

GASTROENTEROLOJİDE HASTA BİLGİLENDİRME REHBERİ

Editörler
Prof. Dr. Mustafa GÜLŞEN
Uzm. Dr. Remzi EKİCİ



© Copyright 2026

Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Yayınevi A.Ş.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

ISBN	Sayfa ve Kapak Tasarımı
978-625-362-166-7	Akademisyen Dizgi Ünitesi
Kitap Adı	Yayıncı Sertifika No
Gastroenterolojide Hasta Bilgilendirme Rehberi	47518
Editörler	Baskı ve Cilt
Mustafa GÜLŞEN ORCID iD: 0000-0002-7933-063X	Vadi Matbaacılık
Remzi EKİCİ ORCID iD: 0000-0002-3346-4851	Bisac Code HEA039010
Yayın Koordinatörü	DOI
Yasin DİLMEN	10.37609/akya.4287

Kütüphane Kimlik Kartı

Gastroenterolojide Hasta Bilgilendirme Rehberi / ed. Mustafa Gülşen, Remzi Ekici.
Ankara : Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 2026.
926 s. : tablo. ; 195x275 mm.
Kaynakça, Ekler ve İndek var.
ISBN 9786253621667

UYARI

Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Yayınevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Yayınevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.

İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.

Akademisyen Yayınevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan kitaba dair değişikliklerden sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Yayınevi A.Ş.

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

SUNUŞ

Endoskopik işlemler, radyolojik görüntülemeler ve laboratuvar yöntemleri ne kadar gelişirse gelişsin, hastanın klinikten ayrılırken yanında götürdüğü en önemli şey kendisine anlatılanlardır.

Doğru tanı koymak tek başına yeterli değildir. Tanı ve tedavi doğru anlatılmadığında gösterilen çaba hastanın yaşamında karşılığını bulamayabilir.

Bunun nedeni çoğu zaman hekimin ilgisizliği değildir. Yoğun poliklinikler, uzun işlem listeleri ve zamanın darlığı, aynı açıklamanın her hastaya aynı bütünlükte yapılmasını güçleştirir. Oysa hasta bilgilendirmesi de tanı ve tedavi protokolleri gibi belirli standartlara kavuşturulabilir. Bu hem hastayı hem de hekimi korur.

Bu düşünceyle Uzm. Dr. Remzi Ekici ile beraber, gastroenterolojinin temel alanlarını kapsayan bir hasta bilgilendirme kitabı hazırlamaya karar verdik. Başlangıçta bir fikir olan bu proje, yoğun emeklerimizle kapsamlı bir esere dönüştü. Kliniğimizin genç ve üretken hekimlerinin katkıları da kitaba bilimsel zenginlik kazandırdı.

Elinizdeki rehber her başlıkta aynı soruyu sormaktadır: “Bunu hastaya nasıl anlatacağız?” Güncel klinik bilgilerin yanında hastaya verilebilecek sade metinler sunmaktadır. Aydınlatılmış onam formları, işlem hazırlıkları ve bilgilendirme afişleriyle klinikte doğrudan kullanılacak bir kaynak niteliği taşımaktadır.

Metinler, ülkemizde hastaların gerçekten sordukları sorular ve sık karşılaştığımız yanlış inanışlar esas alınarak yazılmıştır.

Bu kapsamlı çalışmaya katkı sunan bütün yazarlarımızı kutluyorum. Projenin planlanmasından basım aşamasına kadar bütün süreci titizlikle yürüten Uzm. Dr. Remzi Ekici'ye ayrıca teşekkür ediyorum.

Bu rehberin, sindirim sistemi hastalıklarıyla ilgilenen sağlık çalışanları için değerli bir başvuru kaynağı olacağına inanıyorum. Asıl dileğim, açıldığı her klinikte bir hastanın daha az kaygı ve daha çok bilgiyle kendi tedavisine katılmasıdır.

Hayırlı olsun.

Prof. Dr. Mustafa GÜLŞEN
Ankara, 2026

ÖNSÖZ

Bu kitabın yolculuğu, Prof. Dr. Mustafa Gülşen Hocamızın bir önerisiyle başladı: “Gastroenterolojide kapsamlı bir hasta bilgilendirme kitabı hazırlamalıyız.” Bu fikrin planlanmasını ve hayata geçirilmesini görev addettik. Elinizdeki eser, o gün kurulan cümlelerin uzun ve yoğun bir çalışmayla kitaba dönüşmüş hâlidir.

Gastroenteroloji pratiğinin önemli bir bölümü anlatmaya dayanır. Tanı koymak ve tedaviyi planlamak kadar, bunları hastaya doğru anlatmak da önemlidir. Endoskopiye nasıl hazırlanacağını bilmeyen hasta, çoğu zaman işlemden değil belirsizlikten korkar. İlacını neden kullandığını anlamayan hasta tedavisini erken bırakabilir. Biyopsi sonucunu bekleyen hasta ise açıklanmayan boşlukları en kötü olasılıklarla doldurabilir.

Bu rehber, hekim ile hasta arasındaki bilgi ve iletişim boşluğunu azaltmak amacıyla hazırlandı. Kitap beş kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım semptomları, ikinci kısım hastalıkları, üçüncü kısım tanısı ve tedavi edici işlemleri ele almaktadır. Dördüncü kısım gebelik, çocukluk, yaşlılık, immünsüpresif tedaviler ve sağlık okuryazarlığı gibi özel durumlara ayrılmıştır. Son kısımda ise aydınlatılmış onam formları, işlem hazırlıkları ve hasta bilgilendirme materyalleri bulunmaktadır.

Her konu iki katmanlı bir yapıyla yazıldı. İlk bölümde klinisyene yönelik güncel bilimsel bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümde ise hastaya doğrudan verilebilecek sade bir bilgilendirme metni bulunmaktadır. Sık karşılaşılan yanlış inanışlar ve bunlara verilebilecek doğru yanıtlar da bu yapıya eklendi.

Metinlerin hazırlanmasında güncel ulusal ve uluslararası kılavuzlar temel alındı. Terminolojinin güncelliğine ve bilimsel bilginin hasta diline aktarılırken anlamını korumasına özen gösterildi. Tıbbi bilginin sürekli yenilendiğini biliyoruz. Bu nedenle eserin sonraki baskılarında yeni kanıtlar doğrultusunda güncellenmesi gerekecektir.

Kitap öncelikle gastroenteroloji uzmanları ve yan dal uzmanlık öğrencileri için hazırlandı. Bununla birlikte sindirim sistemi hastalarıyla ilgilenen bütün hekimlerin ve sağlık çalışanlarının yararlanabileceği bir kaynak olması hedeflendi.

Konu planından bölüm şablonlarına, yazar koordinasyonundan son okumalara kadar bütün aşamalarda kitabın ortak bir dil ve amaç taşımasına özen gösterildi. Bu süreçte bize yol gösteren ve üretmemiz için alan açan değerli hocam Prof. Dr. Mustafa Gülşen’e teşekkür ederim. Yoğun çalışma programlarına rağmen bölümlerini hazırlayan bütün yazarlarımıza da içtenlikle teşekkür ediyorum.

Bu rehberdeki her cümlelerin gerçek karşılığı bir hastanın daha az korkması, hastalığını daha iyi anlaması ve tedavi kararlarına daha bilinçli katılmasıdır. Kitap, bir hekimin anlatmasını kolaylaştırdığı ve bir hastanın anlamasına yardımcı olduğu ölçüde amacına ulaşmış olacaktır.

Uzm. Dr. Remzi EKİCİ
Ankara, 2026

KISALTMALAR

Kitap boyunca kullanılan kısaltmalar aşağıda alfabetik sırayla verilmiştir. Yaygın kullanımı bulunan kısaltmalar metin içinde ilk geçtikleri yerde de açıklanmıştır.

AASLD	: Amerikan Karaciğer Hastalıklarını Araştırma Derneği (<i>American Association for the Study of Liver Diseases</i>)
ACG	: Amerikan Gastroenteroloji Koleji (<i>American College of Gastroenterology</i>)
ACLF	: Kronik zeminde akut karaciğer yetmezliği (<i>acute-on-chronic liver failure</i>)
ACOG	: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>)
ADR	: Adenom saptama oranı (<i>adenoma detection rate</i>)
AFLP	: Gebeliğin akut yağlı karaciğeri (<i>acute fatty liver of pregnancy</i>)
AFP	: Alfa-fetoprotein
AGA	: Amerikan Gastroenteroloji Derneği (<i>American Gastroenterological Association</i>)
AGK	: Alt gastrointestinal kanama
ALP	: Alkalen fosfataz
ALT	: Alanin aminotransferaz
APC	: Argon plazma koagülasyonu (<i>argon plasma coagulation</i>)
ASA	: Amerikan Anesteziyoloji Derneği (fiziksel durum sınıflaması) (<i>American Society of Anesthesiologists</i>)
ASGE	: Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Derneği (<i>American Society for Gastrointestinal Endoscopy</i>)
AST	: Aspartat aminotransferaz
BAM	: Safra asidi malabsorbsiyonu (<i>bile acid malabsorption</i>)
BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
BSG	: İngiliz Gastroenteroloji Derneği (<i>British Society of Gastroenterology</i>)
BT	: Bilgisayarlı tomografi
BUN	: Kan üre azotu (<i>blood urea nitrogen</i>)
CFS	: Klinik Kırılganlık Ölçeği (<i>Clinical Frailty Scale</i>)
CHS	: Kannabinoid hiperemesis sendromu (<i>cannabinoid hyperemesis syndrome</i>)
CMV	: Sitomegalovirüs
CRP	: C-reaktif protein
CSPH	: Klinik olarak anlamlı portal hipertansiyon (<i>clinically significant portal hypertension</i>)

DAA	: Doğrudan etkili antiviral ajanlar (<i>direct-acting antivirals</i>)
DAPT	: İkili antiplatelet tedavi (<i>dual antiplatelet therapy</i>)
DGBI	: Bağırsak-beyin etkileşim bozukluğu (<i>disorders of gut–brain interaction</i>)
DMAH	: Düşük molekül ağırlıklı heparin
DNA	: Deoksiribonükleik asit
DOAK / DOAC	: Doğrudan oral antikoagülan (<i>direct oral anticoagulant</i>)
D-PEJ	: Doğrudan perkütan endoskopik jejunostomi (<i>direct percutaneous endoscopic jejunostomy</i>)
DPDS	: Kopmuş pankreatik kanal sendromu (<i>disconnected pancreatic duct syndrome</i>)
EASL	: Avrupa Karaciğer Araştırmaları Derneği (<i>European Association for the Study of the Liver</i>)
ECCO	: Avrupa Crohn ve Kolit Örgütü (<i>European Crohn's and Colitis Organisation</i>)
EEN	: Tam enteral beslenme (<i>exclusive enteral nutrition</i>)
EGD	: Özofagogastroduodenoskopi (<i>esophagogastroduodenoscopy</i>)
EMA	: Endomisyum antikoru (<i>endomysial antibody</i>)
EMR	: Endoskopik mukozal rezeksiyon (<i>endoscopic mucosal resection</i>)
EoE	: Eozinofilik özofajit (<i>eosinophilic esophagitis</i>)
EPS	: Epigastrik ağrı sendromu (<i>epigastric pain syndrome</i>)
ERCP	: Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi
ESD	: Endoskopik submukozal diseksiyon (<i>endoscopic submucosal dissection</i>)
ESGE	: Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği (<i>European Society of Gastrointestinal Endoscopy</i>)
ESPEN	: Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (<i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i>)
ESPGHAN	: Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (<i>European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition</i>)
EUS	: Endoskopik ultrasonografi (<i>endoscopic ultrasonography</i>)
EVL	: Endoskopik varis bant ligasyonu (<i>endoscopic variceal ligation</i>)
EWGSOP2	: Avrupa Yaşlıda Sarkopeni Çalışma Grubu (2. uzlaş) (<i>European Working Group on Sarcopenia in Older People 2</i>)
FIB-4	: Fibrozis-4 indeksi
FIT	: Dışkıda immünokimyasal gizli kan testi (<i>faecal immunochemical test</i>)
FNA	: İnce iğne aspirasyonu (<i>fine-needle aspiration</i>)
FNB	: İnce iğne biyopsisi (<i>fine-needle biopsy</i>)
FNH	: Fokal nodüler hiperplazi
FODMAP	: Fermente olabilen oligo-, di-, monosakkaritler ve poliyoller (<i>fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols</i>)
GER	: Gastroözofageal reflü (fizyolojik) (<i>gastroesophageal reflux</i>)
GERD / GÖRH	: Gastroözofageal reflü hastalığı (<i>gastroesophageal reflux disease</i>)

GFD	: Glutensiz diyet (<i>gluten-free diet</i>)
GFR	: Glomerüler filtrasyon hızı (<i>glomerular filtration rate</i>)
GGK	: Gaitada gizli kan
GGT	: Gama-glutamil transferaz
GIS	: Gastrointestinal sistem
GLIM	: Malnütrisyon Tanısında Küresel Liderlik Girişimi (<i>Global Leadership Initiative on Malnutrition</i>)
GLP-1	: Glukagon benzeri peptid-1 (<i>glucagon-like peptide-1</i>)
HBIG	: Hepatit B immünglobulini
HBV	: Hepatit B virüsü
HCC	: Hepatoselüler karsinom (<i>hepatocellular carcinoma</i>)
HCV	: Hepatit C virüsü
HDV	: Hepatit D virüsü
HE	: Hepatik ensefalopati
HELLP	: Hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, düşük trombosit (<i>hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets</i>)
HG	: Hiperemesis gravidarum
HIV	: İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü (<i>human immunodeficiency virus</i>)
HLA	: İnsan lökosit antijeni (<i>human leukocyte antigen</i>)
HRS-AKI	: Hepatorenal sendrom – akut böbrek hasarı (<i>hepatorenal syndrome – acute kidney injury</i>)
HVPG	: Hepatik venöz basınç gradyanı (<i>hepatic venous pressure gradient</i>)
İBH / IBD	: İnflamatuvar bağırsak hastalığı (<i>inflammatory bowel disease</i>)
IBS	: İrritabl bağırsak sendromu (<i>irritable bowel syndrome</i>)
ICP	: Gebeliğin intrahepatik kolestazi (<i>intrahepatic cholestasis of pregnancy</i>)
IDS	: İnfant distress sendromu (<i>infant distress syndrome</i>)
IGB	: İntragastrik balon (<i>intragastric balloon</i>)
IGRA	: İnterferon-gama salınım testi (<i>interferon-gamma release assay</i>)
IMO	: İntestinal metanojen aşırı çoğalması (<i>intestinal methanogen overgrowth</i>)
INR	: Uluslararası düzeltilmiş oran (<i>international normalized ratio</i>)
JAK	: Janus kinaz
KBB	: Kan-beyin bariyeri
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
KRK	: Kolorektal kanser
LAMS	: Lümen karşıtlayıcı metal stent (<i>lumen-apposing metal stent</i>)
LES	: Alt özofageal sfinkter (<i>lower esophageal sphincter</i>)
LI-RADS	: Karaciğer Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi (<i>Liver Imaging Reporting and Data System</i>)

MALT	: Mukoza ile ilişkili lenfoid doku (<i>mucosa-associated lymphoid tissue</i>)
MASH	: Metabolik disfonksiyon ilişkili steatohepatit (<i>metabolic dysfunction-associated steatohepatitis</i>)
MASLD	: Metabolik disfonksiyon ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (<i>metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease</i>)
MELD	: Son dönem karaciğer hastalığı modeli (<i>Model for End-stage Liver Disease</i>)
MetALD	: MASLD ile alkol tüketiminin birlikte bulunduğu form
MI	: Motivasyonel görüşme (<i>motivational interviewing</i>)
MNA-SF	: Mini Beslenme Değerlendirmesi – Kısa Form (<i>Mini Nutritional Assessment – Short Form</i>)
MR / MRG	: Manyetik rezonans (görüntüleme)
MRCP	: Manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi
NAAP	: Anesteziyolog dışı hekim tarafından propofol uygulaması (<i>non-anesthesiologist administration of propofol</i>)
NAFLD	: Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (eski terminoloji) (<i>non-alkoholic fatty liver disease</i>)
NASPGHAN	: Kuzey Amerika Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (<i>North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition</i>)
NICE	: İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü (<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>)
NPO	: Ağızdan hiçbir şey verilmemesi (<i>nil per os</i>)
NSAİİ / NSAİD	: Nonsteroid antiinflamatuar ilaç
NSBB	: Nonselektif beta bloker (<i>non-selective beta blocker</i>)
NVP	: Gebeliğe bağlı bulantı ve kusma (<i>nausea and vomiting of pregnancy</i>)
NVUGIH	: Nonvarisel üst gastrointestinal kanama (<i>non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage</i>)
OSA	: Obstrüktif uyku apnesi (<i>obstructive sleep apnea</i>)
PADSS	: Anestezi Sonrası Taburculuk Skorlama Sistemi (<i>Post-Anesthesia Discharge Scoring System</i>)
PBK	: Primer biliyer kolanjit
PCC	: Protrombin kompleks konsantresi (<i>prothrombin complex concentrate</i>)
PDS	: Yemek sonrası distress sendromu (<i>postprandial distress syndrome</i>)
PEG	: Perkütan endoskopik gastrostomi; polietilen glikol
PEG-J	: Jejunal uzantılı perkütan endoskopik gastrostomi
PEJ	: Perkütan endoskopik jejunostomi
PEP	: Post-ERCP pankreatit
PKDD	: Parasentez kaynaklı dolaşım disfonksiyonu
PMN	: Polimorfonükleer lökosit
POEM	: Peroral endoskopik miyotomi (<i>per-oral endoscopic myotomy</i>)
PPD	: Pürifiye protein türevi (tüberkülin deri testi) (<i>purified protein derivative</i>)
PPI / PPI	: Proton pompa inhibitörü

PSK	: Primer sklerozan kolanjit
P2Y12	: P2Y12 reseptör inhibitörü
RAAS	: Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi
RID	: Bebeğin aldığı görelili ilaç dozu (<i>relative infant dose</i>)
RNA	: Ribonükleik asit
SAAG	: Serum-asit albümin gradyanı (<i>serum-ascites albumin gradient</i>)
SBP	: Spontan bakteriyel peritonit
SDM	: Ortak karar alma (<i>shared decision making</i>)
SEMS	: Kendiliğinden genişleyen metal stent (<i>self-expandable metal stent</i>)
SIBO	: İnce bağırsakta bakteriyel aşırı çoğalma (<i>small intestinal bacterial overgrowth</i>)
SPIKES	: Kötü haber verme protokolü (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy)
SVR	: Kalıcı virolojik yanıt (<i>sustained virological response</i>)
TAE	: Transkateter anjiyografik embolizasyon (<i>transcatheter arterial embolization</i>)
TDF	: Tenofovir disoproksil fumarat
TG2	: Doku transglutaminaz 2 (<i>tissue transglutaminase 2</i>)
TIPS	: Transjuguler intrahepatik portosistemik şant (<i>transjugular intrahepatic portosystemic shunt</i>)
TNF	: Tümör nekroz faktörü (<i>tumor necrosis factor</i>)
TPMT	: Tiyopürin metiltransferaz
TSH	: Tiroid uyarıcı hormon
UEG	: Birleşik Avrupa Gastroenteroloji (<i>United European Gastroenterology</i>)
ÜGK	: Üst gastrointestinal kanama
ÜK	: Ülseratif kolit
USG	: Ultrasonografi
VKA	: K vitamini antagonisti (<i>vitamin K antagonist</i>)
VTE	: Venöz tromboembolizm
VZV	: Varisella zoster virüsü
WGO	: Dünya Gastroenteroloji Örgütü (<i>World Gastroenterology Organisation</i>)
WHO / DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (<i>World Health Organization</i>)
WON	: Duvarla çevrili nekroz (<i>walled-off necrosis</i>)

SORUMLULUK REDDİ (DISCLAIMER)

Bu kitaptaki hasta bilgilendirme metinleri eğitim ve klinik iletişim amaçlıdır; bireysel tıbbi değerlendirme, tanı ve tedavinin yerini almaz. Uygulamalar hastanın klinik durumuna göre hekim tarafından bireyselleştirilmelidir. Aydınlatılmış onam formu örnekleri, kurumsal ve yerel yasal gerekliliklere göre uyarlanmalıdır.

İçindekiler

KISIM 1 SEMPTOM TEMELLİ HASTA BİLGİLENDİRME

BÖLÜM 1	Genel Sindirim Sistemi Yakınmaları	3
	Remzi EKİCİ	
	• Karın Ağrısı	5
	• Gaz, Şişkinlik, Hazımsızlık ve Karında Rahatsızlık Hissi	15
	• Bulantı ve Kusma	29
	• İstem Dışı Kilo Kaybı ve İştahsızlık	43
	• Kansızlık ve Demir Eksikliği	55
BÖLÜM 2	Üst Gastrointestinal Sistem Yakınmaları	67
	Onur Can KILINÇ	
	• Reflü Yakınmaları	69
	• Yutma Güçlüğü (Disfaji) ve Ağrılı Yutma (Odinofaji)	81
BÖLÜM 3	Alt Gastrointestinal Sistem ve Dışkılama Yakınmaları	93
	Hasan ŞAHİN	
	• Kabızlık	95
	• İshal	105
	• Dışkılama Alışkanlığında Değişiklik	115
	• Makatta Ağrı, Kaşıntı, Şişlik ve Akıntı	125
BÖLÜM 4	Gastrointestinal Kanama Bulguları	135
	Hasan ŞAHİN	
	• Dışkıda Kan, Siyah Dışkı ve Kan Kusma	137
BÖLÜM 5	Hepatobiliyer Yakınmalar	147
	Ahmet KARADAŞ	
	• Sarılık	149
	• Karında Şişlik ve Asit	159

KISIM 2 HASTALIK TEMELLİ HASTA BİLGİLENDİRME

BÖLÜM 6	Üst Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	171
	Onur Can KILINÇ	
	• Gastroözofageal Reflü Hastalığı	173
	• Gastrit ve Duodenit	187
	• Helicobacter Pylori Enfeksiyonu	199
	• Peptik Ülser Hastalığı	211
BÖLÜM 7	Beyin-Bağırsak Etkileşimi ve Emilimle İlişkili Hastalıklar	223
	Ahmet Fatih KÖSE	
	• Süreğen Hazımsızlık, Dispepsi ve Beyin-Bağırsak Etkileşim Bozukluğu	225
	• Irritabl Bağırsak Sendromu (IBS)	235
	• İnce Bağırsakta Bakteriyel Aşırı Çoğalma (SIBO)	247
	• Çölyak Hastalığı	257
	• Laktoz İntoleransı ve Karbonhidrat Emilim Bozuklukları	269
BÖLÜM 8	Bağırsak ve Anorektal Bölge Hastalıkları	281
	Ahmet Fatih KÖSE	
	• Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı	283
	• Divertiküler Hastalık ve Divertikülit	295
	• Hemoroidal Hastalıklar	307
	• Anal Fissür, Anal Fistül ve Perianal Hastalıklar	317
BÖLÜM 9	Karaciğer, Safra Yolları ve Pankreas Hastalıkları	329
	Emine Gül AYDIN	
	• Safra Kesesi Taşları ve Safra Yolu Taşları	331
	• Akut ve Kronik Pankreatit	343
	• Metabolik Disfonksiyon İlişkili Steatotik Karaciğer Hastalığı (MASLD)	355
	• Viral Hepatitler: Hepatit B, Hepatit C	365
	• Siroz ve Komplikasyonları	377
BÖLÜM 10	Gastrointestinal Kanser Taraması, Kitleler ve Premalign Lezyonlar	393
	Emine Gül AYDIN	
	• Kolon Polipleri ve Kolorektal Kanser Taraması	395
	• Karaciğer Kitleleri, Kistler ve Hepatoselüler Karsinom Taraması	409

KISIM 3 İŞLEM TEMELLİ HASTA BİLGİLENDİRME

BÖLÜM 11	Tanısal Endoskopik İşlemler.....	427
	Remzi EKİCİ	
	• Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi.....	429
	• Kolonoskopi	443
	• Rektoskopi ve Fleksibl Sigmoidoskopi	457
	• Kapsül Endoskopisi.....	467
	• Balon Enteroskopi.....	479
BÖLÜM 12	İleri Endoskopik Tanı ve Tedavi İşlemleri	491
	Tolga BAKIR	
	• İleri Endoskopik Tanı ve Tedavi İşlemleri.....	493
BÖLÜM 13	Endoskopik Acil Girişimler ve Kanama Tedavileri.....	509
	Hasan ŞAHİN	
	• Endoskopik Kanama Tedavileri	511
	• Endoskopik Varis Tedavileri	521
	• Gastrointestinal Yabancı Cisim / Gıda Bolusu Çıkarılması	529
BÖLÜM 14	Beslenme ve Obeziteye Yönelik Endoskopik İşlemler	539
	Galip BÜYÜKTURAN	
	• Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG), Jejunostomi (PEJ) ve PEG-J.....	541
	• İntragastrik Balon Yerleştirilmesi ve Çıkarılması.....	553
BÖLÜM 15	Girişimsel Hepatoloji ve İşlem Güvenliği	563
	Galip BÜYÜKTURAN	
	• Karaciğer Biyopsisi	565
	• Parasentez	575
BÖLÜM 16	İşlem Öncesi Hazırlık, Sedasyon ve Taburculuk Güvenliği.....	585
	Ahmet KARADAŞ	
	• Endoskopik İşlemlerde Sedasyon ve Anestezi.....	587
	• Antikoagülan ve Antiplatelet Kullanan Hastada Endoskopi	601
	• Endoskopik İşlem Sonrası Taburculuk, Evde İzlem ve Acil Başvuru Bilgilendirmesi.....	613

KISIM 4 ÖZEL DURUMLARDA HASTA BİLGİLENDİRME

BÖLÜM 17	Gebelik, Emzirme, Çocukluk ve Yaşlılıkta Gastroenterolojik Yaklaşım	627
	Ekin KADIOĞLU YILDIRIM	
	• Gebelik ve Emzirme Döneminde Gastrointestinal Yakınmalar ve Endoskopik İşlemler	629
	• Yaşlı ve Kırılgan Hastada Gastrointestinal Yakınmalar ve Endoskopik İşlemler	643
	• Çocuk ve Ergen Hastada Temel Gastrointestinal Yakınmalar ve Endoskopik İşlemler	659
BÖLÜM 18	İmmünoşüpresif, Biyolojik ve Küçük Molekül Tedaviler Öncesi Hasta Bilgilendirme	673
	İbrahim Emir TEKİN	
	• İmmünoşüpresif, Biyolojik ve Küçük Molekül Tedaviler Öncesi Hasta Bilgilendirme	675
BÖLÜM 19	Kronik Gastrointestinal ve Karaciğer Hastalıklarında Yaşam Tarzı, Tedavi Uyumu ve İzlem ...	685
	Ekin KADIOĞLU YILDIRIM	
	• Kronik Gastrointestinal Hastalıklarda Tedavi Uyumu, İzlem ve Yaşam Tarzı Eğitimi	687
	• Siroz ve Kronik Karaciğer Hastalığında Özel Hasta Eğitimi	701
BÖLÜM 20	Kanser Şüphesi, Biyopsi ve Patoloji Sonucu Sürecinde Hasta İletişimi.....	715
	Tolga BAKIR	
	• Kanser Şüphesi, Biyopsi ve Patoloji Sonucu Sürecinde Hasta İletişimi	717
BÖLÜM 21	Sağlık Okuryazarlığı, Ortak Karar Alma ve Yanlış Sağlık Bilgisiyle Baş Etme	729
	İbrahim Emir TEKİN	
	• Sağlık Okuryazarlığı, Ortak Karar Alma ve Yanlış Sağlık Bilgisiyle Baş Etme	731

KISIM 5 EKLER: ONAM FORMLARI

Remzi EKİCİ

• EK A — Temel Tanısal Endoskopik İşlemler	747
• EK B — Endoskopik Tedavi ve İleri Girişimler	781
• EK C — Beslenme, Obezite ve İleri Özel Endoskopik İşlemler	825
• EK D — Hepatoloji ve Girişimsel Hepatoloji İşlemleri.....	847
• EK E — Ortak Güvenlik ve Süreç Formları.....	861

Yazarlar

Uzm. Dr. Emine Gül AYDIN

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Tolga BAKIR

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Galip BÜYÜKTURAN

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Gastroenteroloji Kliniği

Uzm. Dr. Remzi EKİCİ

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Ekin KADIOĞLU YILDIRIM

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Ahmet KARADAŞ

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Onur Can KILINÇ

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Ahmet Fatih KÖSE

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Hasan ŞAHİN

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. İbrahim Emir TEKİN

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KARIN AĞRISI

ÖZET

Karın ağrısı, birinci basamak sağlık hizmetleri, acil tıp, iç hastalıkları ve gastroenteroloji pratiğinde en sık karşılaşılan yakınmalardan biridir. Nedenleri, iyi huylu ve kendiliğinden iyileşen durumlardan, acil müdahale gerektiren yaşamı tehdit eden rahatsızlıklara kadar değişmektedir. Klinik değerlendirme ağrının başlangıç zamanı, süresi, lokalizasyonu, şiddeti, yemek ve dışkılama ile ilişkisi, eşlik eden ateş, kusma, sarılık, kanama, kilo kaybı gibi semptomları, gebelik olasılığı, ilaç kullanımı ve önceki cerrahi öyküsü birlikte yapılmalıdır. Tanısal yaklaşım anamneze, fizik muayene, laboratuvar testleri ve radyolojik görüntülemeye göre bireyselleştirilmelidir.

Bu bölümün amacı, karın ağrısı ile başvuran hastalarda alarm bulgularının doğru tanınmasını sağlamak; bu bulguların varlığına göre uygun tanısal değerlendirme ve tedavi yaklaşımlarını özetlemek; kanıta dayalı bir hasta eğitimi ve pratik bir iletişim protokolü sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Karın ağrısı, akut karın, alarm bulguları, gastrointestinal semptomlar.

ABSTRACT

Abdominal pain is one of the most common complaints in primary care, emergency medicine, internal medicine, and gastroenterology practice. Its causes range from benign and spontaneously resolving conditions to life-threatening disorders requiring urgent intervention. Clinical evaluation should consider the time of onset, duration, localization, severity of pain, its relationship to eating and defecation, accompanying symptoms such as fever, vomiting, jaundice, bleeding, and weight loss, the possibility of pregnancy, medication use, and previous surgical history. The diagnostic approach should be individualized based on anamnesis, physical examination, laboratory tests, and radiological imaging.

This section aims to ensure the correct identification of alarm signs in patients presenting with abdominal pain; to summarize appropriate diagnostic evaluation and treatment approaches based on the presence of these signs; and to provide evidence-based patient education and a practical communication protocol.

Keywords: Abdominal pain, acute abdomen, red flags, gastrointestinal symptoms.

KAYNAKLAR

1. Yew KS, George MK, Allred HB. Acute abdominal pain in adults: evaluation and diagnosis. *Am Fam Physician*. 2023;107(6):585-596.
2. Tans A, Struyf T, Geboers R, Smeets T, Asselbergh Y, Declerck E, et al. Signs and symptoms of serious illness in adults with acute abdominal pain presenting to ambulatory care: a systematic review. *BJGP Open*. 2024;8(3):BJGPO.2023.0245.
3. Allen S, Wallis C. Acute abdominal pain. *InnovAiT*. 2024;17(2):90-98.
4. Blomerus S, Splinter TL, Gillis A, Buckley O, Turner H, McCabe A. Implementation of an acute abdominal pain diagnostic pathway in the emergency department. *BMJ Open Qual*. 2025;14(3):e003505.
5. Li R, Wei XH, Li XQ, Dong AH, Ai DN, Zhou LJ, et al. Development and validation of risk prediction models for high-risk patients with non-traumatic acute abdominal pain: a prospective observational study. *Front Public Health*. 2025;13:1701050.
6. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria: acute nonlocalized abdominal pain; right lower quadrant pain; left lower quadrant pain. Reston (VA): ACR; 2024.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral (NG12); Quantitative faecal immunochemical testing to guide colorectal cancer pathway referral in primary care (DG56). London: NICE; 2023.
8. Evaluation of the adult with abdominal pain; Evaluation of the adult with nontraumatic abdominal or flank pain in the emergency department. Waltham (MA): UpToDate; 2026.
9. Acute abdominal pain; chronic and recurrent abdominal pain. Merck Manual Professional Edition; 2025.
10. Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.

GAZ, ŞİŞKİNLİK, HAZIMSIZLIK VE KARINDA RAHATSIZLIK HİSSİ

ÖZET

Gaz, şişkinlik, hazımsızlık ve karında rahatsızlık hissi, gastroenteroloji pratiğinde en sık karşılaşılan başvuru nedenleri arasındadır. Hastalar bu yakınmaları karında dolgunluk, gerilme, baskı, yemek sonrası rahatsızlık, erken doyma, geğirme, gaz çıkarma ihtiyacı, üst karında ağrı, yanma veya genel sindirim güçlüğü şeklinde tarif edebilir. Bu yakınmalar çoğu zaman beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları, süregelen dispepsi, postprandiyal distres sendromu, epigastrik ağrı sendromu, iritabl bağırsak sendromu, fonksiyonel abdominal şişkinlik, kabızlık, diyetle ilişkili karbonhidrat duyarlılıkları, aerofaji, supragastrik geğirme veya visseral aşırı duyarlılık ile ilişkilidir. Roma V sınıflaması, eski “fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar” şemsiyesi yerine “beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları” kavramını merkeze almakta; “fonksiyonel” teriminin mümkün olduğunca azaltılmasını, ancak bazı tanı adlarında korunmasını önermektedir. Bu yakınmalar genellikle benign ve yönetilebilir olmakla birlikte; istem dışı kilo kaybı, demir eksikliği anemisi, gastrointestinal kanama, yutma güçlüğü, sürekli kusma, sarılık, ele gelen kitle, yeni başlayan ve giderek artan yakınmalar gibi alarm bulguları varlığında organik hastalıklar dışlanmalıdır. ACG/CAG dispepsi kılavuzu malignite riskinin artması nedeniyle 60 yaş ve üzerindeki yeni dispepsi hastalarında üst gastrointestinal endoskopi yapılmasını önerirken, daha genç hastalarda alarm bulguları, risk faktörleri ve klinik bulgular doğrultusunda non-invaziv *Helicobacter pylori* test-et-tedavi yaklaşımı ve ampirik asit baskılayıcı tedavi ön plandadır.

Bu bölümün amacı, gaz, şişkinlik, hazımsızlık ve karında rahatsızlık hissi olan hastalarda güncel Roma V yaklaşımına uyumlu, kanıta dayalı, damgalayıcı olmayan, hasta merkezli ve klinisyen pratiğinde kullanılabilir bir bilgilendirme protokolü sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Gaz, şişkinlik, hazımsızlık, dispepsi, karında rahatsızlık hissi, beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları, fonksiyonel dispepsi

ABSTRACT

Gas, bloating, dyspepsia, and abdominal discomfort are among the most common reasons for presentation in gastroenterology practice. Patients may describe these symptoms as abdominal fullness, pressure, tightness, postprandial discomfort, early satiety, belching, excessive gas, epigastric pain, burning, or a general sense of impaired digestion. These symptoms are frequently related to disorders of gut-brain interaction, including functional dyspepsia, postprandial distress syndrome, epigastric pain syndrome, functional abdominal bloating, irritable bowel syndrome, constipation, aerophagia, supragastric belching, dietary carbohydrate intolerance, and visceral hypersensitivity. Roma V emphasizes the term “disorders of gut-brain interaction” rather than the older umbrella term “functional gastrointestinal disorders,” aiming to reduce stigmatizing terminology while preserving certain established diagnostic terms where necessary.

Although these symptoms are usually benign and manageable, alarm features such as unintentional weight loss, iron deficiency anemia, gastrointestinal bleeding, dysphagia, persistent vomiting, jaundice, abdominal mass, and new progressive symptoms require evaluation for organic disease. This chapter provides an evidence-based clinical and patient communication protocol for gas, bloating, dyspepsia, and abdominal discomfort, integrating the Roma V framework, current dyspepsia guidelines, and patient-centered education principles.

Keywords: Gas, bloating, dyspepsia, abdominal discomfort, disorders of gut-brain interaction, functional dyspepsia

KAYNAKLAR

1. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of gut-brain interaction and the Roma V process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083-1098.
2. Törnblom H, Carbone F, Hasler WL, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1240-1260.
3. Corsetti M, Shin A, Lacy BE, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1261-1282.
4. Sayuk GS, Brenner DM, Carbone F, et al. Design of treatment trials for disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2026;170(6)
5. Moshiree B, Drossman D, Shaukat A. AGA clinical practice update on evaluation and management of belching, abdominal bloating, and distention: expert review. *Gastroenterology*. 2023;165(3):791-800.e3.
6. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG clinical guideline: management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2017;112:988-1013.
7. Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut*. 2022;71:1697-1723.
8. Talley NJ, Ford AC. Functional dyspepsia. *N Engl J Med*. 2015;373:1853-1863.
9. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, Sperber AD, Whitehead WE, Simrén M. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK: a cross-sectional population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(4):252-262.
10. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of the Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160:99-114.e3.
11. Lacy BE, Weiser KT, Kennedy AT, Crowell MD, Talley NJ. Functional dyspepsia: the economic impact to patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;38:170-177.
12. Ford AC, Mahadeva S, Carbone F, Lacy BE, Talley NJ. Functional dyspepsia. *Lancet*. 2020;396:1689-1702.
13. Camilleri M, Chedid V, Ford AC, et al. Gastroparesis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:41.
14. Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.

BULANTI VE KUSMA

ÖZET

Bulanti ve kusma, gastroenteroloji, iç hastalıkları, acil servis ve birinci basamak pratiğinde sık karşılaşılan ancak çok geniş ayırıcı tanı gerektiren yakınmalardır. Bulanti; genellikle epigastrium veya boğaz bölgesinde hissedilen, kusacakmış gibi olma duyumdur. Kusma ise mide veya üst gastrointestinal içeriklerin ağız yoluyla dışarı atılmasıdır. Bulanti ve kusma kısa süreli olduğunda sıklıkla enfeksiyon, gıda ilişkili nedenler, ilaçlar, gebelik, migren veya metabolik durumlarla ilişkili olabilir; kronik veya tekrarlayıcı olduğunda ise gastroparezi, mekanik obstrüksiyon, santral sinir sistemi hastalıkları, endokrin-metabolik bozukluklar, beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları, siklik kusma sendromu, kannabinoid hiperemesis sendromu ve kronik bulanti-kusma sendromu gibi durumlar düşünülmelidir. Avrupa UEG/ESNM 2025 kronik bulanti-kusma kılavuzu, bu yakınmaların sindirim sistemi ve sindirim sistemi dışı çok geniş nedenlere bağlı olabileceğini, tanının bu nedenle sistematik yaklaşım gerektirdiğini vurgular. Roma V sınıflamasında bulanti ve kusma bozuklukları, siklik kusma sendromu ve kannabinoid hiperemesis sendromunu gastroduodenal beyin-bağırsak etkileşim bozuklukları başlığı altında sınıflandırır.

Bu bölümün amacı, bulanti ve kusma yakınması olan hastalarda güncel Roma V yaklaşımıyla uyumlu, kanıta dayalı, alarm bulgularını vurgulayan, gereksiz tetkik ve ilaç kullanımından kaçınan, hasta merkezli bir klinik iletişim ve bilgilendirme protokolü sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Bulanti, kusma, kronik bulanti-kusma sendromu, siklik kusma sendromu, kannabinoid hiperemesis sendromu, gastroparezi, beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları

ABSTRACT

Nausea and vomiting are common symptoms in gastroenterology, internal medicine, emergency medicine, and primary care. Nausea is an unpleasant sensation, usually felt in the epigastrium or throat, associated with the urge to vomit, whereas vomiting is the forceful expulsion of gastric or upper gastrointestinal contents through the mouth. Acute nausea and vomiting are often related to infections, food-related illness, medications, pregnancy, migraine, or metabolic disturbances. Chronic or recurrent symptoms require a broader diagnostic approach, including gastroparesis, mechanical obstruction, central nervous system disorders, endocrine-metabolic disease, disorders of gut-brain interaction, cyclic vomiting syndrome, cannabinoid hyperemesis syndrome, and chronic nausea and vomiting syndrome. The Roma V framework classifies chronic nausea and vomiting disorders, cyclic vomiting syndrome, and cannabinoid hyperemesis syndrome among gastroduodenal disorders of gut-brain interaction. This chapter provides an evidence-based clinical approach and patient communication protocol for nausea and vomiting, emphasizing red flags, diagnostic reasoning, patient safety, and clear patient-facing explanations.

Keywords: Nausea, vomiting, chronic nausea and vomiting syndrome, cyclic vomiting syndrome, cannabinoid hyperemesis syndrome, gastroparesis, disorders of gut-brain interaction,

KAYNAKLAR

1. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of gut-brain interaction and the Roma V process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083-1098.
2. Törnblom H, Carbone F, Hasler WL, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1240-1260.
3. Malagelada C, Keller J, Sifrim D, et al. European guideline on chronic nausea and vomiting --- a UEG and ESNM consensus for clinical management. *United European Gastroenterol J*. 2025;13(3):427-471.
4. Camilleri M, Kuo B, Nguyen L, et al. ACG clinical guideline: gastroparesis. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(8):1197-1220.
5. Rubio-Tapia A, McCallum RW, Camilleri M. AGA clinical practice update on diagnosis and management of cannabinoid hyperemesis syndrome. *Gastroenterology*. 2024;166:930-934.
6. Levinthal DJ, Staller K, Venkatesan T. AGA clinical practice update on diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome: commentary. *Gastroenterology*. 2024;167(4):804-811.
7. Camilleri M, Chedid V, Ford AC, et al. Gastroparesis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:41.
8. Talley NJ, Ford AC. Functional dyspepsia. *N Engl J Med*. 2015;373:1853-1863.
9. Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.

İSTEM DIŞI KİLO KAYBI VE İŞTAHSIZLIK

ÖZET

İstem dışı kilo kaybı, kişinin diyet, egzersiz, cerrahi veya ilaçla kilo verme amacı olmadan vücut ağırlığında anlamlı azalma olmasıdır. Klinik pratikte çoğu kaynak, 6—12 ay içinde olağan vücut ağırlığının %5 veya daha fazlasının kaybını anlamlı kabul eder; özellikle yaşlı bireylerde bu düzeyde kilo kaybı artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir.

İştahsızlık, yemek yeme isteğinin azalmasıdır ve tek başına veya kilo kaybı ile birlikte görülebilir. Gastroenteroloji pratiğinde istem dışı kilo kaybı ve iştahsızlık; dispepsi, yutma güçlüğü, kronik ishal, malabsorbsiyon, çölyak hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kronik pankreatit, siroz, maligniteler, gastrointestinal kanama, demir eksikliği anemisi ve hepatopankreatobiliyer hastalıklarla ilişkili olabilir. Bununla birlikte kilo kaybı yalnızca gastrointestinal hastalıklara bağlı değildir; endokrin hastalıklar, enfeksiyonlar, kronik inflamatuvar hastalıklar, kardiyopulmoner hastalıklar, böbrek hastalığı, depresyon, demans, ilaçlar, alkol-madde kullanımı ve sosyal nedenler de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Bu yakınmalar hasta güvenliği açısından önemlidir; çünkü açıklanamayan kilo kaybı ve iştahsızlık, NICE kanser şüphesi kılavuzunda akciğer, üst gastrointestinal, alt gastrointestinal, pankreas ve ürolojik kanserler dahil birçok malignite için uyarıcı semptomlar arasında değerlendirilir. NICE NG12, açıklanamayan kilo kaybı veya iştahsızlığın yaş, eşlik eden semptomlar ve klinik bağlama göre ileri değerlendirme veya kanser şüphesi yolaklarına yönlendirme gerektirebileceğini belirtir.

Bu bölümün amacı, istem dışı kilo kaybı ve iştahsızlıkla başvuran hastalarda klinik yaklaşımı standardize etmek, alarm bulgularını açık şekilde tanımlamak, gereksiz gecikmeyi önlemek, malnutrisyon riskini değerlendirmek ve hastaya verilecek bilgilendirmeyi sade, güvenli ve kanıta dayalı şekilde yapılandırmaktır.

Anahtar kelimeler: İstem dışı kilo kaybı, iştahsızlık, malnutrisyon, kanser şüphesi

ABSTRACT

Unintentional weight loss is defined as a clinically meaningful reduction in body weight without deliberate dietary restriction, exercise, medication, or surgical weight-loss intervention. A loss of 5% or more of usual body weight over 6 to 12 months is commonly considered clinically significant, particularly in older adults, in whom it is associated with increased morbidity and mortality. Loss of appetite may occur alone or together with weight loss and may reflect gastrointestinal, systemic, endocrine, infectious, inflammatory, malignant, psychiatric, medication-related, or social causes. In gastroenterology practice, unintentional weight loss and anorexia are important alarm symptoms associated with dysphagia, dyspepsia, chronic diarrhea, malabsorption, celiac disease, inflammatory bowel disease, chronic pancreatitis, cirrhosis, gastrointestinal bleeding, iron deficiency anemia, and gastrointestinal or hepatopancreatobiliary malignancies. Current cancer recognition guidelines, including NICE NG12, list unexplained weight loss and appetite loss as symptoms that may require further evaluation depending on age, associated features, and clinical context. This chapter provides an evidence-based clinical and patient communication protocol for unintentional weight loss and loss of appetite, emphasizing red flags, diagnostic pathways, nutritional risk, and timely referral.

Keywords: Unintentional weight loss, loss of appetite, malnutrition, suspected cancer

KAYNAKLAR

1. Gaddey HL, Holder K. Unintentional weight loss in older adults. *Am Fam Physician*. 2021;104(1):34-40.
2. Evaluation of unintentional weight loss. *BMJ Best Practice*; 2026.
3. Involuntary weight loss. *Merck Manual Professional Edition*; 2025.
4. Some causes of a presenting symptom of involuntary weight loss. *Merck Manual Professional Edition*; 2025.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral (NG12). London: NICE; 2025.
6. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. *Clin Nutr*. 2025
7. GLIM criteria for malnutrition. *ESPEN fact sheet*; 2024.
8. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr*. 2021;40:2898-2913.
9. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48:16-31.
10. Arends J, Baracos V, Bertz H, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36:11-48.
11. Approach to the adult with unintentional weight loss. Waltham (MA): UpToDate; 2026.
12. Evaluation of anorexia and weight loss in adults. Waltham (MA): UpToDate; 2026.
13. Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.

KANSIZLIK VE DEMİR EKSİKLİĞİ

ÖZET

Kansızlık, kandaki hemoglobin düzeyinin yaş, cinsiyet, gebelik durumu ve klinik bağlama göre beklenen düzeyin altında olmasıdır. Demir eksikliği ise vücut demir depolarının azalmasıdır ve dünyada aneminin en sık nedenlerinden biridir. Gastroenteroloji pratiğinde demir eksikliği ve demir eksikliği anemisi özel önem taşır; çünkü mide, ince bağırsak veya kolon kaynaklı açık ya da gizli kan kaybı, çölyak hastalığı, *Helicobacter pylori* enfeksiyonu, atrofik gastrit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, gastrointestinal polipler ve kanserler ile ilişkili olabilir. BSG 2021 kılavuzu, demir eksikliği anemisinin erişkinlerde gastrointestinal hastalıkların önemli bir göstergesi olabileceğini ve doğru yönetimin hem demir replasmanı hem de alta yatan nedenin araştırılmasını gerektirdiğini belirtmektedir. AGA 2020 kılavuzu, menopoz sonrası kadınlarda ve tüm yaştaki erkeklerde demir eksikliği anemisi varlığında endoskopi ve kolonoskopi önermektedir. Premenopozal kadınlarda menstrüasyon sık bir neden olmakla birlikte, demir eksikliği ağır, tekrarlayıcı, tedaviye dirençli veya gastrointestinal semptomlarla ilişkiliyse gastrointestinal değerlendirme gündeme gelmelidir.

Bu bölümün amacı, kansızlık ve demir eksikliği olan hastalarda klinik yaklaşımı standardize etmek, gastroenterolojik alarm bulgularını belirlemek, hangi hastalarda endoskopi-kolonoskopi veya ileri inceleme gerektiğini açıklamak, demir tedavisi ve hasta iletişimini kanıta dayalı biçimde yapılandırmaktır.

Anahtar kelimeler: Kansızlık, anemi, demir eksikliği, demir eksikliği anemisi, ferritin

ABSTRACT

Anemia is defined as a hemoglobin concentration below the expected threshold for age, sex, pregnancy status, and clinical context. Iron deficiency is the depletion of body iron stores and is the most common cause of anemia worldwide. In gastroenterology practice, iron deficiency and iron deficiency anemia are clinically important because they may reflect overt or occult gastrointestinal blood loss, malabsorption, celiac disease, *Helicobacter pylori* infection, atrophic gastritis, inflammatory bowel disease, gastrointestinal polyps, or malignancy. The 2021 British Society of Gastroenterology guideline emphasizes that appropriate management of iron deficiency anemia requires both iron replacement therapy and investigation of the underlying cause. The 2020 American Gastroenterological Association guideline recommends a ferritin cutoff of 45 ng/mL for diagnosing iron deficiency in patients with anemia and recommends bidirectional endoscopy in asymptomatic men and postmenopausal women with iron deficiency anemia. This chapter provides an evidence-based clinical approach and patient communication protocol for anemia and iron deficiency, focusing on gastrointestinal causes, red flags, diagnostic evaluation, iron replacement, patient safety, and standardized patient education.

Keywords: Anemia, iron deficiency, iron deficiency anemia, ferritin

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Guideline on haemoglobin cutof-
fs to define anaemia in individuals and populations. Geneva:
WHO; 2024.
2. Snook J, Bhala N, Beales ILP, et al. British Society of Gastro-
enterology guidelines for the management of iron deficiency
anaemia in adults. Gut. 2021;70:2030-2051.
3. Ko CW, Siddique SM, Patel A, et al. AGA clinical practice gu-
idelines on the gastrointestinal evaluation of iron deficiency
anemia. Gastroenterology. 2020;159:1085-1094.
4. Rockey DC, Altayar O, Falck-Ytter Y, Kalmaz D. AGA tech-
nical review on gastrointestinal evaluation of iron deficiency
anemia. Gastroenterology. 2020;159:1097-1119.e1.
5. Camaschella C. Iron deficiency. N Engl J Med. 2015;372:1832-
1843.
6. Jimenez K, Kulnigg-Dabsch S, Gasche C. Management of iron
deficiency anemia. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2015;11:241-
250.
7. Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT. Iron deficiency ana-
emia revisited. J Intern Med. 2020;287:153-170.
8. Causes and diagnosis of iron deficiency and iron deficiency
anemia in adults. Waltham (MA): UpToDate; 2026.
9. Treatment of iron deficiency anemia in adults. Waltham
(MA): UpToDate; 2026.
10. Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. Sleisenger and Fordt-
ran's Gastrointestinal and Liver Disease. 12th ed. Philadelphia:
Elsevier; 2026.

REFLÜ YAKINMALARI

ÖZET

Gastroözofageal reflü hastalığı, mide içeriğinin özofagusa geri kaçışı sonucunda hastada rahatsız edici semptomlara veya mukozal komplikasyonlara yol açabilen, klinik pratikte sık karşılaşılan bir üst gastrointestinal sistem hastalığıdır. Tipik yakınmalar arasında retrosternal yanma ve regürjitasyon ön planda yer alırken, göğüs ağrısı, kronik öksürük, ses kısıklığı ve boğaz semptomları gibi ekstraözofageal bulgular da klinik değerlendirmede dikkate alınmalıdır. Reflü yakınmaları çoğu hastada yaşam tarzı düzenlemeleri ve asit baskılayıcı tedavi ile kontrol altına alınabilir; ancak disfaji, odinofaji, gastrointestinal kanama, açıklanamayan kilo kaybı, persistan kusma, demir eksikliği anemisi veya malignite şüphesi gibi alarm bulgularının varlığı ileri değerlendirme gerektirir. Hastaya aktarılması gereken temel mesaj, reflünün sık görülen ve çoğu zaman yönetilebilir bir durum olduğu; bununla birlikte uzun süreli, tedaviye dirençli veya alarm bulgularıyla seyreden yakınmaların ihmal edilmemesi gerektiğidir. Bu bölümün amacı, reflü yakınmaları olan bireylerde kanıta dayalı klinik yaklaşımı özetlemek, tanı ve tedavi basamaklarını hasta bilgilendirme perspektifiyle birleştirmek ve hekim-hasta iletişimde kullanılabilecek standart, anlaşılır ve güvenilir bir bilgilendirme protokolü sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Gastroözofageal reflü hastalığı; reflü, özofagus; alarm bulguları; gastrointestinal belirtiler.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease is a common upper gastrointestinal disorder encountered in clinical practice, which may lead to troublesome symptoms or mucosal complications as a result of the reflux of gastric contents into the esophagus. While retrosternal burning and regurgitation are the predominant typical complaints, extraesophageal manifestations such as chest pain, chronic cough, hoarseness, and throat-related symptoms should also be considered during clinical evaluation. In most patients, reflux-related complaints can be controlled with lifestyle modifications and acid-suppressive therapy; however, the presence of alarm features such as dysphagia, odynophagia, gastrointestinal bleeding, unexplained weight loss, persistent vomiting, iron deficiency anemia, or suspicion of malignancy requires further evaluation. The key message to be conveyed to patients is that reflux is a common and often manageable condition; nevertheless, long-standing, treatment-resistant complaints or symptoms accompanied by alarm features should not be overlooked. The aim of this chapter is to summarize the evidence-based clinical approach to individuals presenting with reflux-related complaints, to integrate diagnostic and therapeutic steps with a patient education perspective, and to provide a standardized, clear, and reliable information protocol that can be used in physician-patient communication.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, reflux, esophagus, alarm symptoms, gastrointestinal

KAYNAKLAR

1. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *American Journal of Gastroenterology*. 2022;117(1):27-56.
2. Yadlapati R, Gyawali CP, Pandolfino JE. AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2022;20(5):984-994.e1.
3. Chen JW, Vela MF, Peterson KA, et al. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Extraesophageal Gastroesophageal Reflux Disease: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2023;21(6):1414-1421.e3.
4. Gyawali CP, Yadlapati R, Fass R, et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. *Gut*. 2024;73(2):361-371.
5. Xie M, Deng L, Fass R, et al. Obesity is associated with higher prevalence of gastroesophageal reflux disease and reflux related complications: A global healthcare database study. *Neurogastroenterology & Motility*. 2024;36(4):e14750.
6. Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, Miwa H, Pandolfino JE, Zerbib F. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1368-1379.
7. Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*. 2018;67(3):430-440.
8. Nirwan JS, Hasan SS, Babar ZU, et al. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis. *Scientific Reports*. 2020;10(1):5814.
9. Bor S, Kitapcioglu G, Kasap E. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in a country with a high occurrence of *Helicobacter pylori*. *World Journal of Gastroenterology*. 2017;23(3):525-532.
10. Mungan Z. Prevalence and demographic determinants of gastroesophageal reflux disease (GERD) in the Turkish general population: a population-based cross-sectional study. *Turkish Journal of Gastroenterology*. 2012;23(4):323-332.

YUTMA GÜÇLÜĞÜ (DİSFAJİ) VE AĞRILI YUTMA (ODİNOFAJİ)

ÖZET

Disfaji, yutma eyleminin başlatılması veya gıda, sıvı ya da sekresyonların ağızdan mideye güvenli ve etkili şekilde iletilmesinde güçlük olarak tanımlanır; odinofaji ise yutma sırasında ağrı hissedilmesidir. Her iki semptom da basit, geçici ve benign nedenlerden; özofagus malignitesi, peptik striktür, eozinofilik özofajit, enfeksiyöz özofajit, motilite bozuklukları ve nörolojik hastalıklara kadar geniş bir klinik spektrumun göstergesi olabilir. Bu nedenle disfaji ve odinofaji, özellikle erişkin hastalarda dikkatle değerlendirilmesi gereken alarm semptomları arasında yer alır.

Klinik yaklaşımın temel amacı, öncelikle orofaringeal disfaji ile özofageal disfajiyi ayırt etmek, ardından mekanik obstrüksiyon, mukozal hastalık ve motilite bozukluğu olasılıklarını sistematik biçimde değerlendirmektir. Kilo kaybı, gastrointestinal kanama, ilerleyici disfaji, tekrarlayan aspirasyon, açıklanamayan anemi, persistan kusma, ileri yaşta yeni başlayan semptomlar ve odinofajinin eşlik etmesi ileri inceleme gerektiren alarm bulgularıdır. Bu olgularda üst gastrointestinal endoskopi çoğu zaman ilk basamak tanısal yöntemdir; gerekli durumlarda baryumlu özofagus grafisi, yüksek çözünürlüklü manometri ve pH/empedans incelemeleri tanısal süreci tamamlar.

Hasta bilgilendirmesinde verilmesi gereken temel mesaj, yutma güçlüğü'nün "normal" kabul edilmemesi ve özellikle ilerleyici, ağrılı ya da kilo kaybı ile birlikte olduğunda gecikmeden değerlendirilmesi gerektiğidir. Bu bölümün amacı, disfaji ve odinofajisi olan hastalarda klinisyenlere kanıta dayalı, pratik, hasta güvenliğini önceleyen ve etkili iletişimi içeren bütüncül bir yaklaşım sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Disfaji, odinofaji, alarm bulguları, gastrointestinal belirtiler.

ABSTRACT

Dysphagia is defined as difficulty in initiating the act of swallowing or in the safe and effective passage of food, liquids, or secretions from the mouth to the stomach; odynophagia refers to pain experienced during swallowing. Both symptoms may reflect a broad clinical spectrum, ranging from simple, transient, and benign conditions to esophageal malignancy, peptic stricture, eosinophilic esophagitis, infectious esophagitis, motility disorders, and neurological diseases. Therefore, dysphagia and odynophagia are considered alarm symptoms that require careful evaluation, particularly in adult patients.

The primary aim of the clinical approach is first to distinguish oropharyngeal dysphagia from esophageal dysphagia, and subsequently to systematically assess the possibilities of mechanical obstruction, mucosal disease, and motility disorders. Weight loss, gastrointestinal bleeding, progressive dysphagia, recurrent aspiration, unexplained anemia, persistent vomiting, new-onset symptoms at an advanced age, and the presence of concomitant odynophagia are alarm features that warrant further investigation. In such cases, upper gastrointestinal endoscopy is often the first-line diagnostic modality; when necessary, barium esophagography, high-resolution manometry, and pH/impedance monitoring complement the diagnostic process.

The key message to be conveyed in patient education is that difficulty swallowing should not be regarded as "normal" and should be evaluated without delay, especially when it is progressive, painful, or accompanied by weight loss. The aim of this chapter is to provide clinicians with an evidence-based, practical, patient-safety-oriented, and communication-focused comprehensive approach to patients presenting with dysphagia and odynophagia.

Keywords: Dysphagia, odynophagia, alarm symptoms, gastrointestinal symptoms.

KAYNAKLAR

1. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the evaluation and management of dysphagia. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2014;79(2):191-201.
2. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *American Journal of Gastroenterology*. 2022;117(1):27-56.
3. Gyawali CP, Carlson DA, Chen JW, et al. ACG Clinical Guidelines: Clinical Use of Esophageal Physiologic Testing. *American Journal of Gastroenterology*. 2020;115(9):1412-1428.
4. World Gastroenterology Organisation. Dysphagia: Global Guidelines & Cascades. WGO; 2014.
5. Liu LWC, Andrews CN, Armstrong D, et al. Clinical Practice Guidelines for the Assessment of Uninvestigated Esophageal Dysphagia. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. 2018;1(1):5-19.
6. ASGE Standards of Practice Committee. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the diagnosis and management of GERD: summary and recommendations. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2025;101(2):267-284.
7. Yang S, Park J-W, Min K, et al. Clinical Practice Guidelines for Oropharyngeal Dysphagia. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2023;47(Suppl 1):S1-S26.
8. Mari A, Calabrese F, Pasta A, et al. Esophageal and oropharyngeal dysphagia: clinical recommendations from the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. *United European Gastroenterol J*. 2025;13(6):855-901.
9. Rajati F, Ahmadi N, Naghibzadeh ZA, et al. The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Translational Medicine*. 2022;20(1):175.
10. Savaş ES, Demir N, Kilavuz A, et al. Determination of Dysphagia with Different Tools in Turkish Nursing Home Residents. *European Journal of Geriatrics and Gerontology*. 2024;6(1):39-45.
11. Yurt NŞ, Aker EB. Dysphagia Frequency and Associated Risk Factors in Geriatric Patients Receiving Home Care. *Konuralp Medical Journal*. 2023;15(2):236-242.

KABIZLIK

ÖZET

Kabızlık, birinci basamak ve gastroenteroloji pratiğinde en sık karşılaşılan Beyin-bağırsak Etkileşimi Bozukluklarından biridir. Roma V kriterleri, stigmatizasyonu (damgalanmayı) azaltmak ve durumun nadiren organik bir nedene dayandığını vurgulamak amacıyla “Fonksiyonel Kabızlık” yerine “Kronik Kabızlık” terimini benimsemiştir. Tanı için semptomların en az 6 ay önce başlamış olması ve son 3 aydır aktif olması gerekir. Tanısal kriterler; haftada 3’ten az spontan dışkılama veya dışkılamaların en az %25’inde zorlanma, sert/parçalı dışkı (Bristol 1—2), tam boşalamama hissi, anorektal tıkanıklık hissi ve manuel manevra ihtiyacından en az ikisinin bulunmasını kapsar. Ayrıca, hastanın İrritabl Bağırsak Sendromu kriterlerini tam olarak karşılamaması (karın ağrısının baskın semptom olmaması) şarttır. Kronik kabızlık, küresel popülasyonun yaklaşık %11,7’sini etkileyen ve yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan bir tablodur.

Klinik Yaklaşım, kabızlığı sadece semptom sayısına indirgemeyen, hastayı semptom şiddeti, psikososyal faktörler ve fizyolojik belirteçlerle bir bütün olarak ele alan Çok Boyutlu Klinik Profil yaklaşımını vurgular. Tanı süreci bir “dışlama tanısı” değil, semptom temelli bir “pozitif tanı” yaklaşımıdır. Klinik pratikte hekim, organik hastalıkları (alarm bulguları: açıklanamayan kilo kaybı, rektal kanama, ailede kolon kanseri öyküsü vb.) dışladığından eminse, araştırmalar için gereken 6 aylık süreyi beklemeden 8 haftalık semptom varlığıyla da tanı koyabilir.

Bu bölümün amacı, kabızlık yakınmasıyla başvuran hastalarda ikincil nedenlerin ve alarm bulgularının doğru tanınmasını sağlamak; kronik kabızlık alt tiplerini ayırt etmek, güncel kılavuzlar doğrultusunda kanıta dayalı basamaklı bir tedavi yaklaşımı sunmak ve hastaya iletilecek temel mesajları pratik bir iletişim protokolü olarak yapılandırmaktır.

Anahtar kelimeler: Kabızlık, kronik kabızlık, kronik idiyopatik kabızlık, laksatif, biyofeedback.

ABSTRACT

Constipation is a common disorder of gut-brain interaction in both primary care and gastroenterology. The Roma V criteria have replaced “functional constipation” with the term “Chronic Constipation” to reduce stigma and emphasize that organic etiologies are rare. Diagnosis requires symptom onset at least 6 months prior and active symptoms during the last 3 months. Criteria include at least two of: fewer than 3 spontaneous bowel movements per week, or at least 25% of defecations involving straining, lumpy or hard stools (Bristol 1—2), sensation of incomplete evacuation, sensation of anorectal obstruction, or manual maneuvers. Additionally, the patient must not meet the full criteria for irritable bowel syndrome (pain should not be the predominant symptom). Chronic constipation affects approximately 11.7% of the population and significantly impairs quality of life.

Clinical Evaluation emphasizes the Multidimensional Clinical Profile, which integrates symptom severity, psychosocial factors, and physiological modifiers. Management has shifted towards a “positive diagnosis” based on symptom criteria rather than a diagnosis of exclusion. In clinical practice, if alarm features are absent, a diagnosis can be established after 8 weeks of symptoms.

This section aims to ensure the correct identification of secondary causes and alarm features in patients presenting with constipation; to differentiate subtypes of functional constipation; to present an evidence-based stepwise treatment approach in line with the current guidelines; and to structure key patient messages as a practical communication protocol.

Keywords: Constipation, functional constipation, chronic idiopathic constipation, laxatives, biofeedback.

KAYNAKLAR

1. Chang L, Chey WD, Imdad A, et al. American Gastroenterological Association--American College of Gastroenterology clinical practice guideline: pharmacological management of chronic idiopathic constipation. *Gastroenterology*. 2023;164(7):1086-1106. (Eş-yayım: *Am J Gastroenterol*. 2023;118(6):936-954.)
2. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of gut-brain interaction and the Roma V process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083-1098.
3. Rao SSC, Bharucha AE, Carrington EV, Grossi U, Malcolm A, Neshatian L, Remes-Troche JM. Anorectal disorders. *Gastroenterology*. 2026;170(6)
4. Ihara E, Manabe N, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for chronic constipation 2023 (Japanese Society of Gastroenterology). *Digestion*. 2024;106(1):62-89.
5. Neri MC, et al. Diagnostic--therapeutic care pathway in chronic constipation: AIGO position paper. *J Clin Med*. 2026;15(7):2571.

ÖZET

İshal; günde üç veya daha fazla gevşek ya da sulu dışkı olarak tanımlanır ve süresi bakımından akut (<14 gün), persistan (14 - 30 gün) ve kronik (>4 hafta) olarak sınıflandırılır. Akut ishalde kılavuzları rehidratasyonu öncelerken, antibiyotik kullanımını alarm bulguları olan seçilmiş vakalarla sınırlar. Kronik ishal spektrumu ise Roma V kapsamında Beyin-bağırsak Etkileşimi Bozuklukları başlığı altında değerlendirilen Fonksiyonel İshal ve Diyare Baskın İritabl Bağırsak Sendromu gibi tabloları içerir. Roma V ile birlikte iritabl bağırsak sendromu tanısına “karın diskonforu” kriteri geri getirilmiş ve semptom sıklık eşiği ayda en az 3 gün olarak belirlenmiştir. Ayrıca, kronik ishal olgularının yaklaşık %25—30’undan sorumlu olan safra asidi malabsorbsiyonu (BAM), tanıda kritik bir fizyolojik belirteç olarak kabul edilmektedir. Tedavi; alarm bulgularının dışlanması, BAM ve karbonhidrat malabsorbsiyonu gibi sekonder nedenlerin değerlendirilmesi ve ardından diyet (düşük FODMAP), loperamid, rifaksimmin, safra asidi sekestranları ve 5-HT3 antagonistlerini içeren basamaklı bir yaklaşımı kapsar. Bu bölümün amacı, ishal yakınmasıyla başvuran hastalarda akut, persistan ve kronik ishal ayrımını doğru biçimde yapmak; alarm bulgularına göre uygun tanısal değerlendirme ve tedavi yaklaşımlarını özetlemek, rehidrasyon önceliği ile antibiyotik kullanımına ilişkin güncel kanıtları aktarmak ve hastalara yönelik güvenli, net bir iletişim protokolü sunmaktır.

Anahtar kelimeler: İshal, akut ishal, kronik ishal, gastroenterit, rehidrasyon, malabsorbsiyon, inflamatuvar bağırsak hastalığı.

ABSTRACT

Diarrhea is defined as three or more loose or watery stools per day and is classified by duration as acute (<14 days), persistent (14 - 30 days), and chronic (>4 weeks). Under the Roma V framework, chronic diarrhea includes Functional Diarrhea and Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome (IBS), classified as disorders of gut-brain interaction. Roma V has reintroduced “abdominal discomfort” to the IBS criteria and updated the symptom frequency threshold to at least 3 days per month. Bile acid malabsorption (BAM) is now recognized as a key contributor in 25—30% of chronic cases. Stepwise management involves excluding alarm features, testing for physiological modifiers like BAM, and utilizing evidence-based therapies including a low-FODMAP diet, loperamide, rifaximin, bile acid sequestrants, and 5-HT3 antagonists.

This section aims to accurately distinguish acute, persistent, and chronic diarrhea in patients presenting with this complaint; to summarize appropriate diagnostic evaluation and treatment strategies based on the presence of alarm features; to convey current evidence on rehydration priorities and antibiotic use; and to provide a safe and clear patient communication protocol.

Keywords: Diarrhea, acute diarrhea, chronic diarrhea, gastroenteritis, rehydration, malabsorption, inflammatory bowel disease.

KAYNAKLAR

1. Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. ACG clinical guideline: diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(5):602-622.
2. Singh P, Lee A, Sheth NM, Chey WD. Chronic, noninfectious diarrhea: a review. *JAMA*. 2026;335(14):1250-1262.
3. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of gut-brain interaction and the Roma V process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083-1098.
4. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, Moshiree B. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):17-44.
5. Drossman DA, Chang L, Deutsch JK, et al. A review of the evidence and recommendations on communication skills and the patient-provider relationship: a Rome Foundation Working Team report. *Gastroenterology*. 2021;161(5):1670-1688.e7.
6. Bagdadi B, Alqazlane A, Alotaibi M, et al. The effectiveness of probiotics or synbiotics in the prevention and treatment of diarrhea among critically ill adults: a systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr ESPEN*. 2025;65:218-226.

DIŞKILAMA ALIŞKANLIĞINDA DEĞİŞİKLİK

ÖZET

Dışkılama alışkanlığında değişiklik; dışkı sıklığı, kıvamı veya kalıbında hastanın önceki normuna kıyasla belirgin ve süregelen farklılaşma olarak tanımlanır. Klinik açıdan birincil öncelik, bu yakınmanın kolorektal kanser veya inflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi ciddi organik nedenlerin habercisi olabilmesidir. Güncel kılavuzlar, dışkılama alışkanlığındaki değişikliği kolorektal kanser için “kırmızı bayrak” olarak tanımlamakta ve özellikle fekal immunochemical test eşiği üzerinden hızlı sevk algoritmalarını yapılandırmaktadır. Roma V süreci, organik nedenler dışlandıktan sonra tablonun bir “dışlama tanısı” olarak değil, semptom temelli bir pozitif tanı yaklaşımıyla ele alınmasını şart koşar. Bu kapsamda, irritabl bağırsak sendromu ve kronik kabızlık gibi Beyin-bağırsak Etkileşimi Bozuklukları, hastanın yaşam kalitesini odağa alan Çok Boyutlu Klinik Profil üzerinden değerlendirilmelidir. Tanı sürecinde alarm bulguları (dışkı immünokimyasal test pozitifliği, rektal kanama, istem dışı kilo kaybı, 45 yaş sonrası yeni başlayan semptomlar) titizlikle sorgulanmalıdır. Klinik pratikte hekim, organik hastalıkların yokluğundan eminse, araştırmalar için gereken 6 aylık süre dolmasa dahi 8 haftalık semptom varlığıyla pozitif tanı koyabilir. İBS tanısı için Roma V ile birlikte “karın diskonforu” kriteri geri getirilmiş ve semptom sıklık eşiği ayda en az 3 gün olarak güncellenmiştir; bu durum tanı oranlarını Rome IV’e kıyasla yaklaşık iki katına çıkarmıştır. Hastaya durumun “beynin uydurduğu bir şey” olmadığı, beyin-bağırsak aksındaki sinyal iletim bozukluğundan kaynaklanan gerçek bir sağlık sorunu olduğu empatik bir dille açıklanmalıdır.

Bu bölümün amacı, dışkılama alışkanlığında değişiklik yakınmasıyla başvuran hastalarda kolorektal kanser başta olmak üzere önemli organik nedenlerin alarm bulgularını doğru tanımlamak; Güncel kılavuzlar kapsamında sevk algoritmalarını özetlemek ve hastayla güvenli, paniğe yol açmayan bir iletişim protokolü kurmaktır.

Anahtar kelimeler: Dışkılama alışkanlığında değişiklik, kolorektal kanser, alarm bulgusu, irritabl bağırsak sendromu.

ABSTRACT

Change in bowel habits is defined as a marked and persistent alteration in stool frequency, consistency, or form compared with the patient's previous normal pattern. Clinically, the main priority is to determine whether this symptom may indicate an important organic disease, particularly colorectal cancer or inflammatory bowel disease. Current guidelines, including recent guidelines, consider change in bowel habits a potential red flag for colorectal cancer and increasingly structure referral pathways around faecal immunochemical test (FIT) results. During assessment, alarm features such as FIT positivity, rectal bleeding, unintentional weight loss, anemia, and new-onset symptoms after the age of 45 should be carefully evaluated. Once organic causes have been reasonably excluded, disorders of gut-brain interaction, including irritable bowel syndrome and chronic constipation, should be approached through a positive symptom-based diagnosis rather than as a simple diagnosis of exclusion. In clinical practice, when the physician is confident that organic disease is unlikely, a positive diagnosis may be considered after 8 weeks of symptoms, even if longer symptom duration is required for research criteria. Patients should be informed empathetically that these symptoms are real and may reflect altered gut-brain axis signalling, rather than being imagined or exaggerated.

The aim of this section is to identify alarm features of relevant organic diseases, particularly colorectal cancer; summarize current referral principles; and provide a safe, clear, and non-alarmist communication framework for patients presenting with change in bowel habits.

Keywords: Change in bowel habit, colorectal cancer, alarm symptom, irritable bowel syndrome.

KAYNAKLAR

1. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of gut-brain interaction and the Roma V process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083-1098.
2. Demb J, Kolb JM, Dounel J, et al. Red flag signs and symptoms for patients with early-onset colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024;7(5):e2413157.
3. Monahan KJ, Davies MM, Abulafi M, et al. Faecal immunochemical testing (FIT) in patients with signs or symptoms of suspected colorectal cancer (CRC): a joint guideline from the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI) and the British Society of Gastroenterology (BSG). *Gut*. 2022;71(10):1939-1962.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Quantitative faecal immunochemical tests to guide colorectal cancer pathway referral in primary care. *Diagnostics guidance DG56*. London: NICE; 2023.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Colorectal cancer. NICE guideline NG151. London: NICE; 2020.
6. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders: results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99-114.

MAKATTA AĞRI, KAŞINTI, ŞİŞLİK VE AKINTI

ÖZET

Anorektal bölge yakınmaları; anal ağrı, kaşıntı, şişlik, akıntı ve kanama şeklinde ortaya çıkabilen ve birinci basamak hekimlerinden gastroenterologlar ile kolorektal cerrahlara kadar geniş bir yelpazede karşılaşılan belirtilerdir. Bu yakınmaların arkasında yatan başlıca tablolar hemoroidal hastalık, anal fissür, perianal apseli ve fistüllü hastalık, anüs kaşıntısı (pruritus ani), proktit, kondiloma aküminata, rektal prolaps ve anorektal malignite olabilir. Kılavuzlar dışkılama bozukluklarını, proktolji sendromlarını, hemoroidleri, anal fissürleri ve dışkı inkontinansını kapsayan benign anorektal hastalıkların yönetimini kanıta dayalı biçimde ele almaktadır. Bu yakınmaların bir kısmının kanser dahil ciddi hastalıkların ilk belirtisi olabileceği hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir.

Bu bölümün amacı, anorektal yakınmalarla başvuran hastalarda hemoroidal hastalık, anal fissür, perianal apse ve fistül ile pruritus ani gibi sık görülen benign tabloları doğru tanımlamak; malignite başta olmak üzere ciddi patolojileri dışlamak için alarm bulgularını netleştirmek ve kılavuzlar doğrultusunda kanıta dayalı tanı ve tedavi yaklaşımlarını pratik bir hasta iletişim protokolüyle birlikte sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Anorektal hastalık, hemoroid, anal fissür, perianal fistül, pruritus ani, proktit, anorektal ağrı.

ABSTRACT

Anorectal symptoms including pain, itching, swelling, and discharge are common presentations encountered across primary care, gastroenterology, and colorectal surgery. The primary causes include hemorrhoidal disease, anal fissure, perianal abscess and fistula, pruritus ani, proctitis, condyloma acuminata, rectal prolapse, and anorectal malignancy. The Guidelines addresses defecation disorders, proctalgia syndromes, hemorrhoids, anal fissures, and fecal incontinence with evidence-based recommendations. It is essential never to overlook the possibility that these symptoms may represent the initial manifestation of a serious condition including malignancy.

This section aims to accurately identify common benign anorectal conditions such as hemorrhoidal disease, anal fissure, perianal abscess and fistula, and pruritus ani in patients presenting with anorectal complaints; to clarify alarm features warranting exclusion of serious pathology including malignancy; and to present evidence-based diagnostic and treatment approaches in

Keywords: Anorectal disease, hemorrhoids, anal fissure, perianal fistula, pruritus ani, proctitis, anorectal pain.

KAYNAKLAR

1. Rao SSC, Bharucha AE, Carrington EV, et al. Anorectal disorders. *Gastroenterology*. 2026;170(6)
2. Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(5):614-623.
3. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, et al. ACG clinical guidelines: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(10):1987-2008.
4. Albuquerque A. Anal pruritus: don't look away. *World J Gastrointest Endosc*. 2024;16(3):112-116.
5. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of anorectal abscess, fistula-in-ano, and rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum*. 2022;65(8):964-985.
6. Davids JS, Hawkins AT, Bhama AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of anal fissures. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(2):190-199.
7. Maeda K. Diagnosis and treatment of DGBI of the anorectum: functional anorectal pain. In: *Disorders of Gut-Brain Interaction: Diagnosis and Treatments for DGBI*. Singapore: Springer Nature Singapore; 2026:449-454.
8. Qureshi W. Diagnosis and management guide for anorectal disease: a clinical reference. Boca Raton (FL): CRC Press; 2024.

DIŞKIDA KAN, SİYAH DIŞKI VE KAN KUSMA

ÖZET

Gastrointestinal (Gİ) kanama, hafif rektal kanamadan yaşamı tehdit eden üst Gİ kanamaya kadar uzanan geniş bir klinik yelpazede karşımıza çıkan ve her zaman öncelikli değerlendirme gerektiren bir bulgudur. Klinik sunum; kaynaklandığı anatomik bölgeye ve kanamaya göre farklılaşmaktadır. Dışkıda parlak kırmızı kan (hematokezi) çoğunlukla kolorektal veya anorektal kaynağı düşündürse de hızlı üst Gİ kanamada da görülebilir; siyah, katran renginde dışkı (melena) ise Treitz ligamanı üzerindeki kaynakları, özellikle peptik ülser ve özofageal varisleri akla getirir. Hematemez, üst Gİ kanama lehine güçlü bir bulgudur ve klinik stabiliteye göre erken/urgent endoskopik değerlendirme gerektirir.

Bu bölümün amacı, Gİ kanama bulgularıyla başvuran hastalarda üst ve alt Gİ kanama ayrımını doğru biçimde yapmak; hematemez, melena ve hematokezi terimlerini klinik bağlamda tanımlamak; alarm bulgularının ve acil endoskopi endikasyonlarının doğru tanınmasını sağlamak ve hastalara yönelik güvenli, paniğe yol açmayan bir iletişim protokolü sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal kanama, hematokezi, melena, hematemez, üst Gİ kanama, alt Gİ kanama, endoskopi, kolorektal kanser.

ABSTRACT

Gastrointestinal (GI) bleeding encompasses a broad clinical spectrum, from mild rectal bleeding to life-threatening upper GI hemorrhage, and always requires priority evaluation. Clinical presentation varies according to anatomical source and bleeding rate. Bright red blood per rectum (hematochezia) typically suggests a colorectal or anorectal source, though it may also occur in rapid upper GI bleeding; black, tarry stool (melena) points to sources proximal to the ligament of Treitz, particularly peptic ulcers and esophageal varices. Hematemesis strongly suggests upper GI bleeding and requires early or urgent endoscopic evaluation depending on clinical stability.

This section aims to accurately distinguish upper from lower GI bleeding in patients presenting with GI bleeding symptoms; to define hematemesis, melena, and hematochezia in their clinical contexts; to ensure the correct recognition of alarm features and urgent endoscopy indications; and to provide a safe, non-alarmist communication protocol for patients.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, hematochezia, melena, hematemesis, upper GI bleeding, lower GI bleeding, endoscopy, colorectal cancer.

KAYNAKLAR

1. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2021;116(5):899-917.
2. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the International Consensus Group. *Ann Intern Med.* 2019;171(11):805-822.
3. Strate LL, Gralnek IM. ACG clinical guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(4):459-474.
4. Oakland K, Chadwick G, East JE, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut.* 2019;68(5):776-789.
5. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al; Baveno VII Faculty. Baveno VII – renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol.* 2022;76(4):959-974.
6. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper gastrointestinal bleeding: etiologies and management. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(4):697-703.
7. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): ESGE Guideline – Update 2021. *Endoscopy.* 2021;53(3):300-332.

ÖZET

Sarılık, kandaki bilirubin düzeyinin yükselmesine bağlı olarak ciltte, skleralarda ve mukozalarda sarı renk değişikliği ile karakterize klinik bir bulgudur. Tek başına bir hastalık olmayıp altta yatan birçok karaciğer, safra yolu veya hematolojik hastalığın belirtisi olabilir. Sarılık, viral hepatitlerden safra yolu taşlarına, ilaç ilişkili karaciğer hasarından pankreas ve safra yolu tümörlerine kadar geniş bir hastalık spektrumunda görülebilir.

Sarılığın değerlendirilmesinde hastanın öyküsü, fizik muayenesi, laboratuvar testleri ve uygun görüntüleme yöntemleri temel öneme sahiptir. Koyu renk idrar, açık renk dışkı, kaşıntı, karın ağrısı, ateş, kilo kaybı ve bilinç değişikliği gibi eşlik eden bulgular altta yatan neden hakkında önemli ipuçları sağlar.

Hastaların önemli bir kısmında sarılık tedavi edilebilir nedenlere bağlıdır. Ancak akut karaciğer yetmezliği, akut kolanjit veya malign safra yolu obstrüksiyonu gibi durumlarda erken tanı ve müdahale hayat kurtarıcı olabilir. Bu bölümün amacı sarılığı olan hastaların değerlendirilmesi, temel alarm bulgularının tanınması ve doğru hasta bilgilendirmesinin standardize edilmesidir.

Anahtar kelimeler: Sarılık, hiperbilirubinemi, bilirubin, kolestaz, safra yolu tıkanıklığı, hepatit, karaciğer hastalığı

ABSTRACT

Jaundice is a clinical sign characterized by yellow discoloration of the skin, sclerae, and mucous membranes due to elevated serum bilirubin levels. It is not a disease itself but rather a manifestation of various hepatobiliary, hematologic, or metabolic disorders.

The evaluation of jaundice requires a systematic approach including detailed history taking, physical examination, laboratory investigations, and appropriate imaging studies. Associated symptoms such as dark urine, pale stools, pruritus, abdominal pain, fever, weight loss, and altered mental status provide important clues regarding the underlying etiology.

Although many causes of jaundice are treatable, some conditions such as acute liver failure, acute cholangitis, and malignant biliary obstruction require urgent diagnosis and management. The aim of this chapter is to provide clinicians with a standardized framework for patient education and communication regarding jaundice.

Keywords: Jaundice, hyperbilirubinemia, bilirubin, cholestasis, biliary obstruction, hepatitis, liver disease.

KAYNAKLAR

1. Kwo PY, Cohen SM, Lim JK. ACG clinical guideline: evaluation of abnormal liver chemistries. *Am J Gastroenterol.* 2017;112(1):18-35.
2. Chalasani NP, Maddur H, Russo MW, Wong RJ, Reddy KR. ACG clinical guideline: diagnosis and management of idiosyncratic drug-induced liver injury. *Am J Gastroenterol.* 2021;116(5):878-898.
3. Fontana RJ, Liou I, Reuben A, et al. AASLD practice guidance on drug, herbal, and dietary supplement-induced liver injury. *Hepatology.* 2023;77(3):1036-1065.
4. Mack CL, Adams D, Assis DN, et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis in adults and children: 2019 practice guidance and guidelines from the AASLD. *Hepatology.* 2020;72(2):671-722.
5. Lindor KD, Bowlus CL, Boyer J, Levy C, Mayo M. Primary biliary cholangitis: 2018 practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2019;69(1):394-419.
6. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines: the diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. *J Hepatol.* 2017;67(1):145-172.
7. Manes G, Paspatis G, Aabakken L, et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy.* 2019;51(5):472-491.
8. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):17-30.
9. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2025.

KARINDA ŞİŞLİK VE ASİT

ÖZET

Karında şişlik, gastroenteroloji pratiğinde sık karşılaşılan bir yakınmadır ve basit gaz birikiminden ileri evre karaciğer hastalıklarına kadar geniş bir neden yelpazesine sahip olabilir. Asit ise periton boşluğunda patolojik sıvı birikimini ifade eder ve en sık nedeni portal hipertansiyona bağlı karaciğer sirozudur. Bununla birlikte maligniteler, kalp yetmezliği, tüberküloz peritonit ve pankreatik hastalıklar da asit gelişimine neden olabilir. Karında şişlik ve asit yakınması olan hastalarda ayrıntılı öykü, fizik muayene, laboratuvar değerlendirmesi ve görüntüleme yöntemleri tanısal yaklaşımın temelini oluşturur. Özellikle yeni gelişen asitte diagnostik parasetez yapılması güncel kılavuzlarda önerilmektedir. Karında şişlik bazen yaşam kalitesini bozan benign bir durumken, bazı olgularda dekompanse siroz, spontan bakteriyel peritonit veya intraabdominal malignitenin ilk belirtisi olabilir. Bu nedenle alarm bulgularının erken tanınması önemlidir.

Bu bölümün amacı karında şişlik ve asit yakınması olan hastaların değerlendirilmesinde standart hasta iletişimini sağlamak, hastaların doğru bilgilendirilmesini desteklemek ve alarm bulgularının erken fark edilmesine katkıda bulunmaktır.

Anahtar kelimeler: Asit, karında şişlik, abdominal distansiyon, portal hipertansiyon, siroz, parasetez, spontan bakteriyel peritonit

ABSTRACT

Abdominal distension is a common complaint encountered in gastroenterology practice and may result from a broad spectrum of conditions ranging from functional gastrointestinal disorders to advanced liver disease. Ascites refers to the pathological accumulation of fluid within the peritoneal cavity and is most commonly caused by portal hypertension secondary to liver cirrhosis. A systematic evaluation including history, physical examination, laboratory investigations, and imaging studies is essential. Diagnostic paracentesis is recommended in all patients with new-onset ascites. Although abdominal distension may arise from relatively benign conditions, it can also represent the first manifestation of decompensated cirrhosis, spontaneous bacterial peritonitis, or intra-abdominal malignancy. Recognition of alarm features and timely referral are therefore crucial.

This chapter aims to provide clinicians with a practical framework for patient education and communication regarding abdominal distension and ascites.

Keywords: Ascites, abdominal distension, portal hypertension, cirrhosis, paracentesis, spontaneous bacterial peritonitis.

KAYNAKLAR

1. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018;69(2):406-460.
2. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2021;74(2):1014-1048.
3. Aithal GP, Palaniyappan N, China L, et al. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut.* 2021;70(1):9-29.
4. Moore KP, Wong F, Ginès P, et al. The management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club. *Hepatology.* 2003;38(1):258-266.
5. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al; Baveno VII Faculty. Baveno VII – renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol.* 2022;76(4):959-974.
6. Kaplan DE, Ripoll C, Thiele M, et al. AASLD practice guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. *Hepatology.* 2024;79(5):1180-1211.
7. Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *N Engl J Med.* 2010;362(9):823-832.
8. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2025.

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI

ÖZET

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), mide içeriğinin özofagusa geri kaçmasına bağlı olarak rahatsız edici semptomların ve/veya komplikasyonların geliştiği, dünya genelinde yaygın görülen bir hastalıktır. En sık retrosternal yanma ve regürjitasyon ile ortaya çıkmakla birlikte, göğüs ağrısı, kronik öksürük, ses kısıklığı ve diğer ekstraözofageal yakınmalarla da başvurulabilir. Hastalık, yaşam kalitesini belirgin şekilde etkileyebilmesi, sağlık hizmeti kullanımını artırması ve bazı hastalarda özofajit, peptik striktür veya Barrett özofagusu gibi komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle klinik açıdan önem taşır.

GÖRH'nin patofizyolojisi multifaktöriyeldir ve alt özofagus sfinkter bariyer fonksiyonundaki bozulma, hiatal herni, özofageal klirens kusurları ve visseral hipersensitivite gibi çeşitli mekanizmaları içerir. Tanısal yaklaşımda semptomların dikkatli değerlendirilmesi, alarm bulgularının sorgulanması ve uygun hastalarda endoskopik testlerin kullanılması esastır. Özellikle disfaji, odinofaji, gastrointestinal kanama, açıklanamayan kilo kaybı, demir eksikliği anemisi, persistan kusma ve malignite şüphesi gibi alarm bulguları varlığında ileri değerlendirme geciktirilmemelidir.

Tedavinin temelini yaşam tarzı düzenlemeleri, kilo kontrolü ve uygun hastalarda asit baskılayıcı tedavi oluşturur; seçilmiş olgularda endoskopik veya cerrahi antireflü girişimler gündeme gelebilir. Hasta bilgilendirmesi, tedavi başarısının önemli bir bileşenidir. Hastalara GÖRH'nin çoğu zaman kronik ancak yönetilebilir bir hastalık olduğu, her semptomun ciddi bir komplikasyon anlamına gelmediği ve alarm bulgularının erken tanınmasının önem taşıdığı anlatılmalıdır. Bu bölümün amacı, GÖRH'nin güncel tanı ve tedavi ilkelerini özetlemek ve hasta bilgilendirmesinde kullanılabilecek temel mesajları kanıta dayalı bir çerçevede sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Gastroözofageal reflü hastalığı; reflü; özofagus; alarm bulguları; gastrointestinal belirtiler.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common disorder worldwide, characterized by the development of troublesome symptoms and/or complications resulting from the reflux of gastric contents into the esophagus. Although it most commonly presents with retrosternal heartburn and regurgitation, it may also manifest with chest pain, chronic cough, hoarseness, and other extraesophageal symptoms. The disease is clinically important because it can significantly impair quality of life, increase healthcare utilization, and lead to complications such as esophagitis, peptic stricture, or Barrett's esophagus in some patients.

The pathophysiology of GERD is multifactorial and involves various mechanisms, including impairment of the lower esophageal sphincter barrier function, hiatal hernia, defects in esophageal clearance, and visceral hypersensitivity. The diagnostic approach requires careful assessment of symptoms, evaluation for alarm symptoms, and the use of endoscopy in appropriate patients. Further evaluation should not be delayed in the presence of alarm symptoms, particularly dysphagia, odynophagia, gastrointestinal bleeding, unexplained weight loss, iron deficiency anemia, persistent vomiting, or suspicion of malignancy.

The mainstay of treatment consists of lifestyle modifications, weight management, and acid-suppressive therapy in appropriate patients; endoscopic or surgical antireflux interventions may be considered in selected cases. Patient education is an important component of treatment success. Patients should be informed that GERD is often a chronic but manageable disease, that not every symptom indicates a serious complication, and that early recognition of alarm features is important. The aim of this chapter is to summarize the current principles of diagnosis and treatment of GERD and to present key messages that can be used in patient education within an evidence-based framework.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, reflux, esophagus, alarm symptoms, gastrointestinal symptoms.

KAYNAKLAR

1. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *American Journal of Gastroenterology*. 2006;101(8):1900-1920.
2. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *American Journal of Gastroenterology*. 2022;117(1):27-56.
3. Yadlapati R, Gyawali CP, Pandolfino JE. AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2022;20(5):984-994.e1.
4. Gyawali CP, Yadlapati R, Fass R, et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. *Gut*. 2024;73(2):361-371.
5. Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*. 2018;67(3):430-440.
6. Herbella FA, Patti MG. Gastroesophageal reflux disease: From pathophysiology to treatment. *World Journal of Gastroenterology*. 2010;16(30):3745-3749.
7. Nirwan JS, Hasan SS, Babar ZU, et al. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis. *Scientific Reports*. 2020;10(1):5814.
8. Bor S, Kitapcioglu G, Kasap E. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in a country with a high occurrence of *Helicobacter pylori*. *World Journal of Gastroenterology*. 2017;23(3):525-532.
9. Mungan Z. Prevalence and demographic determinants of gastroesophageal reflux disease (GERD) in the Turkish general population: a population-based cross-sectional study. *Turkish Journal of Gastroenterology*. 2012;23(4):323-332.
10. Bertin L, Savarino V, Marabotto E, et al. Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Digestion*. 2025;107(2):185-201.
11. Chen JW, Vela MF, Peterson KA, et al. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Extraesophageal Gastroesophageal Reflux Disease: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2023;21(6):1414-1421.e3.

GASTRİT VE DUODENİT

ÖZET

Gastrit ve duodenit, mide ve duodenum mukozasının inflamatuvar hasarı ile karakterize, klinik pratikte dispepsi, epigastrik ağrı, bulantı, erken doyma ve üst gastrointestinal kanama spektrumunda karşımıza çıkabilen yaygın klinik durumlardır. Etiyolojide *Helicobacter pylori* enfeksiyonu, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı, safra reflüsü, otoimmünite, alkol, stres ilişkili mukozal hasar ve daha nadir enfeksiyöz ya da sistemik nedenler yer alır. Bu hastalık grubunun klinik önemi, semptomların çoğu zaman nonspesifik olmasına karşın, peptik ülser hastalığı, gastrointestinal kanama, atrofik gastrit, intestinal metaplazi ve gastrik kanser riski gibi sonuçlarla ilişkili olabilmesinden kaynaklanır.

Hasta bilgilendirmesinde temel mesajlar; gastrit ve duodenitin tek bir hastalık değil farklı nedenlere bağlı gelişebilen mukozal inflamasyon tabloları olduğu, her mide yakınmasının endoskopi gerektirmediği, *H. pylori* saptandığında eradikasyon tedavisinin önemli olduğu ve NSAİİ kullanımının hekim önerisi olmadan sürdürülmemesi gerektiğidir. Kilo kaybı, disfaji, persistan kusma, demir eksikliği anemisi, hematemez, melena, ileri yaşta yeni başlayan dispepsi ve ailede üst gastrointestinal kanser öyküsü gibi alarm bulguları daha ileri değerlendirme gerektirir. Bu bölümün amacı, gastrit ve duodenitin tanımı, sınıflaması, klinik değerlendirmesi, tanısal yaklaşımı, tedavi ilkeleri ve hasta iletişimde kullanılabilecek standart bilgilendirme mesajlarını kanıta dayalı biçimde özetlemektir.

Anahtar kelimeler: Gastrit; duodenit; dispepsi; *Helicobacter pylori*; alarm bulguları.

ABSTRACT

Gastritis and duodenitis are common clinical conditions characterized by inflammatory injury of the gastric and duodenal mucosa. In clinical practice, they may present across a spectrum that includes dyspepsia, epigastric pain, nausea, early satiety, and upper gastrointestinal bleeding. Their etiology includes *Helicobacter pylori* infection, use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), bile reflux, autoimmunity, alcohol, stress-related mucosal injury, and, less commonly, infectious or systemic causes. The clinical significance of this group of disorders stems from the fact that, although symptoms are often nonspecific, they may be associated with outcomes such as peptic ulcer disease, gastrointestinal bleeding, atrophic gastritis, intestinal metaplasia, and an increased risk of gastric cancer.

The key messages in patient education are that gastritis and duodenitis do not represent a single disease entity, but rather patterns of mucosal inflammation that may arise from different causes; that not every gastric complaint requires endoscopy; that eradication therapy is important when *H. pylori* is detected; and that NSAID use should not be continued without medical advice. Alarm symptoms such as weight loss, dysphagia, persistent vomiting, iron deficiency anemia, hematemesis, melena, new-onset dyspepsia at an advanced age, and a family history of upper gastrointestinal cancer warrant further evaluation. The aim of this chapter is to provide an evidence-based summary of the definition, classification, clinical evaluation, diagnostic approach, treatment principles, and standardized patient-communication messages that can be used in the management of gastritis and duodenitis.

Keywords: Gastritis, duodenitis, dyspepsia, *Helicobacter pylori*, alarm symptoms.

KAYNAKLAR

1. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut*. 2015;64(9):1353-1367.
2. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724-1762.
3. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *American Journal of Gastroenterology*. 2017;112(7):988-1013.
4. Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. *Gastroenterology*. 2022;162(4):1334-1342.
5. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process—First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention. *Cancer Research*. 1992;52(24):6735-6740.
6. Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut*. 2022;71(9):1697-1723.
7. Lanza FL, Chan FKL, Quigley EMM; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *American Journal of Gastroenterology*. 2009;104(3):728-738.
8. 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. *American Journal of Surgical Pathology*. 1996;20(10):1161-1181.
9. Pennelli G, Grillo F, Galuppini F, et al. Gastritis: update on etiological features and histological practical approach. *Patologica*. 2020;112(3):153-165.
10. Ierardi E, Losurdo G, Iannone A, et al. Lymphocytic duodenitis or microscopic enteritis and gluten-related conditions: what needs to be explored? *Annals of Gastroenterology*. 2017;30(4):380-392.
11. Villanacci V, Ceppa P, Tavani E, et al. Coeliac disease: the histology report. *Digestive and Liver Disease*. 2011;43 Suppl 4:S385-S395.
12. Li Y, Choi H, Leung K, et al. Global prevalence of *Helicobacter pylori* infection between 1980 and 2022: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterology and Hepatology*. 2023;8(6):553-564.
13. Zamani M, Ebrahimitabar F, Zamani V, et al. Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2018;47(7):868-876.
14. Ozaydin N, Turkyilmaz SA, Cali S. Prevalence and risk factors of *Helicobacter pylori* in Turkey: a nationally-representative, cross-sectional, screening with the ¹³C-Urea breath test. *BMC Public Health*. 2013;13:1215.
15. Borch K, Jönsson KA, Petersson F, et al. Prevalence of gastroduodenitis and *Helicobacter pylori* infection in a general population sample: relations to symptomatology and life-style. *Digestive Diseases and Sciences*. 2000;45(7):1322-1329.
16. Wallace JL. Prostaglandins, NSAIDs, and gastric mucosal protection: why doesn't the stomach digest itself? *Physiological Reviews*. 2008;88(4):1547-1565.
17. Dixon MF. Pathophysiology of *Helicobacter pylori* infection. *Scandinavian Journal of Gastroenterology Supplement*. 1994;201:7-10.
18. Neumann WL, Coss E, Rugge M, Genta RM. Autoimmune atrophic gastritis—pathogenesis, pathology and management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2013;10(9):529-541.
19. Scarpignato C, Lanis A, Blandizzi C, Lems WF, Hermann M, Hunt RH; International NSAID Consensus Group. Safe prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with osteoarthritis—an expert consensus addressing benefits as well as gastrointestinal and cardiovascular risks. *BMC Medicine*. 2015;13:55.
20. Shaukat A, Wang A, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2015;82(2):227-232.
21. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, et al. Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1380-1392.
22. Jaroń K, Pietrzak A, Daniłuk J, et al. Diagnostic and therapeutic recommendations on *Helicobacter pylori* infection. Recommendations of the Working Group of the Polish Society of Gastroenterology. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*. 2023;18(3):225-248.
23. Chey WD, Howden CW, Moss SF, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *American Journal of Gastroenterology*. 2024;119(9):1730-1753.
24. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Marcos-Pinto R, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European *Helicobacter* and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. *Endoscopy*. 2019;51(4):365-388.
25. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, et al. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *American Journal of Gastroenterology*. 2021;116(5):899-917.
26. Vakil N. Prescribing proton pump inhibitors: is it time to pause and rethink? *Drugs*. 2012;72(4):437-445.

HELICOBACTER PYLORİ ENFEKSİYONU

ÖZET

Helicobacter pylori enfeksiyonu, kronik aktif gastritin başlıca nedeni olup peptik ülser hastalığı, gastrik adenokarsinom ve gastrik MALT lenfoma gelişimiyle ilişkili, klinik ve halk sağlığı açısından önemli bir enfeksiyondur. Güncel konsensus raporlarında *H. pylori* enfeksiyonu tedavi edilebilir bir enfeksiyon hastalığı olarak ele alınmakta; tanı konulan hastalarda uygun eradikasyon tedavisi, komplikasyonların önlenmesi ve mide kanseri riskinin azaltılması açısından temel yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Bu bölümün amacı, *H. pylori* enfeksiyonunun klinik önemini, tanısal ve terapötik yaklaşım ilkelerini ve hastaya aktarılması gereken bilimsel olarak doğru mesajları hasta bilgilendirme perspektifiyle özetlemektir. Hastalara verilmesi gereken temel mesajlar; enfeksiyonun sık görüldüğü, her zaman belirti vermeyebileceği, antibiyotik ve asit baskılayıcı tedavinin önerilen süre ve dozda tamamlanmasının gerekli olduğu, tedavi sonrası eradikasyonun doğrulanması gerektiği ve aile/çevre kaynaklı yanlış inanışların tıbbi değerlendirme yerine geçmeyeceğidir. Dispeptik yakınmaları olan hastalarda gastrointestinal kanama, demir eksikliği anemisi, progresif disfaji, inatçı kusma, açıklanamayan kilo kaybı, ileri yaşta yeni başlayan semptomlar ve ailede üst gastrointestinal kanser öyküsü gibi alarm bulguları varlığında gecikmeden hekim değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu bölüm, klinisyenlerin standart, kanıta dayalı ve anlaşılır hasta bilgilendirmesi yapmasına rehberlik etmeyi hedefler.

Anahtar kelimeler: *Helicobacter pylori*; dispepsi; peptik ülser hastalığı; eradikasyon tedavisi.

ABSTRACT

Helicobacter pylori infection is the leading cause of chronic active gastritis and represents a clinically and public health-relevant infection associated with the development of peptic ulcer disease, gastric adenocarcinoma, and gastric MALT lymphoma. In current consensus reports, *H. pylori* infection is considered a treatable infectious disease; in patients with a confirmed diagnosis, appropriate eradication therapy is regarded as a fundamental approach for preventing complications and reducing the risk of gastric cancer. The aim of this chapter is to summarize the clinical significance of *H. pylori* infection, the principles of diagnostic and therapeutic approaches, and scientifically accurate messages that should be conveyed to patients from a patient-education perspective. The key messages that should be communicated to patients are that the infection is common, may not always cause symptoms, antibiotic and acid-suppressive therapy must be completed at the recommended duration and dosage, eradication should be confirmed after treatment, and misconceptions originating from family or social circles should not replace medical evaluation. In patients with dyspeptic complaints, prompt medical evaluation is required in the presence of alarm symptoms such as gastrointestinal bleeding, iron deficiency anemia, progressive dysphagia, persistent vomiting, unexplained weight loss, new-onset symptoms at an advanced age, and a family history of upper gastrointestinal cancer. This chapter aims to guide clinicians in providing standardized, evidence-based, and comprehensible patient information.

Keywords: *Helicobacter pylori*, dyspepsia, peptic ulcer disease, eradication therapy.

KAYNAKLAR

1. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724-1762.
2. Chey WD, Howden CW, Moss SF, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *American Journal of Gastroenterology*. 2024;119(9):1730-1753.
3. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut*. 2015;64(9):1353-1367.
4. International Agency for Research on Cancer. Population-based *Helicobacter pylori* screen-and-treat strategies for gastric cancer prevention: guidance on implementation. IARC Working Group Reports, No. 12. Lyon: IARC; 2025.
5. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *American Journal of Gastroenterology*. 2017;112(7):988-1013.
6. 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. *American Journal of Surgical Pathology*. 1996;20(10):1161-1181.
7. Chen YC, Malfertheiner P, Yu HT, et al. Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection and Incidence of Gastric Cancer Between 1980 and 2022. *Gastroenterology*. 2024;166(4):605-619.
8. Li Y, Choi H, Leung K, et al. Global prevalence of *Helicobacter pylori* infection between 1980 and 2022: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterology and Hepatology*. 2023;8(6):553-564.
9. Ozaydin N, Turkyilmaz SA, Cali S. Prevalence and risk factors of *Helicobacter pylori* in Turkey: a nationally-representative, cross-sectional, screening with the ¹³C-Urea breath test. *BMC Public Health*. 2013;13:1215.
10. Yamaoka Y, Graham DY. *Helicobacter pylori* virulence and cancer pathogenesis. *Future Oncology*. 2014;10(8):1487-1500.
11. Wen S, Moss SF. *Helicobacter pylori* virulence factors in gastric carcinogenesis. *Cancer Letters*. 2009;282(1):1-8.
12. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process—First American Cancer Society Award Lecture on Cancer Epidemiology and Prevention. *Cancer Research*. 1992;52(24):6735-6740.
13. Black CJ, Houghton LA, Ford AC. Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2018;11:1756284818805597.
14. Homan M, Orel R. Are probiotics useful in *Helicobacter pylori* eradication? *World Journal of Gastroenterology*. 2015;21(37):10644-10653.

PEPTİK ÜLSER HASTALIĞI

ÖZET

Peptik ülser hastalığı, mide veya duodenum mukozasında asit-peptik hasar sonucu gelişen, sık görülen ve komplikasyon geliştiğinde önemli morbidite ve mortaliteye yol açabilen bir hastalık grubudur. Hastalığın başlıca nedenleri *H. pylori* enfeksiyonu ve nonsteroid antiinflatuvar ilaç kullanımıdır; bu nedenle hasta bilgilendirmesinde etiyolojinin belirlenmesi, eradikasyon tedavisine uyum, gereksiz analjezik kullanımından kaçınma ve tedavi sonrası doğrulama testinin önemi vurgulanmalıdır. Klinik değerlendirmede dispeptik yakınmaların süresi, kanama riski, ilaç öyküsü ve malignite olasılığını artıran özellikler birlikte ele alınmalıdır. Hematemez, melena, açıklanamayan demir eksikliği anemisi, istemsiz kilo kaybı, progresif disfaji, persistan kusma, senkop veya hemodinamik instabilite gibi alarm bulguları varlığında gecikmeden ileri değerlendirme ve gerekli durumlarda acil başvuru önerilmelidir. Bu bölümün amacı, peptik ülser hastalığında hekimlerin hastaya aktaracağı temel mesajları bilimsel kanıta dayalı, anlaşılır ve standartlaştırılmış bir çerçevede sunmak; tanı, tedavi, izlem ve acil başvuru gerektiren durumlar konusunda klinik pratiğe uygulanabilir bir hasta bilgilendirme modeli oluşturmaktır.

Anahtar kelimeler: Peptik ülser hastalığı; *Helicobacter pylori*; nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar; dispepsi; üst gastrointestinal kanama.

ABSTRACT

Peptic ulcer disease is a common group of disorders characterized by acid-peptic injury of the gastric or duodenal mucosa and may lead to substantial morbidity and mortality when complications occur. Major etiological factors are *Helicobacter pylori* infection and nonsteroidal anti-inflammatory drug use; therefore, patient education should emphasize identification of the underlying cause, adherence to eradication therapy, avoidance of unnecessary analgesic use, and the importance of post-treatment confirmation testing. Clinical assessment should integrate the duration of dyspeptic symptoms, bleeding risk, medication history, and features that may increase the likelihood of malignancy. In the presence of alarm symptoms such as hematemesis, melena, unexplained iron deficiency anemia, unintentional weight loss, progressive dysphagia, persistent vomiting, syncope, or hemodynamic instability, prompt further evaluation and, when necessary, urgent medical assessment should be recommended. The aim of this chapter is to provide physicians with an evidence-based, comprehensible, and standardized framework for conveying the key messages of peptic ulcer disease to patients and to establish a clinically applicable patient information model regarding diagnosis, treatment, follow-up, and situations requiring urgent medical attention.

Keywords: Peptic ulcer disease, *Helicobacter pylori*, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, dyspepsia, upper gastrointestinal bleeding.

KAYNAKLAR

1. Chey WD, Howden CW, Moss SF, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *American Journal of Gastroenterology*. 2024;119(9):1730-1753.
2. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724-1762.
3. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *American Journal of Gastroenterology*. 2017;112(7):988-1013.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. NICE guideline CG184. London: NICE; 2014. Updated 2019.
5. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, et al. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *American Journal of Gastroenterology*. 2021;116(5):899-917.
6. Vakil N. Peptic Ulcer Disease: A Review. *JAMA*. 2024;332(21):1832-1842.
7. Xie X, Ren K, Zhou Z, et al. The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: a population-based study. *BMC Gastroenterology*. 2022;22(1):58.
8. Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011;84(2):102-113.
9. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fortran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
10. Ozaydin N, Turkyilmaz SA, Cali S. Prevalence and risk factors of *Helicobacter pylori* in Turkey: a nationally-representative, cross-sectional, screening with the ¹³C-Urea breath test. *BMC Public Health*. 2013;13:1215.
11. Wallace JL. Prostaglandins, NSAIDs, and gastric mucosal protection: why doesn't the stomach digest itself? *Physiological Reviews*. 2008;88(4):1547-1565.
12. Tai FWD, McAlindon ME. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the gastrointestinal tract. *Clinical Medicine*. 2021;21(2):131-134.

SÜREĞEN HAZIMSIZLIK, DİSPEPSİ VE BEYİN-BAĞIRSAK ETKİLEŞİM BOZUKLUĞU

ÖZET

Süreğen hazımsızlık ve dispepsi; gastroenteroloji ve iç hastalıkları başvurularında sık görülen şikayetlerdendir. Hastalar bu durumu yemek sonrası dolgunluk, erken doyma, epigastrik ağrı veya yanma şeklinde tanımlayabilir. Roma V sınıflaması bu yakınmaları fonksiyonel dispepsi alt tipleri olan postprandiyal distres sendromu (PDS) ve epigastrik ağrı sendromu (EPS) olarak iki başlığa ayırmaktadır.

Klinik değerlendirmede öncelikli hedef alarm bulguların olup olmadığını saptamaktır: istemsiz kilo kaybı, disfaji, gastrointestinal kanama, anemi ve 60 yaş üzerinde yeni başlayan dispepsi organik hastalıklar açısından araştırma gerektirir. Alarm bulgusu olmayan 50–60 yaş altı hastalarda *Helicobacter pylori* noninvaziv testi, sonucuna göre tedavi ve ampirik proton pompa inhibitörü (PPI) tedavisi ön plandadır. Bu bölümün amacı, dispepsi yakınması olan hastalarda kanıta dayalı, Roma V ile uyumlu ve hasta merkezli bir değerlendirme sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Dispepsi, fonksiyonel dispepsi, beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları, postprandiyal distres sendromu, epigastrik ağrı sendromu, *Helicobacter pylori*

ABSTRACT

Chronic indigestion and dyspepsia are among the most common complaints encountered in gastroenterology and internal medicine clinics. Patients may describe these symptoms as postprandial fullness, early satiety, epigastric pain, or burning. The Roma V classification divides these complaints into two functional dyspepsia subtypes: Postprandial Distress Syndrome (PDS) and Epigastric Pain Syndrome (EPS).

The primary goal of clinical evaluation is to determine whether alarm features are present. Unintentional weight loss, dysphagia, gastrointestinal bleeding, anemia, and newly onset dyspepsia in individuals over 60 years of age require further investigation for possible organic disease. In patients younger than 50–60 years without alarm features, noninvasive testing for *Helicobacter pylori*, treatment according to test results, and empiric proton pump inhibitor (PPI) therapy are the main approaches. The aim of this section is to provide an evidence-based, Roma V-compatible, and patient-centered evaluation approach for patients presenting with dyspeptic symptoms.

Keywords: Dyspepsia, functional dyspepsia, disorders of gut-brain interaction, postprandial distress syndrome, epigastric pain syndrome, *Helicobacter pylori*.

KAYNAKLAR

1. Drossman DA, Chang L, Tack J, et al. Disorders of gut-brain interaction and the Roma V process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083–1098.
2. Törnblom H, Carbone F, Hasler WL, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2026;170(6). DOI: 10.1053/j.gastro.2025.10.021.
3. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG clinical guideline: management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(7):988–1013.
4. Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut*. 2022;71(9):1697–1723.
5. Moshiree B, Drossman D, Shaukat A. AGA clinical practice update on evaluation and management of belching, abdominal bloating, and distention: expert review. *Gastroenterology*. 2023;165(3):791–800.e3.
6. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724–1762.
7. Ford AC, Mahadeva S, Carbone MF, Lacy BE, Talley NJ. Functional dyspepsia. *Lancet*. 2020;396(10263):1689–1702.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dyspepsia and gastro-oesophageal reflux disease: investigation and management. Clinical guideline CG184. London: NICE; 2014 (updated 2019).
9. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1466–1479. [Roma III referansı için tarihsel bağlam]
10. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):17–44.

IRRİTABL BAĞIRSAK SENDROMU (IBS)

ÖZET

Irritabl bağırsak sendromu (IBS), tekrarlayan karın ağrısı ya da rahatsızlık hissiyle birlikte dışkılama alışkanlığında değişikliklerle karakterize, organik nedeni saptanamayan kronik bir beyin-bağırsak etkileşimi bozukluğudur (DGBI). Roma V kriterlerine göre semptomların en az üç aydır sürmesi ve son altı ay içinde başlamış olması gerekir.

IBS dört alt tipe ayrılır: kabızlık ağırlıklı (IBS-K), ishal ağırlıklı (IBS-İ), karışık (IBS-M) ve sınıflandırılmayan (IBS-S). Visseral aşırı duyarlılık, bağırsak motilite bozuklukları, mikrobiyota değişiklikleri, mukozal-immün işlev bozuklukları ve beyin-bağırsak iletişim değişiklikleri bir arada rol oynar.

Klinik değerlendirmede alarm bulgularının ayırt edilmesi temel önceliktir: dışkıda kan, gece uykudan uyandıran ağrı, istemsiz kilo kaybı, demir eksikliği anemisi, ailede kolorektal kanser/İBH öyküsü ve 50 yaş sonrası yeni başlangıç organik hastalık araştırmasını gerektirir. Bu bölümün amacı, IBS'li hastalarda kanıta dayalı, Roma V ile uyumlu, damgalayıcı olmayan ve hasta merkezli bir yaklaşım sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Irritabl bağırsak sendromu, IBS, beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları, visseral aşırı duyarlılık, Roma V, karın ağrısı, dışkılama bozuklukları

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic disorder of gut-brain interaction (DGBI) characterized by recurrent abdominal pain or discomfort associated with changes in bowel habits, without an identifiable organic cause. According to the Roma V criteria, symptoms must be present for at least three months and should have started within the previous six months.

IBS is classified into four subtypes: constipation-predominant (IBS-C), diarrhea-predominant (IBS-D), mixed type (IBS-M), and unclassified IBS (IBS-U). Multiple mechanisms are involved simultaneously, including visceral hypersensitivity, abnormalities in gastrointestinal motility, alterations in the gut microbiota, mucosal-immune dysfunction, and changes in gut-brain communication.

In clinical evaluation, identifying alarm features is the primary priority. Rectal bleeding, nocturnal pain that awakens the patient from sleep, unintentional weight loss, iron deficiency anemia, a family history of colorectal cancer or inflammatory bowel disease, and new-onset symptoms after the age of 50 warrant investigation for organic disease. The aim of this section is to provide an evidence-based, Roma V-compatible, non-stigmatizing, and patient-centered approach to the management of patients with IBS.

Keywords: Irritable bowel syndrome, IBS, disorders of gut-brain interaction, visceral hypersensitivity, Roma V, abdominal pain, bowel habits.

KAYNAKLAR

1. Drossman DA, Chang L, Tack J, et al. Disorders of gut-brain interaction and the Roma V process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083-1098.
2. Corsetti M, Shin A, Lacy BE, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2026;170(6). DOI: 10.1053/j.gastro.2025.10.022.
3. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):17-44.
4. Chang L, Lembo A, Sultan S. American Gastroenterological Association Institute technical review on the pharmacological management of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014;147(5):1149-1172.
5. Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, Camilleri M. Irritable bowel syndrome. *Lancet*. 2020;396(10263):1675-1688.
6. Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G, et al. Canadian Association of Gastroenterology clinical practice guideline for the management of irritable bowel syndrome. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2019;2(1):6-29.
7. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV criteria for colorectal disorders: implications for clinical practice. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(4):15.
8. McKenzie YA, Thompson J, Gulia P, Lomer MC; (IBS Dietetic Guideline Review Group on behalf of Gastroenterology Specialist Group of the British Dietetic Association). British Dietetic Association systematic review of systematic reviews and evidence-based practice guidelines for the use of probiotics in the management of irritable bowel syndrome in adults. *J Hum Nutr Diet*. 2016;29(5):576-592.
9. Staudacher HM, Whelan K. The low FODMAP diet: recent advances in understanding its mechanisms and efficacy in IBS. *Gut*. 2017;66(8):1517-1527.
10. Quigley EMM. Gut microbiota and the role of probiotics in therapy. *Curr Opin Pharmacol*. 2011;11(6):593-603.

İNCE BAĞIRSAKTA BAKTERİYEL AŞIRI ÇOĞALMA (SIBO)

ÖZET

İnce bağırsakta bakteriyel aşırı çoğalma (SIBO), ince bağırsakta normalde az sayıda bulunan bakterilerin anormal biçimde artmasıyla ortaya çıkan bir klinik tablodur. Klinik pratikte en yaygın kullanılan tanı eşiği proksimal ince bağırsak aspiratında $\geq 10^3$ KOB/mL bakteri üremesidir. Karın şişkinliği, gaz, ishal veya kabızlık, karın ağrısı, malabsorbsiyon ve kilo kaybı gibi nonspesifik belirtilerle karşımıza çıkar.

SIBO; IBS, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, çölyak hastalığı ve kronik pankreatit gibi pek çok gastrointestinal durumla örtüşebilir ya da birlikte seyredebilir. Nefes testleriyle tanı koymak titiz hazırlık ve yorumlama gerektirir; yanlış pozitif/negatif sonuç riski önem taşır. Rifaksimin başta olmak üzere uygun antibiyotik tedavisiyle yanıt alınabilmekle birlikte, altta yatan neden düzeltilmeden nüks riski yüksek kalmaktadır.

Bu bölümün amacı; SIBO'nun tanımı, risk faktörleri, tanısal algoritması, tedavi seçenekleri ve hasta iletişimine yönelik kanıta dayalı, güncel kılavuzlarla uyumlu bir protokol sunmaktır.

Anahtar kelimeler: İnce bağırsakta bakteriyel aşırı çoğalma, SIBO, nefes testi, rifaksimin, malabsorbsiyon, bağırsak motilitesi, intestinal metanojen aşırı çoğalması, IMO

ABSTRACT

Small intestinal bacterial overgrowth (SIBO) is a clinical condition characterized by an abnormal increase in the number of bacteria normally present in low concentrations within the small intestine. In clinical practice, the most widely accepted diagnostic threshold is the growth of $\geq 10^3$ CFU/mL bacteria in proximal small bowel aspirate cultures. Patients commonly present with nonspecific symptoms such as abdominal bloating, excessive gas, diarrhea or constipation, abdominal pain, malabsorption, and weight loss.

SIBO may overlap with or coexist alongside many gastrointestinal disorders, including IBS, inflammatory bowel disease, celiac disease, and chronic pancreatitis. Diagnosis using breath tests requires meticulous preparation and careful interpretation, as false-positive and false-negative results are important limitations. Although appropriate antibiotic therapy—particularly rifaximin—can lead to symptom improvement, recurrence rates remain high unless the underlying predisposing condition is adequately addressed.

The aim of this section is to provide an evidence-based protocol consistent with current clinical guidelines regarding the definition of SIBO, associated risk factors, diagnostic algorithms, treatment options, and effective patient communication strategies.

Keywords: Small intestinal bacterial overgrowth, SIBO, breath test, rifaximin, malabsorption, intestinal motility, intestinal methanogen overgrowth, IMO.

KAYNAKLAR

1. Pimentel M, Saad RJ, Long MD, Rao SSC. ACG Clinical Guideline: Small Intestinal Bacterial Overgrowth. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(2):165–178.
2. Quigley EMM, Murray JA, Pimentel M. AGA Clinical Practice Update on Small Intestinal Bacterial Overgrowth: Expert Review. *Gastroenterology*. 2020;159(4):1526–1532.
3. Rezaie A, Buresi M, Lembo A, et al. Hydrogen and Methane-Based Breath Testing in Gastrointestinal Disorders: The North American Consensus. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(5):775–784.
4. Cangemi DJ, Lacy BE. Small intestinal bacterial overgrowth: myths and misconceptions. *Curr Opin Gastroenterol*. 2023;39(3):182–187.
5. Ghoshal UC, Shukla R, Ghoshal U. Small Intestinal Bacterial Overgrowth and Irritable Bowel Syndrome. *Gut Liver*. 2017;11(2):196–208.
6. Takakura W, Pimentel M. Small Intestinal Bacterial Overgrowth and Irritable Bowel Syndrome — An Update. *Front Psychiatry*. 2020;11:664.
7. Staudacher HM, Whelan K. The low FODMAP diet: recent advances in understanding its mechanisms and efficacy in IBS. *Gut*. 2017;66(8):1517–1527.

ÇÖLYAK HASTALIĞI

ÖZET

Çölyak hastalığı (CeD), buğday, arpa ve çavdarda bulunan gluten proteinlerine karşı kalıcı immün aracılı bir yanıt sonucu ince bağırsak mukozasında hasar ve malabsorbsiyonla karakterize sistemik bir otoimmün hastalıktır. Genetik yatkınlık (HLA-DQ2 veya HLA-DQ8 haplotipleri) taşıyan bireylerde glutene maruziyet T hücresi aracılığıyla inflamasyona ve Marsh sınıflamasıyla derecelendirilen villus atrofisine yol açar. Klinik tablo klasik malabsorbsiyondan tamamen asemptomatik tabloya kadar geniş bir yelpazeye yayılır.

Tanı; serolojik testler (anti-tTG IgA + total IgA) ve duodenum biyopsisinin birlikte yorumlanmasına dayanır. ACG 2023 ve EScCD 2025 kılavuzları, anti-tTG IgA düzeyi normalin üst sınırının 10 katı ve üzerinde olan, EMA pozitifliği doğrulanmış olgularda biyopsisiz tanı seçeneğini tanımlamaktadır. Tek ve kesintisiz etkin tedavi ömür boyu tam glutensiz diyet (GFD) uygulamasıdır.

Son yıllarda glutenaz enzimleri (latiglutenase, zamaglutinase), TG2 inhibitörü (ZED1227), IL-15 blokeri (CALY-002) ve immün tolerans indüktörleri (KAN-101) gibi GFD'ye ek veya alternatif tedavi adayları faz 1-2 klinik araştırmalarda incelenmektedir; ancak hiçbiri henüz onaylanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Çölyak hastalığı, gluten enteropatisi, glutensiz diyet, anti-doku transglutaminaz, HLA-DQ2/DQ8, villus atrofisi, Marsh sınıflaması, refakter çölyak

ABSTRACT

Celiac disease (CeD) is a systemic autoimmune disorder characterized by small intestinal mucosal injury and malabsorption resulting from a persistent immune-mediated response to gluten proteins found in wheat, barley, and rye. In genetically predisposed individuals carrying the HLA-DQ2 or HLA-DQ8 haplotypes, exposure to gluten triggers T-cell-mediated inflammation and villous atrophy graded according to the Marsh classification. The clinical presentation ranges widely from classic malabsorption syndromes to completely asymptomatic disease.

Diagnosis is based on the combined interpretation of serologic testing (anti-tTG IgA together with total IgA levels) and duodenal biopsy findings. The ACG 2023 and EScCD 2025 guidelines define a biopsy-free diagnostic approach in selected patients with anti-tTG IgA levels at least 10 times the upper limit of normal and confirmed EMA positivity. The only proven effective treatment is a strict lifelong gluten-free diet (GFD).

In recent years, several adjunctive or alternative therapeutic candidates to GFD have been investigated in phase 1-2 clinical trials, including glutenase enzymes (latiglutenase, zamaglutinase), the TG2 inhibitor ZED1227, the IL-15 blocker CALY-002, and immune tolerance inducers such as KAN-101. However, none of these therapies has yet received regulatory approval.

Keywords: Celiac disease, gluten-sensitive enteropathy, gluten-free diet, anti-tissue transglutaminase, HLA-DQ2/DQ8, villous atrophy, Marsh classification, refractory celiac disease.

KAYNAKLAR

1. Rubio-Tapia A, Hill ID, Semrad C, et al. ACG Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. *Am J Gastroenterol*. 2023;118(1):59–76.
2. Al-Toma A, Zingone F, Branchi F, et al. ESsCD 2025 Updated Guidelines on Celiac Disease in Adults. Part 1: Diagnostic Approach. *United European Gastroenterol J*. 2025;13(10):1855–1886.
3. Al-Toma A, Zingone F, Branchi F, et al. ESsCD 2025 Updated Guidelines on Celiac Disease in Adults. Part 2: Management, Follow-Up, and Complex Disease Courses. *United European Gastroenterol J*. 2026.
4. Lebowitz B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. *Lancet*. 2018;391(10115):70–81.
5. Schuppan D, Mäki M, Lundin KEA, et al. A Randomized Trial of a Transglutaminase 2 Inhibitor for Celiac Disease. *N Engl J Med*. 2021;385(1):35–45.
6. Fasano A, Catassi C. Clinical practice. Celiac disease. *N Engl J Med*. 2012;367(25):2419–2426.
7. Tye-Din JA. Evolution in coeliac disease diagnosis and management. *JGH Open*. 2024;8(7):e13107.
8. Papadopoulos N, Wijmenga C, Trynka G. New therapies in celiac disease. *Curr Opin Gastroenterol*. 2025;41(3):198–205.
9. Lundin KEA, Lebowitz B. Refractory coeliac disease. *J Intern Med*. 2015;277(5):543–554.

LAKTOZ İNTOLERANSI VE KARBONHİDRAT EMİLİM BOZUKLUKLARI

ÖZET

Laktoz intoleransı ve diğer karbonhidrat emilim bozuklukları, gastroenteroloji ve birinci basamak pratikte en sık karşılaşılan diyet kaynaklı gastrointestinal yakınma nedenlerinden birini oluşturur. Bu başlık altında birbirinden farklı patogeneze sahip birçok durum yer alır: laktoz malabsorbsiyonu ve intoleransı, fruktoz malabsorbsiyonu, fruktanlar dahil diğer FODMAP bileşenlerine bağlı semptomlar ve karbonhidrat emilimini bozan ikincil nedenler.

Laktoz malabsorbsiyonu, laktaz enziminin yetersizliği nedeniyle laktozun ince bağırsak düzeyinde emilememesidir; laktoz intoleransı ise buna ikincil gelişen gastrointestinal semptomları tanımlar. Bu iki kavram sıklıkla karıştırılmakta ve malabsorbsiyon saptanan her kişiye süt ürünlerini tamamen kesmesi önerilmektedir. Oysa kanıta dayalı yaklaşım dozun önemini vurgular: çoğu hasta 12 grama kadar laktozu (yaklaşık bir bardak süt) tolere edebilir; gereksiz kısıtlama kalsiyum ve D vitamini eksikliği ile osteoporoz riskini artırabilir.

Bu bölümün amacı; laktoz intoleransı, fruktoz malabsorbsiyonu ve geniş FODMAP çerçevesindeki diğer karbonhidrat emilim bozukluklarının klinik değerlendirilmesi, tanı testleri ve diyetisyen-klinisyen birliği gerektiren tedavi yaklaşımını güncel kanıtlar ışığında sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Laktoz intoleransı, laktoz malabsorbsiyonu, fruktoz malabsorbsiyonu, FODMAP, nefes testi, laktaz eksikliği, fruktanlar, karbonhidrat emilim bozukluğu, düşük FODMAP diyeti

ABSTRACT

Lactose intolerance and other carbohydrate malabsorption disorders represent one of the most common diet-related causes of gastrointestinal complaints encountered in gastroenterology and primary care practice. This category includes several conditions with distinct pathophysiological mechanisms, such as lactose malabsorption and intolerance, fructose malabsorption, symptoms related to other FODMAP components including fructans, and secondary disorders that impair carbohydrate absorption.

Lactose malabsorption refers to the inability to adequately absorb lactose in the small intestine due to lactase enzyme deficiency, whereas lactose intolerance describes the gastrointestinal symptoms that develop secondary to this malabsorption. These two concepts are frequently confused, and many individuals diagnosed with malabsorption are unnecessarily advised to completely avoid dairy products. However, evidence-based approaches emphasize the importance of dosage: most patients can tolerate up to 12 grams of lactose (approximately one glass of milk). Unnecessary dietary restriction may increase the risk of calcium and vitamin D deficiency as well as osteoporosis.

The aim of this section is to provide an up-to-date, evidence-based overview of the clinical evaluation, diagnostic testing, and multidisciplinary treatment approach—requiring collaboration between clinicians and dietitians—for lactose intolerance, fructose malabsorption, and other carbohydrate absorption disorders within the broader FODMAP framework.

Keywords: Lactose intolerance, lactose malabsorption, fructose malabsorption, FODMAP, hydrogen breath test, lactase deficiency, fructans, carbohydrate malabsorption, low FODMAP diet.

KAYNAKLAR

1. Misselwitz B, Butter M, Verbeke K, Fox MR. Update on lactose malabsorption and intolerance. *Gut*. 2019;68(11):2080–2091.
2. Suchy FJ, Brannon PM, Carpenter TO, et al. NIH Consensus Development Conference Statement: Lactose Intolerance and Health. *NIH Consens State Sci Statements*. 2010;27(2):1–27.
3. Staudacher HM, Whelan K. The low FODMAP diet: recent advances in understanding its mechanisms and efficacy in IBS. *Gut*. 2017;66(8):1517–1527.
4. Gibson PR, Shepherd SJ. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010;25(2):252–258.
5. Rezaie A, Buresi M, Lembo A, et al. Hydrogen and Methane-Based Breath Testing in Gastrointestinal Disorders: The North American Consensus. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(5):775–784.
6. Lomer MC, Parkes GC, Sanderson JD. Lactose intolerance in clinical practice — myths and realities. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27(2):93–103.
7. Tuck CJ, Muir JG, Barrett JS, Gibson PR. Fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols: role in irritable bowel syndrome. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014;8(7):819–834.
8. Shepherd SJ, Parker FC, Muir JG, Gibson PR. Dietary triggers of abdominal symptoms in patients with IBS. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008;6(7):765–771.

ÜLSERATİF KOLİT VE CROHN HASTALIĞI

ÖZET

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH); ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığını kapsayan, bağırsak duvarında kronik immün aracılı inflamasyonla karakterize, tekrarlayan atak ve remisyon dönemleriyle seyreden sistemik hastalıklardır. ÜK yalnızca kolonu tutar, mukoza ve submukozayla sınırlıdır; rektumdan başlayarak proksimale sürekli yayılır. Crohn hastalığı ise ağızdan anüse kadar GİS'in herhangi bir bölümünü transmural olarak tutabilir ve tutulum atlayıcı karakterdedir.

Her iki hastalıkta da genetik yatkınlık, bağırsak mikrobiyotası değişiklikleri, mukozal bariyer bozulması ve yanlış yönlendirilmiş immün yanıtın bir arada rol oynadığı çok faktörlü bir patogeneze söz konusudur. Tanı; endoskopi, biyopsi, görüntüleme ve biyokimyasal belirteçlerin birlikte değerlendirilmesine dayanır. Tedavi hastalığın tipine, tutulum alanına, şiddetine ve hastanın bireysel özelliklerine göre aminosalisilat, kortikosteroid, immünomodülatör ve biyolojik/küçük molekül ajanlarla basamaklı planlanır.

İBH ömür boyu süregelen bir hastalıktır; ancak uygun tedaviyle remisyon sağlanabilmekte, yaşam kalitesi korunabilmekte ve uzun dönem komplikasyonlar önlenabilmektedir. Bu bölümün amacı; ÜK ve Crohn hastalığının klinik değerlendirilmesi, güncel tedavi yaklaşımları ve hasta iletişimine yönelik kanıta dayalı, damgalayıcı olmayan bir protokol sunmaktır.

Anahtar kelimeler: İnflamatuvar bağırsak hastalığı, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, remisyon, atak, biyolojik tedavi, mukozal iyileşme, kolorektal kanser taraması, İBH

ABSTRACT

Inflammatory bowel diseases (IBD) are systemic conditions characterized by chronic immune-mediated inflammation of the intestinal wall, encompassing ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease, and following a course of recurring flares and remissions. UC affects only the colon, is limited to the mucosa and submucosa, and spreads continuously from the rectum proximally. Crohn's disease, by contrast, can involve any segment of the gastrointestinal tract from mouth to anus in a transmural fashion, with a characteristically skip-lesion pattern.

In both conditions, the pathogenesis is multifactorial, involving genetic susceptibility, alterations in the intestinal microbiota, disruption of the mucosal barrier, and misdirected immune responses acting in concert. Diagnosis is based on the integrated assessment of endoscopy, biopsy, imaging, and biochemical markers. Treatment is planned in a stepwise manner according to disease type, extent of involvement, severity, and individual patient characteristics, utilizing aminosalicylates, corticosteroids, immunomodulators, and biological or small-molecule agents.

IBD is a lifelong condition; however, with appropriate treatment, remission can be achieved, quality of life preserved, and long-term complications prevented. The aim of this section is to present an evidence-based, non-stigmatizing protocol for the clinical assessment of UC and Crohn's disease, current treatment approaches, and patient communication.

Keywords: Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, remission, flare, biological therapy, mucosal healing, colorectal cancer surveillance, IBD.

KAYNAKLAR

1. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(3):384–413.
2. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481–517. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. *J Crohns Colitis*. 2017;11(6):649–670.
3. Torres J, Bonovas S, Doherty G, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2020;14(1):4–22.
4. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD). *Gastroenterology*. 2021;160(5):1570–1583.
5. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2017;389(10080):1756–1770.
6. Roda G, Chien Ng S, Kotze PG, et al. Crohn's disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):22.
7. Gomollón F, Dignass A, Annese V, et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016. *J Crohns Colitis*. 2017;11(1):3–25.
8. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis*. 2017;11(6):649–670.
9. Veauthier B, Hornecker JR. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2018;98(11):661–669.

DİVERTİKÜLER HASTALIK VE DİVERTİKÜLİT

ÖZET

Divertiküler hastalık; kolonun duvarında oluşan kese benzeri çıkıntılarının (divertikül) varlığıyla karakterize, yaşla birlikte prevalansı artan yaygın bir gastrointestinal durumdur. Bu çıkıntılarının büyük çoğunluğu asemptomatik kalır (divertikülozis); ancak bir bölümünde inflamasyon ve enfeksiyon gelişerek divertikülit tablosuna yol açar. Batı toplumlarında 60 yaş üzeri bireylerin yaklaşık yarısında divertikül saptanmaktadır.

Divertikülit; komplike olmayan (peridivertiküler inflamasyon, apse veya perforasyon yok) ve komplike (apse, perforasyon, fistül veya obstrüksiyon eşliğinde) olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Güncel randomize çalışmalar, komplike olmayan divertikülitte bağırsıklığı sağlam ve düşük riskli hastalarda antibiyotiksiz konservatif yönetimin güvenli ve etkili olduğunu ortaya koymuştur. Komplike divertikülitte ise hastane yatışı, intravenöz antibiyotik ve gerektiğinde girişimsel ya da cerrahi müdahale zorunludur.

Divertiküler kanama, genellikle ağrısız başlayan ve kendiliğinden durabilen masif alt GİS kanaması tablosudur; aktif kanamanın devamı kolonoskopik, anjiyografik veya cerrahi müdahale gerektirir. Bu bölümün amacı; divertiküler hastalık spektrumunun klinik değerlendirilmesi, güncel kılavuzlarla uyumlu tedavi yaklaşımları ve hasta iletişimine yönelik kanıta dayalı bir protokol sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Divertiküler hastalık, divertikülit, divertikülozis, komplike divertikülit, divertiküler kanama, Hinchey sınıflaması, kolon divertikülü, yüksek lifli diyet

ABSTRACT

Diverticular disease is a common gastrointestinal condition characterized by the presence of pouch-like protrusions (diverticula) in the wall of the colon, with a prevalence that increases with age. The majority of these protrusions remain asymptomatic (diverticulosis); however, a proportion develop inflammation and infection, giving rise to diverticulitis. In Western societies, diverticula are detected in approximately half of individuals over the age of 60.

Diverticulitis is classified into two main groups: uncomplicated (without peridiverticular inflammation, abscess, or perforation) and complicated (accompanied by abscess, perforation, fistula, or obstruction). Recent randomized trials have demonstrated that antibiotic-free conservative management is safe and effective in immunocompetent, low-risk patients with uncomplicated diverticulitis. In complicated diverticulitis, hospitalization, intravenous antibiotics, and, where necessary, interventional or surgical management are required.

Diverticular bleeding is a presentation of massive lower gastrointestinal hemorrhage that typically begins painlessly and may cease spontaneously; continuation of active bleeding necessitates colonoscopic, angiographic, or surgical intervention. The aim of this section is to present an evidence-based protocol for the clinical assessment of the diverticular disease spectrum, treatment approaches aligned with current guidelines, and patient communication.

Keywords: Diverticular disease, diverticulitis, diverticulosis, complicated diverticulitis, diverticular bleeding, Hinchey classification, colonic diverticulum, high-fiber diet.

KAYNAKLAR

1. Feuerstein JD, Falchuk KR. Diverticulosis and Diverticulitis. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(8):1094–1104.
2. Stollman N, Smalley W, Hirano I; AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology.* 2015;149(7):1944–1949.
3. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review. *Gastroenterology.* 2021;160(3):906–911.
4. Chabok A, Pählman L, Hjern F, Haapaniemi S, Smedh K; AVOD Study Group. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg.* 2012;99(4):532–539.
5. Daniels L, Unlü Ç, de Korte N, et al; DIABOLO Study Group. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *Br J Surg.* 2017;104(1):52–61.
6. Schultz JK, Yaqub S, Wallon C, et al; SCANDIV Study Group. Laparoscopic Lavage vs Primary Resection for Acute Perforated Diverticulitis: The SCANDIV Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2015;314(13):1364–1375.
7. Strate LL, Liu YL, Syngal S, Aldoori WH, Giovannucci EL. Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease. *JAMA.* 2008;300(8):907–914.
8. Rezapour M, Ali S, Stollman N. Diverticular Disease: An Update on Pathogenesis and Management. *Gut Liver.* 2018;12(2):125–132.
9. Hall J, Hardiman K, Lee S, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2020;63(6):728–747.
10. Lanás A, Abad-Baroja D, Lanás-Gimeno A. Progress and challenges in the management of diverticular disease: which treatment? *Therap Adv Gastroenterol.* 2018;11:1756284818771305.

HEMOROIDAL HASTALIKLAR

ÖZET

Hemoroidal hastalık, anal kanal ve alt rektumda bulunan vasküler yastık dokusunun (hemoroidal pleksus) patolojik büyümesi, kayması veya prolapsuyla karakterize yaygın bir anorektal durumdur. Rektal kanama ve anal bölge rahatsızlığının en sık nedeni olan hemoroidler, genel popülasyonun yaklaşık %40-50'sini etkiler; ancak bunların yalnızca bir bölümü semptomatik hale gelerek tıbbi yardım gerektirir.

İç hemoroidler anal kanaldaki mukozal yastıklardan, dış hemoroidler ise anal verge'in dışındaki deri altı vasküler pleksusundan kaynaklanır. Sınıflandırma derece sistemine (Derece I-IV) dayanır ve tedavi seçimini doğrudan yönlendirir. Yaşam tarzı değişiklikleri ve medikal tedavi hafif-orta semptomları büyük ölçüde kontrol altına alırken; büro prosedürleri (lastik bant ligasyonu, skleroterapi, kızılötesi koagülasyon) ve gerektiğinde cerrahi hemoroidektomi ileri evre hastalıkta etkili seçeneklerdir.

Bu bölümdeki en kritik klinik mesaj şudur: Rektal kanama hemoroide bağlansa bile, özellikle 50 yaş üzeri hastalarda ve alarm bulgusu varlığında kolorektal kanser dışlanmadan 'hemoroid kanaması' olarak değerlendirme yapılmamalıdır. Bu bölümün amacı; hemoroidal hastalığın tanımı, sınıflandırılması, klinik değerlendirmesi, tedavi seçenekleri ve hasta iletişimine yönelik güncel ve kanıta dayalı bir protokol sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Hemoroid, hemoroidal hastalık, rektal kanama, iç hemoroid, dış hemoroid, lastik bant ligasyonu, hemoroidektomi, tromboze hemoroid, anal prolapsus

ABSTRACT

Hemorrhoidal disease is a common anorectal condition characterized by pathological growth, displacement, or prolapse of the vascular cushion tissue (hemorrhoidal plexus) located in the anal canal and lower rectum. Hemorrhoids, the most frequent cause of rectal bleeding and anal discomfort, affect approximately 40-50% of the general population; however, only a fraction of these become symptomatic and require medical attention.

Internal hemorrhoids originate from the mucosal cushions in the anal canal, while external hemorrhoids originate from the subcutaneous vascular plexus outside the anal verge. Classification is based on a grade system (Grade I-IV) and directly guides treatment choice. Lifestyle changes and medical treatment largely control mild to moderate symptoms, while office procedures (rubber band ligation, sclerotherapy, infrared coagulation) and, if necessary, surgical hemorrhoidectomy are effective options in advanced disease. The most critical clinical message in this section is: even if rectal bleeding is attributed to hemorrhoids, it should not be evaluated as 'hemorrhoidal bleeding' without ruling out colorectal cancer, especially in patients over 50 years of age and in the presence of alarming signs. This section aims to present a current, evidence-based protocol for the definition, classification, clinical evaluation, treatment options, and patient communication for hemorrhoidal disease.

Keywords: Hemorrhoid, hemorrhoidal disease, rectal bleeding, internal hemorrhoid, external hemorrhoid, rubber band ligation, hemorrhoidectomy, thrombosed hemorrhoid, anal prolapse.

KAYNAKLAR

1. Sandler RS, Peery AF. Rethinking What We Know About Hemorrhoids. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17(1):8–15.
2. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol.* 2012;18(17):2009–2017.
3. Mounsey AL, Henry SL. Clinical inquiries. Do fiber supplements relieve symptoms of hemorrhoidal disease? *J Fam Pract.* 2011;60(10):613–614.
4. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* 2018;61(3):284–292.
5. Simillis C, Thoukididou SN, Slessor AA, Rasheed S, Tan E, Tekkis PP. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. *Br J Surg.* 2015;102(13):1603–1618.
6. Gaj F, Trecca A. Hemorrhoidal disease and rectal prolapse in elderly patients: assessment of treatment outcomes. *Chir Ital.* 2005;57(3):349–353.
7. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg.* 1997;40(1):14–17.
8. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(1):181–188.
9. Halverson AL. Hemorrhoids. *Clin Colon Rectal Surg.* 2007;20(2):77–85.
10. Misra MC. Drug treatment of haemorrhoids. *Drugs.* 2005;65(11):1481–1491.

ANAL FİSSÜR, ANAL FİSTÜL VE PERİANAL HASTALIKLAR

ÖZET

Anal fissür, anal fistül ve perirektal apse; gastroenteroloji ve kolorektal cerrahi pratiğinde sıkça karşılaşılan, hastanın yaşam kalitesini belirgin biçimde etkileyen anorektal patolojilerdir. Semptomlar — özellikle ağrı ve akıntı — genellikle utanç kaygısıyla gizlendiğinden tanıya gecikilmektedir; oysa erken değerlendirme hem tedaviyi kolaylaştırır hem de ciddi komplikasyonları önler.

Anal fissür; anal kanal mukozasında, büyük çoğunluğu arka orta hatta yerleşen lineer bir yırtıktır. Dışkılama sırasında keskin, yanıcı ağrı ve az miktarda parlak kırmızı kanama tipik sunumdur. Kronik fissürde iç sfinkter spazmı iyileşmeyi zorlaştırır; topikal tedaviler, kimyasal sfinkterotomi ve gerektiğinde cerrahi sfinkterotomi tedavi seçenekleridir. Perirektal apse, kriptoglandüler enfeksiyonun yayılmasıyla gelişen pü birikimidir; acil cerrahi drenaj zorunludur. Anal fistül çoğunlukla apse drenajı sonrasında veya kendiliğinden açılan bir apseden gelişen kronik bir kanal şeklindedir. Crohn hastalığıyla ilişkili fistüller ayrı bir klinik kategori oluşturur ve çoğunlukla medikal tedavi (biyolojikler) ile cerrahi kombinasyonunu gerektirir.

Bu bölümün amacı; anal fissür, perirektal apse, anal fistül, pilonidal sinüs ve diğer yaygın perianal patolojilerin klinik değerlendirilmesi, güncel tedavi yaklaşımları ve hasta iletişimine yönelik kanıta dayalı bir protokol sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Anal fissür, anal fistül, perirektal apse, perianal hastalık, sfinkterotomi, seton, Crohn fistülü, pilonidal sinüs, kriptoglandüler enfeksiyon, anorektal patoloji

ABSTRACT

Anal fissure, anal fistula, and perirectal abscess are anorectal pathologies frequently encountered in gastroenterology and colorectal surgery practice that significantly impact the patient's quality of life. Symptoms — particularly pain and discharge — are often concealed due to feelings of embarrassment, leading to delayed diagnosis; yet early evaluation both facilitates treatment and prevents serious complications.

An anal fissure is a linear tear in the anal canal mucosa, located in the posterior midline in the vast majority of cases. Sharp, burning pain during defecation accompanied by a small amount of bright red bleeding is the typical presentation. In chronic fissures, internal sphincter spasm impairs healing; treatment options include topical agents, chemical sphincterotomy, and surgical sphincterotomy when indicated. A perirectal abscess is a collection of pus that develops through the spread of cryptoglandular infection and requires urgent surgical drainage. An anal fistula most commonly presents as a chronic tract developing after abscess drainage or from a spontaneously draining abscess. Fistulas associated with Crohn's disease constitute a distinct clinical category and typically require a combination of medical therapy (biologics) and surgery.

The aim of this section is to present an evidence-based protocol for the clinical assessment of anal fissure, perirectal abscess, anal fistula, pilonidal sinus, and other common perianal pathologies, along with current treatment approaches and patient communication.

Keywords: Anal fissure, anal fistula, perirectal abscess, perianal disease, sphincterotomy, seton, Crohn's fistula, pilonidal sinus, cryptoglandular infection, anorectal pathology.

KAYNAKLAR

1. Davids JS, Hawkins AT, Bhama AR, ve ark. ASCRS Clinical Practice Guidelines for the Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(2):190-199 (PMID 36321851).
2. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, ve ark. ASCRS... Ano-rectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2022;65(8):964-985 (PMID 35732009).
3. Gecse KB, Bemelman W, Kamm MA, et al. A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease. *Gut*. 2014;63(9):1381-1392.
4. Hvas CL, Dahlerup JF, Jacobsen BA, et al. Diagnosis and treatment of fistulising Crohn's disease. *Dan Med J*. 2011;58(10):C4338.
5. Madalinski MH. Identifying the best therapy for chronic anal fissure. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2011;2(2):9-16.
6. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD; Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(12):1465-1474.
7. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg*. 1976;63(1):1-12.
8. Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med*. 2004;350(9):876-885.
9. Bosman FT, et al. WHO Classification of Tumours of the Digestive System. 5th ed. Lyon: IARC Press; 2019. (Anal kanal tümörleri bölümü)
10. Faucheron JL, Voirin D, Badic B. Surgery for anal fistula. *J Visc Surg*. 2010;147(5):e267-e274.
11. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, et al. ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(10):1987-2008.

SAFRA KESESİ TAŞLARI VE SAFRA YOLU TAŞLARI

ÖZET

Safra kesesi taşları (kolelitiazis) ve safra yolu taşları (koledokolitiazis), dünya genelinde en sık görülen hepatobiliyer hastalıklar arasında yer almakta olup önemli morbidite ve sağlık hizmeti yükü oluşturmaktadır. Hastalık asemptomatik seyir gösterebileceği gibi biliyer kolik, akut kolesistit, koledokolitiazis, akut kolanjit ve safra taşı pankreatiti gibi ciddi komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Safra taşı oluşumunda genetik yatkınlık, yaş, kadın cinsiyet, obezite, metabolik sendrom, diyabet, gebelik ve hızlı kilo kaybı gibi çok sayıda risk faktörü rol oynamaktadır. Ultrasonografi tanıda ilk basamak görüntüleme yöntemi olup, koledok taşı şüphesi bulunan hastalarda manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP) ve endoskopik ultrasonografi (EUS) yüksek tanısal doğruluk sağlamaktadır. Günümüzde endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) esas olarak terapötik amaçla kullanılmakta ve özellikle koledokolitiazis ile akut kolanjit tedavisinde temel girişimsel yöntem olarak kabul edilmektedir. Semptomatik safra taşı hastalığında laparoskopik kolesistektomi standart tedavi yaklaşımıdır. Hastaların uygun şekilde değerlendirilmesi, komplikasyonların erken tanınması ve güncel kılavuzlara uygun tedavi stratejilerinin uygulanması morbidite ve mortalitenin azaltılmasında kritik öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: Safra kesesi taşı, Kolelitiazis, Koledokolitiazis, Akut kolanjit, Akut kolesistit, Safra taşı pankreatiti, ERCP, EUS, MRCP

ABSTRACT

Gallbladder stones (cholelithiasis) and common bile duct stones (choledocholithiasis) are among the most prevalent hepatobiliary disorders worldwide and represent a significant source of morbidity and healthcare burden. Although many patients remain asymptomatic, gallstone disease may lead to serious complications including biliary colic, acute cholecystitis, choledocholithiasis, acute cholangitis, and gallstone pancreatitis. Multiple factors contribute to stone formation, including genetic predisposition, advanced age, female sex, obesity, metabolic syndrome, diabetes mellitus, pregnancy, and rapid weight loss. Ultrasonography remains the first-line imaging modality for diagnosis, whereas magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and endoscopic ultrasonography (EUS) provide high diagnostic accuracy in patients with suspected common bile duct stones. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is currently used primarily as a therapeutic procedure and remains the cornerstone of management for choledocholithiasis and acute cholangitis. Laparoscopic cholecystectomy is the standard treatment for symptomatic gallstone disease. Appropriate patient evaluation, early recognition of complications, and adherence to contemporary guideline-based management strategies are essential for reducing disease-related morbidity and mortality.

Keywords: Gallstones, Cholelithiasis, Choledocholithiasis, Acute cholangitis, Acute cholecystitis, Gallstone pancreatitis, ERCP, EUS, MRCP.

KAYNAKLAR

1. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol*. 2016;65(1):146-181.
2. Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, Sultan S, et al; ASGE Standards of Practice Committee. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc*. 2019;89(6):1075-1105.e15.
3. Williams E, Beckingham I, El Sayed G, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut*. 2017;66(5):765-782.
4. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):41-54.
5. Mayumi T, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):96-100.
6. Miura F, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):31-40.
7. Baron TH, Lee JG. Gallstones and common bile duct stones in adults. Waltham (MA): UpToDate; 2026.
8. Baron TH, Kozarek RA. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): indications, patient preparation and complications. Waltham (MA): UpToDate; 2026.
9. Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, et al; ASGE Standards of Practice Committee. Adverse events associated with ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2017;85(1):32-47.
10. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2020;52(2):127-149.
11. Manes G, Paspatis G, Aabakken L, et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2019;51(5):472-491.
12. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2025.
13. Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.
14. Chandrasekhara V, Muthusamy VR, Maranki JL, et al, eds. *Clinical Gastrointestinal Endoscopy*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2025.
15. Ekici R, Polat YH. Safra kesesi ve safra yolu taş hastalıkları. In: Yüksel M, Köseoğlu HT, Yeşil B, eds. *Gastroenteroloji*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2025.

AKUT VE KRONİK PANKREATİT

ÖZET

Akut pankreatit ve kronik pankreatit, pankreasın inflamatuvar hastalıkları arasında en önemli klinik tabloları oluşturmaktadır. Akut pankreatit, hafif ve kendini sınırlayan bir hastalıktan çoklu organ yetmezliği ve ölümlle sonuçlanabilen ağır bir tabloya kadar geniş bir klinik spektrum gösterebilir. En sık nedenler safra taşları ve alkol kullanımı olup hipertrigliseridemi, ilaçlar, genetik faktörler ve post-ERCP pankreatiti diğer önemli etiyolojik nedenler arasında yer almaktadır. Tanı tipik karın ağrısı, serum lipaz veya amilaz yüksekliği ve görüntüleme bulgularına dayanmaktadır. Güncel yaklaşım kontrollü sıvı tedavisi, erken enteral beslenme ve komplikasyonların uygun yönetimini içermektedir. Nekrotizan pankreatitte step-up yaklaşımı, EUS eşliğinde drenaj ve endoskopik nekrozektomi günümüzde standart tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Kronik pankreatit ise geri dönüşümsüz pankreatik fibrozis ile karakterize olup kronik ağrı, ekzokrin pankreatik yetmezlik, pankreatojenik diyabet ve yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya neden olmaktadır. Hastaların multidisipliner değerlendirilmesi, komplikasyonların erken tanınması ve güncel kılavuzlara uygun yönetimi morbidite ve mortalitenin azaltılmasında temel rol oynamaktadır.

Anahtar kelimeler: Akut pankreatit, Kronik pankreatit, Nekrotizan pankreatit, Walled-off nekroz, Endoskopik nekrozektomi, Ekzokrin pankreatik yetmezlik, Otoimmün pankreatit

ABSTRACT

Acute and chronic pancreatitis represent the most important inflammatory disorders of the pancreas. Acute pancreatitis may range from a mild self-limiting disease to a severe systemic condition associated with persistent organ failure and death. Gallstones and alcohol consumption are the leading etiologies, while hypertriglyceridemia, medications, genetic disorders, and post-ERCP pancreatitis are other important causes. Diagnosis is based on characteristic abdominal pain, elevated pancreatic enzymes, and imaging findings. Contemporary management includes goal-directed fluid resuscitation, early enteral nutrition, and appropriate treatment of complications. In necrotizing pancreatitis, the step-up approach, EUS-guided drainage, and endoscopic necrosectomy have become standard therapeutic strategies. Chronic pancreatitis is characterized by irreversible pancreatic fibrosis and may result in chronic pain, exocrine pancreatic insufficiency, pancreatogenic diabetes, and significant impairment in quality of life. Multidisciplinary management, early recognition of complications, and adherence to current guideline-based recommendations are essential for improving patient outcomes and reducing disease-related morbidity and mortality.

Keywords: Acute pancreatitis, Chronic pancreatitis, Necrotizing pancreatitis, Walled-off necrosis, Endoscopic necrosectomy, Exocrine pancreatic insufficiency, Autoimmune pancreatitis.

KAYNAKLAR

1. Tenner S, Vege SS, Sheth SG, Sauer B, Yang A, Conwell DL, et al. American College of Gastroenterology guidelines: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2024;119(3):419-437.
2. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. AGA clinical practice update: management of pancreatic necrosis: expert review. *Gastroenterology*. 2020;158(1):67-75.e1.
3. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol*. 2013;13(4 Suppl 2):e1-e15.
4. Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J, et al. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: ESGE evidence-based multidisciplinary guidelines. *Endoscopy*. 2018;50(5):524-546.
5. Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, et al. ESPEN practical guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. *Clin Nutr*. 2024;43(2):395-412.
6. Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SAW, et al. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2020;396(10252):726-734.
7. Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM. Acute pancreatitis. *N Engl J Med*. 2016;375(20):1972-1981.
8. Thierens NDE, Verdonk RC, Löhr JM, van Santvoort HC, Bouwense SAW, van Hooft JE. Chronic pancreatitis. *Lancet*. 2024;404(10471):2605-2618.
9. Domínguez-Muñoz JE, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency (UEG/EPC/ESPEN). *United European Gastroenterol J*. 2025;13(1):125-172.
10. Baron TH, Lee LS. Pancreatitis. In: Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.
11. Conwell DL, Banks PA. Diseases of the pancreas. In: Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2025.

METABOLİK DİSFONKSİYON İLİŞKİLİ STEATOTİK KARACİĞER HASTALIĞI (MASLD)

ÖZET

Metabolik Disfonksiyon İlişkili Steatotik Karaciğer Hastalığı (MASLD), günümüzde dünya genelinde en sık görülen kronik karaciğer hastalığı olup obezite, tip 2 diyabet, insülin direnci ve metabolik sendrom prevalansındaki artışla birlikte giderek daha önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Hastalık basit steatozdan metabolik disfonksiyon ilişkili steatohepatit (MASH), ileri fibrozis, siroz, portal hipertansiyon, hepatoselüler karsinom ve karaciğer yetmezliğine kadar uzanan geniş bir klinik spektrumu kapsamaktadır. Günümüzde MASLD yönetiminin temel amacı yalnızca hepatik yağlanmanın gösterilmesi değil, ileri fibrozis riski taşıyan hastaların erken dönemde tanımlanmasıdır. FIB-4, elastografi ve diğer noninvaziv testler hasta yönetiminde önemli yer tutmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri tedavinin temelini oluşturmaya devam ederken, GLP-1 reseptör agonistleri, dual inkretin tedavileri ve resmetirom gibi yeni farmakolojik ajanlar MASLD tedavisinde umut verici sonuçlar ortaya koymaktadır. MASLD aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek hastalığı ve çeşitli metabolik bozukluklarla yakın ilişki göstermekte olup multidisipliner yaklaşım gerektiren sistemik bir hastalık olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: MASLD, MASH, Karaciğer yağlanması, Metabolik sendrom, Fibrozis, Elastografi, FIB-4, Resmetirom, GLP-1 reseptör agonistleri

ABSTRACT

Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease (MASLD) is currently the most common chronic liver disease worldwide and has emerged as a major public health concern due to the increasing prevalence of obesity, type 2 diabetes mellitus, insulin resistance, and metabolic syndrome. The disease encompasses a broad clinical spectrum ranging from simple steatosis to metabolic dysfunction-associated steatohepatitis (MASH), advanced fibrosis, cirrhosis, portal hypertension, hepatocellular carcinoma, and liver failure. The primary goal of modern MASLD management is not only to identify hepatic steatosis but also to recognize patients at risk for advanced fibrosis at an early stage. Noninvasive fibrosis assessment tools, including FIB-4 and elastography, play a central role in patient evaluation. Lifestyle modification remains the cornerstone of treatment, while emerging therapies such as GLP-1 receptor agonists, dual incretin-based agents, and resmetirom have shown promising results in improving liver-related outcomes. Given its close association with cardiovascular disease, chronic kidney disease, and other metabolic disorders, MASLD should be regarded as a systemic metabolic disease requiring a multidisciplinary management strategy.

Keywords: MASLD, MASH, Hepatic steatosis, Metabolic Syndrome, Liver fibrosis, Elastography, FIB-4, Resmetirom, GLP-1 receptor agonists.

KAYNAKLAR

1. European Association for the Study of the Liver (EASL-EASD-EASO). Clinical practice guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol.* 2024;81(2):492-542.
2. Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Siddiqui MS, et al. AASLD practice guidance on the clinical assessment and management of MASLD. *Hepatology.* 2023;77(5):1797-1835.
3. Rinella ME, Lazarus JV, Ratzin V, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Hepatology.* 2023;78(6):1966-1986.
4. Younossi ZM, Golabi P, Paik JM, et al. The global epidemiology of MASLD and MASH. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2024;21(3):195-212.
5. Harrison SA, Bedossa P, Guy CD, et al; MAESTRO-NASH Investigators. A phase 3, randomized, controlled trial of resmetirom in NASH and liver fibrosis. *N Engl J Med.* 2024;390(6):497-509.
6. Cusi K, Isaacs S, Barb D, et al. AACE clinical practice guideline for the diagnosis and management of NAFLD in primary care and endocrinology clinical settings. *Endocr Pract.* 2022;28(5):528-562.
7. Eslam M, Newsome PN, Sarin SK, et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: an international expert consensus statement. *J Hepatol.* 2020;73(1):202-209.
8. Loomba R, Friedman SL, Shulman GI. Mechanisms and disease consequences of nonalcoholic fatty liver disease. *Cell.* 2021;184(10):2537-2564.
9. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al; Baveno VII Faculty. Baveno VII – renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol.* 2022;76(4):959-974.
10. Sanyal AJ, Newsome PN, Kliers I, et al. Phase 3 trial of semaglutide in metabolic dysfunction-associated steatohepatitis. *N Engl J Med.* 2025;392(21):2089-2099.
11. Neuschwander-Tetri BA, Sanyal AJ, Rinella ME, et al. Clinical management of MASH and advanced fibrosis. *Gastroenterology.*
12. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertension in MASLD-related cirrhosis. *J Hepatol.* yıl:cilt:sayfa doğrulanacak]

VİRAL HEPATİTLER: HEPATİT B, HEPATİT C

ÖZET

Viral hepatitler, özellikle hepatit B virüsü (HBV) ve hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonları, dünya genelinde kronik karaciğer hastalığı, siroz ve hepatoselüler karsinomun en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Hastalıklar uzun yıllar asemptomatik seyredebildiğinden erken tanı ve risk gruplarının taranması büyük önem taşımaktadır. Kronik hepatit B enfeksiyonunda güçlü antiviral ajanlar ile uzun süreli viral baskılanma sağlanabilmekte, hepatit C enfeksiyonunda ise doğrudan etkili antiviral ajanlar sayesinde %95'in üzerinde kür oranları elde edilebilmektedir. Güncel yaklaşım erken tanı, uygun antiviral tedavi, fibrozis değerlendirmesi, siroz ve hepatoselüler karsinomun önlenmesi ile bulaşın kontrol altına alınmasını hedeflemektedir. Ayrıca HBV reaktivasyonu, hepatit D koenfeksiyonu ve gebelikte viral hepatit yönetimi gibi özel durumlar klinik uygulamada önemli yer tutmaktadır. Viral hepatitlerin eliminasyonu için etkin tarama programları, aşılama stratejileri ve tedaviye erişimin artırılması temel hedefler arasında yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Hepatit B, Hepatit C, Kronik viral hepatit, HBV reaktivasyonu, Hepatit D, Antiviral tedavi, Doğrudan etkili antiviral ajanlar

ABSTRACT

Viral hepatitis, particularly hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) infections, remains a leading cause of chronic liver disease, cirrhosis, and hepatocellular carcinoma worldwide. Because these infections may remain asymptomatic for many years, early diagnosis and screening of high-risk populations are of critical importance. Potent nucleos(t)ide analogues provide effective long-term viral suppression in chronic hepatitis B, while direct-acting antiviral agents achieve cure rates exceeding 95% in hepatitis C infection. Contemporary management focuses on early detection, appropriate antiviral therapy, fibrosis assessment, prevention of cirrhosis and hepatocellular carcinoma, and interruption of viral transmission. Special clinical situations such as HBV reactivation, hepatitis D coinfection, and management during pregnancy are also important aspects of patient care. Expanding screening programs, vaccination strategies, and access to treatment remain essential components of global viral hepatitis elimination efforts

Keywords: Hepatitis B, Hepatitis C, Chronic viral hepatitis, HBV reactivation. Hepatitis D, Antiviral therapy, Direct-acting antivirals.

KAYNAKLAR

1. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2025.
2. Ghany MG, Pan CQ, Lok AS, et al. AASLD/IDSA practice guideline on treatment of chronic hepatitis B. *Hepatology*. 2025.
3. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, et al. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology*. 2018;67(4):1560-1599.
4. World Health Organization. Global hepatitis report 2024. Geneva: WHO; 2024.
5. European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series. *J Hepatol*. 2020;73(5):1170-1218.
6. Bhattacharya D, Aronsohn A, Price J, Lo Re V; AASLD-IDSA HCV Guidance Panel. Hepatitis C guidance 2023 update: AASLD-IDSA recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. *Clin Infect Dis*. 2023;77(11):1561-1601.
7. Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(6):383-403.
8. Asselah T, Marcellin P, Feld JJ. Direct-acting antiviral therapy and long-term outcomes in hepatitis C. *Lancet*. 2024;403:1825-1838.
9. Lampertico P, Agarwal K, Berg T, et al. Clinical management of hepatitis B virus infection. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2024;9(5):411-425.
10. Cornberg M, Wedemeyer H. Hepatitis D: current and emerging treatment strategies. *J Hepatol*. 2025;82(1):215-228.
11. Feld JJ, Jacobson IM. Hepatitis C. In: Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.
12. Lok ASF, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. In: Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2025.

SİROZ VE KOMPLİKASYONLARI

ÖZET

Siroz, kronik karaciğer hastalıklarının son ortak aşamasını temsil eden, yaygın fibrozis, rejeneratif nodül oluşumu ve karaciğer mimarisinin bozulması ile karakterize ilerleyici bir hastalıktır. Günümüzde kronik viral hepatitler, metabolik disfonksiyon ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (MASLD/MASH) ve alkol ilişkili karaciğer hastalığı sirozun başlıca nedenlerini oluşturmaktadır. Hastalığın klinik seyri kompanse ve dekompanse evreler şeklinde değerlendirilmekte olup, portal hipertansiyon gelişimi doğal seyrin en önemli belirleyicisidir. Portal hipertansiyon sonucunda özofagus ve gastrik varisler, asit, spontan bakteriyel peritonit, hepatik ensefalopati, hepatorenal sendrom ve diğer yaşamı tehdit eden komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Güncel yaklaşım komplikasyonların tedavisinden çok dekompanasyonun önlenmesine, klinik olarak anlamlı portal hipertansiyonun erken tanınmasına ve yaşam kalitesinin korunmasına odaklanmaktadır. Düzenli hepatoselüler karsinom taraması, beslenme desteği, sarkopeni ile mücadele ve uygun zamanda karaciğer transplantasyonu değerlendirmesi modern siroz yönetiminin temel bileşenlerini oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: Siroz, Portal hipertansiyon, Asit, Özofagus varisleri, Hepatik ensefalopati, Hepatorenal sendrom, Spontan bakteriyel peritonit, ACLF

ABSTRACT

Cirrhosis represents the final common pathway of chronic liver diseases and is characterized by diffuse fibrosis, regenerative nodule formation, and distortion of the normal hepatic architecture. Chronic viral hepatitis, metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD/MASH), and alcohol-related liver disease are currently among the leading causes of cirrhosis worldwide. The disease course is generally classified into compensated and decompensated stages, with portal hypertension serving as the key determinant of clinical progression. Portal hypertension may lead to life-threatening complications including esophageal and gastric varices, ascites, spontaneous bacterial peritonitis, hepatic encephalopathy, hepatorenal syndrome, and acute-on-chronic liver failure. Contemporary management focuses not only on treating complications but also on preventing decompensation, identifying clinically significant portal hypertension at an early stage, and improving quality of life. Regular hepatocellular carcinoma surveillance, nutritional optimization, management of sarcopenia, and timely liver transplantation assessment are essential components of modern cirrhosis care.

Keywords: Cirrhosis, Portal Hypertension, Ascites, Esophageal varices. Hepatic encephalopathy, Hepatorenal Syndrome, Spontaneous bacterial peritonitis, Acute-on-chronic liver failure.

KAYNAKLAR

1. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018;69(2):406-460.
2. Kaplan DE, Ripoll C, Thiele M, et al. AASLD practice guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. *Hepatology.* 2024;79(5):1180-1211.
3. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al; Baveno VII Faculty. Baveno VII – renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol.* 2022;76(4):959-974.
4. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertension and variceal bleeding in cirrhosis. *Lancet.* 2024;403:1487-1502.
5. Angeli P, Ginès P, Wong F, et al. Diagnosis and management of hepatorenal syndrome-AKI. *J Hepatol.* 2024;81:455-472.
6. Ginès P, Krag A, Abraldes JG, Solà E, Fabrellas N, Kamath PS. Liver cirrhosis. *Lancet.* 2021;398(10308):1359-1376.
7. Arroyo V, Moreau R, Jalan R. Acute-on-chronic liver failure. *N Engl J Med.* 2020;382(22):2137-2145.
8. Merli M, Berzigotti A, Zelber-Sagi S, et al. EASL clinical practice guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J Hepatol.* 2019;70(1):172-193.
9. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the AASLD. *Hepatology.* 2021;74(2):1014-1048.
10. Bosch J, Krag A, Berzigotti A. Clinically significant portal hypertension: current concepts and future directions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.*
11. Tandon P, Montano-Loza AJ, Lai JC. Sarcopenia and frailty in cirrhosis. *Gastroenterology.* 2024;166:1085-1099.
12. Reig M, Forner A, Rimola J, et al. Hepatocellular carcinoma surveillance in cirrhosis. *J Hepatol.* 2025;82:102-119.
13. Ginès P, Solà E, Angeli P, Wong F. Ascites and related complications in cirrhosis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2024;9:721-735.
14. Friedman LS. Cirrhosis and its complications. In: Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease.* 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.
15. Garcia-Tsao G, Lim JK. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension. In: Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2025.

KOLON POLİPLERİ VE KOLOREKTAL KANSER TARAMASI

ÖZET

Kolorektal kanser (KRK), dünya genelinde en sık görülen maligniteler arasında yer almakta olup kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğu zaman içerisinde adenomatöz poliplerden veya serrated lezyonlardan gelişmektedir. Bu nedenle poliplerin erken dönemde saptanması ve çıkarılması kanser gelişimini önleyebilen nadir tıbbi girişimlerden biridir. Günümüzde dışkıda gizli kan testleri, dışkı DNA testleri ve kolonoskopi gibi yöntemler kolorektal kanser taramasında kullanılmaktadır. Kolonoskopi hem tanısal hem de tedavi edici özellik göstermesi nedeniyle altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda yüksek çözünürlüklü görüntüleme sistemleri, optik tanı yöntemleri ve yapay zekâ destekli kolonoskopi uygulamaları adenoma saptama oranlarını artırmıştır.

Bu bölümde kolon poliplerinin güncel sınıflaması, kolorektal karsinogenez mekanizmaları, tarama stratejileri, polipektomi teknikleri, survekans önerileri ve güncel kılavuzlar ışığında hasta yönetimi ele alınacaktır.

Anahtar kelimeler: Kolorektal kanser, Kolon polibi, Adenom, Kolonoskopi, Polipektomi, EMR, ESD, FIT, Sürveyans

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is one of the most common malignancies worldwide and remains a leading cause of cancer-related mortality. Most colorectal cancers develop from adenomatous polyps or serrated lesions through well-defined molecular pathways. Therefore, early detection and removal of precancerous lesions represent one of the most effective cancer prevention strategies in modern medicine. Current screening methods include fecal occult blood testing, fecal immunochemical testing, stool DNA assays, and colonoscopy. Colonoscopy remains the gold standard because it provides both diagnostic evaluation and therapeutic intervention. Advances in high-definition imaging, optical diagnosis, and artificial intelligence-assisted colonoscopy have improved adenoma detection rates and overall screening effectiveness.

This chapter reviews the classification of colorectal polyps, colorectal carcinogenesis, screening strategies, endoscopic resection techniques, surveillance recommendations, and contemporary guideline-based management approaches.

Keywords: Colorectal Cancer, Colon polyp, Adenoma, Colonoscopy, Polypectomy, EMR, ESD, FIT, Surveillance.

KAYNAKLAR

1. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau JM, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: ESGE Guideline – Update 2020. *Endoscopy*. 2020;52(8):687-700.
2. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, et al. Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2020;158(4):1131-1153.e5.
3. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: colorectal cancer screening. Version 2026.
4. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, et al. Colorectal cancer screening: recommendations for physicians and patients from the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2017;153(1):307-323.
5. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet*. 2019;394(10207):1467-1480.
6. East JE, Atkin WS, Bateman AC, et al. British Society of Gastroenterology position statement on serrated polyps in the colon and rectum. *Gut*. 2017;66(7):1181-1196.
7. Rex DK, Vemulapalli KC. Colon polyps. In: Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.
8. Imperiale TF, Kahi CJ. Colorectal cancer screening. In: Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2025.
9. World Health Organization. Colorectal cancer. Geneva: WHO; 2026.

KARACİĞER KİTLELERİ, KİSTLER VE HEPATOSELÜLER KARSİNOM TARAMASI

ÖZET

Karaciğerde saptanan fokal lezyonlar günlük gastroenteroloji ve hepatoloji pratiğinde sık karşılaşılan klinik durumlardır. Bu lezyonlar basit kist ve hemanjiyom gibi benign oluşumlardan hepatoselüler karsinom (HCC), intrahepatik kolanjiyokarsinom ve metastatik tümörler gibi malign hastalıklara kadar geniş bir spektrumda yer alır. Görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması ile birlikte insidental karaciğer lezyonlarının saptanma sıklığı belirgin şekilde artmıştır.

Karaciğer lezyonlarının değerlendirilmesinde temel amaç benign ve malign lezyonların ayrımını yapmak, gereksiz girişimlerden kaçınmak ve malignite riski taşıyan hastaları erken dönemde tanımdır. Özellikle siroz, kronik hepatit B enfeksiyonu, ileri fibrozis ve metabolik disfonksiyon ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (MASLD) bulunan bireylerde hepatoselüler karsinom gelişme riski artmıştır.

HCC dünya genelinde en sık görülen primer karaciğer malignitesi olup kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Erken evrede saptanan HCC olgularında rezeksiyon, ablasyon ve karaciğer transplantasyonu gibi küratif tedavi seçenekleri uygulanabilmektedir. Bu nedenle uygun risk gruplarında düzenli sürveyans programlarının uygulanması hayati önem taşımaktadır.

Bu bölümde karaciğer kitlelerinin güncel sınıflaması, tanısal yaklaşım, HCC sürveyansı, görüntüleme yöntemleri, LI-RADS sistemi ve güncel tedavi seçenekleri ele alınacaktır.

Anahtar kelimeler: Karaciğer kitlesi, Karaciğer kisti, Hepatoselüler karsinom, HCC taraması

ABSTRACT

Focal liver lesions are commonly encountered in daily gastroenterology and hepatology practice. These lesions range from benign entities such as simple cysts and hemangiomas to malignant conditions including hepatocellular carcinoma (HCC), intrahepatic cholangiocarcinoma, and metastatic tumors. With the widespread use of modern imaging modalities, incidental liver lesions are increasingly detected.

The primary goals in evaluating focal liver lesions are to differentiate benign from malignant lesions, avoid unnecessary interventions, and identify patients at increased risk of liver cancer. Patients with cirrhosis, chronic hepatitis B infection, advanced fibrosis, and metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) are at particularly high risk for developing HCC.

Hepatocellular carcinoma is the most common primary liver malignancy worldwide and remains one of the leading causes of cancer-related mortality. Early detection substantially increases the likelihood of curative therapies including surgical resection, local ablation, and liver transplantation. Therefore, regular surveillance in high-risk populations is essential.

This chapter reviews the contemporary classification of focal liver lesions, diagnostic evaluation, HCC surveillance strategies, imaging approaches, LI-RADS categorization, and current treatment options.

Keywords: Liver mass, Liver cyst, Hepatocellular carcinoma, HCC surveillance.

KAYNAKLAR

1. Singal AG, Llovet JM, Yarrow M, et al. AASLD practice guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2023;78(6):1922-1965.
2. Galle PR, et al; European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol*. 2018;69(1):182-236.
3. Reig M, Forner A, Rimola J, et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: the 2022 update. *J Hepatol*. 2022;76(3):681-693.
4. Llovet JM, Kelley RK, Villanueva A, et al. Hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):6.
5. Villanueva A. Hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2019;380(15):1450-1462.
6. Singal AG, Lampertico P, Nahon P. Epidemiology and surveillance for hepatocellular carcinoma: new trends. *J Hepatol*. 2020;72(2):250-261.
7. Marrero JA, Kulik LM, Sirlin CB, et al. Diagnosis, staging, and management of hepatocellular carcinoma: 2018 practice guidance by the AASLD. *Hepatology*. 2018;68(2):723-750.
8. Chernyak V, Fowler KJ, Kamaya A, et al. Liver Imaging Reporting and Data System (LI-RADS) version 2018. *Radiology*. 2018;289(3):816-830.
9. Forner A, Reig M, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet*. 2018;391(10127):1301-1314.
10. Friedman LS. Liver masses and hepatocellular carcinoma. In: Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.
11. World Health Organization. Liver cancer (GLOBOCAN/Global cancer statistics). Geneva: WHO; 2024.

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ

ÖZET

Üst gastrointestinal sistem endoskopisi; özofagus, mide ve duodenumun esnek, kamera içeren bir endoskop yardımıyla doğrudan görüntülenmesini sağlayan temel tanısal ve gerektiğinde terapötik bir endoskopik işlemdir. Klinik pratikte disfaji, odinofaji, üst gastrointestinal kanama, demir eksikliği anemisi, açıklanamayan kilo kaybı, persistan kusma, dispepsi alarm bulguları, reflü komplikasyonları, çölyak hastalığı şüphesi, mide-duodenum ülserleri, Barrett özofagusu, gastrik premalign lezyonlar ve üst gastrointestinal malignite şüphesi gibi birçok durumda kullanılır. Üst gastrointestinal endoskopi genellikle güvenli ve iyi tolere edilen bir işlemdir; ancak işlem öncesi doğru endikasyon, yeterli açlık, ilaçların gözden geçirilmesi, anti koagülan/antiagregan yönetimi, sedasyon planı, hasta onamı ve işlem sonrası uyarı bulgularının anlatılması hasta güvenliği açısından temel basamaklardır. ESGE'nin üst gastrointestinal endoskopi kalite ölçütleri, uygun endikasyon, yeterli açlık, sistematik mukozal inceleme, foto-dokümantasyon ve standart raporlamanın kaliteli endoskopinin önemli bileşenleri olduğunu vurgular. Tanısal üst gastrointestinal endoskopide biyopsi alınabilir; biyopsi alınması tek başına kanser olduğu anlamına gelmez. Biyopsi; gastrit, H. pylori, çölyak hastalığı, Barrett özofagusu, intestinal metaplazi, inflamasyon, enfeksiyon, premalign lezyon veya malignite ayırıcı tanısı için yapılabilir. Tanısal endoskopi ve biyopsi düşük riskli işlemler olarak kabul edilmekle birlikte; kanama, perforasyon, aspirasyon, sedasyon ilişkili kardiyopulmoner olaylar ve işlem başarısızlığı gibi nadir riskler hastaya açık ve anlaşılır biçimde anlatılmalıdır.

Bu bölümün amacı, üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılacak hastalarda işlem öncesi hazırlık, işlem süreci, olası ek uygulamalar, faydalar, riskler, alternatifler, işlem sonrası dikkat edilmesi gerekenler ve hasta iletişimi standart mesajları kanıta dayalı bir çerçevede sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Üst gastrointestinal endoskopi, gastroskopi, özofagogastroduodenoskopi, endoskopi güvenliği, antikoagülan, işlem sonrası takip.

ABSTRACT

Upper gastrointestinal endoscopy, also known as esophagogastroduodenoscopy, is a core diagnostic and potentially therapeutic procedure that allows direct visualization of the esophagus, stomach, and duodenum using a flexible endoscope. It is used in the evaluation of dysphagia, odynophagia, upper gastrointestinal bleeding, iron deficiency anemia, unexplained weight loss, persistent vomiting, dyspepsia with alarm features, reflux-related complications, suspected celiac disease, peptic ulcer disease, Barrett's esophagus, gastric premalignant conditions, and suspected upper gastrointestinal malignancy. Safe and high-quality upper gastrointestinal endoscopy requires appropriate indication, fasting, medication review, management of antithrombotic agents, sedation planning, informed consent, systematic mucosal inspection, photo-documentation, structured reporting, and clear post-procedure instructions. Diagnostic endoscopy and mucosal biopsy are generally low-risk procedures, but rare adverse events such as bleeding, perforation, aspiration, cardiopulmonary events related to sedation, incomplete examination, and need for repeat procedures should be discussed with patients. This chapter provides an evidence-based patient education and clinical communication protocol for upper gastrointestinal endoscopy.

Keywords: Upper gastrointestinal endoscopy, gastroscopy, esophagogastroduodenoscopy, endoscopy safety, anticoagulants, post-procedure care.

KAYNAKLAR

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guidelines and evidence-based recommendations for GI endoscopy.
2. ASGE Standards of Practice Committee; Shaukat A, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointest Endosc.* 2015;82(2):227-232.
3. Desai M, et al. ASGE guideline on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Gastrointest Endosc.* 2015;82(2):227-232.
4. Areia M, et al. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: ESGE Quality Improvement Initiative – update. *Endoscopy.* 2025
5. Bisschops R, Areia M, Coron E, et al. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy.* 2016;48(9):843-864.
6. Esposito G, et al. STandardization of REports: upper gastrointestinal endoscopy (STARE-UGIE); ESGE Quality Improvement Initiative. *Endoscopy.* 2025
7. British Society of Gastroenterology / AUGIS. Quality standards in upper gastrointestinal endoscopy.
8. Coelho-Prabhu N, Forbes N, Thosani NC, et al. Adverse events associated with EGD and EGD-related techniques. *Gastrointest Endosc.* 2022;96(3):389-401.
9. Waddingham W, et al. Complications of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: common and rare — recognition, assessment and management.
10. Sidhu R, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on sedation in gastrointestinal endoscopy. *Gut.* 2024.
11. Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: BSG and ESGE guideline update. *Gut.* 2021;70(9):1611-1628. (Eş-yayım: *Endoscopy.* 2021;53(9):947-969.)
12. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): ESGE Guideline – Update 2021. *Endoscopy.* 2021;53(3):300-332.

KOLONOSKOPI

ÖZET

Kolonoskopi; rektumdan başlanarak kolonun tamamının ve uygun hastalarda terminal ileumun esnek, kamera içeren bir endoskop yardımıyla değerlendirilmesini sağlayan temel tanısal ve gerektiğinde terapötik bir işlemdir. Kolorektal kanser taraması, dışkıda kan, rektal kanama, demir eksikliği anemisi, dışkılama alışkanlığında değişiklik, kronik ishal, inflamatuvar bağırsak hastalığı tanı ve takibi, polip takibi, görüntülemelerde saptanan kolon lezyonları ve açıklanamayan karın semptomlarının değerlendirilmesi en sık kullanım alanları arasındadır. Kolonoskopinin kalitesi; çekuma ulaşma, yeterli bağırsak temizliği, adenom saptama oranı, yeterli çekilme süresi, uygun polip yönetimi, komplikasyonların izlenmesi ve doğru raporlama gibi ölçütlerle değerlendirilir. Kolonoskopi öncesi bağırsak hazırlığı işlemin başarısı için kritik önemdedir. Yetersiz temizlik; lezyonların atlanmasına, işlemin uzamasına, işlemin tamamlanamamasına, tekrar kolonoskopi gereksinimine ve hasta yükünün artmasına yol açabilir.

Kolonoskopi genellikle güvenli bir işlemdir; ancak kanama, perforasyon, sedasyon ilişkili kardiyopulmoner olaylar, enfeksiyon, post-polipektomi kanama, post-polipektomi elektrokoagülasyon sendromu, işlem tamamlanamaması ve tekrar işlem ihtiyacı gibi riskler hastaya açık şekilde anlatılmalıdır. Perforasyon tanısal ve tarama kolonoskopilerinde nadirdir, ancak ciddi bir komplikasyondur. Güncel bir komplikasyon derlemesinde tanısal ve tarama kolonoskopisi/fleksibl sigmoidoskopi sonrası iatrojenik perforasyon oranlarının yaklaşık %0,03–0,8 aralığında bildirildiği belirtilmiştir.

Bu bölümün amacı, kolonoskopi yapılacak hastalarda işlem endikasyonu, hazırlık, ilaç düzenlemesi, sedasyon, işlem süreci, olası ek işlemler, beklenen faydalar, riskler, alternatifler, işlem sonrası dikkat edilecekler ve standart hasta iletişim mesajlarını kanıta dayalı bir çerçevede sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Kolonoskopi, kolorektal kanser taraması, bağırsak hazırlığı.

ABSTRACT

Colonoscopy is a diagnostic and potentially therapeutic procedure that allows direct visualization of the rectum, colon, and, when appropriate, the terminal ileum using a flexible endoscope. It is used for colorectal cancer screening, evaluation of rectal bleeding, occult blood loss, iron deficiency anemia, altered bowel habits, chronic diarrhea, inflammatory bowel disease diagnosis and surveillance, post-polypectomy surveillance, and assessment of imaging-detected colonic abnormalities. High-quality colonoscopy depends on adequate bowel preparation, cecal intubation, adenoma detection, appropriate withdrawal time, polyp management, adverse event tracking, and standardized reporting. Bowel preparation is a key determinant of examination quality, lesion detection, and need for repeat procedures. Although colonoscopy is generally safe, patients should be informed about rare but important risks, including bleeding, perforation, cardiopulmonary events related to sedation, incomplete examination, and post-polypectomy complications. This chapter provides an evidence-based patient education and clinical communication protocol for colonoscopy.

Keywords: Colonoscopy, colorectal cancer screening, bowel preparation.

KAYNAKLAR

1. Rex DK, et al. Quality indicators for colonoscopy. ASGE/ACG Task Force on Quality in Endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2024.
2. ASGE/ACG. Quality indicators for colonoscopy – FAQ. 2024.
3. Jacobson BC, et al. Optimizing bowel preparation quality for colonoscopy: consensus recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer.
4. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, et al. Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology.* 2020;158(4):1131-1153.e5.
5. Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: BSG and ESGE guideline update. *Gut.* 2021;70(9):1611-1628.
6. Ferlitsch M, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: ESGE Guideline. *Endoscopy.* 2017;49(3):270-297.
7. Waddingham W, et al. Complications of colonoscopy: common and rare — recognition, assessment and management.
8. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Adverse events associated with colonoscopy. *Gastrointest Endosc.*
9. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Evidence-based guidelines for GI endoscopy.

REKTOSKOPI VE FLEKSİBL SİGMOİDOSKOPI

ÖZET

Rektoskopi ve fleksibl sigmoidoskopi, alt gastrointestinal sistemin distal bölümünü değerlendirmek için kullanılan endoskopik işlemlerdir. Rektoskopi esas olarak rektumun; fleksibl sigmoidoskopi ise rektum, sigmoid kolon ve bazı hastalarda inen kolon distal kısmının değerlendirilmesini sağlar. Bu işlemler özellikle makattan kanama, rektal ağrı, tenesmus, mukuslu dışkılama, distal kolit şüphesi, ülseratif kolit aktivite değerlendirmesi, radyasyon proktiti, sol taraflı kolonik lezyonlar, dışkılama değişikliği ve distal kolon kaynaklı patolojilerin araştırılmasında kullanılır. Fleksibl sigmoidoskopi kolonoskopiye göre daha sınırlı bir incelemedir; tüm kolonun değerlendirilmesini sağlamaz. Bu nedenle kolorektal kanser taraması, demir eksikliği anemisi, pozitif FIT/gaitada gizli kan, sağ kolon patolojisi şüphesi veya yaygın kolon değerlendirmesi gereken hastalarda tek başına yeterli olmayabilir. Buna karşılık distal semptomları baskın olan, ülseratif kolit aktivitesi değerlendirilecek, rektal kanama odağı araştırılacak veya hızlı distal kolon değerlendirmesi gereken hastalarda pratik ve değerli bir işlemdir.

İşlem öncesi hazırlık kolonoskopiye göre genellikle daha basittir. Çoğu hastada lavman veya sınırlı bağırsak hazırlığı yeterli olabilir; ancak işlem amacı, hastanın kabızlık durumu, beklenen inceleme uzunluğu ve merkez protokolüne göre hazırlık değişebilir. Tanısal rektoskopi/fleksibl sigmoidoskopi ve biyopsi, antitrombotik kılavuzlarda genel olarak düşük kanama riskli endoskopik işlemler kategorisinde değerlendirilir; ancak polipektomi, dilatasyon veya terapötik girişim yapılacaksa risk profili değişir.

Bu bölümün amacı, rektoskopi ve fleksibl sigmoidoskopi yapılacak hastalarda işlemin amacı, hazırlığı, işlem süreci, olası ek uygulamalar, riskler, alternatifler, işlem sonrası dikkat edilecekler ve hasta iletişimi için kullanılacak standart mesajları kanıta dayalı ve sade bir çerçevede sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Rektoskopi, fleksibl sigmoidoskopi, rektal kanama, lavman hazırlığı.

ABSTRACT

Rectoscopy and flexible sigmoidoscopy are endoscopic procedures used to evaluate the distal lower gastrointestinal tract. Rectoscopy primarily examines the rectum, whereas flexible sigmoidoscopy allows assessment of the rectum, sigmoid colon, and sometimes the distal descending colon. These procedures are useful in the evaluation of rectal bleeding, rectal pain, tenesmus, mucus discharge, suspected distal colitis, ulcerative colitis activity, radiation proctitis, distal colonic lesions, and selected changes in bowel habits. Flexible sigmoidoscopy is more limited than colonoscopy and does not evaluate the entire colon; therefore, it may not be sufficient when full colonic assessment is required, such as in iron deficiency anemia, positive fecal immunochemical testing, suspected proximal colonic disease, or comprehensive colorectal cancer screening. Preparation is usually simpler than colonoscopy and may involve enemas or limited bowel preparation depending on the clinical indication. Diagnostic lower gastrointestinal endoscopy with or without biopsy is generally considered low risk for bleeding, but therapeutic interventions such as polypectomy or dilation change the risk profile. This chapter provides an evidence-based patient education and clinical communication protocol for rectoscopy and flexible sigmoidoscopy.

Keywords: Rectoscopy, flexible sigmoidoscopy, rectal bleeding, enema preparation.

KAYNAKLAR

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guidelines and evidence-based recommendations for GI endoscopy.
2. Rex DK, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2024.
3. Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: BSG and ESGE guideline update. *Gut.* 2021;70(9):1611-1628.
4. Paspatis GA, Dumonceau JM, Barthet M, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: ESGE Position Statement. *Endoscopy.* 2014;46(8):693-711.
5. Kingston and Richmond NHS Foundation Trust. Flexible sigmoidoscopy: patient information. 2026.
6. Lumen Gastroenterology. Flexible sigmoidoscopy information sheet. 2025.
7. Singh H, et al. Predictors of serious complications associated with lower gastrointestinal endoscopy.
8. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Adverse events associated with colonoscopy. *Gastrointest Endosc.*

KAPSÜL ENDOSKOPI

ÖZET

Kapsül endoskopi, hastanın yuttuğu kamera içeren küçük bir kapsül aracılığıyla sindirim sisteminin, özellikle de ince bağırsağın görüntülenmesini sağlayan non-invaziv bir tanısal işlemdir. Standart üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopi ile ulaşılamayan ince bağırsak segmentlerinin değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. En sık kullanım alanları; üst endoskopi ve kolonoskopi ile açıklanamayan gastrointestinal kanama, demir eksikliği anemisi, Crohn hastalığı şüphesi veya bilinen Crohn hastalığında ince bağırsak değerlendirmesi, ince bağırsak tümörü şüphesi, polipozis sendromları ve seçilmiş malabsorbsiyon/çölyak komplikasyonu olgularıdır. Kapsül endoskopi hasta açısından genellikle kolay tolere edilen bir işlemdir; sedasyon gerektirmez, ağrı oluşturmaz ve günlük yaşama hızlı dönüş sağlar. Bununla birlikte işlem tedavi edici değildir; biyopsi alınamaz, polip çıkarılamaz ve kanama durdurulamaz. Kapsül endoskopide en önemli özel risk kapsül retansiyonudur. Özellikle Crohn hastalığı, ince bağırsak darlığı, geçirilmiş bağırsak cerrahisi, radyasyon enteriti, tümör, NSAİİ enteropatisi veya obstrüksiyon bulgusu olan hastalarda kapsülün bağırsakta takılma riski artabilir.

Bu bölümün amacı, kapsül endoskopi yapılacak hastalarda işlemin amacı, endikasyonları, hazırlığı, işlem süreci, riskleri, alternatifleri, işlem sonrası dikkat edilecekler ve hasta iletişimde kullanılacak standart mesajları kanıta dayalı ve anlaşılır bir formatta sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Kapsül endoskopi, ince bağırsak kanaması.

ABSTRACT

Capsule endoscopy is a non-invasive diagnostic procedure that uses a swallowable camera capsule to visualize the gastrointestinal tract, particularly the small bowel, which is not fully accessible by standard upper gastrointestinal endoscopy or colonoscopy. Its most common indications include suspected small-bowel bleeding after nondiagnostic upper endoscopy and colonoscopy, iron deficiency anemia, suspected or established Crohn's disease, suspected small-bowel tumors, polyposis syndromes, and selected malabsorption-related conditions. The 2022 ESGE guideline recommends small-bowel capsule endoscopy as a first-line examination in suspected small-bowel bleeding before other endoscopic or radiologic diagnostic tests. Although generally safe and well tolerated, capsule endoscopy is diagnostic only and does not allow biopsy or therapy. The key specific risk is capsule retention, especially in patients with Crohn's disease, strictures, prior small-bowel surgery, radiation enteritis, tumors, NSAID enteropathy, or symptoms of obstruction. This chapter provides an evidence-based patient education and clinical communication protocol for capsule endoscopy.

Keywords: Capsule endoscopy, small-bowel bleeding.

KAYNAKLAR

1. Pennazio M, Rondonotti E, Despott EJ, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: ESGE Guideline – Update 2022. *Endoscopy*. 2023;55(1):58-95.
2. Melson J, Trikudanathan G, Abu Dayyeh BK, et al. Video capsule endoscopy. ASGE Technology Committee. *Gastrointest Endosc*. 2021.
3. Enns RA, Hookey L, Armstrong D, et al. Clinical practice guidelines for the use of video capsule endoscopy. *Gastroenterology*. 2017;152(3):497-514.
4. Leighton JA, Brock AS, Semrad CE, et al. Quality indicators for capsule endoscopy and deep enteroscopy. *Gastrointest Endosc*. 2022;96(6):693-711. (Eş-yayım: *Am J Gastroenterol*. 2022;117(11):1780-1796.)
5. Akyüz F, et al. Small bowel video capsule endoscopy guidance in practice. 2023.
6. ESGE. European Society of Gastrointestinal Endoscopy guideline repository.

BALON ENTEROSKOPI

ÖZET

Balon enteroskopi, standart üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopi ile ulaşılamayan ince bağırsak segmentlerinin değerlendirilmesi ve gerektiğinde tedavi edilmesi için kullanılan ileri endoskopik bir işlemdir. Çift balon enteroskopi, tek balon enteroskopi ve spiral enteroskopi gibi yöntemler genel olarak “cihaz yardımcı enteroskopi” başlığı altında değerlendirilir. İşlem ağız yoluyla, makattan veya seçilmiş hastalarda her iki yoldan planlanabilir. En sık kullanım alanları; kapsül endoskopi veya kesitsel görüntülemeye saptanan ince bağırsak lezyonlarının doğrulanması, biyopsi alınması, açıklanamayan gastrointestinal kanama, demir eksikliği anemisi, ince bağırsak Crohn hastalığı, ince bağırsak tümörü veya polip şüphesi, polipozis sendromları, ince bağırsak darlıkları, yabancı cisim veya takılmış kapsül çıkarılması ve endoskopik tedavi gerektiren ince bağırsak patolojileridir. Balon enteroskopi kapsül endoskopiden farklı olarak sadece görüntüleme yapmaz; biyopsi alma, kanama tedavisi, polip çıkarma, darlık dilatasyonu, yabancı cisim veya kapsül çıkarma ve lezyon işaretleme gibi terapötik işlemlere de olanak sağlar. Bu nedenle ince bağırsak hastalıklarında tanı ve tedaviyi birleştiren önemli bir yöntemdir. İşlem, standart endoskopiden daha uzun, teknik olarak daha karmaşık ve sedasyon/anestezi gereksinimi daha yüksek bir işlemdir. Komplikasyonlar genel olarak nadir olmakla birlikte; kanama, perforasyon, pankreatit, aspirasyon, sedasyon/anestezi ilişkili kardiyopulmoner olaylar, işlem başarısızlığı ve tekrar işlem ihtiyacı gelişebilir.

Bu bölümün amacı, balon enteroskopi yapılacak hastalarda işlemin amacı, hazırlığı, yapılabilecek ek uygulamalar, beklenen faydalar, riskler, alternatifler, işlem sonrası uyarı bulguları ve hasta iletişiminde kullanılacak standart mesajları kanıta dayalı ve anlaşılır bir formatta sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Balon enteroskopi, çift balon enteroskopi, gastrointestinal kanama.

ABSTRACT

Balloon enteroscopy is an advanced endoscopic procedure used to evaluate and treat small-bowel segments that are not fully accessible by standard upper gastrointestinal endoscopy or colonoscopy. Double-balloon enteroscopy, single-balloon enteroscopy, and spiral enteroscopy are generally categorized under device-assisted enteroscopy. The procedure may be performed via the oral route, anal route, or, in selected cases, both routes. Common indications include confirmation and treatment of lesions detected by capsule endoscopy or cross-sectional imaging, suspected small-bowel bleeding, iron deficiency anemia, Crohn's disease, suspected small-bowel tumors or polyps, polyposis syndromes, small-bowel strictures, retrieval of foreign bodies or retained capsules, and therapeutic management of small-bowel lesions. Unlike capsule endoscopy, balloon enteroscopy allows biopsy, hemostasis, polypectomy, stricture dilation, foreign body retrieval, and lesion tattooing. Although generally safe, balloon enteroscopy is longer and more technically demanding than standard endoscopy and may require deeper sedation or anesthesia. Potential adverse events include bleeding, perforation, pancreatitis, aspiration, cardiopulmonary events related to sedation or anesthesia, incomplete examination, and need for repeat procedures. This chapter provides an evidence-based patient education and clinical communication protocol for balloon enteroscopy.

Keywords: Balloon enteroscopy, double-balloon enteroscopy, gastrointestinal bleeding.

KAYNAKLAR

1. Pennazio M, Rondonotti E, Despott EJ, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: ESGE Guideline – Update 2022. *Endoscopy*. 2023;55(1):58-95.
2. Leighton JA, Brock AS, Semrad CE, et al. Quality indicators for capsule endoscopy and deep enteroscopy. *Gastrointest Endosc*. 2022;96(6):693-711.
3. Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: BSG and ESGE guideline update. *Gut*. 2021;70(9):1611-1628.
4. Lee HH, et al. Use of device-assisted enteroscopy in small bowel disease.
5. Paspatis GA, Dumonceau JM, Barthet M, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: ESGE Position Statement. *Endoscopy*. 2014;46(8):693-711.
6. Mensink PBF, Haringsma J, Kucharzik T, et al. Complications of double balloon enteroscopy: a multicenter survey. *Endoscopy*. 2007;39(7):613-615.
7. Ivano FH, et al. Analysis of double balloon enteroscopy: indications, findings, therapeutics and complications. 2017.
8. Neuhaus H. Device-assisted enteroscopy in inflammatory bowel disease. 2024.

İLERİ ENDOSKOPIK TANI VE TEDAVİ İŞLEMLERİ

ÖZET

İleri endoskopik tanı ve tedavi işlemleri; standart üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopinin ötesinde özel cihaz, ekipman, deneyim ve çoğu zaman multidisipliner değerlendirme gerektiren uygulamalardır. Endoskopik ultrasonografi (EUS) ve EUS eşliğinde iğne aspirasyonu/biyopsisi, kapsül endoskopi, derin enteroskopi, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP), endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR), endoskopik submukozal diseksiyon (ESD), darlık dilatasyonu, gastrointestinal stentleme, endoskopik kanama tedavileri ve peroral endoskopik miyotomi (POEM) bu başlık altındaki başlıca işlemlerdir. Bu işlemler safra yolu taşları, pankreatobiliyer hastalıklar, erken evre gastrointestinal neoplaziler, subepitelyal lezyonlar, sindirim sistemi kanamaları, benign/malign darlıklar, yutma güçlüğü, akalazya ve ince bağırsak hastalıklarında kullanılır ve seçilmiş hastalarda cerrahiye minimal invaziv alternatif sunar.

İleri işlemler standart tanısal endoskopilere göre daha uzun sürebilir, daha derin sedasyon/anestezi gerektirebilir ve kanama, perforasyon, pankreatit, enfeksiyon veya işlem başarısızlığı gibi komplikasyon riskleri daha belirgin olabilir. Bu nedenle doğru endikasyon, uygun hasta seçimi, işlem öncesi hazırlık, antikoagülan/antiagregan yönetimi, sedasyon veya anestezi planı, aydınlatılmış onam ve işlem sonrası izlem temel güvenlik basamaklarıdır. Bu bölümün amacı, ileri endoskopik işlemler hakkında hekimlere standart bir klinik çerçeve sunmak; hastalara ise işlemin amacı, süreci, yararları, riskleri, alternatifleri ve işlem sonrası dikkat edilecek durumlar konusunda anlaşılır ve güvenilir bilgilendirme sağlamaktır.

Anahtar kelimeler: İleri endoskopi, endoskopik ultrasonografi, ERCP, endoskopik rezeksiyon, EMR, ESD, kapsül endoskopi, enteroskopi, gastrointestinal stent, endoskopik dilatasyon, POEM, hasta bilgilendirme.

ABSTRACT

Advanced diagnostic and therapeutic endoscopic procedures require specialized devices, equipment, expertise and often multidisciplinary assessment beyond standard endoscopy and colonoscopy. Endoscopic ultrasonography (EUS) and EUS-guided fine-needle aspiration/biopsy, capsule endoscopy, deep enteroscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), endoscopic mucosal resection (EMR), endoscopic submucosal dissection (ESD), stricture dilation, gastrointestinal stenting, endoscopic hemostasis and peroral endoscopic myotomy (POEM) are the main procedures in this field. They are used in biliary stones, pancreaticobiliary disorders, early gastrointestinal neoplasia, subepithelial lesions, gastrointestinal bleeding, benign/malignant strictures, dysphagia, achalasia and small-bowel disease, and offer minimally invasive alternatives to surgery in selected patients. As they may be longer, require deeper sedation/anesthesia and carry more pronounced risks, patient safety depends on correct indication, appropriate selection, pre-procedural preparation, antithrombotic management, sedation/anesthesia planning, informed consent and post-procedural follow-up. This chapter provides clinicians with a standardized framework and offers patients clear information on purpose, process, benefits, risks, alternatives and post-procedural warning signs, in line with current ESGE, ASGE and SAGES guidelines.

Keywords: Advanced endoscopy, endoscopic ultrasonography, ERCP, endoscopic resection, EMR, ESD, capsule endoscopy, enteroscopy, gastrointestinal stent, endoscopic dilation, POEM, patient education.

KAYNAKLAR

1. Storm AC, Fishman DS, Buxbaum JL, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on informed consent for GI endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2022;95(2):207-215.e2.
2. Everett SM, Triantafyllou K, Hassan C, et al. Informed consent for endoscopic procedures: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy.* 2023;55(10):952-966.
3. Sidhu R, Turnbull D, Haboubi H, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on sedation in gastrointestinal endoscopy. *Gut.* 2024;73(2):219-245.
4. Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: BSG and ESGE guideline update. *Gut.* 2021;70(9):1611-1628.
5. Hashash JG, Thompson CC, Wang AY. AGA Rapid Clinical Practice Update on the management of patients taking GLP-1 receptor agonists prior to endoscopy: communication. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024;22(4):705-707.
6. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2020;52(2):127-149.
7. Buxbaum JL, Freeman M, Amateau SK, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on post-ERCP pancreatitis prevention strategies: summary and recommendations. *Gastrointest Endosc.* 2023;97(2):153-162.
8. Forbes N, Coelho-Prabhu N, Al-Haddad MA, et al. Adverse events associated with EUS and EUS-guided procedures. *Gastrointest Endosc.* 2022;95(1):16-26.e2.
9. Facciorusso A, Arvanitakis M, Crino SF, et al. Endoscopic ultrasound-guided tissue sampling: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical and Technology Review. *Endoscopy.* 2025;57(4):390-418.
10. ASGE Standards of Practice Committee; Machicado JD, Sheth SG, Chalhoub JM, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the diagnosis and management of solid pancreatic masses: summary and recommendations. *Gastrointest Endosc.* 2024;100(5):786-796.
11. Pennazio M, Rondonotti E, Despott EJ, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2022. *Endoscopy.* 2023;55(1):58-95.
12. Ferlitsch M, Hassan C, Bisschops R, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2024. *Endoscopy.* 2024;56(7):516-545.
13. Pimentel-Nunes P, Libanio D, Bastiaansen BAJ, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2022. *Endoscopy.* 2022;54(6):591-622.
14. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy.* 2021;53(3):300-332.
15. Spaander MCW, van der Bogt RD, Baron TH, et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy.* 2021;53(7):751-762.
16. van Hooft JE, Veld JV, Arnold D, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy.* 2020;52(5):389-407.
17. Khashab MA, Vela MF, Thosani N, et al. ASGE guideline on the management of achalasia. *Gastrointest Endosc.* 2020;91(2):213-227.e6.
18. Calabrese EC, Kindel T, Slater BJ, et al. 2024 Update to SAGES guidelines for the use of peroral endoscopic myotomy (POEM) in the treatment of achalasia. *Surg Endosc.* 2025;39(7):4027-4037.
19. Paspatis GA, Arvanitakis M, Dumonceau JM, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement - Update 2020. *Endoscopy.* 2020;52(9):792-810.

ENDOSKOPIK KANAMA TEDAVİLERİ

ÖZET

Gastrointestinal kanama, acil endoskopi gerektiren, mortalite ve morbidite açısından kritik öneme sahip bir klinik tablodur. Üst gastrointestinal sistem kanamasında (ÜGİSK) en sık nedenler peptik ülser, Mallory-Weiss yırtığı, varis kanamaları, Dieulafoy lezyonu ve anjiyodisplazidir. ESGE 2021 kılavuzu, Forrest Ia-Ib (aktif kanama) ve Forrest IIa (görünür damar) lezyonlarda endoskopik hemostazı güçlü bir öneri olarak tanımlamakta; epinefrin enjeksiyonunun tek başına kullanılmamasını, mutlaka ikinci bir yöntemle kombine edilmesini önermektedir. ACG kılavuzu bunu destekler biçimde termal koagülasyon, hemoklip uygulaması ve endoskopik hemostaz tozu gibi yöntemleri önermektedir. ESGE 2024 güncellemesi, hemodinamik olarak instabil hastalarda acil endoskopiye, stabil hastalarda ise standart erken endoskopiye (24 saat içinde) önermektedir. Hemostaz başarısız olduğunda transkateter anjiyografik embolizasyon (TAE) ilk basamak kurtarma tedavisi, cerrahi ise TAE'nin mevcut olmadığı ya da başarısız olduğu durumlar için ikinci seçenektir.

Bu bölümün amacı, endoskopik yöntemlerle tedavi edilebilen gastrointestinal kanama tablolarında klinik değerlendirme ve risk sınıflamasını özetlemek; mevcut endoskopik hemostaz yöntemlerini, uygulama zamanlamasını ve başarısızlık halinde izlenecek yolu kanıta dayalı kılavuzlar çerçevesinde aktarmak ve hastaya yönelik pratik bir iletişim protokolü sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal kanama, endoskopik hemostaz, peptik ülser kanaması, Forrest sınıflaması, hemoklip, termal koagülasyon, ESGE.

ABSTRACT

Gastrointestinal bleeding is a critical clinical emergency requiring urgent endoscopy and carrying significant mortality and morbidity. The most common causes of upper gastrointestinal bleeding (UGIB) include peptic ulcer disease, Mallory-Weiss tear, Dieulafoy lesion, and angiodysplasia. The ESGE 2021 guideline strongly recommends endoscopic hemostasis for Forrest Ia-Ib (active bleeding) and Forrest IIa (visible vessel) lesions, and stipulates that epinephrine injection should never be used as monotherapy but always combined with a second hemostatic modality. The ACG guideline similarly endorses thermal coagulation, hemoclip application, and hemostatic powder spray. The ESGE 2024 update recommends very early endoscopy (within 6 hours) for hemodynamically unstable patients and standard early endoscopy (within 24 hours) for stable patients. When endoscopic hemostasis fails, transcatheter angiographic embolization (TAE) is the first salvage option, with surgery reserved for cases where TAE is unavailable or unsuccessful.

The aim of this section is to summarize clinical assessment and risk stratification in gastrointestinal bleeding conditions that can be treated with endoscopic methods; to present current endoscopic hemostasis techniques, their timing, and the management pathway in case of treatment failure within the framework of evidence-based guidelines; and to provide a practical patient-centered communication protocol.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis, peptic ulcer bleeding, Forrest classification, hemoclip, thermal coagulation, ESGE.

KAYNAKLAR

1. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): ESGE Guideline – Update 2024. *Endoscopy*. 2024;53(3):300-332.
2. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019;171(11):805-822.
3. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(5):899-917.
4. Antonucci E, Zanichelli I, Rimondi A. Acute gastrointestinal bleeding: an update and a practical diagnostic approach. *Diagnostics (Basel)*. 2026;16(6):860.

ENDOSKOPIK VARİS TEDAVİLERİ

ÖZET

Varis kanaması, portal hipertansiyonun en tehlikeli komplikasyonlarından biridir ve altı haftalık mortalitesi yüzde on ile yirmi arasında seyretmektedir. ESGE 2022 kılavuzu özofagus varislerinde birincil ve ikincil profilaksi ile akut kanama yönetimini kapsamlı biçimde ele almaktadır. Akut özofagus varis kanamasında endoskopik bant ligasyonu (EVL), önce vazoaktif ajan (terlipressin, somatostatin veya oktreotid) başlanarak 12 saat içinde yapılması gereken birinci basamak endoskopik tedavidir. ESGE, skleroterapiyi yeniden kanama ve yan etki riski nedeniyle EVL'ye göre ikincil konumda değerlendirmekte; yüksek riskli Child-Pugh C veya aktif kanamadaki Child-Pugh B hastalarında 72 saat içinde (mümkünse 24 saat içinde) preemtif transjugüler intrahepatik portosistemik şant (TIPS) uygulanmasını önermektedir. Mide varislerinde ise siyanoakrilat enjeksiyonu standart tedavi kabul edilmektedir.

Bu bölümün amacı, özofagus ve mide varis kanamasında güncel ESGE 2022 kılavuzu çerçevesinde birincil ve ikincil korunum, akut hemostaz yöntemleri ve kurtarma tedavi seçeneklerini özetlemek; hasta ve yakınlarına yönelik anlaşılır ve güvenli bir iletişim protokolü oluşturmaktır.

Anahtar kelimeler: Varis kanaması, özofagus varisi, mide varisi, endoskopik bant ligasyonu, siyanoakrilat enjeksiyonu.

ABSTRACT

Variceal bleeding is one of the most life-threatening complications of portal hypertension, with a six-week mortality of 10–20%. The ESGE 2022 guideline comprehensively addresses primary and secondary prophylaxis and acute management of variceal hemorrhage. Endoscopic variceal ligation (EVL) preceded by vasoactive agents (terlipressin, somatostatin, or octreotide) within 12 hours is the first-line endoscopic treatment for acute esophageal variceal bleeding. ESGE considers sclerotherapy as inferior to EVL due to higher rebleeding rates and adverse event profile. Pre-emptive TIPS within 72 hours (preferably within 24 hours) is recommended in high-risk patients (Child-Pugh C ≤ 13 or Child-Pugh B > 7 with active bleeding despite vasoactive agents). Cyanoacrylate injection is the standard treatment for gastric varices.

The aim of this section is to summarize primary and secondary prophylaxis, acute hemostatic methods, and rescue treatment options for esophageal and gastric variceal bleeding within the framework of the current ESGE 2022 guideline, and to establish a clear, safe, and patient-centered communication protocol for patients and their relatives.

Keywords: Variceal bleeding, esophageal varices, gastric varices, endoscopic variceal ligation, cyanoacrylate injection.

KAYNAKLAR

1. Gralnek IM, Camus Duboc M, Garcia-Pagan JC, et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: ESGE Guideline. *Endoscopy*. 2022;54(11):1094-1120.
2. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al; Baveno VII Faculty. Baveno VII – renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*. 2022;76(4):959-974.
3. Kaplan DE, Ripoll C, Thiele M, et al. AASLD practice guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. *Hepatology*. 2024;79(5):1180-1211.
4. Lesmana CRA, et al. Management of acute variceal bleeding: updated APASL guidelines. *Hepatol Int*. 2025;19(5):1003-1031.
5. Singh S, et al. Comprehensive approach to esophageal variceal bleeding: from prevention to treatment. *World J Gastroenterol*. 2024;30(43):4602.

GASTROİNTESTİNAL YABANCI CİŞİM / GIDA BOLUSU ÇIKARILMASI

ÖZET

Gastrointestinal yabancı cisim yutulması ve özofageal gıda bolusu takılması, acil endoskopik müdahale gerektiren sık karşılaşılan klinik tablolardır. Çocuklarda en sık bozuk para, pil ve mıknatıs yutulması öne çıkarken, erişkinlerde özofagusta takılan gıda bolusu (food bolus impaction) en sık endoskopik yabancı cisim nedenidir. ESGE kılavuzu özofagusta takılan keskin uçlu yabancı cisimleri, düğme pilleri ve mıknatısları acil endoskopi gerektiren durumlar olarak sınıflamaktadır. Disk/düğme pil yutulması, baskı nekrozu ve elektrik akımı nedeniyle özofagus perforasyonuna birkaç saat içinde yol açabileceğinden gerçek bir endoskopik acildir. ASGE ve ESGE kılavuzları, özofagusta takılı gıda bolusunda 24 saat içinde terapötik endoskopi yapılmasını önermektedir. Endoskopik çıkarımın başarı oranı yüzde doksanın üzerindedir.

Bu bölümün amacı, yabancı cisim yutulması ve gıda bolusu takılması olgularında aciliyet sınıflamasını, endoskopik çıkarım zamanlamasını ve tekniklerini güncel ESGE ve ASGE kılavuzları çerçevesinde özetlemek; farklı yabancı cisim türlerine (pil, mıknatıs, keskin cisim, gıda bolusu) özgü yönetim protokollerini aktarmak ve hasta ile yakınlarına yönelik anlaşılır bir iletişim protokolü oluşturmaktır.

Anahtar kelimeler: Yabancı cisim, gıda bolusu takılması, özofageal tıkanma, endoskopik çıkarım.

ABSTRACT

Gastrointestinal foreign body ingestion and esophageal food bolus impaction are common presentations requiring urgent endoscopic management. While coin and button battery ingestion predominates in children, esophageal food bolus impaction is the most common endoscopic foreign body indication in adults. The ESGE guideline classifies sharp-pointed objects, button batteries, and magnets as indications for urgent endoscopy. Disc/button battery ingestion represents a true endoscopic emergency, as pressure necrosis and electrical current can cause esophageal perforation within hours. Both ASGE and ESGE recommend therapeutic endoscopy within 24 hours for esophageal food bolus impaction. Endoscopic retrieval success rates exceed 90%.

The aim of this section is to summarize the urgency classification, timing of endoscopic removal, and endoscopic retrieval techniques in cases of foreign body ingestion and food bolus impaction within the framework of the current ESGE and ASGE guidelines; to present management protocols specific to different types of foreign bodies, including batteries, magnets, sharp objects, and food bolus impaction; and to establish a clear communication protocol for patients and their relatives.

Keywords: Foreign body, food bolus impaction, esophageal obstruction, endoscopic retrieval.

KAYNAKLAR

1. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: ESGE Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016;48(5):489-496.
2. Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, et al; ASGE Standards of Practice Committee. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc*. 2011;73(6):1085-1091.
3. Negoita LM, Ghenea CS, Constantinescu G, et al. Esophageal food impaction and foreign object ingestion in the gastrointestinal tract: a review of clinical and endoscopic management. *Gastroenterol Insights*. 2023;14(1):131-143.
4. Lee SM, et al. Foreign body ingestion: radiologic evaluation, findings, and management. *Korean J Radiol*. 2025;26(7):638.
5. Triadafilopoulos G. Ingested foreign bodies and food impactions in adults. Waltham (MA): UpToDate; 2023

PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ (PEG), JEJUNOSTOMİ (PEJ) VE PEG-J

ÖZET

Yeterli oral alımın sağlanamadığı, ancak gastrointestinal sistemin işlevini koruduğu hastalarda enteral beslenme, parenteral beslenmeye kıyasla daha fizyolojik, daha güvenli ve daha düşük maliyetli bir destek yöntemidir. Dört haftadan uzun süreli beslenme gereksinimi öngörülen olgularda perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), uzun süreli enteral erişim için altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Nörolojik disfaji (inme, amiyotrofik lateral skleroz, ilerlemiş Parkinson hastalığı), baş-boyun ve özofagus kanserleri ile ciddi kraniofasial travma başlıca endikasyonları oluşturur. Daha distal beslenme gerektiren, mide boşalması ileri derecede bozulmuş veya yüksek aspirasyon riski taşıyan olgularda, PEG tüpünden geçirilen jejunal uzantı (PEG-J) ya da doğrudan perkütan endoskopik jejunostomi (D-PEJ) tercih edilir.

Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği (ESGE) kılavuzları, standart yöntem olarak “çekme (pull)” tekniğini önermekte; özofagus darlığı, baş-boyun veya özofagus kanseri gibi geçişin güç olduğu durumlarda “itme (push/introducer)” tekniğini, tümör ekimi (seeding) riskini azaltmak amacıyla tercih etmektedir. İşlemden 30 dakika önce tek doz intravenöz beta-laktam antibiyotik profilaksisi yara enfeksiyonunu anlamlı biçimde azaltır. Güncel ASGE kılavuzu, gastrostomi beslenmesine işlemden sonraki dört saat içinde güvenle başlanabileceğini ve antiplatelet ilaçların kesilmesine genellikle gerek olmadığını bildirmektedir. Bu bölüm; PEG/PEJ/PEG-J endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, uygulama tekniklerini, komplikasyonlarını ve takip ilkelerini kanıta dayalı güncel kılavuzlar çerçevesinde ele almakta; hasta bilgilendirme metinleri, sık sorulan sorular ve acil başvuru ölçütlerini içermektedir.

Anahtar kelimeler: Perkütan endoskopik gastrostomi, jejunostomi, PEG-J, enteral beslenme, disfaji, çekme tekniği, gömülü tampon sendromu, ev tipi enteral beslenme.

ABSTRACT

In patients who cannot maintain adequate oral intake but have a functioning gastrointestinal tract, enteral nutrition is more physiological, safer, and less costly than parenteral nutrition. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is the gold-standard method for long-term enteral access when feeding is anticipated to be required for more than four weeks. The principal indications are neurological dysphagia (stroke, amyotrophic lateral sclerosis, advanced Parkinson's disease), head-and-neck and esophageal malignancies, and severe craniofacial trauma. When more distal feeding is required because of severely impaired gastric emptying or a high aspiration risk, a jejunal extension through the PEG (PEG-J) or a direct percutaneous endoscopic jejunostomy (D-PEJ) is preferred.

The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines recommend the “pull” technique as the standard method and the “push/introducer” technique when transoral passage is difficult, such as in esophageal stenosis or head-and-neck/esophageal cancer, in order to reduce the risk of tumor seeding. A single intravenous dose of a beta-lactam antibiotic 30 minutes before the procedure significantly reduces wound infection. The current ASGE guideline states that tube feeding can be safely started within four hours of gastrostomy and that antiplatelet agents generally need not be withheld. This chapter reviews the indications, contraindications, procedural techniques, complications, and follow-up principles of PEG/PEJ/PEG-J within the framework of current evidence-based guidelines, and provides patient education texts, frequently asked questions, and red-flag criteria.

Keywords: Percutaneous endoscopic gastrostomy, jejunostomy, PEG-J, enteral nutrition, dysphagia, pull technique, buried bumper syndrome, home enteral nutrition.

KAYNAKLAR

1. Arvanitakis M, Gkolfakis P, Despott EJ, et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 1: Definitions and indications. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2020;52(1):81-92.
2. Gkolfakis P, Arvanitakis M, Despott EJ, et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri- and post-procedural management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021;53(2):178-195.
3. ASGE Standards of Practice Committee; Kohli DR, Abidi WM, Cosgrove N, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on gastrostomy feeding tubes: summary and recommendations. Gastrointest Endosc. 2024 (Epub ahead of print). doi:10.1016/j.gie.2024.08.044.
4. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg. 1980;15(6):872-875.
5. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. Clin Nutr. 2020;39(1):5-22.
6. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition – Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr. 2005;24(5):848-861.

İNTRAGASTRİK BALON YERLEŞTİRİLMESİ VE ÇIKARILMASI

ÖZET

İntragastrik balon (İGB), yaşam tarzı değişikliklerine yeterli yanıt vermeyen obez bireylerde mide hacmini geçici olarak azaltarak kilo kaybını destekleyen, geri dönüşümlü ve minimal invaziv bir endoskopik bariyatrik araçtır. Üst endoskopi eşliğinde mideye yerleştirilen yumuşak silikon balon, sıvı veya hava ile şişirilerek hem mekanik kısıtlama hem de nörohumoral tokluk yanıtı oluşturur. Güncel ASGE-ESGE 2024 ortak kılavuzu; beden kitle indeksi (BKİ) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan ya da BKİ $27,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ olup en az bir obeziteyle ilişkili komorbiditesi (tip 2 diyabet, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi vb.) bulunan hastalarda, yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte İGB kullanımını önermektedir.

İGB, tek başına bir tedavi değil; yapılandırılmış diyet, fiziksel aktivite ve davranış değişikliği programının etkinliğini güçlendiren bir araçtır. Sıvı dolu balonların içine eklenen metilen mavisi, olası bir sızıntı/rüptür durumunda idrar renginin değişmesiyle erken uyarı sağlar. Sıvı dolu klasik balonlar genellikle altıncı ayda endoskopik olarak çıkarılır; ayarlanabilir ve yutulabilir tipler farklı sürelerde kullanılabilir. En sık görülen yan etkiler ilk günlerdeki bulantı, kusma ve karın krampları olup, bunlar antiemetik ve proton pompası inhibitörü (PPI) ile yönetilir; ciddi ancak seyrek komplikasyonlar arasında balon migrasyonuna bağlı bağırsak tıkanması, mide ülseri/perforasyonu ve pankreatit yer alır. Bu bölüm; İGB endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, etkinlik ve güvenlik verilerini, yerleştirme/çıkarma tekniklerini ve hasta iletişimini güncel kanıtlar ışığında ele almaktadır.

Anahtar kelimeler: İntragastrik balon, endoskopik bariyatrik tedavi, obezite, beden kitle indeksi, kilo kaybı, metilen mavisi, yaşam tarzı değişikliği.

ABSTRACT

The intragastric balloon (IGB) is a reversible, minimally invasive endoscopic bariatric device that supports weight loss by temporarily reducing gastric volume in patients with obesity who have not responded adequately to lifestyle interventions. Placed under upper endoscopy, the soft silicone balloon is inflated with fluid or air, producing both mechanical restriction and a neurohumoral satiety response. The current ASGE-ESGE 2024 joint guideline suggests the use of IGB together with lifestyle modification in patients with a body mass index (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, or $27.0\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$ with at least one obesity-related comorbidity (type 2 diabetes, hypertension, obstructive sleep apnea, etc.).

The IGB is not a stand-alone therapy but a tool that augments a structured diet, physical activity, and behavioral program. Methylene blue added to fluid-filled balloons provides an early warning of leakage/rupture through a change in urine color. Classic fluid-filled balloons are generally removed endoscopically at six months; adjustable and swallowable types may remain for different durations. The most common adverse effects are nausea, vomiting, and abdominal cramps in the first days, managed with antiemetics and a proton pump inhibitor (PPI); rare but serious complications include bowel obstruction from balloon migration, gastric ulcer/perforation, and pancreatitis. This chapter reviews IGB indications, contraindications, efficacy and safety data, placement/removal techniques, and patient communication in light of current evidence.

Keywords: Intragastric balloon, endoscopic bariatric therapy, obesity, body mass index, weight loss, methylene blue, lifestyle modification.

KAYNAKLAR

1. Jirapinyo P, Hadeifi A, Thompson CC, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy–European Society of Gastrointestinal Endoscopy guideline on primary endoscopic bariatric and metabolic therapies for adults with obesity. *Endoscopy*. 2024;56(6):437-456.
2. Abu Dayyeh BK, Kumar N, Edmundowicz SA, et al; ASGE Bariatric Endoscopy Task Force and ASGE Technology Committee. ASGE Bariatric Endoscopy Task Force systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting endoscopic bariatric therapies. *Gastrointest Endosc*. 2015;82(3):425-438.e5.
3. ASGE/ASMBS Task Force on Endoscopic Bariatric Therapy. A pathway to endoscopic bariatric therapies. *Gastrointest Endosc*. 2011;74(5):943-953.
4. Imaz I, Martínez-Cervell C, García-Alvarez EE, et al. Safety and effectiveness of the intragastric balloon for obesity: a meta-analysis. *Obes Surg*. 2008;18(7):841-846.
5. Genco A, Bruni T, Doldi SB, et al. BioEnterics Intragastric Balloon: the Italian experience with 2,515 patients. *Obes Surg*. 2005;15(8):1161-1164.

KARACİĞER BİYOPSİSİ

ÖZET

Yeterli oral alımın sağlanamadığı, ancak gastrointestinal sistemin işlevini koruduğu hastalarda enteral beslenme, parenteral beslenmeye kıyasla daha fizyolojik, daha güvenli ve daha düşük maliyetli bir destek yöntemidir. Dört haftadan uzun süreli beslenme gereksinimi öngörülen olgularda perkütan endoskopik gastrotomi (PEG), uzun süreli enteral erişim için altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Nörolojik disfaji (inme, amiyotrofik lateral skleroz, ilerlemiş Parkinson hastalığı), baş-boyun ve özofagus kanserleri ile ciddi kraniofasial travma başlıca endikasyonları oluşturur. Daha distal beslenme gerektiren, mide boşalması ileri derecede bozulmuş veya yüksek aspirasyon riski taşıyan olgularda, PEG tüpünden geçirilen jejunal uzantı (PEG-J) ya da doğrudan perkütan endoskopik jejunostomi (D-PEJ) tercih edilir.

Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği (ESGE) kılavuzları, standart yöntem olarak “çekme (pull)” tekniğini önermekte; özofagus darlığı, baş-boyun veya özofagus kanseri gibi geçişin güç olduğu durumlarda “itme (push/introducer)” tekniğini, tümör ekimi (seeding) riskini azaltmak amacıyla tercih etmektedir. İşlemden 30 dakika önce tek doz intravenöz beta-laktam antibiyotik profilaksisi yara enfeksiyonunu anlamlı biçimde azaltır. Güncel ASGE kılavuzu, gastrotomi beslenmesine işlemden sonraki dört saat içinde güvenle başlanabileceğini ve antiplatelet ilaçların kesilmesine genellikle gerek olmadığını bildirmektedir. Bu bölüm; PEG/PEJ/PEG-J endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, uygulama tekniklerini, komplikasyonlarını ve takip ilkelerini kanıta dayalı güncel kılavuzlar çerçevesinde ele almakta; hasta bilgilendirme metinleri, sık sorulan sorular ve acil başvuru ölçütlerini içermektedir.

Anahtar kelimeler: Perkütan endoskopik gastrotomi, jejunostomi, PEG-J, enteral beslenme, disfaji, çekme tekniği, gömülü tampon sendromu, ev tipi enteral beslenme.

ABSTRACT

In patients who cannot maintain adequate oral intake but have a functioning gastrointestinal tract, enteral nutrition is more physiological, safer, and less costly than parenteral nutrition. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is the gold-standard method for long-term enteral access when feeding is anticipated to be required for more than four weeks. The principal indications are neurological dysphagia (stroke, amyotrophic lateral sclerosis, advanced Parkinson's disease), head-and-neck and esophageal malignancies, and severe craniofacial trauma. When more distal feeding is required because of severely impaired gastric emptying or a high aspiration risk, a jejunal extension through the PEG (PEG-J) or a direct percutaneous endoscopic jejunostomy (D-PEJ) is preferred.

The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines recommend the “pull” technique as the standard method and the “push/introducer” technique when transoral passage is difficult, such as in esophageal stenosis or head-and-neck/esophageal cancer, in order to reduce the risk of tumor seeding. A single intravenous dose of a beta-lactam antibiotic 30 minutes before the procedure significantly reduces wound infection. The current ASGE guideline states that tube feeding can be safely started within four hours of gastrostomy and that antiplatelet agents generally need not be withheld. This chapter reviews the indications, contraindications, procedural techniques, complications, and follow-up principles of PEG/PEJ/PEG-J within the framework of current evidence-based guidelines, and provides patient education texts, frequently asked questions, and red-flag criteria.

Keywords: Abdominal pain, acute abdomen, red flags, gastrointestinal symptoms.

KAYNAKLAR

1. Neuberger J, Patel J, Caldwell H, et al. Guidelines on the use of liver biopsy in clinical practice from the British Society of Gastroenterology, the Royal College of Radiologists and the Royal College of Pathology. *Gut*. 2020;69(8):1382-1403.
2. Patel IJ, Rahim S, Davidson JC, et al. Society of Interventional Radiology consensus guidelines for the periprocedural management of thrombotic and bleeding risk in patients undergoing percutaneous image-guided interventions – Part II: Recommendations. *J Vasc Interv Radiol*. 2019;30(8):1168-1184.e1.
3. O'Leary JG, Greenberg CS, Patton HM, Caldwell SH. AGA Clinical Practice Update: Coagulation in Cirrhosis. *Gastroenterology*. 2019;157(1):34-43.e1.
4. Rockey DC, Caldwell SH, Goodman ZD, et al; American Association for the Study of Liver Diseases. Liver biopsy. *Hepatology*. 2009;49(3):1017-1044.

PARASENTEZ

ÖZET

İntragastrik balon (İGB), yaşam tarzı değişikliklerine yeterli yanıt vermeyen obez bireylerde mide hacmini geçici olarak azaltarak kilo kaybını destekleyen, geri dönüşümlü ve minimal invaziv bir endoskopik bariyatrik araçtır. Üst endoskopi eşliğinde mideye yerleştirilen yumuşak silikon balon, sıvı veya hava ile şişirilerek hem mekanik kısıtlama hem de nörohumoral tokluk yanıtı oluşturur. Güncel ASGE-ESGE 2024 ortak kılavuzu; beden kitle indeksi (BKİ) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan ya da BKİ $27,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ olup en az bir obeziteyle ilişkili komorbiditesi (tip 2 diyabet, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi vb.) bulunan hastalarda, yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte İGB kullanımını önermektedir.

İGB, tek başına bir tedavi değil; yapılandırılmış diyet, fiziksel aktivite ve davranış değişikliği programının etkinliğini güçlendiren bir araçtır. Sıvı dolu balonların içine eklenen metilen mavisi, olası bir sızıntı/rüptür durumunda idrar renginin değişmesiyle erken uyarı sağlar. Sıvı dolu klasik balonlar genellikle altıncı ayda endoskopik olarak çıkarılır; ayarlanabilir ve yutulabilir tipler farklı sürelerde kullanılabilir. En sık görülen yan etkiler ilk günlerdeki bulantı, kusma ve karın krampları olup, bunlar antiemetik ve proton pompası inhibitörü (PPI) ile yönetilir; ciddi ancak seyrek komplikasyonlar arasında balon migrasyonuna bağlı bağırsak tıkanması, mide ülseri/perforasyonu ve pankreatit yer alır. Bu bölüm; İGB endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, etkinlik ve güvenlik verilerini, yerleştirme/çıkarma tekniklerini ve hasta iletişimini güncel kanıtlar ışığında ele almaktadır.

Anahtar kelimeler: İntragastrik balon, endoskopik bariyatrik tedavi, obezite, beden kitle indeksi, kilo kaybı, metilen mavisi, yaşam tarzı değişikliği.

ABSTRACT

The intragastric balloon (IGB) is a reversible, minimally invasive endoscopic bariatric device that supports weight loss by temporarily reducing gastric volume in patients with obesity who have not responded adequately to lifestyle interventions. Placed under upper endoscopy, the soft silicone balloon is inflated with fluid or air, producing both mechanical restriction and a neurohumoral satiety response. The current ASGE-ESGE 2024 joint guideline suggests the use of IGB together with lifestyle modification in patients with a body mass index (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, or $27.0\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$ with at least one obesity-related comorbidity (type 2 diabetes, hypertension, obstructive sleep apnea, etc.).

The IGB is not a stand-alone therapy but a tool that augments a structured diet, physical activity, and behavioral program. Methylene blue added to fluid-filled balloons provides an early warning of leakage/rupture through a change in urine color. Classic fluid-filled balloons are generally removed endoscopically at six months; adjustable and swallowable types may remain for different durations. The most common adverse effects are nausea, vomiting, and abdominal cramps in the first days, managed with antiemetics and a proton pump inhibitor (PPI); rare but serious complications include bowel obstruction from balloon migration, gastric ulcer/perforation, and pancreatitis. This chapter reviews IGB indications, contraindications, efficacy and safety data, placement/removal techniques, and patient communication in light of current evidence.

Keywords: Abdominal pain, acute abdomen, red flags, gastrointestinal symptoms.

KAYNAKLAR

1. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2021;74(2):1014-1048.
2. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2018;69(2):406-460.
3. Orman ES, Fortune BE, John BV, Asrani SK. AGA Clinical Practice Update on the Management of Ascites, Volume Overload, and Hyponatremia in Cirrhosis: Expert Review. *Gastroenterology*. 2025;169(7):1547-1557.
4. Moore KP, Aithal GP. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut*. 2006;55(Suppl 6):vi1-vi12.
5. Patel IJ, Rahim S, Davidson JC, et al. Society of Interventional Radiology consensus guidelines for the periprocedural management of thrombotic and bleeding risk in patients undergoing percutaneous image-guided interventions – Part II: Recommendations. *J Vasc Interv Radiol*. 2019;30(8):1168-1184.e1.

ENDOSKOPİK İŞLEMLERDE SEDASYON VE ANESTEZİ

ÖZET

Sedasyon, endoskopik işlemler sırasında hastanın konforunu artırmak, anksiyeteyi azaltmak ve işlemin güvenli biçimde tamamlanmasını sağlamak amacıyla uygulanan, titre edilebilir düzeyde bilinç baskılanmasıdır. Üst gastrointestinal endoskopi ve kolonoskopiden ERCP, endoskopik ultrasonografi (EUS) ve endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) gibi ileri işlemlere kadar geniş bir yelpazede kullanılır. Sedasyon; minimal, orta ("bilinçli"), derin sedasyon ve genel anestezi olmak üzere tanımlanır ve hedeflenen düzeyden daha derin bir seviyeye istemsizce geçilebileceği için, uygulayıcının bir üst düzeyden "kurtarma" yeteneğine sahip olması gerekir.

Bu bölümde sedasyonun tanımı ve düzeyleri, ASA fiziksel durum sınıflaması, işlem öncesi değerlendirme (hava yolu, uyku apnesi, komorbidite), açlık kuralları ve GLP-1 reseptör agonistlerinin peri-prosedürel yönetimi, kullanılan ilaçlar ve geri çevirme ajanları, monitörizasyon (kapnografi dahil), non-anesteziyolog propofol uygulaması (NAAP) tartışması, anestezi uzmanı gereksinimi, komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi, derlenme/taburculuk ölçütleri ve özel hasta gruplarına yaklaşım; ASGE, ESGE, ASA ve çok-dernek güncel kılavuzları ışığında ele alınmaktadır. Ayrıca standart hasta bilgilendirme metni, sık sorulan sorular ve yanlış inanışların düzeltilmesine yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Endoskopik sedasyon, orta düzey sedasyon, derin sedasyon, propofol, midazolam, kapnografi, ASA sınıflaması, açlık kuralları, taburculuk ölçütleri, hasta bilgilendirmesi.

ABSTRACT

Sedation is the titratable suppression of consciousness administered to improve comfort, reduce anxiety and enable the safe completion of endoscopic procedures, ranging from upper endoscopy and colonoscopy to advanced procedures such as ERCP, EUS and ESD. Sedation is defined along a continuum — minimal, moderate ("conscious"), deep sedation and general anesthesia — and because a patient may inadvertently drift to a deeper level than intended, the provider must be capable of rescuing the patient from one level deeper. This chapter covers definitions and levels of sedation, ASA physical status classification, pre-procedural assessment (airway, obstructive sleep apnea, comorbidity), fasting rules and peri-procedural management of GLP-1 receptor agonists, sedative agents and reversal drugs, monitoring (including capnography), the debate on non-anesthesiologist administration of propofol (NAAP), indications for an anesthesia provider, prevention and management of complications, recovery/discharge criteria, and special populations, in accordance with current ASGE, ESGE, ASA and multi-society guidelines. Standardized patient information text, frequently asked questions and correction of misconceptions are also provided.

Keywords: Endoscopic sedation, moderate sedation, deep sedation, propofol, midazolam, capnography, ASA classification, fasting guidelines, discharge criteria, patient information.

KAYNAKLAR

1. Early DS, Lightdale JR, Vargo JJ, et al; ASGE Standards of Practice Committee. Guidelines for sedation and anesthesia in GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2018;87(2):327-337.
2. Dumonceau JM, Riphaus A, Schreiber F, et al. Non-anesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, and European Society of Anaesthesiology Guideline — Updated June 2015. *Endoscopy.* 2015;47(12):1175-1189.
3. American Society of Anesthesiologists Task Force. Practice Guidelines for Moderate Procedural Sedation and Analgesia 2018: A Report by the ASA and Multisociety Task Force. *Anesthesiology.* 2018;128(3):437-479.
4. American Society of Anesthesiologists Committee. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology.* 2017;126(3):376-393.
5. Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. *Anesthesiology.* 2023;138(2):132-151.
6. American Society of Anesthesiologists. Consensus-Based Guidance on Preoperative Management of Patients on Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists. ASA; June 2023.
7. Hashash JG, Thompson CC, Wang AY, et al. AGA Rapid Clinical Practice Update on the Management of Patients Taking GLP-1 Receptor Agonists Prior to Endoscopy: Communication. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024;22(4):705-707.
8. Kindel TL, Wang AY, Wadhwa A, et al. Multisociety Clinical Practice Guidance for the Safe Use of Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists in the Perioperative Period. 2024.
9. American Society of Anesthesiologists. Continuum of Depth of Sedation: Definition of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia. ASA (approved 2004, amended 2019).
10. Vargo JJ, DeLegge MH, Feld AD, et al. Multisociety sedation curriculum for gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2012;76(1):e1-e25.
11. Goudra B, Singh PM. Cardiac Arrest During GI Endoscopy: Sedation-Related Considerations. *Anesth Essays Res.* 2017;11(1):5-10.
12. Wernli KJ, Brenner AT, Rutter CM, Inadomi JM. Risks Associated With Anesthesia Services During Colonoscopy. *Gastroenterology.* 2016;150(4):888-894.

ANTİKOAGÜLAN VE ANTIPLATELET KULLANAN HASTADA ENDOSKOPI

ÖZET

Antikoagülan ve antiplatelet (antiagregan) ilaçlar; atriyal fibrilasyon, mekanik kalp kapağı, venöz tromboembolizm, koroner arter hastalığı ve stent, geçirilmiş inme gibi durumlarda tromboembolik olayları önlemek için yaygın kullanılır. Endoskopik işlem öncesinde bu ilaçların yönetimi, işleme bağlı kanama riski ile ilacın kesilmesine bağlı tromboz riskinin dengelenmesini gerektiren, bireyselleştirilmiş bir karardır. Yönetim üç değişkene dayanır: (1) işlemin kanama riski (düşük/yüksek), (2) hastanın tromboembolik riski (düşük/yüksek) ve (3) kullanılan ilacın farmakokinetiği (yarı ömür, böbrek atılımı, geri dönüşlülük).

Bu bölümde antitrombotik ilaçların sınıflandırması ve farmakokinetiği; işlemlerin kanama riskine ve hastanın tromboz riskine göre sınıflaması; aspirin, P2Y12 inhibitörleri, varfarin ve doğrudan oral antikoagülanların (DOAK) kesilme ve yeniden başlama zamanlaması; köprüleme (bridging) endikasyonları; acil kanamada geri çevirme ajanları ve özel durumlar (koroner stent/DAPT, mekanik kapak, böbrek yetmezliği) ele alınır. Öneriler ESGE/BSG 2021, ACG-CAG 2022 ve ACCP 2022 güncel kılavuzlarına dayanır. Ayrıca standart hasta bilgilendirme metni, sık sorulan sorular ve yanlış inanışların düzeltilmesine yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Antikoagülan, antiplatelet, aspirin, klopidoğrel, varfarin, DOAK, apiksaban, rivaroksaban, dabigatran, edoksaban, köprüleme, endoskopide kanama riski, periendoskopik yönetim.

ABSTRACT

Anticoagulant and antiplatelet agents are widely used to prevent thromboembolic events in atrial fibrillation, mechanical heart valves, venous thromboembolism, coronary artery disease and stents, and prior stroke. Their peri-endoscopic management is an individualized decision balancing procedure-related bleeding risk against thrombotic risk from interruption, and rests on three variables: (1) procedure bleeding risk (low/high), (2) patient thrombotic risk (low/high), and (3) drug pharmacokinetics (half-life, renal clearance, reversibility). This chapter covers classification and pharmacology of antithrombotic agents; stratification of procedures by bleeding risk and patients by thrombotic risk; timing of cessation and resumption of aspirin, P2Y12 inhibitors, warfarin and direct oral anticoagulants (DOACs); indications for bridging; reversal agents for emergency bleeding; and special situations (coronary stent/DAPT, mechanical valve, renal impairment), in accordance with current ESGE/BSG 2021, ACG-CAG 2022 and ACCP 2022 guidelines, together with standardized patient information, FAQs and correction of misconceptions.

Keywords: Anticoagulant, antiplatelet, aspirin, clopidogrel, warfarin, DOAC, apixaban, rivaroxaban, dabigatran, edoxaban, bridging, endoscopic bleeding risk, periendoscopic management.

KAYNAKLAR

1. Veitch AM, Radaelli F, Alikhan R, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. *Gut*. 2021;70(9):1611-1628. (Co-published: *Endoscopy*. 2021;53(9):947-969.)
2. Abraham NS, Barkun AN, Sauer BG, et al. American College of Gastroenterology-Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Management of Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Periendoscopic Period. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(4):542-558.
3. Douketis JD, Spyropoulos AC, Murad MH, et al. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. *Chest*. 2022;162(5):e207-e243.
4. Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, et al. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: BSG and ESGE guidelines. *Gut*. 2016;65(3):374-389.
5. Douketis JD, Spyropoulos AC, Kaatz S, et al. Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation (BRIDGE Trial). *N Engl J Med*. 2015;373(9):823-833.
6. Douketis JD, Spyropoulos AC, Duncan J, et al. Perioperative Management of Patients With Atrial Fibrillation Receiving a Direct Oral Anticoagulant (PAUSE Study). *JAMA Intern Med*. 2019;179(11):1469-1478.
7. Chan FKL, Goh KL, Reddy N, et al. Management of patients on antithrombotic agents undergoing emergency and elective endoscopy: joint APAGE and APSDE practice guidelines. *Gut*. 2018;67(3):405-417.
8. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314-3414.
9. Pollack CV, Reilly PA, van Ryn J, et al. Idarucizumab for Dabigatran Reversal — Full Cohort Analysis. *N Engl J Med*. 2017;377(5):431-441.
10. Connolly SJ, Crowther M, Eikelboom JW, et al. Full Study Report of Andexanet Alfa for Bleeding Associated with Factor Xa Inhibitors (ANNEXA-4). *N Engl J Med*. 2019;380(14):1326-1335.

ENDOSKOPIK İŞLEM SONRASI TABURCULUK, EVDE İZLEM VE ACİL BAŞVURU BİLGİLENDİRMESİ

ÖZET

Gastrointestinal endoskopik işlemler çoğunlukla gününbirlik yapılır ve hastalar aynı gün taburcu edilir. İşlem sonrası dönemde doğru hasta eğitimi; komplikasyonların erken tanınması, gereksiz acil başvuruların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından işlemin kendisi kadar önemlidir. Gastroskopi, kolonoskopi, EUS, ERCP, polipektomi ve ileri rezeksiyonlar (EMR/ESD) sonrasında geçici gaz-şişkinlik, hafif boğaz ağrısı ve sedasyona bağlı uyku hali gibi bulgular beklenirken; şiddetli/artan karın ağrısı, ateş, kanama, göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı ciddi komplikasyonların (kanama, perforasyon, post-ERCP pankreatit, post-polipektomi sendromu, kolanjit) habercisi olabilir.

Bu bölümde işlem sonrası normal iyileşme süreci; taburculuk ölçütleri (modifiye Aldrete/PADSS); işleme özgü evde bakım ve beslenme önerileri; başlıca komplikasyonların sıklığı, tanınması ve yönetimi; gecikmiş kanama ve post-ERCP pankreatitin özel önemi; ve acil başvuru kriterleri ESGE ve ASGE güncel kalite göstergeleri ve komplikasyon kılavuzları ışığında ele alınır. Ayrıca standart hasta bilgilendirme metni, sık sorulan sorular ve yanlış inanışların düzeltilmesi sunulur.

Anahtar kelimeler: Endoskopi sonrası bakım, taburculuk ölçütleri, gecikmiş kanama, perforasyon, post-ERCP pankreatit, post-polipektomi sendromu, sedasyon sonrası, alarm bulguları, hasta güvenliği, evde izlem.

ABSTRACT

Most gastrointestinal endoscopic procedures are performed on an outpatient basis with same-day discharge. In the post-procedure period, appropriate patient education is as important as the procedure itself for early recognition of complications, reducing unnecessary emergency visits and ensuring safety. While transient bloating, mild sore throat and post-sedation drowsiness are expected after endoscopy, severe or increasing abdominal pain, fever, bleeding, chest pain and respiratory distress may herald serious complications (bleeding, perforation, post-ERCP pancreatitis, post-polypectomy syndrome, cholangitis). This chapter addresses normal recovery, discharge criteria (modified Aldrete/PADSS), procedure-specific home care and diet, the frequency/recognition/management of major complications, the special importance of delayed bleeding and post-ERCP pancreatitis, and criteria for emergency presentation, in accordance with current ESGE and ASGE quality indicators and complication guidelines, together with standardized patient information, FAQs and correction of misconceptions.

Keywords: Post-endoscopy care, discharge criteria, delayed bleeding, perforation, post-ERCP pancreatitis, post-polypectomy syndrome, post-sedation, alarm signs, patient safety, home monitoring.

KAYNAKLAR

1. Cotton PB, Eisen GM, Aabakken L, et al. A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop. *Gastrointest Endosc.* 2010;71(3):446-454.
2. Ben-Menachem T, Decker GA, Early DS, et al; ASGE Standards of Practice Committee. Adverse events of upper GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2012;76(4):707-718.
3. Fisher DA, Maple JT, Ben-Menachem T, et al; ASGE Standards of Practice Committee. Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2011;74(4):745-752.
4. Rizk MK, Sawhney MS, Cohen J, et al. Quality indicators common to all GI endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(1):3-16.
5. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(1):31-53.
6. Bisschops R, Areia M, Coron E, et al. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy.* 2016;48(9):843-864.
7. Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M, et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy.* 2017;49(4):378-397.
8. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy.* 2017;49(3):270-297.
9. Ferlitsch M, Hassan C, Bisschops R, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline — Update 2024. *Endoscopy.* 2024;56(7):516-545.
10. Dumonceau JM, Andriulli A, Elmunzer BJ, et al. Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline — Updated June 2014. *Endoscopy.* 2014;46(9):799-815.
11. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2020;52(2):127-149.
12. Elmunzer BJ, Scheiman JM, Lehman GA, et al. A randomized trial of rectal indomethacin to prevent post-ERCP pancreatitis. *N Engl J Med.* 2012;366(15):1414-1422.
13. Buxbaum JL, Freeman M, Amateau SK, et al; ASGE Standards of Practice Committee. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on post-ERCP pancreatitis prevention strategies. *Gastrointest Endosc.* 2023;97(2):153-162.

GEBELİK VE EMZİRME DÖNEMİNDE GASTROİNTESTİNAL YAKINMALAR VE ENDOSKOPİK İŞLEMLER

ÖZET

Gebelik ve emzirme dönemi, gastrointestinal sistem (GİS) hastalıklarının hem klinik seyrini hem de tedavi yaklaşımını köklü biçimde etkileyen fizyolojik bir süreçtir. Bu dönemde en sık karşılaşılan GİS yakınmaları arasında gebeliğe özgü bulantı-kusma (NVP) ve hiperemesis gravidarum (HG), gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), kabızlık, hemoroid, inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) alevlenmeleri, intrahepatik kolestaz (ICP), viral hepatitler, *Helicobacter pylori* enfeksiyonu, akut karın ve biliyer hastalıklar yer almaktadır. Emzirme döneminde ise ilaçların süte geçişi (RID, M:P oranı, Hale kategorileri) ve bebeğe olası etkileri tedavi kararlarını doğrudan şekillendirmektedir.

Tanısal yaklaşımda ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MR/MRCP) radyasyon içermemesi nedeniyle tercih edilmekte; bilgisayarlı tomografi yalnızca zorunlu durumlarda uygulanmaktadır. Endoskopik işlemler güçlü endikasyon varlığında ve uygun sedasyon protokolleriyle gebelik boyunca güvenle gerçekleştirilebilir; en uygun zaman penceresi ikinci trimesterdir. Farmakolojik tedavide gebeliğin herhangi bir ilacı otomatik olarak kontrendike kılmadığı, aksine kontrolsüz hastalığın fetüs ve anne için ilaçtan daha büyük risk oluşturduğu modern kılavuzların ortak mesajıdır. Emzirme döneminde metotreksat ve mikofenolat mofetil mutlak kontrendikedir; biyolojik ajanlar, 5-ASA preparatları, PPI'lar ve sık kullanılan GİS ilaçlarının çoğu uygun izlemle sürdürülebilir.

Anahtar kelimeler: Gebelikte gastrointestinal yakınmalar, hiperemesis gravidarum, gebelikte İBH, intrahepatik kolestaz, gebelikte endoskopi, emzirmede ilaç güvenliği, RID, Hale kategorisi, gebelikte GÖRH, gebelikte *H. pylori*.

ABSTRACT

Pregnancy and lactation are physiological states that profoundly alter the clinical course and therapeutic management of gastrointestinal (GI) disorders. The most frequent GI complaints during this period include nausea and vomiting of pregnancy (NVP) and hyperemesis gravidarum (HG), gastroesophageal reflux disease (GERD), constipation, hemorrhoids, inflammatory bowel disease (IBD) flares, intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP), viral hepatitis, *Helicobacter pylori* infection, acute abdomen, and biliary disease. During lactation, drug-safety assessment — relative infant dose (RID), milk-to-plasma (M:P) ratio, and Hale risk categories — is integral to treatment decisions.

Diagnostic evaluation favors ultrasonography and magnetic resonance imaging given their radiation-free profile; computed tomography is reserved for critical indications. Endoscopic procedures can be safely performed throughout pregnancy with appropriate sedation, with the second trimester representing the optimal window. A fundamental principle endorsed by current guidelines is that untreated disease poses greater risk to the mother and fetus than most therapeutic agents; methotrexate and mycophenolate mofetil are absolutely contraindicated during breastfeeding, whereas biologics, 5-ASA compounds, proton pump inhibitors, and most common GI medications can be continued with appropriate monitoring.

Keywords: Gastrointestinal complaints in pregnancy, hyperemesis gravidarum, IBD in pregnancy, intrahepatic cholestasis, endoscopy in pregnancy, drug safety in lactation, relative infant dose, Hale category, GERD in pregnancy, *H. pylori* in pregnancy.

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131(1):e15-e30.
2. Nelson-Piercy C, Dean C, Shehmar M, et al. The Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum (Green-top Guideline No. 69). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *BJOG.* 2024;131(7):e1-e30.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 232: Hepatic Disorders During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2021;138(1):e64-e85.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 775: Nonobstetric Surgery During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019;133(4):e285-e286.
5. Mahadevan U, Robinson C, Bernasko N, et al. Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy Clinical Care Pathway: A Report From the American Gastroenterological Association IBD Parenthood Project Working Group. *Gastroenterology.* 2019;156(5):1508-1524.
6. Nguyen GC, Seow CH, Maxwell C, et al. The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. *Gastroenterology.* 2016;150(3):734-757.e1.
7. Torres J, Chaparro M, Julsgaard M, et al. European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation. *J Crohns Colitis.* 2023;17(1):1-27.
8. Williamson C, Nana M, Poon L, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of liver diseases in pregnancy. *J Hepatol.* 2023;79(3):768-828.
9. Tran TT, Ahn J, Reau NS. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(2):176-194.
10. ASGE Standards of Practice Committee. Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women. *Gastrointest Endosc.* 2012;76(1):18-24.
11. Mahadevan U, Long MD, Kane SV, et al. Pregnancy and Neonatal Outcomes After Fetal Exposure to Biologics and Thiopurines Among Women With Inflammatory Bowel Disease (PIANO). *Gastroenterology.* 2021;160(4):1131-1139.
12. Hale TW. *Hale's Medications and Mothers' Milk.* 20th ed. New York: Springer Publishing; 2023.
13. National Library of Medicine (US). *Drugs and Lactation Database (LactMed).* Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>
14. e-lactancia. Association for Promotion of and Cultural and Scientific Research of Breastfeeding (APILAM). <https://www.e-lactancia.org>
15. World Gastroenterology Organisation. WGO Global Guidelines: Nausea and Vomiting. WGO; 2015.

YAŞLI VE KIRILGAN HASTADA GASTROİNTESTİNAL YAKINMALAR VE ENDOSKOPİK İŞLEMLER

ÖZET

Yaşlı ve kırılğan hasta popülasyonu, gastroenteroloji pratiğinde giderek artan bir öneme sahiptir. 65 yaş üzeri bireylerde gastrointestinal (GİS) yakınmalar sıklıkla atipik klinik tablolarla prezente olmakta; tanısıl süreçler polifarmasi, çoklu eşlik eden hastalık ve bilişsel değişiklikler nedeniyle güçleşmekte; tedavi kararları ise kırılğanlık (frailty), sarkopeni ve fonksiyonel kapasite göz önüne alınarak bireyselleştirilmek zorunda kalınmaktadır. Yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler — GİS motilitesinde yavaşlama, splanknik kan akımında azalma, mukozal savunma mekanizmalarının zayıflaması ve karaciğer rezervinin kısıtlanması — GİS hastalıklarının hem klinik seyrini hem de farmakolojik tedavilerin güvenlik profilini doğrudan etkiler.

Bu bölümde disfaji, gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), gastroparezi, kabızlık, GİS kanaması, kolorektal kanser taraması, Clostridioides difficile enfeksiyonu, iskemik kolit, malnutrisyon, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve ilaç kaynaklı GİS hastalıkları; yaşlı hastaya özgü klinik özellikler ve güncel kılavuz önerileri çerçevesinde ele alınmaktadır. Endoskopik işlemlerin kırılğan hastada risk değerlendirmesi, uygun sedasyon protokolleri, kolonoskopi hazırlık rejimleri ve bağırsak kanseri taramasında yaşa bağlı sınır tartışmaları da ayrıntılı biçimde incelenmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı hastada GİS, kırılğanlık (frailty), sarkopeni, geriatrik sendromlar, yaşlıda endoskopi, disfaji, yaşlıda GİS kanaması, kolorektal kanser taraması, C. difficile, polifarmasi, iskemik kolit.

ABSTRACT

The elderly and frail patient population represents an increasingly important and clinically complex group in gastroenterology practice. In individuals aged 65 and older, gastrointestinal complaints frequently present atypically, diagnostic workup is complicated by polypharmacy, multimorbidity and cognitive impairment, and therapeutic decisions must be individualized according to frailty status, sarcopenia and functional capacity. Age-related physiological changes — slowed GI motility, reduced splanchnic blood flow, impaired mucosal defense and diminished hepatic reserve — directly affect both the clinical course of GI diseases and the safety profile of pharmacological treatments.

This chapter addresses dysphagia, gastroesophageal reflux disease, gastroparesis, constipation, GI bleeding, colorectal cancer screening, Clostridioides difficile infection, ischemic colitis, malnutrition, inflammatory bowel disease and drug-induced GI disease in the context of the elderly patient's unique clinical characteristics and current guideline recommendations. Risk stratification for endoscopic procedures in frail patients, sedation protocols, colonoscopy bowel preparation regimens and age-related limits in colorectal cancer screening are discussed in detail.

Keywords: GI disease in the elderly, frailty, sarcopenia, geriatric syndromes, endoscopy in elderly, dysphagia, GI bleeding in elderly, colorectal cancer screening, C. difficile, polypharmacy, ischemic colitis.

KAYNAKLAR

1. Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia, Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària. Indications and risk assessment of endoscopic examinations in elderly or frail people: position paper. *Gastroenterol Hepatol*. 2022.
2. Dumonceau JM, Riphaus A, Schreiber F, et al. Non-anesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Updated. *Endoscopy*. 2015;47(12):1175-1189.
3. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): ESGE Guideline – Update 2021. *Endoscopy*. 2021;53(3):300-332.
4. Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA, et al. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(3):458-479.
5. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, et al; US Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(19):1965-1977.
6. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(7):2052-2081.
7. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis (EWG-SOP2). *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31.
8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition. *Clin Nutr*. 2019;38(1):1-9.
9. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2022;41(4):958-989.
10. Johnson S, Laverne V, Skinner AM, et al. Clinical Practice Guideline by IDSA and SHEA: 2021 Focused Update Guidelines on Management of Clostridioides difficile Infection in Adults. *Clin Infect Dis*. 2021;73(5):e1029-e1044.
11. Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. 2020;158(5):1450-1461.
12. Feuerstein JD, Ho EY, Schmidt E, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Medical Management of Moderate to Severe Luminal and Perianal Fistulizing Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 2021;160(7):2496-2508.
13. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019;171(11):805-822.
14. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(4):459-474.
15. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-495.
16. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-M156.
17. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol*. 2024;81(3):492-542.

ÇOCUK VE ERGEN HASTADA TEMEL GASTROİNTESTİNAL YAKINMALAR VE ENDOSKOPİK İŞLEMLER

ÖZET

Çocuk ve ergen hastada gastrointestinal (GİS) yakınmalar; her yaş grubuna özgü fizyolojik, anatomik ve psikososyal özellikler nedeniyle erişkin gastroenterolojisinden belirgin biçimde ayrışır. Bu popülasyonda en sık karşılaşılan sorunlar; infantlarda gastroözofageal reflü (GER) ve kolik, okul öncesi çocuklarda fonksiyonel kabızlık ve karın ağrısı, okul çağı ile ergenlerde ise fonksiyonel dispepsi, irritabl bağırsak sendromu (İBS), inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) ve çölyak hastalığıdır. Büyüme ve gelişmenin birincil izlem parametresi olması, ebeveyn ile çocuğun ayrı ayrı iletişim gereksinimi ve endoskopik işlemlerde zorunlu genel anestezi/derin sedasyon uygulaması pediatrik gastroenterolojinin ayırt edici özellikleridir.

Bu bölüm; GER/GÖRH, beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları (DGBI; eski ad: fonksiyonel GİS bozuklukları), kabızlık, çölyak hastalığı, eozinofilik özofajit (EoE), H. pylori, İBH ve pediatrik endoskopik işlemleri ESPGHAN, NASPGHAN, ESGE ve Roma V kılavuzları çerçevesinde ele almaktadır.

Anahtar kelimeler: Pediatrik gastroenteroloji, Roma V, beyin-bağırsak etkileşimi bozuklukları (DGBI), çölyak hastalığı, pediatrik İBH, eozinofilik özofajit, çocukta H. pylori, pediatrik endoskopi, fonksiyonel kabızlık, infant GER.

ABSTRACT

Gastrointestinal (GI) complaints in children and adolescents differ substantially from adult gastroenterology owing to the unique physiological, anatomical and psychosocial characteristics of each developmental stage. The most common conditions include gastroesophageal reflux (GER) and colic in infants, functional constipation and abdominal pain in preschool children, and functional dyspepsia, irritable bowel syndrome (IBS), inflammatory bowel disease (IBD) and coeliac disease in school-age children and adolescents. Monitoring growth as the primary outcome, the need for separate communication with the child and parents, and the requirement for general anaesthesia or deep sedation for endoscopy are hallmarks of paediatric gastroenterology. This chapter addresses GER/GERD, disorders of gut-brain interaction (DGBI; formerly functional GI disorders) (Roma V), constipation, coeliac disease, eosinophilic oesophagitis, H. pylori, IBD and paediatric endoscopy according to ESPGHAN, NASPGHAN, ESGE and Roma V guidelines.

Keywords: Paediatric gastroenterology, Roma V, disorders of gut-brain interaction (DGBI), coeliac disease, paediatric IBD, eosinophilic oesophagitis, H. pylori in children, paediatric endoscopy, functional constipation, GER in infants.

KAYNAKLAR

1. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of NASPGHAN and ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66(3):516-554.
2. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;70(1):141-156.
3. Benninga MA, Nurko S, Faure C, et al. Lower and Biliary Disorders of Gut-Brain Interaction: Child and Adolescent (Roma V). *Gastroenterology.* 2026;170(6):1367-1385.
4. Rosen R, Benninga MA, Nurko S, et al. Roma V Pediatric Upper Gastrointestinal Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology.* 2026;170(6):1347-1366.
5. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(2):258-274.
6. Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, et al. Updated International Consensus Diagnostic Criteria for Eosinophilic Esophagitis: Proceedings of the AGREE Conference. *Gastroenterology.* 2018;155(4):1022-1033.e10.
7. Jones NL, Koletzko S, Goodman K, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of *Helicobacter pylori* in Children and Adolescents (Update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(6):991-1003.
8. Ruemmele FM, Veres G, Kolho KL, et al. Consensus Guidelines of ECCO/ESPGHAN on the Medical Management of Pediatric Crohn's Disease. *J Crohns Colitis.* 2014;8(10):1179-1207.
9. Turner D, Ruemmele FM, Orlanski-Meyer E, et al. Management of Paediatric Ulcerative Colitis, Part 1: Ambulatory Care — ECCO/ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;67(2):257-291.
10. Turner D, Ruemmele FM, Orlanski-Meyer E, et al. Management of Paediatric Ulcerative Colitis, Part 2: Acute Severe Colitis — ECCO/ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;67(2):292-310.
11. Tringali A, Thomson M, Dumonceau JM, et al. Paediatric Gastrointestinal Endoscopy: ESGE and ESPGHAN Guideline. *Endoscopy.* 2017;49(11):1024-1041.
12. Drossman DA, Chang L, Chey WD, et al. Disorders of Gut-Brain Interaction and the Roma V Process. *Gastroenterology.* 2026;170(6):1083-1098.
13. Bontems P, Kalach N, Vanderpas J, et al. *Helicobacter pylori* infection in children. *Helicobacter.* 2021;26(Suppl 1):e12844.
14. Furuta GT, Katzka DA. Eosinophilic Esophagitis. *N Engl J Med.* 2015;373(17):1640-1648.
15. Hauer AC, Stern M. Pediatric Celiac Disease. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(33-34):553-561.
16. Kliegman R, St. Geme JW, Blum NJ, et al. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

İMMÜNOSÜPRESİF, BİYOLOJİK VE KÜÇÜK MOLEKÜL TEDAVİLER ÖNCESİ HASTA BİLGİLENDİRME

ÖZET

İmmünsüpresif, biyolojik ve küçük molekül tedaviler; inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH), otoimmün hepatit, primer biliyer kolanjit, IgG4 ilişkili hastalık ve karaciğer nakli gibi durumların yönetiminde modern gastroenteroloji ve hepatolojinin temel taşlarıdır. Bu ajanların en sık ve en kritik yan etkisi, konak savunmasının zayıflamasına bağlı enfeksiyon yatkınlığıdır; ayrıca uzun dönemde malignite ve de novo otoimmün süreç riski taşırlar. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce sistematik bir risk değerlendirmesi, latent enfeksiyon taraması (tüberküloz, hepatit B/C, HIV, VZV) ve doğru zamanlanmış aşılama, güvenli tedavinin ön koşuludur.

Bu bölümün amacı; bu tedavilere başlanacak erişkin hastalarda ilaç sınıflarının temel özelliklerini, tedavi öncesi risk değerlendirmesini, enfeksiyon tarama ve profilaksi protokollerini, güncel aşılama ilkelerini (canlı/cansız aşı zamanlaması, pnömokok, influenza, hepatit B, zoster) ve hasta bilgilendirmesini standart bir çerçevede sunmaktır. Öneriler ECCO, AASLD, ESsCD ve güncel bağışıklama (ACIP) kılavuzlarına dayanır. Ayrıca standart hasta bilgilendirme metni, sık sorulan sorular ve acil başvuru kriterlerine yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: İmmünsüpresif tedavi, biyolojik ajan, küçük molekül, anti-TNF, JAK inhibitörü, latent tüberküloz, hepatit B reaktivasyonu, aşılama, immünsüpresyon, hasta bilgilendirme.

ABSTRACT

Immunosuppressive, biologic and small-molecule therapies are cornerstones of modern gastroenterology and hepatology in inflammatory bowel disease (IBD), autoimmune hepatitis, primary biliary cholangitis, IgG4-related disease and liver transplantation. Their most frequent and critical adverse effect is increased susceptibility to infection due to weakened host defense; they also carry a long-term risk of malignancy and de novo autoimmune processes. Therefore, systematic pre-treatment risk assessment, screening for latent infections (tuberculosis, hepatitis B/C, HIV, VZV) and appropriately timed vaccination are prerequisites for safe therapy. This chapter provides a standardized framework covering drug-class characteristics, pre-treatment risk stratification, infection screening and prophylaxis protocols, current vaccination principles (timing of live/inactivated vaccines, pneumococcal, influenza, hepatitis B, zoster) and patient education, in accordance with ECCO, AASLD, ESsCD and current immunization (ACIP) guidelines, together with standardized patient information, FAQs and emergency criteria.

Keywords: Immunosuppressive therapy, biologic agent, small molecule, anti-TNF, JAK inhibitor, latent tuberculosis, hepatitis B reactivation, vaccination, immunosuppression, patient education.

KAYNAKLAR

- Gordon H, Minozzi S, Kopylov U, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2024;18(10):1531-1555.
- Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, et al. ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2021;15(6):879-913.
- Rahier JF, Magro F, Abreu C, et al. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2014;8(6):443-468.
- Mack CL, Adams D, Assis DN, et al. Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis in Adults and Children: 2019 Practice Guidance and Guidelines From the AASLD. *Hepatology*. 2020;72(2):671-722.
- Lindor KD, Bowlus CL, Boyer J, et al. Primary Biliary Cholangitis: 2018 Practice Guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2019;69(1):394-419.
- Al-Toma A, Branchi F, Zingone F, et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) 2025 Updated Guidelines on the Diagnosis and Management of Coeliac Disease in Adults. *United European Gastroenterol J*. 2026;14(2):e70195.
- Te HS, Agopian VG, Demetris AJ, et al. AASLD/AST Practice Guideline on adult liver transplantation: Diagnosis and management of graft-related complications. *Liver Transpl*. 2026;32(3):444-490.
- Ananthakrishnan AN, Nguyen GC, Bernstein CN. AGA Clinical Practice Update on Management of Inflammatory Bowel Disease in Elderly Patients: Expert Review. *Gastroenterology*. 2021;160(1):445-451.
- Peyrin-Biroulet L, Chapman JC, Colombel JF, et al. Risankizumab versus Ustekinumab for Moderate-to-Severe Crohn's Disease. *N Engl J Med*. 2024;391(3):213-223.
- Ytterberg SR, Bhatt DL, Mikuls TR, et al. Cardiovascular and Cancer Risk with Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis (ORAL Surveillance). *N Engl J Med*. 2022;386(4):316-326.
- Kobayashi M, Leidner AJ, Gierke R, et al. Expanded Recommendations for Use of Pneumococcal Conjugate Vaccines Among Adults Aged ≥50 Years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2025;74(1):1-8.
- Winthrop KL, Novosad SA, Baddley JW, et al. Opportunistic infections and biologic therapies in immune-mediated inflammatory diseases: consensus recommendations for infection reporting during clinical trials and postmarketing surveillance. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(12):2107-2116.
- Löhr JM, Beuers U, Vujasinovic M, et al. European Guideline on IgG4-related digestive disease — UEG and SGF evidence-based recommendations. *United European Gastroenterol J*. 2020;8(6):637-666.
- Crabb DW, Im GY, Szabo G, et al. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the AASLD. *Hepatology*. 2020;71(1):306-333.
- Sandborn WJ, Feagan BG, Hanauer S, et al. Long-Term Efficacy and Safety of Ozanimod in Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis. *J Crohns Colitis*. 2021;15(7):1120-1129.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara; 2026.
- Ballow M, Fleisher TA. Secondary immunodeficiency induced by biologic therapies. UpToDate; 2026.

KRONİK GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARDA TEDAVİ UYUMU, İZLEM VE YAŞAM TARZI EĞİTİMİ

ÖZET

Kronik gastrointestinal hastalıklarda inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH), kronik viral hepatitler, metabolik disfonksiyon ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (MASLD), siroz, çölyak hastalığı, gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), irritabl bağırsak sendromu (İBS) ve *Helicobacter pylori* eradikasyonu sonrası izlem dahil tedavinin uzun dönem başarısını belirleyen en kritik faktörlerden biri hastaların tedaviye uyumudur. Kronik hastalıklarda tedaviye uyum oranları ortalama %50 civarında seyreder; uyumsuzluk hastalık alevlenmelerine, hastane yatışlarına, komplikasyonlara ve sağlık harcamalarının artmasına yol açar.

Bu bölümde tedaviye uyumu belirleyen hasta, hekim ve sistem kaynaklı faktörler; uyum ölçüm yöntemleri; hastalığa özgü izlem parametreleri; yaşam tarzı eğitiminin kanıta dayalı bileşenleri ve etkili hasta-hekim iletişim stratejileri ele alınır. Motivasyonel görüşme, paylaşımlı karar alma, dijital sağlık araçları ve multidisipliner ekip yaklaşımı güncel kılavuzlar eşliğinde sunulur.

Anahtar kelimeler: Tedaviye uyum, hasta eğitimi, kronik GİS hastalıkları, İBH izlem, motivasyonel görüşme, paylaşımlı karar alma, yaşam tarzı değişikliği, dijital sağlık, MASLD tedavisi, çölyak uyumu.

ABSTRACT

In chronic gastrointestinal diseases — including inflammatory bowel disease (IBD), chronic viral hepatitis, metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD), cirrhosis, coeliac disease, gastroesophageal reflux disease (GERD), irritable bowel syndrome (IBS) and post-*Helicobacter pylori* eradication follow-up — treatment adherence is one of the most critical determinants of long-term therapeutic success. Adherence rates in chronic diseases average around 50%; non-adherence leads to disease flares, hospital admissions, complications and increased healthcare costs. This chapter addresses patient-, physician- and system-related factors influencing adherence; adherence measurement tools; disease-specific monitoring parameters; evidence-based components of lifestyle education; and effective patient-physician communication strategies, including motivational interviewing, shared decision-making and digital health tools, in line with current ACG, AGA, ECCO, EASL, ESPEN, NICE and WHO guidelines.

Keywords: Treatment adherence, patient education, chronic GI diseases, IBD monitoring, motivational interviewing, shared decision-making, lifestyle modification, digital health, MASLD management, coeliac compliance.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: WHO; 2003.
2. Jackson CA, Clatworthy J, Robinson A, Horne R. Factors associated with non-adherence to oral medication for inflammatory bowel disease: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(3):525-539.
3. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A, et al. Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2003;98(7):1535-1544.
4. Hommel KA, Davis CM, Baldassano RN. Medication adherence and quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(8):867-874.
5. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(3):384-413.
6. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the IOIBD: Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target Strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160(5):1570-1583.
7. European Association for the Study of the Liver (EASL), EASD, EASO. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the Management of Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease (MASLD). *J Hepatol*. 2024;81(3):492-542.
8. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, et al. ESPGHAN Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;70(1):141-156.
9. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV — Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257-1261.
10. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
11. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367.
12. Siegel CA, Lofland JH, Naim A, et al. Gastroenterologists' Views of Shared Decision Making for Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Dig Dis Sci*. 2015;60(9):2636-2645.
13. Reigada LC, Satybaldiyeva G, Bhatt B. Mobile Health Technology Interventions in IBD. *Dig Dis Sci*. 2020;65(10):2716-2733.
14. NICE. Coeliac Disease: Recognition, Assessment and Management. NICE Guideline NG20. London: NICE; 2015.
15. Staudacher HM, Irving PM, Lomer MC, Whelan K. Mechanisms and Efficacy of Dietary FODMAP Restriction in IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014;11(4):256-266.
16. Vilar-Gomez E, Martinez-Perez Y, Calzadilla-Bertot L, et al. Weight Loss Through Lifestyle Modification Significantly Reduces Features of Nonalcoholic Steatohepatitis. *Gastroenterology*. 2015;149(2):367-378.e5.
17. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, et al. American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(Suppl 1):S2-S26.
18. Sandborn WJ, Su C, Sands BE, et al. Tofacitinib as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis (OCTAVE). *N Engl J Med*. 2017;376(18):1723-1736.

SİROZ VE KRONİK KARACİĞER HASTALIĞINDA ÖZEL HASTA EĞİTİMİ

ÖZET

Siroz ve kronik karaciğer hastalıkları; ilerleyici doğaları, çok sayıda potansiyel komplikasyonu ve farmakolojik-diyet kısıtlamalarının karmaşıklığı nedeniyle hastanın aktif katılımını zorunlu kılan hastalık gruplarıdır. Hasta eğitiminin yetersiz olduğu durumlarda asit kontrolsüzlüğü, hepatik ensefalopati atakları, varis kanamaları ve spontan bakteriyel peritonit (SBP) gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonların önemli bir bölümü önlenemez niteliktedir.

Bu bölümde siroz tanısının hastaya iletilmesi, kompanse ve dekompanse evre farkı, komplikasyona özgü eğitim içerikleri (asit, hepatik ensefalopati, varis kanaması, SBP, hepatorenal sendrom), beslenme eğitimi, ilaç güvenliği ve NSAİİ yasağı, hepatoselüler karsinom (HCC) taramasının önemi, etiyolojiye özgü eğitim, karaciğer transplantasyonu sürecine hazırlık ve aile eğitimi ele alınır. Tüm öneriler EASL, AASLD, Baveno VII, ESPEN ve ACG kılavuzları ışığında hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Siroz hasta eğitimi, hepatik ensefalopati önleme, asit yönetimi, varis kanaması alarm bulguları, karaciğer nakli eğitimi, sirozda sarkopeni, tuz kısıtlaması, NSAİİ yasağı, HCC taraması eğitimi, karaciğer hastalığında beslenme.

ABSTRACT

Cirrhosis and chronic liver disease require active patient participation due to their progressive nature, multiple potential complications and the complexity of pharmacological and dietary restrictions. In settings where patient education is inadequate, a significant proportion of life-threatening complications — including uncontrolled ascites, hepatic encephalopathy episodes, variceal bleeding and spontaneous bacterial peritonitis (SBP) — are potentially preventable. This chapter covers the communication of a cirrhosis diagnosis, the difference between compensated and decompensated disease, complication-specific education (ascites, hepatic encephalopathy, variceal bleeding, SBP, hepatorenal syndrome), nutritional education, drug safety and NSAID prohibition, the importance of hepatocellular carcinoma (HCC) surveillance, aetiology-specific education, preparation for liver transplantation and family education, all in accordance with EASL, AASLD, Baveno VII, ESPEN and ACG guidelines.

Keywords: Cirrhosis patient education, hepatic encephalopathy prevention, ascites management, variceal bleeding alarm signs, liver transplantation preparation, sarcopenia in cirrhosis, salt restriction, NSAID prohibition, HCC surveillance education, nutrition in liver disease.

KAYNAKLAR

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018;69(2):406-460.
2. Kaplan DE, Ripoll C, Thiele M, et al. AASLD Practice Guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. *Hepatology.* 2024;79(5):1180-1211.
3. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al. Baveno VII — Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol.* 2022;76(4):959-974.
4. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the AASLD. *Hepatology.* 2021;74(2):1014-1048.
5. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatic encephalopathy. *J Hepatol.* 2022;77(3):807-824.
6. Reiberger T, Mandorfer M. Beta adrenergic blockade and decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2017;66(4):849-859.
7. Plauth M, Bernal W, Dasarathy S, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr.* 2019;38(2):485-521.
8. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2018;69(1):182-236.
9. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management — 2016 practice guidance by the AASLD. *Hepatology.* 2017;65(1):310-335.
10. Tandon P, Montano-Loza AJ, Lai JC, et al. Sarcopenia and frailty in decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2021;75(Suppl 1):S147-S162.
11. Marchesini G, Bianchi G, Merli M, et al. Nutritional supplementation with branched-chain amino acids in advanced cirrhosis: a double-blind, randomized trial. *Gastroenterology.* 2003;124(7):1792-1801.
12. Kamath PS, Kim WR. The Model for End-Stage Liver Disease (MELD). *Hepatology.* 2007;45(3):797-805.
13. Reig M, Forner A, Rimola J, et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: the 2022 update. *J Hepatol.* 2022;76(3):681-693.
14. Simonetto DA, Gines P, Kamath PS. Hepatorenal syndrome: pathophysiology, diagnosis, and management. *BMJ.* 2020;370:m2687.
15. European Association for the Study of the Liver (EASL), EASD, EASO. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol.* 2024;81(3):492-542.
16. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the AASLD and EASL. *Hepatology.* 2014;60(2):715-735.
17. Montagnese S, Rautou PE, Romero-Gómez M, et al. How patients with cirrhosis understand hepatic encephalopathy. *J Hepatol.* 2021;74(3):593-602.
18. Kalaitzakis E, Björnsson E. Inadequate education and lack of information in patients with cirrhosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007;19(1):62-68.
19. Nusrat S, Khan MS, Fazili J, Madhoun MF. Cirrhosis and its complications: evidence based treatment. *World J Gastroenterol.* 2014;20(18):5442-5460.

KANSER ŞÜPHESİ, BİYOPSİ VE PATOLOJİ SONUCU SÜRECİNDE HASTA İLETİŞİMİ

ÖZET

Kanser şüphesi, biyopsi alınması ve patoloji sonucunun beklenmesi, hastalar ve yakınları için kaygı düzeyi yüksek bir klinik süreçtir. Gastroenteroloji pratiğinde endoskopide saptanan kitle, düzensiz ülser, büyük polip, darlık, açıklanamayan kanama, demir eksikliği anemisi, sarılık, kilo kaybı veya görüntülemelerde izlenen şüpheli lezyonlar kanser olasılığını gündeme getirebilir. Ancak kanser şüphesi kesin tanı anlamına gelmez; biyopsi alınması da tek başına hastada kanser bulunduğunu göstermez. Bu süreçte temel amaç, hastaya gereksiz panik oluşturmaktan olası riskleri açıkça anlatmak, tanısal basamakları doğru açıklamak ve patoloji sonucuna göre izlenecek yolu güvenilir biçimde planlamaktır.

Biyopsi ve patoloji değerlendirmesi; benign, inflamatuvar, premalign, malign, şüpheli veya yetersiz materyal gibi farklı sonuçlarla tamamlanabilir. Her sonuç farklı bir klinik yaklaşım gerektirir. Bu nedenle iletişimde “şüpheli”, “tanı”, “biyopsi”, “displazi”, “prealign lezyon” ve “malignite” kavramları sade ve doğru açıklanmalıdır. Bu bölümün amacı; kanser şüphesi bulunan hastalarda biyopsi ve patoloji sonucu sürecinin klinik önemini, hasta-hekim iletişiminde temel mesajları, sık yanlış inanışları, sonuç bekleme döneminde bilgilendirmeyi ve kötü haber verme sürecinde (SPIKES, NURSE gibi kanıta dayalı çerçeveler dahil) dikkat edilecek noktaları standart bir çerçevede sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Kanser şüphesi, biyopsi, patoloji sonucu, hasta iletişimi, kötü haber verme, SPIKES, displazi, premalign lezyon, gastrointestinal kanser, aydınlatılmış onam.

ABSTRACT

Suspected cancer, tissue biopsy, and waiting for pathology results represent a highly stressful clinical process for patients and their relatives. In gastroenterology, findings such as an endoscopic mass, irregular ulcer, large polyp, stricture, unexplained bleeding, iron-deficiency anemia, jaundice, weight loss, or suspicious imaging lesions may raise the possibility of cancer. However, suspicion of cancer does not equal a definitive diagnosis, and obtaining a biopsy does not necessarily mean the patient has cancer. The main goals are to communicate potential risks without causing unnecessary panic, explain the diagnostic steps clearly, and provide a reliable plan according to the pathology result. Biopsy and pathology assessment may reveal benign, inflammatory, premalignant, malignant, suspicious, or insufficient-material results, each requiring a different approach. This chapter provides a standardized framework for the clinical importance of biopsy and pathology reporting, key messages in patient communication, common misconceptions, patient education during the waiting period, and essential principles for breaking bad news, including evidence-based frameworks such as SPIKES and NURSE.

Keywords: Suspected cancer, biopsy, pathology result, patient communication, breaking bad news, SPIKES, dysplasia, premalignant lesion, gastrointestinal cancer, informed consent.

KAYNAKLAR

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311.
2. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, et al. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *J Clin Oncol*. 2017;35(31):3618-3632.
3. Stiefel F, Bourquin C, Salmon P, et al. Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*. 2024;9(7):103496.
4. Storm AC, Fishman DS, Buxbaum JL, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on informed consent for GI endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc*. 2022;95(2):207-215.e2.
5. Everett SM, Triantafyllou K, Hassan C, et al. Informed consent for endoscopic procedures: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2023;55(10):952-966.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral. NICE guideline NG12. London: NICE; 2015 (güncellenmiş sürüm).
7. National Cancer Institute. Surgical Pathology Reports. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2022.
8. American Cancer Society. Waiting for Your Biopsy or Cytology Test Results. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2026.
9. National Cancer Institute. Common Cancer Myths and Misconceptions. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2024.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, ORTAK KARAR ALMA VE YANLIŞ SAĞLIK BİLGİSİYLE BAŞ ETME

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve doğru kararlar için kullanma yetisidir. Gastroenteroloji pratiğinde tanı, endoskopik işlem, ilaç uyumu, beslenme ve kanser taraması gibi çok sayıda karar; hastanın bu bilgiyi anlamasına ve sürece katılımına bağlıdır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı; hatalı ilaç kullanımı, düşük tedavi uyumu, gereksiz acil başvurular, kötü klinik sonuçlar ve artmış maliyetle ilişkilidir. Ortak karar alma ve aydınlatılmış onam, bu bilgiyi hastayla birlikte kullanılabilir kılan temel araçlardır. Günümüzde internet, sosyal medya, yapay zekâ sohbet araçları ve bitkisel/gıda takviyeleri, hastaların bilgi kaynaklarını hızla dönüştürmüştür; doğru bilgiyle birlikte “yanlış sağlık bilgisi (infodemi)” de yaygınlaşmıştır.

Bu bölümün amacı; sağlık okuryazarlığının klinik önemini, ortak karar almanın ve aydınlatılmış onamın ilkelerini, düşük okuryazarlığı fark etme ve destekleme yöntemlerini (teach-back, sade dil, evrensel önlemler) ve internet/sosyal medya/yapay zekâ/bitkisel ürünler kaynaklı yanlış bilgiyle baş etme stratejilerini (ön-çürütme/aşılama, çürütme, empatik sorgulama, güvenilir kaynak yönlendirmesi) güncel kanıtlar ışığında sunmaktır. Ayrıca standart hasta bilgilendirme metni, sık sorulan sorular ve tehlike belirtileri verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, ortak karar alma, aydınlatılmış onam, yanlış sağlık bilgisi, infodemi, sosyal medya, yapay zekâ, bitkisel ürünler, teach-back, hasta bilgilendirme.

ABSTRACT

Health literacy is the ability of individuals to find, understand, appraise and use health information to make appropriate decisions. In gastroenterology, many decisions — regarding diagnosis, endoscopic procedures, medication adherence, nutrition and cancer screening — depend on the patient's understanding and participation. Limited health literacy is associated with medication errors, poor adherence, unnecessary emergency visits, worse outcomes and higher costs. Shared decision-making and informed consent are the key tools that make information usable together with the patient. Today, the internet, social media, artificial intelligence chatbots and herbal/dietary supplements have rapidly transformed patients' information sources; alongside accurate information, “health misinformation (the infodemic)” has also proliferated. This chapter presents the clinical importance of health literacy, the principles of shared decision-making and informed consent, methods to recognize and support limited literacy (teach-back, plain language, universal precautions), and strategies to counter misinformation from the internet, social media, AI and herbal products (pre-bunking/inoculation, debunking, empathic inquiry, guidance to trusted sources), in light of current evidence, together with standardized patient information, FAQs and warning signs.

Keywords: Health literacy, shared decision-making, informed consent, health misinformation, infodemic, social media, artificial intelligence, herbal products, teach-back, patient education.

KAYNAKLAR

1. Santana S, Brach C, Harris L, et al. Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. *J Public Health Manag Pract*. 2021;27(Suppl 6):S258-S264.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-267.
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 3rd ed. Rockville, MD: AHRQ; 2024.
4. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:j4891.
5. Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;(1):CD001431.
6. Storm AC, Fishman DS, Buxbaum JL, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on informed consent for GI endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc*. 2022;95(2):207-215.e2.
7. Everett SM, Triantafyllou K, Hassan C, et al. Informed consent for endoscopic procedures: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2023;55(10):952-966.
8. Office of the U.S. Surgeon General. Confronting Health Misinformation: The U.S. Surgeon General's Advisory on Building a Healthy Information Environment. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2021.
9. Calleja N, AbdAllah A, Abad N, et al. A Public Health Research Agenda for Managing Infodemics: Methods and Results of the First WHO Infodemiology Conference. *JMIR Infodemiology*. 2021;1(1):e30979.
10. Chan MS, Jones CR, Hall Jamieson K, Albarracín D. Debunking: A Meta-Analysis of the Psychological Efficacy of Messages Countering Misinformation. *Psychol Sci*. 2017;28(11):1531-1546.
11. Roozenbeek J, van der Linden S, Goldberg B, et al. Psychological inoculation improves resilience against misinformation on social media. *Sci Adv*. 2022;8(34):eabo6254.
12. World Health Organization. Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health: Guidance on Large Multi-Modal Models. Geneva: WHO; 2024.
13. Likhitsup A, Chen VL, Fontana RJ. Estimated Exposure to 6 Potentially Hepatotoxic Botanicals in US Adults. *JAMA Netw Open*. 2024;7(8):e2425822.
14. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury — Herbal and Dietary Supplements. Bethesda, MD: NIDDK; 2024.

EK A — TEMEL TANISAL ENDOSKOPİK İŞLEMLER

ÖZET

Bu ek bölüm; üst gastrointestinal sistem endoskopisi, kolonoskopi, fleksibl sigmoidoskopi, kapsül endoskopisi ve balon enteroskopi gibi temel tanısal endoskopik işlemlere yönelik standart hasta bilgilendirme ve aydınlatılmış onam formlarını içermektedir. Formlar; işlem endikasyonları, hazırlık süreci, sedasyon, olası komplikasyonlar, alternatif yöntemler ve işlem sonrası takip ilkelerini yapılandırılmış biçimde sunmayı amaçlamaktadır. Bölüm, hasta güvenliği, etik yaklaşım ve standardize klinik iletişim ilkeleri doğrultusunda hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Üst gastrointestinal sistem endoskopisi, kolonoskopi, kapsül endoskopisi, balon enteroskopi, aydınlatılmış onam, hasta güvenliği

ABSTRACT

This supplementary section contains standard patient information and informed consent forms for basic diagnostic endoscopic procedures, including upper gastrointestinal endoscopy, colonoscopy, flexible sigmoidoscopy, capsule endoscopy, and balloon enteroscopy. The forms aim to present the indications for the procedure, the preparation process, sedation, possible complications, alternative methods, and post-procedure follow-up principles in a structured manner. The section has been prepared in accordance with patient safety, ethical approach, and standardized clinical communication principles.

Keywords: Upper gastrointestinal endoscopy, colonoscopy, capsule endoscopy, balloon enteroscopy, informed consent, patient safety

■ GİRİŞ

Gastrointestinal endoskopi günümüzde gastroenteroloji pratiğinin temel tanısal araçlarından biridir. Tanısal endoskopik işlemler yalnızca mukozal değerlendirme sağlamamakta; biyopsi, örnekleme, kanama odağı tespiti ve birçok hastalıkta erken tanı açısından kritik rol oynamaktadır. Özellikle alarm semptomları, gastrointestinal kanama, demir eksikliği anemisi, kilo kaybı, disfaji ve inflamatuvar hastalıkların değerlendirilmesinde endoskopik inceleme vazgeçilmezdir. Modern tıp pratiğinde hasta güvenliği, etik ilkeler ve aydınlatılmış onam süreci endoskopik işlemlerin ayrılmaz bir parçası hâline gelmiştir. Bu nedenle formlar yalnızca yasal gereklilikleri karşılamak amacıyla değil; hasta-hekim iletişimini güçlendirmek, işlem farkındalığını artırmak ve komplikasyon yönetimini standardize etmek amacıyla hazırlanmıştır.

Bu bölümde yer alan formlar; işlem endikasyonları, hazırlık süreci, sedasyon, olası komplikasyonlar, alternatif yöntemler, işlem sonrası takip ve acil başvuru kriterlerini güncel gastroenteroloji pratiği doğrultusunda yapılandırılmış biçimde içermektedir.

Klinik Kullanım Amacı

- Endoskopi öncesi standart hasta bilgilendirmesi yapmak,
- Komplikasyon ve risk farkındalığını artırmak,
- Hasta-hekim iletişimini standardize etmek,
- Eğitim hastanelerinde ortak dokümantasyon dili oluşturmak,
- Mediko-legal süreçleri desteklemek amacıyla hazırlanmıştır.

■ KAYNAKLAR

1. ASGE Standards of Practice Committee. Informed consent for GI endoscopy. Gastrointest Endosc.
2. ESGE Guideline: Quality improvement in gastrointestinal endoscopy. Endoscopy.
3. WEO Endoscopy Quality Standards.
4. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Lower Gastrointestinal Endoscopy.
5. Türk Gastroenteroloji Derneği Endoskopi Uygulama Rehberleri.

EK B — ENDOSKOPIK TEDAVİ VE İLERİ GİRİŞİMLER

ÖZET

Bu bölüm; polipektomi, EMR, ESD, ERCP, EUS, dilatasyon, stent uygulamaları ve diğer ileri terapötik endoskopik işlemlere yönelik standart hasta bilgilendirme ve aydınlatılmış onam formlarını içermektedir. Terapötik endoskopinin giderek artan klinik rolü nedeniyle komplikasyon farkındalığı, sedasyon güvenliği ve multidisipliner yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Formlar, ileri girişimsel endoskopi pratiğinde hasta güvenliği ve standardizasyonu desteklemek amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: ERCP, EUS, EMR, ESD, polipektomi, terapötik endoskopi, stent, dilatasyon, komplikasyon, aydınlatılmış onam

ABSTRACT

This section contains standard patient information and informed consent forms for polypectomy, EMR, ESD, ERCP, EUS, dilation, stent placement, and other advanced therapeutic endoscopic procedures. Due to the increasing clinical role of therapeutic endoscopy, awareness of complications, sedation safety, and a multidisciplinary approach is becoming increasingly important. The forms have been prepared to support patient safety and standardization in advanced interventional endoscopy practice.

Keywords: ERCP, EUS, EMR, ESD, polypectomy, therapeutic endoscopy, stent, dilation, complication, informed consent

■ GİRİŞ

Son yıllarda terapötik endoskopi alanındaki gelişmeler, birçok gastrointestinal hastalığın cerrahiye gerek kalmadan minimal invaziv yöntemlerle tedavi edilmesini mümkün hâle getirmiştir. Özellikle erken gastrointestinal neoplaziler, pankreatobiliyer hastalıklar, benign ve malign darlıklar, üçüncü boşluk endoskopisi ve girişimsel EUS uygulamaları modern gastroenterolojinin temel alanlarından biri hâline gelmiştir. Ancak bu işlemler tanısal endoskopiye göre daha yüksek teknik zorluk ve komplikasyon riski taşımaktadır. Kanama, perforasyon, sedasyon ilişkili komplikasyonlar ve işlem sonrası takip gereksinimi nedeniyle hasta bilgilendirme süreci büyük önem taşır. Bu nedenle hazırlanan formlar yalnızca hukuki onam belgesi değil; aynı zamanda standartlaştırılmış klinik iletişim araçları olarak planlanmıştır.

Bu bölümde yer alan formlar işlem basamaklarını, teknik detayları, potansiyel riskleri, alternatif tedavi seçeneklerini ve işlem sonrası dikkat edilmesi gereken noktaları güncel terapötik endoskopi pratiği doğrultusunda kapsamlı biçimde içermektedir.

Klinik Kullanım Amacı

- İleri endoskopik işlemlerde standart hasta bilgilendirmesi sağlamak,
- Kanama, perforasyon ve sedasyon risklerini açıklamak,
- Cerrahi ve endoskopik tedavi seçeneklerini karşılaştırmak,
- İşlem sonrası takip süreçlerini standardize etmek,
- Klinik kalite ve güvenlik yaklaşımını desteklemek amacıyla hazırlanmıştır.

■ KAYNAKLAR

1. ESGE Guideline: Therapeutic Endoscopy Standards.
2. ASGE Standards for ERCP and EUS.
3. Japanese Gastric Cancer Association ESD Guidelines.
4. ACG Clinical Guideline: Management of Gastrointestinal Polyps.
5. WEO Quality Standards in Advanced Endoscopy.

EK C — BESLENME, OBEZİTE VE İLERİ ÖZEL ENDOSKOPİK İŞLEMLER

ÖZET

Bu bölümde PEG/PEJ, enteral beslenme girişimleri ve obeziteye yönelik ileri endoskopik işlemlere ait hasta bilgilendirme ve aydınlatılmış onam formları sunulmuştur. Uzun süreli enteral beslenme gereksinimi olan hastalarda beslenme desteği yaşam kalitesi ve tedavi sürekliliği açısından kritik öneme sahiptir. Bölüm; hasta güvenliği, aspirasyon riski, nutrisyonel değerlendirme ve multidisipliner yaklaşım ilkeleri temel alınarak hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: PEG, PEJ, enteral beslenme, malnutrisyon, obezite, bariatrik endoskopi, beslenme desteği

ABSTRACT

This chapter presents patient information and informed consent forms for PEG/PEJ, enteral nutrition interventions, and advanced endoscopic procedures for obesity. Nutritional support is critically important for quality of life and treatment continuity in patients requiring long-term enteral nutrition. This chapter was prepared in accordance with the principles of patient safety, aspiration risk, nutritional assessment, and a multidisciplinary approach.

Keywords: PEG, PEJ, enteral nutrition, malnutrition, obesity, bariatric endoscopy, nutritional support

■ GİRİŞ

Beslenme desteği ve obezite yönetimi gastroenteroloji pratiğinde giderek daha önemli bir alan hâline gelmektedir. Uzun süreli enteral beslenme gereksinimi olan hastalarda PEG/PEJ uygulamaları yaşam kalitesi, nutrisyonel destek ve tedavi sürekliliği açısından kritik rol oynamaktadır. Bunun yanında obezite tedavisinde gelişen endoskopik yöntemler, metabolik hastalıkların yönetiminde yeni minimal invaziv seçenekler sunmaktadır. Bu işlemler çoğu zaman ileri hasta grubunda uygulanmakta; malnutrisyon, aspirasyon riski, eşlik eden sistemik hastalıklar ve sedasyon gereksinimi nedeniyle multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle hasta eğitimi, işlem farkındalığı ve komplikasyon bilgilendirmesi sürecin önemli bir bileşenidir.

Bu bölümde yer alan formlar enteral erişim yöntemleri, beslenme desteği, obeziteye yönelik endoskopik girişimler, komplikasyon yönetimi ve işlem sonrası bakım süreçlerini standardize etmeyi amaçlamaktadır.

Klinik Kullanım Amacı

- Uzun süreli enteral beslenme süreçlerini standardize etmek,
- PEG/PEJ komplikasyon farkındalığını artırmak,
- Hasta ve bakım veren eğitimini desteklemek,
- Obezite ve beslenme ilişkili girişimlerde hasta güvenliğini artırmak,
- Multidisipliner beslenme yönetimini kolaylaştırmak amacıyla hazırlanmıştır.

■ KAYNAKLAR

1. ESPEN Guideline on Clinical Nutrition.
2. ASGE Guideline for PEG Placement.
3. ESGE Guideline: Enteral Tubes and Nutrition Access.
4. Obesity and Endoscopic Bariatric Therapies Guidelines.
5. ASPEN Clinical Practice Recommendations.

EK D — HEPATOLOJİ VE GİRİŞİMSSEL HEPATOLOJİ İŞLEMLERİ

ÖZET

Bu bölüm; karaciğer biyopsisi, parasetez ve girişimsel hepatoloji uygulamalarına yönelik standart hasta bilgilendirme ve aydınlatılmış onam formlarını içermektedir. Karaciğer hastalıklarının tanı, evreleme ve tedavi planlamasında girişimsel hepatoloji işlemleri önemli yer tutmaktadır. Bölüm, komplikasyon yönetimi, hasta güvenliği ve multidisipliner hepatoloji yaklaşımı esas alınarak hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Karaciğer biyopsisi, parasetez, hepatoloji, girişimsel hepatoloji, siroz

ABSTRACT

This section contains standard patient information and informed consent forms for liver biopsy, paracentesis, and interventional hepatology procedures. Interventional hepatology procedures play an important role in the diagnosis, staging, and treatment planning of liver diseases. This section has been prepared with a focus on complication management, patient safety, and a multidisciplinary hepatology approach.

Keywords: Liver biopsy, paracentesis, hepatology, interventional hepatology, cirrhosis

■ GİRİŞ

Karaciğer hastalıklarının değerlendirilmesinde biyopsi ve girişimsel işlemler birçok durumda tanısal ve prognostik açıdan kritik öneme sahiptir. Özellikle kronik karaciğer hastalıkları, otoimmün hepatitler, metabolik karaciğer hastalıkları, fokal karaciğer lezyonları ve açıklanamayan karaciğer test yüksekliği gibi durumlarda histopatolojik değerlendirme klinik karar sürecine önemli katkı sağlar. Girişimsel hepatoloji işlemleri kanama riski, sedasyon ihtiyacı ve işlem sonrası takip gereksinimi nedeniyle dikkatli hasta seçimi ve ayrıntılı bilgilendirme gerektirir. Bu nedenle hazırlanan formlar yalnızca yasal onam sürecini değil; işlem güvenliği, komplikasyon farkındalığı ve hasta-hekim iletişimini de desteklemeyi amaçlamaktadır.

Bu bölümdeki formlar işlem endikasyonları, hazırlık süreci, komplikasyonlar, alternatif yöntemler ve işlem sonrası izlem ilkelerini güncel hepatoloji pratiği doğrultusunda standartlaştırılmış şekilde sunmaktadır.

Klinik Kullanım Amacı

- Girişimsel hepatoloji işlemlerinde standart onam sağlamak,
- Kanama ve komplikasyon risklerini açıklamak,
- Hasta güvenliği ve işlem standardizasyonunu artırmak,
- Eğitim hastanelerinde ortak uygulama dili oluşturmak,
- Hepatoloji pratiğinde kalite yaklaşımını desteklemek amacıyla hazırlanmıştır.

■ KAYNAKLAR

1. AASLD Practice Guidance.
2. EASL Clinical Practice Guidelines.
3. British Society of Gastroenterology Liver Biopsy Guidelines.
4. AASLD Guidance on Ascites and Portal Hypertension.
5. Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği Rehberleri.

EK E — ORTAK GÜVENLİK VE SÜREÇ FORMLARI

ÖZET

Bu bölümde sedasyon/anestezi, antikoagülan yönetimi, işlem güvenliği, taburculuk önerileri ve ortak süreç yönetimine yönelik standart hasta bilgilendirme ve onam formları yer almaktadır. Modern endoskopi pratiğinde hasta güvenliği; yalnızca teknik başarı değil, işlem öncesi hazırlık, sedasyon yönetimi, ilaç düzenlenmesi ve işlem sonrası izlemi de kapsamaktadır. Bölüm, kalite standartları ve güvenli endoskopi ilkeleri temel alınarak hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sedasyon, anestezi, hasta güvenliği, antikoagülan yönetimi, endoskopi komplikasyonları, kalite standartları, taburculuk

ABSTRACT

This section includes standard patient information and consent forms for sedation/anesthesia, anticoagulant management, procedure safety, discharge recommendations, and common process management. In modern endoscopy practice, patient safety encompasses not only technical success but also pre-procedure preparation, sedation management, medication regulation, and post-procedure monitoring. This section has been prepared in accordance with quality standards and safe endoscopy principles.

Keywords: Sedation, anesthesia, patient safety, anticoagulant management, endoscopy complications, quality standards, discharge

■ GİRİŞ

Endoskopik ve girişimsel işlemlerde hasta güvenliği yalnızca teknik başarı ile sınırlı değildir. Sedasyon uygulamaları, ilaç yönetimi, işlem öncesi hazırlık, işlem sonrası izlem ve komplikasyon farkındalığı modern kalite standartlarının temel bileşenleri arasında yer almaktadır. Özellikle ileri yaş, komorbid hastalıklar, antikoagülan kullanımı ve derin sedasyon gerektiren işlemlerin artması; standartlaştırılmış süreç yönetimi ihtiyacını belirgin hâle getirmiştir. Bu nedenle bu bölümde yer alan formlar hasta güvenliğini artırmak, komplikasyonları azaltmak ve klinik uygulamalarda ortak standart oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır.

Sedasyon ve anestezi süreçleri başta olmak üzere, işlem ilişkili güvenlik uygulamaları multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirir. Bu bölümdeki formlar güncel endoskopi güvenlik ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmıştır.

Klinik Kullanım Amacı

- Sedasyon ve işlem güvenliğini standardize etmek,
- Antikoagülan/antiagregan yönetimini desteklemek,
- İşlem öncesi ve sonrası süreçleri yapılandırmak,
- Komplikasyon risklerini azaltmak,
- Klinik kalite ve hasta güvenliği kültürünü güçlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

■ KAYNAKLAR

1. ASGE Sedation and Anesthesia Guidelines.
2. ESGE Guideline: Patient Safety in Endoscopy.
3. British Society of Gastroenterology Sedation Guidelines.
4. ASA Practice Guidelines for Sedation and Analgesia.
5. WEO Safety and Quality Standards in Endoscopy.