmıştır(211). Mete ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise Tekirdağ bölgesinde hastaların %13,5'inde metaplazi saptanmıştır(212), Aydın(209) tarafından yapılan çalışmada ise İM sıklığı %33,1 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise İM sıklığı %23 olarak saptanmıştır. İM'nin daha çok eksojen etkenlerden kaynaklandığı göz önüne alındığında, insidansı etnik kökenler, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ve coğrafik bölgeler arasında değişkenlik göstermektedir(209).

Hiatal herni, genel nüfusun %0,5'inde, üst GİS endoskopisi yapılanların ise %0,8–2,9'unda hiatal herni görülür. Türkiye'de üst GİS endoskopilerinde hiatal herni oranı %1,9–2,3 arasında bildirilmiştir(69, 70). Daha yüksek olarak (kadınlarda %14, erkeklerde %15,5) bildirenler çalışmalarda da vardır(71, 72). Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılan hastalarda hiatal herni görülme sıklığı literatürle uyumlu olarak %3,0 (43 hasta) olarak sonuçlanmıştır. Cinsiyetler arası farklılık görülmezken, 50 yaş ve üzeri hastalarda anlamlı olarak daha fazla görülmüştür.

Peptik ülser dünyadaki en yaygın hastalıklar arasındadır ve bazı komplikasyonları morbidite ve mortalitenin sebeplerindendir(28). Peptik ülser en sık duodenum ve midede görülür(27). Peptik ülsere ömür boyunca yakalanma riski erkeklerde %11-14 iken kadınlarda %8-11'dir. Genel olarak yaş ilerledikçe peptik ülser insidansında artış olmaktadır. Ülkemizde

gastrik ülser 30-60 yaş, duodenal ülser ise en sık 20-50 yaş grubunda görülmektedir(27). Bizim çalışmamızda ülser görülme sıklığı %7,5 (107 hasta) olarak sonuçlanmıştır. Çalışmamızda peptik ülser sıklığı literatürle uyumlu olarak erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla görülmüştür, 50 yaş ve üzerinde 50 yaş altına göre daha sık görülmesine rağmen anlamlı farklılık görülmemiştir, yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmıştır.

Özofagus ve mide kanserinde klinik ve laboratuvar bulgular tipik olmadığından özellikle alarm semptomları olan olgularda erken endoskopi yapmak önemlidir(213). Mide kanseri erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görülür ve genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkar, yetmişli yaşlarda pik yapar(1). Ülkemizde yapılan çalışmalarda mide tümörü, Düzce'de %1,99, Bayburt'ta %0,5, Isparta'da %1,4, 1999 yılında Erzurum'da %6,5, Diyarbakır'da %2,1, Şanlıurfa'da %2 oranında bildirilmiştir(30, 196-198, 214, 215). Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılan hastaların patoloji verileri değerlendirildiğinde %2,2'sinde malignite saptanmıştır. Cinsiyet ve yaş analizi yapıldığında literatürle uyumlu olarak malignite görülme oranı erkeklerde (%3,4), kadınlara göre (%1,3); 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%3,7), 50 yaşın altındaki hastalara göre (%0,6) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Kanser gelişiminde beslenme alışkanlıklarının, bölgesel özelliklerin (iklim, hayat tarzı vb.) etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kolonoskopi yapılanların %49,6'sı (338 hasta) kadın, %50,4'ü (344 hasta) erkekti ve bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermekteydi(3, 200, 216, 217). Çalışmamızda kolonoskopi yapılma oranı erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur Tüm hastalar birlikte değerlendirildiğinde kolonoskopi yapılanların %37,2'sinin 50 yaşından küçük, %62,8'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu gözlenmektedir ve her iki cinsiyette de 50 yaş ve üzerinde kolonoskopinin daha sık yapıldığı görülmüştür, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak olguların %74,1'i 40 yaş ve üzeridir(216).

Amerikan Kanser Cemiyeti 50 yaş üstü herkesin yılda bir gaitada gizli kan baktırması ve 3-5 yıllık aralarla rektosigmoidoskopi yaptırmasını önermektedir(218). Çalışmamızda kolonun incelenmesi yapılırken, kolonoskopinin en sık olarak açıklanamamış demir eksikliği anemisi (%22,1, 151 hasta) nedeniyle istenmiş olduğu gözlendi. Çalışmamızda toplam 682 hastaya kolonoskopi yapıldı, en sık görülen diğer endikasyonlar: 103'üne (%15,1) irritabl barsak hastalığı, 88'ine (%12,9) alt GİS kanama, 74'üne (%10,9) inflamatuar barsak hastalığı şüphesi ve izlemi, 72'sine (%10,6) polip takip, 64'üne (%9,4) görüntülemede patoloji, 58'ine (%8,5) nedeni bilinmeyen diyare, 50'sine (%7,3) istemsiz kilo kaybı ve 45'ine (%6,6) ailede malignite öyküsü nedeniyle kolonoskopi yapıldı.

Çalışmamızdaki kolonoskopi bulguları değerlendirildiğinde hastaların %41,3'ünde (282 hasta) normal bulgular görülmüş olup patoloji saptanmamıştır, %31,4'ünde (214 hasta) polip, %14,8'inde (101 hasta) hemoroid, %8,9'unda (61 hasta) divertiküler hastalık, %8,5'inde (58 hasta) İBH, %4,8'inde (33 hasta) malignite saptanmıştır. Hastaların %16,6'sında (113 hasta) yetersiz kolon temizliği saptanmıştır. Çalışmamızda yetersiz kolon temizliğinin kadınlarda (%20,7) erkeklere göre (%12,5) anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir, yaş grupları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızdan daha yüksek oranda (%21,9) kirli kolon saptanmış ve cinsiyetler arası farklılık görülmemiştir. Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da en sık kolonoskopi bulgusu çalışmamızla benzer olarak normal bulgulardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan Erzurum(219) ve Ağrı(220) ilinde sırasıyla %17.6 ve %28.4, Kıbrıs'ta(221) %31, Düzce'de(2) %21.3 oranında hemoroid saptanmıştır. Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemoroid oranı %15 olarak saptanıp en sık ikinci kolonoskopi bulgusudur. Bizim çalışmamızda yapılan çalışmalardan daha düşük oranda saptanıp en sık üçüncü kolonoskopi bulgusudur (%14,8, 101 hasta).

Gastrointestinal sistemin en sık malignitesi olan kolorektal karsinomun her iki cins için hayat boyu gelişme riski %13,2 olarak bildirilmiştir(3, 222). Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kolorektal karsinom oranı

%1,4 olarak tespit edilmiş olup ülkemizin farklı bölgelerinde yapılan kolonoskopi çalışmalarında bu aran %1 ile %3,9 arasında bulunmuş olup bu çalışmalardaki verilerin de literatürdeki yabancı ülke verilerinden belirgin olarak düşük olduğu gözlenmektedir(3). Bizim çalışmamızda kolorektal kanser sıklığı %4,8 olarak sonuçlanmıştır. Çalışmamızda literatüre göre daha yüksek oranda kolorektal kanser görülmüştür, sebebi üçüncü basamak sağlık kurumu olmamız, hastanemize ulaşımın kolay olması ve hastaların hekimler tarafından alarm semptom varlığı açısından değerlendirilip endoskopi yapılması için yönlendirilmesinden dolayı olabilir.

Yaşla birlikte sıklığı artan divertiküler hastalık 40 yaşın altında nadir olarak görülürken 90 yaşın üzerindeki kişilerin %50'sinde görülmektedir(223). Divertiküler hastalık görülme sıklığı Tamer(222) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %4,1, Şit(220) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %2,9, Polat'ın yaptığı çalışmada ise %4,2 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda divertiküler hastalık görülme sıklığı bu çalışmalardan daha yüksek oranda %8,9 olarak sonuçlandı ve çalışmamızda literatürle uyumlu olarak divertiküler hastalık saptanan 61 hastanın 56'sı 50 yaş üzerindeydi.

Çalışmamızda kolonoskopi patoloji sonuçları değerlendirildiğinde en sık %50,9 oranla polip olarak sonuçlandı. Sırayla diğer en çok görülen patoloji bulguları normal bulgular %25,8, ülseratif kolit %11,7, malignite %6,8 ve Crohn hastalığı %3,7 şeklindedir.

Çalışmamızda en sık üst GİS endoskopi yapılma endikasyonu dispepsiydi (%47,7). Bu sonuçlar Kahramanoğlu Aksoy(224), Erdoğan(225), Günay ve arkadaşlarının(193) yapmış olduğu çalışmalarla benzerlik göstermekteydi. Cinsiyete göre analiz yapıldığında kadınlarda erkeklere göre dispepsi nedeni ile üst GİS endoskopisi yapılma oranı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ve bu sonuçlar Köksal(226), Bektaş(227) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yaşa göre analiz yapıldığında ise çalışmamızda dispepsi endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%57,1), 50 yaş ve üzerindeki hastalara (%39,4) göre anlamlı olarak daha fazladır. Köksal(226) ve arkadaşlarının

yaptığı çalışmada ise dispepsi tanısı alan hastaların yaş dağılımı incelendiğinde en yüksek %24,6 oranla 25-35 yaş arasında olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda dispepsi endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (623 hasta, %88,2), reflü ve özofajit (92 hasta, %13,0), normal bulgular (46 hasta, %6,5), ülser (34 hasta, %4,8), hiatal herni %2,8 ve malignite %0,4 şeklindedir. Okçu(228) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dispepsi endikasyonuyla yapılan üst GİS endoskopi sonuçlarında bizim çalışmamızdan farklı olarak %11'i normal bulgular, %15'i peptik ülser, %2'si malignite olarak sonuçlanmıştır. Karakaya(229) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bulgular bizim çalışmamızla benzer olarak gastrit %87,1, hiatal herni %4 ve bizim çalışmamızdan farklı olarak özofajit %28, gastrit, ülser %10,7, malignite %2,7 olarak gelmiştir. Dispepsi endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde normal bulguların kadınlarda, ülser, reflü ve özofajit bulgusunun erkeklerde anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Okçu(228) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak özofajit erkeklerde anlamlı olarak daha fazla görülmüş, diğer bulgularda cinsiyetler arası anlamlı farklılık görülmemiştir. Dispepsi endikasyonu ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise polip bulgusunun 50 yaş ve üzerindeki hastalarda anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda 181 (%12,6) hastaya tedaviye yanıt vermeyen GÖRH semptomları nedeniyle üst GİS endoskopisi yapıldı ve bu sonuçlar Günay(193), Erdoğan(225) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar ile benzerlik göstermekteydi. Bizim çalışmamızda bu endikasyon üçüncü sırada iken Erdoğan(225) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık ikinci endikasyonu oluşturmaktaydı. Çalışmamızdaki hastalar yaşa göre analiz edildiğinde 50 yaş altındaki hastalarda anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır ve Oğuz(230) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hastaların yaş dağılımı incelendiğinde en yüksek oranın 25-35 yaş arasında olduğu görülmüştür. Çalışmamızda gastroözofajiyal reflü hastalığı endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en sık görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%90,1), reflü ve özofajit (%25,4), ülser (%5,5), hiatal herni (%5,0) ve normal bulgular (%3,3) şeklindedir. Korkmaz(231) ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada reflü ve özofajit sıklığı bizim çalışmamızla benzer olarak %28,9 olarak sonuçlandı, hastaların ortalama yaşı 49.4±18.8 yıldı ve erkek hastalarda kadın hastalara göre daha çok gözlenmişti. Normal sağlıklı popülasyonun rutinde gastroskopiye gitmemesinden dolayı özofajitin gerçek prevalansını saptamak biraz daha zordur(231). Bu yüzden farklı toplumlarda farklı sonuçlar mevcut. Türkiye'de yapılan çok merkezli Gorhen(232) çalışmasında; haftada bir kez göğüste yanma ve/veya regürjitasyon tarif eden 1421 GÖRH tanılı hastanın %35'inde özofajit saptanmış, bunların %4.2'sinde Barrett özofagusu bulunmuştur. Ancak bu hastaların %0.4'ünde histopatolojik olarak Barrett metaplazisi saptanmış. Sonuç olarak GÖRH'nın ülkemizde batıdaki kadar sık görüldüğü, ancak genelde hafif seyretmekte olduğu belirtilmiştir(232). Bizim çalışmamızda da yapılan çalışmadan farklı olarak 181 GÖRH tanılı hastanın %0,8'inde (12 hasta) Barrett özofagusu bulunmuştur.

Erdoğan(225) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada disfaji nedeniyle endoskopi yapılma sıklığı %1,7, Bilen(191) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sıklık %25,5 olarak bulunmuş, bizim çalışmamızda ise bu sonuçlardan farklı olarak sıklık %4,5 bulunmuştur. Literatüre göre 50 yaş üstü disfaji görülme sıklığı %10'dur ve yaşla birlikte bu oran artış gösterir(12). Literatürle benzer olarak bizim çalışmamızda da 50 yaş ve üzerinde görülme sıklığı daha fazladır. Ferlengez(71) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada disfaji nedeniyle endoskopi yapılan hastalarda cinsiyetler arasında fark bulunmazken bizim çalışmamızda kadınlarda daha fazla olmak üzere cinsiyetler arası anlamlı fark görülmüştür. Çalışmamızda disfaji ve odinofaji endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%81,5), malignite (%6,2), normal bulgular (4,6), özofagusta darlık (%4,6) ve ülser (%4,6) şeklindedir. Karakaya(229) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada disfaji endikasyonuyla yapılan endoskopi sonuçlarında bizim çalışmamızla benzer olarak en sık gastrit (%82,6) görülürken, diğer bulgular özofajit (%41,3), ülser (%32,6) şeklinde olup bizim çalışmamızın sonuçlarından farklıdır. Disfaji ve odinofaji endikasyonu ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir.

Gastrointestinal sistem kanamaları (GİS) acil servise sık başvuru nedenlerinden biri olup yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması nedeniyle önemli sağlık sorunlarından biridir. Çalışmamızda gastrointestinal sistem kanaması endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%43,5), ülser (%17,5), normal bulgular (%13,5), polip (%13,5), hemoroid (%11,5) ve malignite (%6,0) şeklindedir. Literatür incelendiğinde üst GİS kanamalarının en sık görülen nedeninin peptik ülser olduğunu görmekteyiz. Ülkemizde de üst GİS kanamaların en sık ilk üç sebebini peptik ülser hastalığı (duodenum, mide ve anastomoz ülserleri), eroziv gastroduodenit ve özofagus varis kanamaları oluşturmaktadır. Tüm GİS kanamaların %60'ından peptik ülser sorumludur(233). Bizim çalışmamızda da ülser en sık ikinci bulguyu oluşturmaktaydı. Son yapılan çalışmalar incelendiğinde üst GİS kanama ile başvuranların ortalama yaşı 50-70 yaş arasında olmakla birlikte ileri yaşta sıklığı artmaktadır(234-236). Bunun nedenleri arasında; ortalama yaşam süresinin uzamış olması, hastaların komorbid hastalıkları sebebiyle çoklu ilaç (NSAİİ, antikoagülan, antiagregan vb.) kullanımlarının olması, malignite, arteriovenöz malformasyon ve H. pylori insidansının yaşla birlikte artması ve mide mukozasının atrofiye gitmesi sayılabilir. Literatürde üst GİS kanamasının insidansının 117-172/100000 hasta, alt GİS kanaması insidansının 30- 33/100000 hasta olduğu gözlenmektedir(237-239). Erdoğan(225) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üst GİS kanama semptomlarıyla endoskopi yapılma sıklığı %1,7 iken, bizim çalışmamızda bu sonuçtan farklı olarak %7,8 olarak bulundu. 2018 yılında Amerika'da yapılan retrospektif bir çalışmada hastaların %58'inin yaşı 65 yaşın üzerinde ve %55'i erkek olarak saptanmıştır(240). Çalışmamızda yaşa ve cinsiyete göre analiz yapıldığında sonuçların literatürle benzer olarak erkeklerde, 50 yaş ve üzeri hastalarda daha sık olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda alt GİS kanama endikasyonuyla kolonoskopi yapılma sıklığı %12,9 olarak gelmiştir. Özsoy(217) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak %24,2, Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer olarak %14 olarak sonuçlanmıştır. Bizim çalışmamızda da Korkmaz(3) ve arkadaşlarının bulgularına benzer olarak yaş ve cinsiyet analizi yapıldığında farklılık görülmemiştir.

Çalışmamızda tekrarlayan kusma nedeniyle üst GİS endoskopi yapılan hastaların sıklığı %1,5 olarak sonuçlandı, cinsiyet ve yaş analizi yapıldığında anlamlı farklılık görülmedi. Bilen(191) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tekrarlayan kusma nedeniyle endoskopi yapılma sıklığı bizim çalışmamızdan farklı olarak %24,5 olarak sonuçlanmıştır. Çalışmamızda tekrarlayan kusma endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%65,2), reflü ve özofajit (%17,4), polip (%17,4), hiatal herni (%8,7), malignite (%8,7), ülser (%4,3), normal bulgular (%4,3) şeklindedir. Karakaya(229) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bulantı ve kusma ile başvuran hastalarda en sık görülen endoskopik bulgular bizim çalışmamızla benzer olarak gastrit (%84), özofajit (%29,8) ve çalışmamızdan farklı olarak ülser(%28,2) olarak sonuçlanmıştır.

Çalışmamızda istemsiz kilo kaybı nedeniyle üst GİS endoskopi yapılma sıklığı %5,4 olarak sonuçlandı, Bilen(191) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sıklık bizim çalışmamızdan farklı olarak %27,5; Yıldız(241) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sıklık yine farklı %1,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda istemsiz kilo kaybı endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı erkeklerde (%7,0), kadınlara (%4,1) göre; 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%7,2), 50 yaşın altındaki hastalarda (%3,3) göre anlamlı olarak daha fazladır. Yıldız(241) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak erkeklerde görülme sıklığı daha fazladır. Ferlengez(71) ve arkadaşlarının yağtığı çalışmada ise cinsiyetler arası farklılık görülmemiştir. İstemsiz kilo kaybı nedeniyle kolonoskopi yapılma sıklığı çalışmamızda %7,3 olarak sonuçlanmıştır, cinsiyetler arası anlamlı farklılık görülmezken 50 yaş ve üzerinde daha sık yapıldığı görüldü. Çalışmamızda istemsiz kilo kaybı endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%48,8), normal bulgular (%21,3), reflü ve özofajit (%4,7) şeklindedir. Karakaya(229) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kilo kaybı nedeniyle yapılan endoskopi bulguları gastrit (%54,5), peptik ülser (%27,3) ve özofajit (%9,1) olarak sonuçlanmıştır.

Ailede malignite öyküsü nedeniyle üst GİS endoskopi yapılma sıklığı çalışmamızda %3,3 olarak sonuçlandı. Ailede malignite öyküsü endikasyonu ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir. Bilen(191) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada aynı endikasyonla üst GİS endoskopi yapılma sıklığı çalışmamızdan farklı olarak %8,5 olarak bulunmuştur. Ailede malignite öyküsü endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%45,7), normal bulgular (%27,2), polip (%22,8), reflü ve özofajit (%8,7), hemoroid (%4,3) şeklindedir. Ailede malignite öyküsü nedeniyle kolonoskopi yapılma sıklığı çalışmamızda %6,6 olarak gelmiştir, cinsiyetler arası farklılık görülmedi. Ailede malignite öyküsü endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%9,8), 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%4,7) anlamlı olarak daha fazla bulundu.

Demir eksikliği anemisi (DEA) en sık görülen anemi türüdür(242). Demir eksikliğinin iki önemli sebebi kronik kan kaybı ve demir emilim bozukluklarıdır. Gelişmiş ülkelerde erkeklerde %2, postmenapozal kadınlarda %5 oranında görülmektedir(243). Premenopozal kadınlarda en sık demir eksikliği anemisi nedeni menstrüasyon iken, erkek ve post menopozal kadınlarda ise gastrointestinal sistemden kan kaybı en sık nedendir(244, 245). Kılavuzlarda demir eksikliği anemisi olan hastalarda endoskopi ve kolonoskopinin birlikte yapılması önerilmektedir(242, 246). Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılan 1433 hastanın 215'ine (%15), kolonoskopi yapılan 682 hastanın 151'ine (%22,1) açıklanamamış DEA nedeniyle endoskopi yapılmıştır. Çalışmamızda üst GİS endoskopi yapılma endikasyonları içinde ikinci sıklıkta açıklanamamış demir eksikliği anemisi (%15) gelmektedir. Yıldız(241) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran çalışmamızdan farklı olarak %2,5, Günay(193) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %8,5 olarak gelmiştir. Cinsiyet analizi yapıldığında Ferlengez(71) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer olarak cinsiyetler arasında farklılık olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%18,0), 50 yaşın altındaki hastalara (%11,6) göre anlamlı olarak daha fazladır, ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında hastaların %52,4'ü 65 yaşın altında, %47,6'sı ise 65 yaş ve

üzerindeydi(247). Çalışmamızda kolonoskopi yapılma endikasyonları içinde birinci sıklıkta açıklanamamış demir eksikliği anemisi (%22,1) gelmektedir. Bizim hastanemizde yapılan başka bir tez çalışmasında demir eksikliği anemisi endikasyonuyla kolonoskopi yapılma sıklığı bizim çalışmamızdan farklı olarak %13,9 olarak gelmiştir ve endikasyonlar arasında ikinci sıklıktadır(223). Açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda (%25,7), 50 yaşın altındaki hastalara göre (%16,1) anlamlı olarak daha fazladır. Açıklanamamış demir eksikliği anemisi endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%45,1), normal bulgular (%29,2), polip (%13,1), divertiküler hastalık (%6,3), hemoroid (%6,0), reflü ve özofajit (%5,5), ülser (%4,1) ve malignite (%3,0) olarak sonuçlanmıştır. DEA nedeniyle gelişmiş ülkelerde yapılan endoskopik işlemlerde malignite saptanma oranları %6 ile %11.2 aralığındadır(248, 249). Ülkemizde Yaylacı(242) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada demir eksikliği anemisi nedeniyle takipli hastalarda %12 oranında malignite saptanmıştır. Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak DEA nedeniyle yapılan endoskopi sonuçlarında daha düşük sıklıkta malignite saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda DEA nedeniyle yapılan endoskopi bulguları yaşa ve cinsiyete göre analiz edildiğinde malignitenin 50 yaş üstünde ve erkeklerde daha sık görüldüğü saptanmıştır(250, 251). Bizim çalışmamızda da literatürle benzer olarak malignite görülme sıklığı erkeklerde (kadınlarda (4 hasta) %2,1, erkeklerde (7 hasta) %3,9) ve 50 yaş ve üzerinde (50 yaş altı (1 hasta) %0,8, 50 yaş üstü (10 hasta) %4,0) daha sıktır. Kepczyk(245) ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada DEA nedeniyle GİS endoskopisi yapılan hastaların yaş oratalaması 63,5 olarak gelmiş, cinsiyetler arası farklılık görülmemiş ve endoskopi bulgularında %11,3 malignite ve %5,7 çölyak hastalığı saptanmış. Bizim çalışmamızda yapılan çalışmadan farklı olarak DEA nedeniyle endoskopi yapılan hastaların %0,5'inde çölyak hastalığı saptanmıştır. Çölyak hastalığı da tüm demir eksikliği anemisi olan hastalarda araştırılmalıdır(5).

Çalışmamızda nedeni bilinmeyen diyare endikasyonu ile üst GİS endoskopi yapılma sıklığı %3,3 olarak sonuçlanmıştır. Bu endikasyonla üst GİS endoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%4,5), 50 yaş ve

üzerindeki hastalara (%2,4) göre anlamlı olarak daha fazladır, cinsiyetler arası farklılık görülmemiştir. Song HJ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ortalama yaş 47 bulunmuş ve erkeklerde (%65,9) kadınlara (%34,1) göre daha sık olduğu görülmüştür(252). Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyare nedeniyle kolonoskopi yapılma sıklığı %19,8 olarak gelmiştir, cinsiyetler arası farklılık görülmemiştir. Bizim çalışmamızda nedeni bilinmeyen diyare endikasyonu ile kolonoskopi yapılma sıklığı Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan farklı olarak %8,5 olarak sonuçlanmıştır. Çalışmamızda nedeni bilinmeyen diyare endikasyonu ile kolonoskopi yapılma oranı 50 yaşın altındaki hastalarda (%13,4), 50 yaş ve üzerindeki hastalara göre (%5,6) anlamlı olarak daha fazladır. Nedeni bilinmeyen diyare endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar en sık %37,7 oranla normal bulgular iken İBH sıklığı %10,4 olarak gelmiştir. Hastanemizde yapılan bir tez çalışmasında(223) aynı endikasyonla kolonoskopi yapılma sıklığı %7,8, Bersani(253) ve arkadaşlarının çalışmasında ise %6,8 olarak bizim çalışmamızla benzer sonuçlar gelmiştir. Bu çalışmalarda da bizim çalışmamızla benzer olarak en çok normal bulgular görülmüştür. Bersani(253) ve arkadaşlarının çalışmasında kolonoskopide İBH saptanma oranı bizim çalışmamıza benzer olarak %9,2 olarak sonuçlanmıştır.

Koroziv maddelerin kazayla veya özkıyım amacıyla oral alımlarına sık rastlanmaktadır. Koroziv maddelerin içiminde oluşan hasar çocukluk döneminde daha belirgin olmakla birlikte tüm yaş gruplarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir(254). Kazğan(254) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %49,1'i erkek, % 50,8'i kadındı, çalışmaya alınan vakaların yaş dağılımında en yüksek oranın % 35.5 ile 20-30 yaş aralığında olduğu görüldü. Uyar(255) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da cinsiyetler arası farklılık görülmemiştir. Bizim çalışmamızda yapılan bu çalışmalarla benzer olarak cinsiyetler arası farklılık görülmedi, bu çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda 50 yaş ve üzerinde daha sık olarak görüldü. Çalışmamızda koroziv madde maruziyeti nedeni ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%50), reflü ve özofajit (%50), özofagusta darlık (%25) ve ülser (%25) şeklindedir. Koroziv madde alımı geri dönüşsüz mide ve/veya özofagus hasarına yol açabilen bir

durum olarak hala klinisyenlerin karşısına çıkmaktadır(255). Endoskopi tanı, tedavi ve prognoz açısından en önemli tanısal yöntem olmaya devam etmektedir(255).

Çölyak hastalığı (gluten enteropatisi), genetik olarak duyarlı kişilerde başlıca buğdaydaki gluten ve arpa, çavdar, yulaf gibi tahıllardaki gluten benzeri diğer tahıl proteinlerine karşı kalıcı intolerans olarak gelişen proksimal ince barsak hastalığıdır. Yakın zamandaki çalışmalarda prevalansında son 3 dekatta yaklaşık 4 kat artış olduğu gösterilmiştir Çalışmamızda çölyak hastalığı açısından tetkik amaçlı üst GİS endoskopi yapılma oranı literatürle uyumlu olarak kadınlarda (%3,0), erkeklere (%0,8) göre; 50 yaşın altındaki hastalarda (%3,6), 50 yaş ve üzerindeki hastalara (%0,7) göre anlamlı olarak daha fazla bulundu. Çölyak hastalığı açısından tetkik nedeni ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%62,5), normal bulgular (%25,0), gluten enteropatisi (%9,4), reflü ve özofajit (%6,2) şeklindedir. Patolojik değerlendirme çölyak hastalığı tanısını koymak için gerekli görülmekte(256) ve duodenumun histolojik değerlendirilmesi çölyak hastalığı klasik belirti ve bulgularıyla ya da demir eksikliği anemisiyle gelen hastalarda günümüzde hala önerilmektedir(257-260).

İrritabl barsak sendromu (İBS), organik bir patoloji ile açıklanamayan, barsak alışkanlıklarında değişim ve defekasyon ile rahatlayan kronik karın ağrısı ile karakterize bağırsağın fonksiyonel bir hastalığıdır(261). İBS'nin dünyadaki sıklığı %11,2 olup, bölgesel değişiklikler göstermektedir(262). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise sıklığı %6,2 ile %33,5 arasında değiştiği bildirilmiştir(263-266). İBS kadınlarda daha sık görülmektedir(262, 267-269). İBS sıklığı elli yaş üzerinde giderek azalmakta ve altmış yaştan sonra başlangıç ise çok nadir görülmektedir(262, 267, 268, 270). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak sıklığı %16,3 olarak bulunmuştur, kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla görülmüştür ve literatürden farklı olarak 50 yaş ve üzerinde daha sık rastlanmıştır. Çalışmamızda İBS kolonoskopi yapılma nedenleri arasında ikinci sıklıktaydı ve irritabl barsak hastalığı endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile normal bulgular

(%43,3), polip (%27,5), hemoroid (%11,7) ve divertiküler hastalık (%7,5) şeklindedir. Hastanemizde yapılan benzer tez çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak en sık üçüncü endikasyon olarak saptanmış ve sıklık %10,1 olarak bulunmuştur(223). Bu tez çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer olarak endoskopi bulgularında en sık normal bulgular (%43,9), ikinci sıklıkta polip (%23,4), üçüncü sıklıkta hemoroid (%21,4) ve dördüncü sıklıkta divertiküler hastalık (%7,2) görülmüştür(223).

İnflamatuar barsak hastalığı (İBH) genellikle 15-35 yaşlar arasında en yüksek yaygınlığa sahiptir ve her iki cinste de benzer sıklıkta görülmektedir. Çalışmamızda İBH izlemi ve tetkik amacıyla endoskopi yapılma sıklığı %12,2 olarak sonuçlandı, endoskopi yapılma endikasyonları arasında dördüncü sıklıktaydı, cinsiyetler arasında anlamlı fark yokken, 50 yaş altında daha sık yapılmıştır. Bersani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aynı endikasyonla endoskopi yapma sıklığı %8,4 olarak saptanmıştır(253). Ülkemizde ülseratif kolit sıklığı Elazığ'da %3, Düzce'de %4,7, Ağrı Doğubayazıt Bölgesi'nde %4,9, Bursa'da %18.5 olarak tespit edilmiştir(220, 222, 271, 272). Bizim çalışmamızda da ÜK sıklığı %6,2 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda İBH şüphesi ve izlemi endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuç ülseratif kolit, ikinci sıklıkta ise normal bulgular şeklindedir. Can(273) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak ÜK erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmüştür ve yaş ortalaması 46.1±14.5 olup, en sık görülme yaşı 35-44 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda Can ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak İBH şüphesi ve izlemi endikasyonu ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise normal bulguların 50 yaşın altındaki hastalarda, ülseratif kolit bulgusunun ise 50 yaş ve üzerindeki hastalarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Gastrointestinal polipler mukoza ve submukoza epitelinden köken alan ve mide barsak lümeni içine doğru çıkıntı yaparak kitle oluşturan proliferatif ve neoplastik lezyonlardır. Gastrointestinal sistem (GİS) polipleri daha sık olarak kolorektal bölgede görülürler. Poliplerin çoğu asemptomatiktir. Polipler, en sık görülen benign mide tümörleridir. Genellikle asemptomatik olan mide poliplerine 5-6. dekatlarda daha sık rastlanır. Mide poliplerine

üst GİS endoskopik incelemelerinde %2-3 oranında rastlanır(274, 275). Bizim çalışmamızda polip şüphesi ve takip nedeniyle üst GİS endoskopi yapılma sıklığı %0,4 olarak saptandı. Üst GİS endoskopi sonuçlarında polip görülme sıklığı literatürle uyumlu olarak %2 geldi, cinsiyetler arası farklılık görülmezken, 50 yaş ve üzerinde daha sık olduğu görüldü. Karagöz Eren(276) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üst GİS endoskopide polip saptanma sıklığı %3,9 olarak sonuçlanmış ve kadınlarda erkeklerden daha sık görülmüştür. Karagülle(277) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üst GİS'de polip saptanan vakalarda erkeklerin kadınlara oranının daha fazla olduğu görülmüş ve yaş ortalaması 54.8±14.2 olarak bulunmuş. Çalışmamızda polip şüphesi ve takibi nedeniyle kolonoskopi yapılma sıklığı %10,6 olarak sonuçlandı. Ülkemizde yapılan kolonoskopilerde; Elazığ'da (272) %7, Bursa'da (271) %13.4, Ağrıda (220) %11.4 ve Düzce'de (2) %6.4 oranında polip saptanmıştır. Bizim çalışmamızda yapılan çalışmalardan farklı olarak kolon polipleri normal bulgulardan sonra %31,4 oranıyla ikinci sıklıkta tespit edilen kolon bulgusuydu. Bizim çalışmamızda da Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer olarak endoskopide polip saptanma sıklığı erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Literatürle uyumlu olarak endoskopide polip saptanma sıklığı 50 yaş ve üzerindeki hastalarda, 50 yaşın altındaki hastalara göre daha fazla olduğu görüldü. Kolorektal kanserler polip zemininden gelişebildiği için kolon ve rektumda saptanan her polip kolorektal kanserin öncü lezyonu veya kanser riski nedeniyle tam olarak çıkarılmalı, histolojik olarak incelenmeli ve patolojik tanının konması gerekmektedir(3).

Görüntülemede patoloji saptanan hastalarda üst GİS endoskopi yapılma sıklığı %6,1, kadınlarda erkeklere oranla daha sık, 50 yaş ve üzerindeki hastalarda, 50 yaşın altındaki hastalara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Görüntülemede patoloji saptanan hastalarda kolonoskopi yapılma sıklığı %9,4, kadınlarda erkeklere oranla, 50 yaş ve üzerindeki hastalarda 50 yaş altındaki hastalara göre daha sık olduğu görülmüştür. Görüntülemede patoloji endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete göre analiz edildiğinde herhangi bir bulguda anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Yaş gruplarına göre analiz edildiğinde ise normal bulguların 50 yaşın altındaki olgularda daha fazla görüldüğü tespit

edilmiştir. Görüntülemede patoloji endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%44,1), normal bulgular (%21,1), malignite (%15,8), polip (%12,5) şeklindedir. Bersani(253) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada görüntülemede patoloji nedeniyle kolonoskopi yapılma sıklığı bizim çalışmamızdan farklı olarak %2,7 olarak sonuçlanmış; endoskopi bulgularında ise bizim çalışmamıza benzer olarak malignite %13,5, polip %10,8 oranında saptanmış. Hastanemizde yapılan başka bir tez çalışmasında ise aynı endikasyonla konoskopi yapılma sıklığı %3,8 olarak sonuçlanmıştır(223).

Pernisiyöz anemide, gastrik kanser ve gastrik karsinoid riski artması nedeniyle bu hastalarda bir kez üst GİS endoskopi yapılmalıdır. Üst GİS endoskopide patoloji saptanmazsa, izleme gerek yoktur(43, 44). Güler(278) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pernisiyöz anemi tanısı ile izlenen 4 olgu ve dispeptik yakınmaları olan 5 olgunun kontrol üst GİS endoskopisinde midede küçük multipl polipoid lezyonlar saptanması üzerine yapılan endoskopik polipektomi ve biyopsi sonuçlarında gastrik karsinoid tümör saptandı. Bizim çalışmamızda pernisiyöz anemi nedeniyle üst GİS endoskopi yapılma sıklığı %2 olarak sonuçlandı, erkeklerde ve 50 yaş altı hastalarda daha sık olduğu görüldü. Bizim çalışmamızda pernisiyöz anemi endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile gastrit (%73,5), normal bulgular (%17,6), reflü ve özofajit (%5,9) şeklindedir. Pernisiyöz anemi endikasyonu ile yapılan işlemler cinsiyete ve yaşa göre analiz edildiğinde gastrit bulgusunun kadınlarda ve 50 yaş ve üzerindeki hastalarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

Sistemik amiloidoz tek bir hastalık olmayıp protein yapıda fibriller içeren çözünmeyen bir maddenin hücre dışındaki dokuda birikmesi ile karakterize hastalıklara verilen genel addır(279). Sistemik amiloidoz GİS'in ağızdan anüse kadar tüm kısımlarını tutabilir(279). Sistemik amiloidozda GİS tutulumu sık görülmekte olup hastaların %30 ile %60'ında GİS'i ilgilendiren semptomlar görülür(280). En sık görülen gastrointestinal semptomlar karın ağrısı, kilo kaybı, bulantı, kusma, ishal ve kabızlıktır(281). Otopsi çalışmalarında hastaların %70 ile %100'ünde GİS ve karaciğerde amiloid birikimi olduğu rapor edilmiştir(282). Çalışmamızda amiloid tetkik

nedeniyle üst GİS endoskopi yapılma sıklığ %0,1, kolonoskopi yapılma sıklığı %0,6 olarak sonuçlanmıştır. Amiloid açısından kontrol nedeni ile yapılan işlemlerin bulguları cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir. Amiloid açısından kontrol nedeni ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile normal bulgular (%50), gastrit %33,3), polip (%16,7) ve divertiküler hastalık (%16,7) şeklindedir. Mayo Klinik'ten yapılan bir çalışmada AL amiloidozu olan 769 hastanın 59'unda (%8) biyopsi ile kanıtlanmış GİS amiloidozu bulunmuştur(283). Bizim çalışmamızda ise bu çalışmadan farklı olarak biyopsi ile doğrulanmış GİS amiloidoz sıklığı %0,6 olarak gelmiştir. Amiloidozun kesin tanısı doku biyopsilerinin histolojik incelenmesi ile konur. Amiloidoz tanısı için GİS'den de biyopsi alınabilir. İki farklı çalışmada rektal biyopsi duyarlılığının %89-94, ince barsak biyopsisinin %86-100, kolonun %73-91, midenin %86- 95 ve karaciğer biyopsisinin çalışmaların birinde duyarlılığının %100 olduğu bildirilmiştir(280, 284).

Özofagus varisleri ve varis kanamaları, portal hipertansiyonun komplikasyonlarıdır. Portal ven basıncının artması sonucunda, kanı vena kava sistemine taşıyan çeşitli kollateraller gelişir. Bu kollateraller, portal ve sistemik dolaşımlar arasında mevcut olan bağlantıların aktif hale gelmesi ile oluşur. Karaciğer hastalığı varlığında görülen özofajiyal ve gastrik varislere bağlı üst gastrointestinal sistem kanamaları, yüksek mortaliteye sahip, hayatı tehdit eden olaylardır(51). Özofagus varislerinin radyolojik olarak tanısı ve değerlendirilmesi mümkündür, ancak, özofagusun endoskopik değerlendirilmesi, daha fazla ve yararlı bilgiler sağlar(51). Çalışmamızda özofagogastrik varis açısından kontrol endikasyonuyla üst GİS endoskopi yapılma sıklığı %3,1 olarak gelmiştir. Cinsiyetler arası farklılık görülmezken, 50 yaş ve üzerindeki hastalarda 50 yaş altındaki hastalara göre anlamlı olarak daha fazla yapılmıştır. Çalışmamızda endoskopi bulgularında özofagogastrik varis saptanma sıklığı %3,1 olarak sonuçlanmıştır, cinsiyetler arası farklılık görülmezken erkeklerde oran olarak daha sık saptanmıştır. Özofagogastrik varisin 50 yaş ve üzerindeki hastalarda, 50 yaşın altındaki hastalara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda özofagus varislerinin genellikle 50 yaş sonrası görülmesi, sirozda varis gelişiminin tanıdan sonra zaman içinde oluşan

komplikasyon olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Literatüre göre sirotik hastalarda peptik ülser insidansının yüksek olduğu bilinmektedir. Portal hipertansif gastropatinin safra asidi, aspirin ve alkol gibi agresif faktörlere karşı mide ve duodenum mukozasını duyarlı hale getirdiği ve ülser oluşumunu kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir(285). Chen(286) ve arkadaşları sirozlu hastalarda %28.7'lik peptik ülser sıklığı bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da peptik ülser sıklığı %13,6 olarak gelmiştir.

Üst GİS malignite nedeniyle opere olmuş hastalarda kontrol üst GİS endoskopi yapılma sıklığı çalışmamızda %1 olarak geldi, cinsiyetler arası faklılık görülmezken 50 yaş ve üzerindeki hastalarda oran olarak daha sık olduğu görüldü. Bilen(191) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sıklık bizim çalışmamızdan farklı olarak %3,5 olarak tespit edilmiştir. Kolorektal malignite nedeniyle opere olup kontrol kolonoskopi yapılma sıklığı ise %1,8 olarak sonuçlandı, cinsiyetler arası farklılık görülmedi, yine 50 yaş ve üzerinde daha sık olarak görüldü. Korkmaz(3) ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmada sıklık bizim çalışmamızdan farklı olarak %4,29 olarak ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık olarak sonuçlanmıştır. Malignite nedeni ile opere olan hastaların takipleri nedeni ile yapılan işlemler yaş gruplarına göre analiz edildiğinde normal bulguların 50 yaşın altındaki hastalarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Diğer bulgular cinsiyete ve yaş gruplarına göre değişmemektedir. Bu endikasyonla yapılan endoskopik işlemlerde en sık görülen sonuçlar sırası ile normal bulgular (%48,1), gastrit (%33,3), polip (%18,5), divertiküler hastalık (%7,4), reflü ve özofajit (%7,4) şeklindedir.

Çalışmamızda anorektal yakınmalar (anal inkontinans, makatta ağrı, kaşıntı, tenesmus, acil dışkılama gereksinimi vb.) nedeniyle kolonoskopi yapılma sıklığı %1,8 olarak sonuçlanmıştır. Anorektal yakınmalar endikasyonu ile yapılan endoskopik işlemlerde en çok görülen sonuçlar sırası ile normal bulgular (%58,3), polip (%16,7), hemoroid (%16,7) ve anal fissür (%8,3) şeklindedir.

5.2. SONUÇ

Bu çalışmada hastanemiz endoskopi ünitesinde son 1 yılda yapılan ardışık 2115 endoskopi sonuçlarını retrospektif olarak inceledik.

Çalışmamızda hastanemiz gastroskopi ünitesinde gerçekleştirilen endoskopik işlemlerin ayrıntıları incelendi, elde ettiğimiz sonuçların sonraki çalışmalara ışık tutabileceği düşünüldü.

Bu tez çalışmasında da üst ve alt gastrointestinal sisteme ait semptomu olan olgularda gastrointestinal hastalıkların tespitinde, izleminde ve tedavisinde, gastrointestinal poliplerin saptanması ve uzaklaştırılmasında, gastrointestinal kanserlerin önlenmesi, taranması ve erken tanısında endoskopinin önemli katkı sağladığı görülmüştür.

5.3. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın yapıldığı dönemin COVID-19 pandemisi sürecine denk gelmesi nedeniyle alınan önlemler doğrultusunda önceki dönemlere göre daha az endoskopik işlem yapılmış olması.

Çalışmamızın diğer kısıtlılığı da sadece T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Gastroenteroloji kliniğinde yapılmış olan endoskopik işlemleri içermesi sebebiyle elde edilen bulguların genel popülasyonu yansıtma konusunda yetersiz olması.

Bütün işlemlerin tek hekim tarafından yapılmamış ve değerlendirilmemiş olması.

Çalışmada kullanılan bazı endikasyonların hasta ifadesine dayanıyor olması.

KAYNAKLAR

1. Yücel Y, AKTÜMEN A, AYDOĞAN T, UYANIKOĞLU A, Şeker A, GÖZENELİ O, et al. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi: 7703 olgunun retrospektif analizi. Endoskopi Gastrointestinal. 2016;24(1):1-3.
2. Yaşar M. Kolonoskopi sonuçlarımızın retrospektif analizi. Konuralp Medical Journal. 2010;2(3):6-9.
3. KOKRMAZ H, KENDİR İC, KERPİÇ O. Gastroenteroloji ünitemizdeki kolonoskopi sonuçlarımızla birlikte, endikasyonlar komplikasyonlar ve işlem başarısının değerlendirilmesi. Endoskopi Gastrointestinal. 2015;23(1):9-13.
4. GÖNEY E. Endoskopik (Laparoskopik) Cerrahinin Tarihçesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 1994;14(2):79-86.
5. KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi-Türk Cerrahi Derneği
2016
6. Kirsner JB. American gastroscopy--yesterday and today. Gastrointestinal endoscopy. 1991;37(6):643-8.
7. Mungan Z. Gastrointestinal Sistem Hastalıklarına Yaklaşım. İç Hastalıkları Kitabı.Cilt 1. istanbul: Nobel Kitabevleri; 2007.
8. Boztaş G. Gastroentestinal Sistem Endoskopisi. Gastroenterohepatoloji Kitabı. istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. 97-114 p.
9. Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Clinical practice guideline on the management of patients with dyspepsia. Update 2012. Atencion primaria. 2012;44(12):727. e1-. e38.
10. Ikenberry SO, Harrison ME, Lichtenstein D, Dominitz JA, Anderson MA, Jagannath SB, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. Gastrointestinal endoscopy. 2007;66(6):1071-5.
11. Tytgat GNJ. Upper Gastrointestinal Endoscopy, Textbook of Gastroenterology, Lippincott Williams & Wilkins. New York, USA1999. p. p.2668–73.
12. ÖZDEMİR A, ÇEKİN AH. Disfajiye Genel Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. ARALIK 2011;15/4:227-34.
13. Jacobson BC, Hirota W, Baron TH, Leighton JA, Faigel DO. The role of endoscopy in the assessment and treatment of esophageal cancer. Gastrointestinal endoscopy. 2003;57(7):817-22.
14. OKÇU N, ÇİFTEL S. Gastroözofageal Reflü Hastalığı. GÜNCEL GASTROENTEOLOJİ DERGİSİ. HAZİRAN 2016;20/2:161-8.
15. Lichtenstein DR, Cash BD, Davila R, Baron TH, Adler DG, Anderson MA, et al. Role of endoscopy in the management of GERD. Gastrointestinal endoscopy. 2007;66(2):219-24.
16. Richter JE. Typical and atypical presentations of gastroesophageal reflux disease. The role of esophageal testing in diagnosis and management. Gastroenterology clinics of North America. 1996;25(1):75-102.
17. Faigel DO, Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Goldstein JL, Hirota WK, et al. Preparation of patients for GI endoscopy. Gastrointestinal endoscopy. 2003;57(4):446-50.
18. EKMEN MÖ, UYANIKOĞLU A, EFE SC, YENİCE N. Varis Dışı Üst Gastrointestinal Kanamalı Hastaların ve Mevsimsel Dağılımının Analizi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.18(1):50-3.

19. Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. The New England journal of medicine. 2008;359(9):928-37.
20. Coumaros D, Tsesmeli N. Active gastrointestinal bleeding: use of hemostatic forceps beyond endoscopic submucosal dissection. World journal of gastroenterology. 2010;16(16):2061-4.
21. Yaylacı S, Genç AB, Tamer A, Cinemre H, Uslan Mİ. Endoscopic examination results in patients with iron deficiency anemia. Kocaeli Medical Journal.3(2):16-9.
22. Çetinkaya Z, Sezikli M, Güzelbulut F, Altınöz M, Değirmenci A, Gökden Y. Results of gastrointestinal endoscopic examinations in patients with iron deficiency anemia. Dicle Med J. 2011;38(2):155-9.
23. Goddard AF, McIntyre AS, Scott BB. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. British Society of Gastroenterology. Gut. 2000;46 Suppl 3-4(Suppl 4):Iv1-iv5.
24. Tuncer İ, Uygan İ, Kösem M, Özen S, Uğraş S, Türkdoğan K. Van ve çevresinde görülen üst gastrointestinal sistem kanserlerinin demografik ve histopatolojik özellikleri. Van Tıp Dergisi. 2001;8(1):10.
25. COŞKUN A, BORAZAN S, YÜKSELEN A, METEOĞLU İ, ÖMÜRLÜ İK, YAŞA MH. Aydın bölgesindeki üst gastrointestinal sistem malignitelerinin özellikleri. Endoskopi Gastrointestinal. 2015;23(3):67-9.
26. Tarhan ÖR. Peptik Ülser. turkcerrahicom.
27. Kılıçarslan H, Kalyon S, Yenice N. Peptik ülser etyopatogenezi. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2011;27(2):65-9.
28. YÜKSEL A. Peptik Ülser ve Beslenme. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2016;20/3:221-6.
29. DOLAR DE. PORTAL HİPERTANSİYON.
30. Tamer A, Korkut E, Korkmaz U, Akçan Y. TheUpper Gastrointestinal Endoscopy Results: Regionof Duzce Kocatepe Tıp Dergisi 6: 31-34. Mayıs200.
31. Luigiano C, Iabichino G, Judica A, Virgilio C, Peta V, Abenavoli L. Role of endoscopy in management of gastrointestinal complications of portal hypertension. World journal of gastrointestinal endoscopy. 2015;7(1):1-12.
32. Nazif ERKAN MY, Mehmet YILMAZ, Alper BOZ, Durmuş Ali ÖZDEMİR, Alper Fırat POLAT. Achalasia: Analysis of six cases treated surgically. AKADEMİK GASTROENTEROLOJİ DERGİSİ. 2004;3 (1):32-5.
33. Wilsey MJ, Jr., Scheimann AO, Gilger MA. The role of upper gastrointestinal endoscopy in the diagnosis and treatment of caustic ingestion, esophageal strictures, and achalasia in children. Gastrointestinal endoscopy clinics of North America. 2001;11(4):767-87, vii-viii.
34. Kaplan M, Ödemiş B, Dişibeyaz S. Experience of endoscopy in patients with gastrointestinal stenosis after caustic ingestion. Endoscopy Gastrointestinal. 2019;27:85-8.
35. Varela AB, Blanco Rodríguez MM, Boullosa PE, Silva JG. Tylosis A with squamous cell carcinoma of the oesophagus in a Spanish family. European journal of gastroenterology & hepatology. 2011;23(3):286-8.
36. PEKSÖZ R, MIZRAK A. Evaluation of gastric hyperplastic polyps and their precursor lesions
The Turkish Journal of Academic Gastroenterology. 2021;20:3-7.
37. Akkuzu MZ, Sezgin O, Ucbilek E, Özdoğan O, Yaraş S, Aydın F, et al. Gastric Polyps: 3rd Stage Gastroenterology Center Results in the Eastern Mediterranean. Kocaeli Medical Journal. 2021;10(Supp: 2):72-7.

38. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. Gastrointestinal endoscopy. 2003;58(6 Suppl):S3-43.
39. Park YH, Kim N. Review of atrophic gastritis and intestinal metaplasia as a premalignant lesion of gastric cancer. Journal of cancer prevention. 2015;20(1):25-40.
40. ACAR İ, TEZEL HA. Gastroenteroloji Pratiğimizde Gastrik İntestinal Metaplaziye Güncel Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. aralık 2020;24/4:153-9.
41. Lim JH, Kim N, Lee HS, Choe G, Jo SY, Chon I, et al. Correlation between Endoscopic and Histological Diagnoses of Gastric Intestinal Metaplasia. Gut and liver. 2013;7(1):41-50.
42. AYDIN O. Helicobacter pylori eradikasyonunun vitamin b12 eksikliği üzerine etkisi. uzmanlık tezi. 2006:1-47.
43. Vannella L, Lahner E, Osborn J, Annibale B. Systematic review: gastric cancer incidence in pernicious anaemia. Alimentary pharmacology & therapeutics. 2013;37(4):375-82.
44. Kokkola A, Sjöblom SM, Haapiainen R, Sipponen P, Puolakkainen P, Järvinen H. The risk of gastric carcinoma and carcinoid tumours in patients with pernicious anaemia. A prospective follow-up study. Scandinavian journal of gastroenterology. 1998;33(1):88-92.
45. Aliosmanoğlu İ, Gül M, Hakseven M, Tekeş F, Uslukaya Ö, Ülger BV, et al. Analysis of 24 cases operated for familial adenomatous polyposis. Turkish Journal of Colorectal Disease. 2012;23(1):38-43.
46. Nakamura S, Matsumoto T, Kobori Y, Iida M. Impact of Helicobacter pylori infection and mucosal atrophy on gastric lesions in patients with familial adenomatous polyposis. Gut. 2002;51(4):485-9.
47. Saurin JC, Gutknecht C, Napoleon B, Chavaillon A, Ecochard R, Scoazec JY, et al. Surveillance of duodenal adenomas in familial adenomatous polyposis reveals high cumulative risk of advanced disease. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2004;22(3):493-8.
48. Yeğinboy E, Büyükerkmen ME, Bayol Ü, Karaca C, Çökmez A. A Family With Hereditary Nonpolipoid Colocteral Carcinoma. The Journal of Tepecik Education and Research Hospital.5(1):78-82.
49. Giardiello FM, Allen JI, Axilbund JE, Boland CR, Burke CA, Burt RW, et al. Guidelines on genetic evaluation and management of Lynch syndrome: a consensus statement by the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastrointestinal endoscopy. 2014;80(2):197-220.
50. KIRBAŞ G, ÜSTÜNDAĞ G, ÖZDEN A. Üst ve Alt Gastrointestinal Sistemin Endoskopik İncelemesi. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. haziran 2009;13/2:110-8.
51. Serdar YORMAZ, YILMAZ H. Özofagusun Endoskopik Patolojileri. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. Ankara: Türk Cerrahi Derneği; 2016. p. 113-55.
52. DOĞAN İ. Gastroözofageal Reflü Hastalığı: Epidemiyoloji ve Klinik. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2009 Haziran;13/2:77-80.
53. Pace F, Bollani S, Molteni P, Bianchi Porro G. Natural history of gastro-oesophageal reflux disease without oesophagitis (NERD)--a reappraisal 10 years on. Dig Liver Dis. 2004;36(2):111-5.
54. Wang WH, Huang JQ, Zheng GF, Wong WM, Lam SK, Karlberg J, et al. Is proton pump inhibitor testing an effective approach to diagnose

gastroesophageal reflux disease in patients with noncardiac chest pain?: a meta-analysis. Arch Intern Med. 2005;165(11):1222-8.
55. Harding SM, Sontag SJ. Asthma and gastroesophageal reflux. Am J Gastroenterol. 2000;95(8 Suppl):S23-32.
56. Levine MS, Laufer I, Kressel HY, Friedman HM. Herpes esophagitis. AJR American journal of roentgenology. 1981;136(5):863-6.
57. Wilcox CM, Straub RF, Schwartz DA. Prospective endoscopic characterization of cytomegalovirus esophagitis in AIDS. Gastrointestinal endoscopy. 1994;40(4):481-4.
58. St Peter SD, Swain JM. Achalasia: a comprehensive review. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2003;13(4):227-40.
59. Yanık F, Karamustafaoğlu YA, Yörük Y. CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN ÖZOFAGUS DİVERTİKÜLLERNİN ANALİZİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ. Journal of Surgical Arts/Cerrahi Sanatlar Dergisi. 2017;10(1).
60. Enis DİKİCİER, YALKIN Ö. Özofagus Divertikülleri. Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi - Özel Konular. 2012;5/3:19-25.
61. Ferreira LE, Simmons DT, Baron TH. Zenker's diverticula: pathophysiology, clinical presentation, and flexible endoscopic management. Dis Esophagus. 2008;21(1):1-8.
62. Fernando HC, Luketich JD, Samphire J, Alvelo-Rivera M, Christie NA, Buenaventura PO, et al. Minimally invasive operation for esophageal diverticula. Ann Thorac Surg. 2005;80(6):2076-80.
63. Aly A, Devitt PG, Jamieson GG. Evolution of surgical treatment for pharyngeal pouch. Br J Surg. 2004;91(6):657-64.
64. Sugawa C, Lucas CE. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract in adults: a clinical and endoscopic study. Surgery. 1989;106(4):802-6; discussion 6-7.
65. Butler N, Collins S, Memon B, Memon MA. Minimally invasive oesophagectomy: current status and future direction. Surgical endoscopy. 2011;25(7):2071-83.
66. Cuesta MA, van den Broek WT, van der Peet DL, Meijer S. Minimally invasive esophageal resection. Semin Laparosc Surg. 2004;11(3):147-60.
67. İ.KORUK. Özofagus Kanseri. Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology Special Topics. 2011;2011/4:41-6.
68. Reed CE, Mishra G, Sahai AV, Hoffman BJ, Hawes RH. Esophageal cancer staging: improved accuracy by endoscopic ultrasound of celiac lymph nodes. Ann Thorac Surg. 1999;67(2):319-21; discussion 22.
69. UYANIKOĞLU A, DAVUTOĞLU C, DANALIOĞLU A. Peptik ülser ve kanser teşhisinde özofagogastroduodenoskopi. akademik gastroenteroloji dergisi. 2011;10(3):108-11.
70. Tunç N, Şıkgenç MM, Yakut M. Bir bölge hastanesi gastroskopi ünitesinde tanı konulan eroziv reflü hastalığı olgularının endoskopik ve klinik özellikleri. J Clin Exp Invest www jceionline org Vol. 2012;3(2).
71. Ferlengez E, Gül Ferlengez A, Çelik A, Karasu Ş, Çakır V, Sarsılmaz A. İkinci basamak bir devlet hastanesinde gastroduodenoskopi ünitesinde tanı konulan olgularının endoskopik ve klinik özellikleri. Haseki Tip Bulteni. 2012;50(4):131-5.
72. ACAR F. Midenin Endoskopik Patolojileri- Midenin Yapısal Bozuklukları. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. ANKARA: Türk Cerrahi Derneği; 2016. p. 157-69.

73. OYMACI E. Gastritler. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. ANKARA: Türk Cerrahi Derneği; NİSAN 2016. p. 175-87.
74. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. Am J Surg Pathol. 1996;20(10):1161-81.
75. Ozaydin N, Turkyilmaz SA, Cali S. Prevalence and risk factors of helicobacter pylori in Turkey: a nationally-representative, cross-sectional, screening with the 13 C-Urea breath test. BMC public health. 2013;13(1):1-12.
76. Sıtkı Gürkan YETKİN, MİHMANLI M. Midenin Endoskopik Patolojileri-Mide Ülserleri. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. ANKARA: Türk Cerrahi Derneği; NİSAN 2016. p. 188-96.
77. Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, Avsar E, Sav A, Tozun N. Gastric polypoid lesions: analysis of 150 endoscopic polypectomy specimens from 91 patients. World journal of gastroenterology. 2003;9(10):2236-9.
78. Carmack SW, Genta RM, Graham DY, Lauwers GY. Management of gastric polyps: a pathology-based guide for gastroenterologists. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2009;6(6):331-41.
79. Zea-Iriarte WL, Sekine I, Itsuno M, Makiyama K, Naito S, Nakayama T, et al. Carcinoma in gastric hyperplastic polyps. A phenotypic study. Dig Dis Sci. 1996;41(2):377-86.
80. OKUŞ A. Midenin Endoskopik Patolojileri- Mide Tümörleri. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. ANKARA: Türk Cerrahi Derneği; 2016 Nisan. p. 217-49.
81. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians. 2011;61(2):69-90.
82. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. CA: a cancer journal for clinicians. 2013;63(1):11-30.
83. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2013, p.57: http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf; [
84. El-Sedfy A, Brar SS, Coburn NG. Current role of minimally invasive approaches in the treatment of early gastric cancer. World journal of gastroenterology. 2014;20(14):3880-8.
85. Kim MY, Cho JH, Cho JY. Ever-changing endoscopic treatment for early gastric cancer: yesterday-today-tomorrow. World journal of gastroenterology. 2014;20(37):13273-83.
86. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. The New England journal of medicine. 2000;343(3):162-8.
87. JA. V. Gastrointestinal Endoscopy. In: Wyngaarden JB, Lloyd SH Jr, JC. B, editors. Cecil Textbook of Medicine, 19th Edition. Philadelphia:
W. B. Saunders Company1992. p. 630-4.
88. Minoli G, Meucci G, Bortoli A, Garripoli A, Gullotta R, Leo P, et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. Gastrointestinal endoscopy. 2000;52(1):39-44.

89. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. Gastroenterology. 2003;124(2):544-60.
90. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. CA: a cancer journal for clinicians. 2009;59(1):27-41.
91. Hassan C, Di Giulio E, Marmo R, Zullo A, Annibale B. Appropriateness of the indication for colonoscopy: systematic review and meta-analysis. Journal of gastrointestinal and liver diseases : JGLD. 2011;20(3):279-86.
92. Häfner M. Conventional colonoscopy: technique, indications, limits. European journal of radiology. 2007;61(3):409-14.
93. Davila RE, Rajan E, Adler D, Hirota WK, Jacobson BC, Leighton JA, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis, staging, and management of colorectal cancer. Gastrointestinal endoscopy. 2005;61(1):1-7.
94. Wexner SD, Garbus JE, Singh JJ. A prospective analysis of 13,580 colonoscopies. Reevaluation of credentialing guidelines. Surgical endoscopy. 2001;15(3):251-61.
95. Suriani R, Rizzetto M, Mazzucco D, Grosso S, Gastaldi P, Marino M, et al. Appropriateness of colonoscopy in a digestive endoscopy unit: a prospective study using ASGE guidelines. Journal of evaluation in clinical practice. 2009;15(1):41-5.
96. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, Stillman JS, O'Brien MJ, Levin B, et al. 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(6):1872-85.
97. Grassini M, Verna C, Niola P, Navino M, Battaglia E, Bassotti G. Appropriateness of colonoscopy: diagnostic yield and safety in guidelines. World journal of gastroenterology. 2007;13(12):1816-9; discussion 9.
98. Mangualde J, Cremers MI, Vieira AM, Freire R, Gamito E, Lobato C, et al. Appropriateness of outpatient gastrointestinal endoscopy in a non-academic hospital. World journal of gastrointestinal endoscopy. 2011;3(10):195-200.
99. ÇAKIR M. Alt Sindirim Sistemi Endoskopisi (ASS) Endikasyonları. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. Ankara: Türk Cerrahi Derneği; Nisan 2016. p. 309-10.
100. URAN BÖ. Güncel kılavuz önerileriyle inflamatuar barsak hastalıklarında semptom yönetimi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2020;46(1):101-11.
101. Özkan TB. İnflamatuar Barsak Hastalıkları. Güncel Pediatri. 2003;1(1):79-91.
102. A. Mert ATAK, Merter GÜLEN, LEVENTOĞLU S. Alt GİS Endoskopisinde Patolojiler. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. ANKARA: Türk Cerrahi Derneği; 2016. p. 355-68.
103. Colon Rectum and Anus. Schwartz's Principles of Surgery. 10th ed2015. p. 1175–239.
104. Ulcerative Colitis. Corman's Colon and Rectal Surgery. 6th ed2013. p. 1177–296.

105. Feuerbach S, Schölmerich J. [Chronic inflammatory bowel diseases: Crohn disease and ulcerative colitis. 1: Etiology and pathogenesis, diagnosis. Diagnostic imaging in Crohn disease]. Der Radiologe. 2000;40(3):324-38.
106. Furukawa A, Saotome T, Yamasaki M, Maeda K, Nitta N, Takahashi M, et al. Cross-sectional imaging in Crohn disease. Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc. 2004;24(3):689-702.
107. Wills JS, Lobis IF, Denstman FJ. Crohn disease: state of the art. Radiology. 1997;202(3):597-610.
108. Melahat KUL, Nuray HALİLOĞLU, Esra ÖZKAVUKCU, ERDEN A. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Baryumlu Grafiler ve Bilgisayarlı Tomografinin Tanısal Rolü. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. Haziran 2014;18/2:198-205.
109. Griffiths A.M. , H.B. B. Inflammatory Bowel Disease. In: Walker, Durie, Hamilton, editors. Pediatric Gastrointestinal
Disease. 3rd ed. Ontario: B.C. Decker Inc; 2000. p. 613-52.
110. M. U. Inflammatory Bowel Disease In: Behrman, Kliegman, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1996. p. 1080-87.
111. Colon and Rectum. Sabiston Textbook of Surgery. 19th ed2012. p. 1381–410.
112. Tursi A, Elisei W, Picchio M. Incidence and prevalence of inflammatory bowel diseases in gastroenterology primary care setting. European journal of internal medicine. 2013;24(8):852-6.
113. Haapamäki J, Turunen U, Roine RP, Färkkilä MA, Arkkila PE. Finnish patients with inflammatory bowel disease have fewer symptoms and are more satisfied with their treatment than patients in the previous European survey. Scandinavian journal of gastroenterology. 2008;43(7):821-30.
114. Singh S, Blanchard A, Walker JR, Graff LA, Miller N, Bernstein CN. Common symptoms and stressors among individuals with inflammatory bowel diseases. Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2011;9(9):769-75.
115. Abraham BP. Symptom management in inflammatory bowel disease. Expert review of gastroenterology & hepatology. 2015;9(7):953-67.
116. G. A. Kolonkontrasteinlauf und CT. Radiologe Entzündliche Dickdarmerkrankungen 381998. p. 41-8.
117. Scheubel R. Inflammatory Bowel Diseases and Other Forms of Colitis. Atlas of Colonoscopy2006. p. 93–117.
118. Riddell RH, Goldman H, Ransohoff DF, Appelman HD, Fenoglio CM, Haggitt RC, et al. Dysplasia in inflammatory bowel disease: standardized classification with provisional clinical applications. Human pathology. 1983;14(11):931-68.
119. Tytgat GN, Dhir V, Gopinath N. Endoscopic appearance of dysplasia and cancer in inflammatory bowel disease. European journal of cancer (Oxford, England : 1990). 1995;31a(7-8):1174-7.
120. Itzkowitz SH, Harpaz N. Diagnosis and management of dysplasia in patients with inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2004;126(6):1634-48.

121. Kaltenbach T, Leite G, Soetikno R. Colonoscopy Surveillance and Management of Dysplasia in Inflammatory Bowel Disease. Current treatment options in gastroenterology. 2016;14(1):103-14.
122. Hassan C, Zullo A, De Francesco V, Ierardi E, Giustini M, Pitidis A, et al. Systematic review: Endoscopic dilatation in Crohn's disease. Alimentary pharmacology & therapeutics. 2007;26(11-12):1457-64.
123. Kelvin FM, Oddson TA, Rice RP, Garbutt JT, Bradenham BP. Double contrast barium enema in Crohn's disease and ulcerative colitis. AJR American journal of roentgenology. 1978;131(2):207-13.
124. Cem AYGÜN, BAHÇECİOĞLU İH. Soliter Rektal Ülser Sendromu. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. Mart 2010;14/1:35-8.
125. Remes-Troche JM, Rao SS. Anorectal motor disorders. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2007;21(4):733-48.
126. Sharara AI, Azar C, Amr SS, Haddad M, Eloubeidi MA. Solitary rectal ulcer syndrome: endoscopic spectrum and review of the literature. Gastrointestinal endoscopy. 2005;62(5):755-62.
127. Rectal Prolapse (Internal and External). Corman's Colon and Rectal Surgery. 6th ed2013. p. 683-6.
128. Jun S, Stollman N. Epidemiology of diverticular disease. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2002;16(4):529-42.
129. KASAPOĞLU B, TÜRKAY C. Kolonun Divertiküler Hastalığı. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2009 Eylül;13/3:158-62.
130. McConnell EJ, Tessier DJ, Wolff BG. Population-based incidence of complicated diverticular disease of the sigmoid colon based on gender and age. Diseases of the colon and rectum. 2003;46(8):1110-4.
131. McCance K, H. S. Pathophysiology: the biologic basis for disease in adults and children. 7th ed: St. Lewis (MO): Mosby; 2015.
132. Boulos PB, Karamanolis DG, Salmon PR, Clark CG. Is colonoscopy necessary in diverticular disease? Lancet (London, England). 1984;1(8368):95-6.
133. Mehmet KENDİR ZK, Birol BAYSAL. Anemi nedeni ile tetkik edilen hastalarda kolonoskopide anjiodisplazi görülme sıklığı AKADEMİK GASTROENTEROLOJİ DERGİSİ. 2004;3/1:24-7.
134. Acute Gastrointestinal Hemorrhage. Sabiston Textbook of Surgery. 17th ed2004. p. 1241–64.
135. Boley SJ, Sammartano R, Adams A, DiBiase A, Kleinhaus S, Sprayregen S. On the nature and etiology of vascular ectasias of the colon. Degenerative lesions of aging. Gastroenterology. 1977;72(4 Pt 1):650-60.
136. Foutch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. American Journal of Gastroenterology (Springer Nature). 1993;88(12):2145-6.
137. Hemingway AP. Angiodysplasia as a cause of iron deficiency anaemia. Blood Rev. 1989;3(3):147-51.
138. Richter JM, Hedberg SE, Athanasoulis CA, Schapiro RH. Angiodysplasia. Clinical presentation and colonoscopic diagnosis. Dig Dis Sci. 1984;29(6):481-5.
139. Krevsky B. Detection and treatment of angiodysplasia. Gastrointestinal endoscopy clinics of North America. 1997;7(3):509-24.
140. Lewis BS, Salomon P, Rivera-MacMurray S, Kornbluth AA, Wenger J, Waye JD. Does hormonal therapy have any benefit for bleeding angiodysplasia? J Clin Gastroenterol. 1992;15(2):99-103.
141. Füzün M. Anorektal Benign Hastalıklar. Klinik Gastroenteroloji ve Hepatoloji. 2007;18:991-2.

142. Wexner SD DSG, 497-8 PL. Anorectal diseases. In: Hawkey CJ BJ, Richter JE,, editor. Clinical Gastroenterology and Hepatology: Blackwell; 2005. p. 497-8.
143. AKTAŞ S. Hemoroidal Hastalıkların Tanı ve Tedavisinde Gastroenterolojik Yaklaşımlar. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2014 Haziran;18/2:265-71.
144. Anorectal Disorders, Hemorrhoids. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. 3th ed2007. p. 143-64.
145. Crohn's Disease and Indeterminate Colitis. Corman's Colon and Rectal Surgery. 6th ed2013. p. 1297-395.
146. Lane WM. Anorektal Hastalıklar. Current Gastroenteroloji Tanı ve Tedavi2007. p. 462-3.
147. Shinya H, Wolff WI. Morphology, anatomic distribution and cancer potential of colonic polyps. Ann Surg. 1979;190(6):679-83.
148. KORKMAZ H, Kendir İC, Akkaya Ö. Kolon poliplerinin boyut, lokalizasyon ve histopatolojik yapılarının değerlendirilmesi. Endoskopi Gastrointestinal. 2016;24(1):13-7.
149. Itzkowitz SH PJ. Colonic polyps and polyposis syndromes. In: Sleisenger MH FJ, editor. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th ed. Philedeplhia: Saunders; 2006. p. 2713-36.
150. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Eheman C, Zauber AG, Anderson RN, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. Cancer. 2010;116(3):544-73.
151. Armstrong B, Doll R. Environmental factors and cancer incidence and mortality in different countries, with special reference to dietary practices. Int J Cancer. 1975;15(4):617-31.
152. Konishi F, Morson BC. Pathology of colorectal adenomas: a colonoscopic survey. J Clin Pathol. 1982;35(8):830-41.
153. Boland CR IS, Kim YS. Colonic polyps and gastrointestinal polyposis syndromes. In: Sleisenger MH FJ, editor. Gastrointestinal disease. Philadelphia: WB Saunders Company; 1989. p. 1483-518.
154. BULUR A, YUMUŞTUTAN P. Kolorektal polip sonuçlarımız; endoskopik ve histolojik verilerimizin güncel çalışmalarla karşılaştırılması. Endoskopi Gastrointestinal.28(3):113-8.
155. Boland CR IS, Kim YS. . Colonic polyps and gastrointestinal polyposis syndromes. In: Sleisenger MH, JSS. F, editors. Gastrointestinal Disease. Philadelphia: WB Saunders Company 1989. p. 1483-518.
156. Brenner H, Hoffmeister M, Stegmaier C, Brenner G, Altenhofen L, Haug U. Risk of progression of advanced adenomas to colorectal cancer by age and sex: estimates based on 840,149 screening colonoscopies. Gut. 2007;56(11):1585-9.
157. Atkin WS, Saunders BP. Surveillance guidelines after removal of colorectal adenomatous polyps. Gut. 2002;51 Suppl 5(Suppl 5):V6-9.
158. Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. The New England journal of medicine. 1992;326(10):658-62.
159. Williams AR, Balasooriya BA, Day DW. Polyps and cancer of the large bowel: a necropsy study in Liverpool. Gut. 1982;23(10):835-42.
160. Vatn MH, Stalsberg H. The prevalence of polyps of the large intestine in Oslo: an autopsy study. Cancer. 1982;49(4):819-25.

161. Nam SY, Kim BC, Han KS, Ryu KH, Park BJ, Kim HB, et al. Abdominal visceral adipose tissue predicts risk of colorectal adenoma in both sexes. Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2010;8(5):443-50.e1-2.
162. Nguyen SP, Bent S, Chen YH, Terdiman JP. Gender as a risk factor for advanced neoplasia and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2009;7(6):676-81.e1-3.
163. ALTIPARMAK E, SEZGİN O, PARLAK E, ALTINTAŞ E, SARITAŞ Ü, ŞAHİN B. Colorectal polyps" The Yüksek İhtisas experience". Turkish Journal of Gastroenterology. 2001;12(1):49-52.
164. Eminler AT, SAKALLI M, Kader I, AYYILDIZ T, KESKİN M, GÜLTEN İYM, et al. Gastroenteroloji ünitemizdeki kolonoskopik polipektomi sonuçlarımız. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2011;10(3):112-5.
165. Schatzkin A, Lanza E, Corle D, Lance P, Iber F, Caan B, et al. Lack of effect of a low-fat, high-fiber diet on the recurrence of colorectal adenomas. Polyp Prevention Trial Study Group. The New England journal of medicine. 2000;342(16):1149-55.
166. Jass JR. Subsite distribution and incidence of colorectal cancer in New Zealand, 1974-1983. Diseases of the colon and rectum. 1991;34(1):56-9.
167. American Cancer Society Guideline for Colorectal Cancer Screening, Last Medical Review: . February 21, 2018 Last Revised: May 30, 2018.
168. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2012;143(3):844-57.
169. Sylla P, Deutsch G, Luo J, Recavarren C, Kim S, Heimann TM, et al. Cavernous, arteriovenous, and mixed hemangioma-lymphangioma of the rectosigmoid: rare causes of rectal bleeding--case series and review of the literature. Int J Colorectal Dis. 2008;23(7):653-8.
170. Yoo S. GI-Associated Hemangiomas and Vascular Malformations. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24(3):193-200.
171. Tan MC, Mutch MG. Hemangiomas of the pelvis. Clin Colon Rectal Surg. 2006;19(2):94-101.
172. Süleyman Utku ÇELİK ABE. Kolorektal Benign Tümörler. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. Ankara: Türk Cerrahi Derneği; 2016 Nisan. p. 393-5.
173. Sagnotta A, Sparagna A, Uccini S, Mercantini P. Giant extraluminal leiomyoma of the colon: rare cause of symptomatic pelvic mass. Int Surg. 2015;100(5):805-8.
174. Grasso E, Guastella T. Giant submucosal lipoma cause colo-colonic intussusception. A case report and review of literature. Ann Ital Chir. 2012;83(6):559-62.
175. Lee JM, Kim JH, Kim M, Kim JH, Lee YB, Lee JH, et al. Endoscopic submucosal dissection of a large colonic lipoma: Report of two cases. World journal of gastroenterology. 2015;21(10):3127-31.
176. Büyükuncu Y. Anal kanal kanserlerinde klinik bulgular, tanı ve cerrahi tedavi. In: Erkan Topuz, Aykan F, editors. Sindirim sistemi

kanserleri. 1. Baskı. İstanbul: Onkoloji Enstitüsü Yayınları; 1998. p. 463-69.
177. Chawla AK, Willett CG. Squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. Hematol Oncol Clin North Am. 2001;15(2):321-44, vi.
178. Shia J. An update on tumors of the anal canal. Arch Pathol Lab Med. 2010;134(11):1601-11.
179. Bek T, Kızılkaya O, Uyanoğlu A, Erkal H, Doğan A, Aslan M. Anal kanal ve anüs çevresinin skuamöz hücreli habis tümörleri.
180. Fuchshuber PR, Rodriguez-Bigas M, Weber T, Petrelli NJ. Anal canal and perianal epidermoid cancers. J Am Coll Surg. 1997;185(5):494-505.
181. Leonard D, Beddy D, Dozois EJ. Neoplasms of anal canal and perianal skin. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24(1):54-63.
182. Bown E, Shah V, Sridhar T, Boyle K, Hemingway D, Yeung JM. Cancers of the anal canal: diagnosis, treatment and future strategies. Future Oncol. 2014;10(8):1427-41.
183. Haggar FA, Boushey RP. Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. Clin Colon Rectal Surg. 2009;22(4):191-7.
184. Brenner H, Kloor M, Pox CP. Colorectal cancer. Lancet (London, England). 2014;383(9927):1490-502.
185. Ömer Arda ÇETİNKAYA, ERKEK AB. Kolorektal Malign Tümörler. In: KARAHAN PDÖ, CİNGİ PDA, editors. Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. Ankara: Türk Cerrahi Derneği; 2016 Nisan. p. 396-400.
186. Armaghany T, Wilson JD, Chu Q, Mills G. Genetic alterations in colorectal cancer. Gastrointest Cancer Res. 2012;5(1):19-27.
187. Quayle FJ, Lowney JK. Colorectal lymphoma. Clin Colon Rectal Surg. 2006;19(2):49-53.
188. Stanojevic GZ, Nestorovic MD, Brankovic BR, Stojanovic MP, Jovanovic MM, Radojkovic MD. Primary colorectal lymphoma: An overview. World J Gastrointest Oncol. 2011;3(1):14-8.
189. Stefanou A, Nalamati SP. Anorectal melanoma. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24(3):171-6.
190. Row D, Weiser MR. Anorectal melanoma. Clin Colon Rectal Surg. 2009;22(2):120-6.
191. BİLEN A, DEMİRDAĞ H, ERDEM E, COŞGUN S, DEMİRTUNÇ R. Üst gis endoskopi yapılacak hastalarda alarm semptom varlığı ile organik patoloji arasındaki prediksiyon çalışması. Endoskopi Gastrointestinal.23(2):44-9.
192. Günay E, Özkan E, Odabaşı HM, Abuoğlu HH, Eriş C, Yıldız MK, et al. Symptom-histopathology relation in upper GI endoscopy. Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi. 2013;29(3):115.
193. Günay E, Özkan E, Odabaşı HM, Abuoğlu HH, Eriş C, Yıldız MK, et al. Üst gis endoskopide semptom-histopatoloji ilişkisi. Turkish Journal of Surgery. 2013;29(3):115-8.
194. İrkörücü O, Gültekin FA, Uçan BH, Çakmak GK, Sümer D, Cömert M, et al. Genel Cerrahlar Tarafından Yapılan Ozefagogastroskopilerde Endoskopik Tanı ve Patolojik Tanı Uyumluluğu. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni. 2011;49(1).
195. Sarıçam T AA, Şahintürk V, vd. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopik Bulguları ve Helikobakter Pilori İnfeksiyonu. Endoskopi Dergisi. 1993;4:209-14.

196. Aliye S, KARAHAN N, İŞLER M, BAHÇECİ M, Mustafa S. İsparta Yöresinde Mide Endoskopik Biyopsilerinde intestinal Metaplazi Sıklığı. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi.7(1).
197. Yenice N, Göral V, Toprak N, Değertekin H, Canoruç F. Kliniğimizde son altı yılda yapılan üst Gastrointestinal sistem endoskopi sonuçlarının değerlendirilmesi. Endoskopi Dergisi. 1992;1:3-7.
198. Nazlıgül Y, Uslusoy H, Yılmaz N, Dalmaz M, Bitiren M. Şanlıurfa yöresinde üst gastrointestinal endoskopi bulguları ve Helicobacter pylori pozitifliği. Van Tıp Dergisi. 1999;6(3):1-3.
199. Demir A, Bahçecioğlu İ, Çelebi S. Fırat üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde yapılan 12022 üst gastrointestinal sistem endoskopisinin değerlendirilmesi. The Turkish J Gastroenterology. 1999;10:86.
200. Polat Y. Bir Cerrahın Endoskopi Deneyimi: 8453 Olgunun Değerlendirilmesi. International Journal of Basic and Clinical Medicine. 2015;3(1):1-5.
201. Misiewicz J. The Sydney System: a new classification of gastritis. Introduction. J Gastroenterol Hepatol. 1991;6:207-8.
202. Zhang C, Yamada N, Wu YL, Wen M, Matsuhisa T, Matsukura N. Comparison of Helicobacter pylori infection and gastric mucosal histological features of gastric ulcer patients with chronic gastritis patients. World journal of gastroenterology. 2005;11(7):976-81.
203. Pounder RE, Ng D. The prevalence of Helicobacter pylori infection in different countries. Alimentary pharmacology & therapeutics. 1995;9 Suppl 2:33-9.
204. Øverby A, Murayama SY, Michimae H, Suzuki H, Suzuki M, Serizawa H, et al. Prevalence of Gastric Non-Helicobacter pylori-Helicobacters in Japanese Patients with Gastric Disease. Digestion. 2017;95(1):61-6.
205. ÖZDEN A. Helicobacter pylori eradikasyonunda yaşanan sorunlar ve yeni arayışlar! Güncel Gastroenteroloji Dergisi. ARALIK 2016;20/4:383-91.
206. Bilman FB, Özdemir M, Baysal B, Kurtoğlu MG. Prevalence of H. pylori in gastric biopsy specimen in the southeastern region of Turkey. The Journal of Infection in Developing Countries. 2016;10(11):1177-82.
207. Uğraş N, Yerci Ö. Mide biyopsilerinde Sydney Sınıflamasına göre histolojik değerlendirme ve yaş gruplarına göre kronik gastritde mukozal histolojik bulguların karşılaştırılması. Çağdaş Tıp Dergisi. 2012;2(3):173-8.
208. ADALI Y, EROĞLU HA, FINDIK GÜVENDİ G. Endoskopik Mide Biyopsisi Sonuçları: Kars İli. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2017;7(1):47-52.
209. AYDIN MF. Üst gastrointestinal sistem endoskopi uygulanan hastalarda intestinal metaplazi sıklığının araştırılması. akademik gastroenteroloji dergisi. 2020;28(1):11-6.
210. Zullo A, Hassan C, Romiti A, Giusto M, Guerriero C, Lorenzetti R, et al. Follow-up of intestinal metaplasia in the stomach: When, how and why. World J Gastrointest Oncol. 2012;4(3):30-6.
211. Sonnenberg A, Lash RH, Genta RM. A national study of Helicobactor pylori infection in gastric biopsy specimens. Gastroenterology. 2010;139(6):1894-901.e2; quiz e12.
212. Mete R, Oran M, Güneş H, Yıldırım O, Topçu B, Öznur M, et al. Tekirdağ bölgesinde Helicobacter pylori prevalansı ve patolojik parametrelerin çok yönlü analizi; literatür ile güncelleme. Genel Tıp Derg. 2014;24:1-6.
213. Siersema PD, Dees J, Tilanus HW, Kok TC, Hordijk ML, van Blankenstein M. Early detection and treatment of oesophageal and gastric

cancer. The Rotterdam Oesophageal Tumour Study Group. Neth J Med. 1995;47(2):76-86.
214. Ayar Y, Sahbaz NA, Bolathran Y, Celikel F, Koca N. The results of upper gastrointestinal endoscopy performed in bayburt province/Bayburt ilinde Yapilan Ust Gastrointestinal Endoskopi Sonuclari. The Medical Bulletin of Haseki. 2013;51(3):116-20.
215. KORUK M, POLAT G, ONUK MD, YILMAZ A. Erzurum yöresinde üst gastrointestinal endoskopi (ÜGİE) sonuçları. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi (YA The Eurasian Journal of Medicine). 1999;31(3):117-20.
216. Aydemir YG, Yamak M. BİR ÖZEL CERRAHİ TANI MERKEZİNDEKİ KOLONOSKOPİ SONUÇLARI. Maltepe Tıp Dergisi.12(1):6-10.
217. Özsoy M, Celep B, Ersen O, Özkececi T, Bal A, Yılmaz S, et al. Our results of lower gastrointestinal endoscopy: evaluation of 700 patients. Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi. 2014;30(2):71.
218. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. CA: a cancer journal for clinicians. 2003;53(1):27-43.
219. BALIK AA, ÇELEBİ F, ATAMANALP SS, YILDIRGAN Mİ, BAŞOĞLU M. Alt gastrointestinal sistem endoskopi sonuclarimiz. Ankara Universitesi Tip Fakultesi Dergisi. 2000;32:101-4.
220. Şit M, Aktaş G, Yılmaz EE. Alt gastrointestinal endoskopi sonuçlarımız: ağrı doğubayazıt bölgesi. Kocaeli Tıp Dergisi. 2012;1(3):1-4.
221. İzbul T, Akalın M. The evaluation of diagnostic rectosigmoidoscopic examinations in Turkish Republic of Northern Cyprus. Turk J Gastroenterol. 1999;10:268-71.
222. Tamer A, Korkut E, Korkmaz U, Akcan Y. Alt gastrointestinal endoskopi sonuçlarımız: Düzce bölgesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2005;6(1):29-31.
223. ERCAN S. S.B. GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ENDOSKOPİ ÜNİTESİNDE YAPILMIŞ OLAN BEŞ YILLIK KOLONOSKOPİ UYGULAMALARININ ENDİKASYON
VE SONUÇ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. 2008.
224. Aksoy EK, Akpınar MY, Sapmaz FP, Göktaş Z, Uzman M, Nazlıgül Y. Geriatrik Hastalarda Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisinin Etkinlik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi.
225. Erdoğan AF, Asma S, Gereklioğlu Ç, Turan İ, Abacı K. Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Endoskopi Endikasyonları ve Sonuçları Indications and Results of Endoscopy Examinations in Patients Who were Admitted to Family Medicine Outpatient Clinic of an University Hospital.
226. KÖKSAL AŞ, Dilek O, ÖZDEN A. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2008;7(1):11-7.
227. BEKTAŞ M, ÇETİNKAYA H, ÇALIŞKAN D, ÖZTAŞ E, AKDUR R, ÖZDEN A. Park Sağlık Ocağı bölgesinde 15 yaş üstü nüfusta dispepsi prevalansı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2007;6(3):120-6.
228. Nihat O, YILMAZ Ö, DURSUN H, POLAT G, GÜRSAN N, ÇAYIR K. Dispeptik semptomlarla beslenme alışkanlıkları, endoskopik ve histolojik bulgular arasındaki ilişki. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2006;5(2):110-5.

229. Sunay D, Gülnar M, Dönderici Ö, Kaya R, Karakaya V. Dispeptik hastalarda semptomlar endoskopik bulguları ön görebilir mi? The Journal of Turkish Family Physician. 2010;1(2):53-7.
230. Dilek O, KÖKSAL AŞ, ÖZDEN A. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda gastroözofageal reflü hastalığı görülme sıklığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2008;7(3):137-43.
231. Korkmaz H, Kerpiç O. Endoskopi yapılan hastalarda eroziv reflü hastalığının sıklığı, endoskopik, klinik ve histopatolojik özellikleri ve Helicobacter pylori ile ilişkisi. Genel Tip Dergisi. 2015;25(1).
232. Bor S, Vardar R, Vardar E, Takamz S, Mungan ZA. T2014 Endoscopic Findings of Gastroesophageal Reflux Disease in Turkey: Multicenter Prospective Study (Gorhen). Gastroenterology. 2008;4(134):A-600.
233. PINARBAŞI UDB, KAYMAKOĞLU S. Gastrointestinal Sistem Kanamalar› na Yaklaş› m.
234. OKUTUR SK, ALKIM C, Cemal B, GÜRBÜZ D, KINIK Ö, GÜLTÜRK E, et al. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2007;6(1):30-6.
235. Robertson M, Majumdar A, Boyapati R, Chung W, Worland T, Terbah R, et al. Risk stratification in acute upper GI bleeding: comparison of the AIMS65 score with the Glasgow-Blatchford and Rockall scoring systems. Gastrointestinal endoscopy. 2016;83(6):1151-60.
236. Zaltman C, Souza HSPd, Castro MEC, Sobral MdFS, Dias PCP, Lemos Jr V. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. Arquivos de gastroenterología. 2002;39:74-80.
237. Blatchford O, Davidson LA, Murray WR, Blatchford M, Pell J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. Bmj. 1997;315(7107):510-4.
238. Masson J, Bramley PN, Herd K, McKnight GM, Park K, Brunt PW, et al. Upper gastrointestinal bleeding in an open-access dedicated unit. J R Coll Physicians Lond. 1996;30(5):436-42.
239. Lanas A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Perez-Aisa MA, et al. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. Am J Gastroenterol. 2009;104(7):1633-41.
240. Wuerth BA, Rockey DC. Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis. Dig Dis Sci. 2018;63(5):1286-93.
241. savaş Koca Y, Yıldız İ. Genel Cerrah Tarafından Yapılan Üst Gasraoinstestinal Sistem Endoskopi Uygulamalarının Retrospektif Analizi: Tek Hekim Deneyimi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;7(3):15-7.
242. Yaylacı S, Genç AB, Tamer A, Cinemre H, Uslan Mİ. Demir eksikliği anemisi nedeniyle takipli hastalarda endoskopi sonuçları. Kocaeli Tıp Dergisi. 2014;3(2):16-9.
243. Nalbant S, Karan MA. İç hastalıkları uzmanının anemiye yaklaşımı rehberi. İç Hastalıkları Dergisi. 2010;17:7-15.
244. Provan D. Mechanisms and management of iron deficiency anaemia. Br J Haematol. 1999;105 Suppl 1:19-26.

245. Kepczyk T, Kadakia SC. Prospective evaluation of gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. Dig Dis Sci. 1995;40(6):1283-9.
246. Endoscopy ASfG. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. Gastrointestinal endoscopy. 2000;52(6):831-7.
247. BİLGİÇ MA. ANEMİ HASTALARINDA ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ SONUÇLARININ HASTA YAŞ GRUPLARINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ. 2020.
248. Ioannou GN, Rockey DC, Bryson CL, Weiss NS. Iron deficiency and gastrointestinal malignancy: a population-based cohort study. Am J Med. 2002;113(4):276-80.
249. James MW, Chen CM, Goddard WP, Scott BB, Goddard AF. Risk factors for gastrointestinal malignancy in patients with iron-deficiency anaemia. European journal of gastroenterology & hepatology. 2005;17(11):1197-203.
250. BAYRAM M, KÖKSAL AR, Salih B, ALKIM H, İlker Ş, ALKIM C. Anemi nedeniyle yapılan gastroskopi ve kolonoskopi sonuçlarının değerlendirilmesi. Endoskopi Gastrointestinal. 2015;23(2):31-4.
251. BİLGİÇ MA. ANEMİ HASTALARINDA ENDOSKOPİ VE KOLONOSKOPİ SONUÇLARININ HASTA YAŞ GRUPLARINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ TIPTA UZMANLIK TEZİ. MALATYA, 2020.
252. Song HJ, Moon JS, Jeon SR, Kim JO, Kim J, Cheung DY, et al. Diagnostic Yield and Clinical Impact of Video Capsule Endoscopy in Patients with Chronic Diarrhea: A Korean Multicenter CAPENTRY Study. Gut and liver. 2017;11(2):253-60.
253. Bersani G, Rossi A, Ricci G, Pollino V, Defabritiis G, Suzzi A, et al. Do ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy enhance the probability of finding relevant pathologies in an open access service? Dig Liver Dis. 2005;37(8):609-14.
254. Kazğan CA, AÇIKALIN A, KOZACI N, Kösenli Ö, Kelebek F, Çöküк A, et al. Koroziv Madde Oral Alımı Nedeniyle Başvuran Hastaların Demografik Olarak Değerlendirilmesi. Cukurova Medical Journal. 2014;39(2):271-9.
255. Seyit U, Süleyman D, Mehmet K, KÖKER G, ÇATLI M, BOSTAN F, et al. Koroziv madde hasarlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi. Endoskopi Gastrointestinal. 2017;25(3):57-61.
256. Marsh MN. Gluten, major histocompatibility complex, and the small intestine. A molecular and immunobiologic approach to the spectrum of gluten sensitivity ('celiac sprue'). Gastroenterology. 1992;102(1):330-54.
257. Boğa S, Köksal AR, Alkım H, Özağarı AA, Bayram M, Damar AB, et al. Atipik şikayetlerin endoskopi ile aydınlatılması: çölyak hastalığı. Endoskopi Gastrointestinal.24(1):4-8.
258. Dickey W, Kenny BD, McMillan SA, Porter KG, McConnell JB. Gastric as well as duodenal biopsies may be useful in the investigation of iron deficiency anaemia. Scandinavian journal of gastroenterology. 1997;32(5):469-72.
259. Ackerman Z, Eliakim R, Stalnikowicz R, Rachmilewitz D. Role of small bowel biopsy in the endoscopic evaluation of adults with iron deficiency anemia. Am J Gastroenterol. 1996;91(10):2099-102.
260. Harewood GC, Holub JL, Lieberman DA. Variation in small bowel biopsy performance among diverse endoscopy settings: results from a national endoscopic database. Am J Gastroenterol. 2004;99(9):1790-4.

261. ÜNAL HÜ. İrritabl Barsak Sendromu. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. Eylül 2012;16/3:213-7.
262. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2012;10(7):712-21.e4.
263. Celebi S, Acik Y, Deveci SE, Bahcecioglu IH, Ayar A, Demir A, et al. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. J Gastroenterol Hepatol. 2004;19(7):738-43.
264. Yilmaz S, Dursun M, Ertem M, Canoruc F, Turhanoğlu A. The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified randomised community-based study. Int J Clin Pract. 2005;59(3):361-9.
265. ÖZDEN A, KÖKSAL AŞ, Dilek O, ÇİÇEK B, YILMAZ U, DAĞLI Ü, et al. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarında irritabl barsak sendromu görülme sıklığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2006;5(1):4-15.
266. Özgen K, Şahin EM, Uludağ A, Peker E, Günayi Z, Ertekin YH. Birinci basamakta irritable barsak sendromu prevalansı. Cukurova Medical Journal. 2017;42(2):216-22.
267. Kaya M, Kaçmaz H. Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. Güncel Gastroenteroloji. 2016;20(4):393-407.
268. Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MA, Chang L, Chey W, Crowell MD, et al. Rome IV Diagnostic Questionnaires and Tables for Investigators and Clinicians. Gastroenterology. 2016.
269. Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. Gender-related differences in IBS symptoms. Am J Gastroenterol. 2001;96(7):2184-93.
270. Bennett G, Talley NJ. Irritable bowel syndrome in the elderly. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2002;16(1):63-76.
271. Dolar M, Gültekin M, Nak S. Kolonoskopik incelemenin değerlendirilmesi. 9. Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi. 1994:410.
272. Bahçecioğlu İ, Güzel Z, Çelebi H, Karaoğlu A, Dönder E. 1990-1995 yılları arasında kliniğimizde yapılan rektoskopi ve kolonoskopi sonuçlarının değerlendirilmesi. Gastroenteroloji. 1996;7:107.
273. Can G, Poşul E, Yılmaz B, Can H, Korkmaz U, Ermiş F, et al. Bolu/Düzce Bölgesi inflamatuvar barsak hastalıklarının insidans ve prevalans özellikleri: 2004-2013 Retrospektif kohort çalışması. Abant Med J. 2015;4(3):210-20.
274. Oberhuber G, Stolte M. Gastric polyps: an update of their pathology and biological significance. Virchows Arch. 2000;437(6):581-90.
275. DÖLEK Y, KARABULUT YY, TOPAL F, KURŞUN N. Gastrointestinal poliplerin boyut, lokalizasyon ve histopatolojik tipleriyle değerlendirilmesi. Endoskopi Gastrointestinal. 2013;21(2):31-5.
276. EREN SK, ÇELİK O, Alican Y, TOPUZ Ö, ERTAN T, Ebru A. Bir Cerrahi Endoskopi Ünitesi Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopi Sonuçları. Journal of Anatolian Medical Research.5(1):7-10.
277. Yavuz E, Karagülle OO. Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopilerinde Saptanan Polipoid Lezyonların Değerlendirilmesi. 2020.
278. Güler A, Erikoğlu M. Gastrik karsinoid tümörler. Genel Tıp Dergisi. 2003;13(2):69-71.

279. KÖKSAL AŞ, ERTUĞRUL İ, Dilek O, AKDOĞAN M, KURAN S, ÜLKER A, et al. Sistemik amiloidoz ve gastrointestinal sistem: 4 olgu nedeni ile. Akademik gastroenteroloji dergisi. 2006;5(1):60-4.
280. Lee JG, Wilson JA, Gottfried MR. Gastrointestinal manifestations of amyloidosis. South Med J. 1994;87(2):243-7.
281. Falk RH, Comenzo RL, Skinner M. The systemic amyloidoses. The New England journal of medicine. 1997;337(13):898-909.
282. Röcken C, Saeger W, Linke RP. Gastrointestinal amyloid deposits in old age. Report on 110 consecutive autopsical patients and 98 retrospective bioptic specimens. Pathol Res Pract. 1994;190(7):641-9.
283. Menke DM, Kyle RA, Fleming CR, Wolfe JT, 3rd, Kurtin PJ, Oldenburg WA. Symptomatic gastric amyloidosis in patients with primary systemic amyloidosis. Mayo Clin Proc. 1993;68(8):763-7.
284. Tada S, Iida M, Iwashita A, Matsui T, Fuchigami T, Yamamoto T, et al. Endoscopic and biopsy findings of the upper digestive tract in patients with amyloidosis. Gastrointestinal endoscopy. 1990;36(1):10-4.
285. ALKIM H, DAĞLI Ü, ALKIM C, ŞAHİN B. Portal hipertansiyonda üst gastrointestinal lezyonlar. akademik gastroenteroloji dergisi. 2011;10(2):66-9.
286. Chen JJ, Changchien CS, Tai DI, Chiou SS, Lee CM, Kuo CH. Role of Helicobacter pylori in cirrhotic patients with peptic ulcer. A serological study. Dig Dis Sci. 1994;39(7):1565-8.

EK 1. Etik Kurul Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 22.07.2020

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gastrointestinal Endoskopik İşlemlere Ait Endikasyonların ve Sonuçların Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ		
	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Celal Ulaşoğlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	GASTROENTEROLOJİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐	Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐	İlaç dışı klinik araştırma ☐		
		Retrospektif ☒			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ		
	Karar No: 2020/0452	**Tarih: 22.07.2020**
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 22.07.2020

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gastrointestinal Endoskopik İşlemlere Ait Endikasyonların ve Sonuçların Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Asıf Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi