

Problem Odaklı ve Güncel Bir Kongreyi Daha Tamamladık 70 Oturum, 8 Kurs, 92 Sözel Bildiri, 305 Poster, 254 Konuşmacı

GERÇEK YAŞAM ÖYKÜSÜ...

*Bir yıl sonrastıysa düşündüğün, tohum ek.
Ağaç dik, on yıl sonrastıysa tasarladığın.
Ama düşünüyorsan yüz yıl ötesini, halkı eğit o zaman...
Bir kez tohum ekersen, bir kez ürün alırsın,
Bir kez ağaç dikersen, on kez ürün alırsın,
Yüz kez olur bu ürün, eğitirsen toplumu.
Birisine bir balık versen, doyar bir defa;
Balık tutmayı öğret, doysun ömür boyunca... (J. Joubert)
Her zamanki öğreticiliği, olumlu yaklaşımı ve naifliği ile bizleri etkileyen
Sayın Prof. Dr. Erkan Parlak hocamıza sorduk;*

1. ERCP eğitiminizi anlatır mısınız ?

1995 yılının sonlarında Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği'nde (TYİH) asistanlık eğitimine başladım. O zamanlar gastroenteroloji ihtisası 2 yıldır ve her asistan eğitimi süresince 2 ay süre ile mutlaka ERCP rotasyonu yapardı. Uzmanlık sınavına girdikten sonra ve mecburi hizmete gitmeden önce, talep edenlere ERCP tecrübesini artırması için 1 ay daha fırsat verilirdi. O yıllarda TYİH ERCP ünitesinde yılda yaklaşık 1000-1200 işlem yapılıyordu. Yani ayda yaklaşık 100 işlem yapıldığı için rotasyon sırasında yaklaşık 200 ERCP işlemini izleme, asiste etme ve yaklaşık yarısını da yapmayı deneme şansı bulurdunuz. Dolayısıyla rotasyon yapan her asistan kanülasyon, sfinkterotomi, taş çıkarma, stent takma, NBD takma gibi işlemleri yapmış olurdu. Ben de uzmanlığımı ERCP açısından bu koşullarda bitirdim.

Uzmanlık sınavından sonra Yüksek İhtisas Hastanesi'nde çalışmaya devam etmem, benim ERCP'ye daha da yaklaşmama neden oldu. Yeni uzmanlık asistanının alınmadığı bir döneme denk gelen yanılmıyorsam 4 ya da 5 sene, Yüksek İhtisas gibi yüksek volümlü bir merkezde daha uzun süre ve çok miktarda ERCP yapma imkanı buldum. Uzun süre ERCP odasında bulunmak bu işlemi öğrenmek için gerekli olsa da, yeterli değil elbette. Size işlemi öğreten ve yapmanıza imkan veren "*usta*"larla birlikte çalışmanız gerekir. Bu kaide Yüksek İhtisas hastanesinde adeta 'kurumsallaşmıştır'. O zamanlar Burhan hocayla beraber, Ülkü abla (Sarıtaş) ve rahmetli Uğur abi (Yılmaz) ERCP eğiticisi konumundaydılar ve bu konuda ne kadar cömert ve verici olduklarının oradan eğitim alan herkes çok iyi bilir. Bugün Türkiye'de ERCP yapan gastroenterologların yarısından fazlasının Yüksek İhtisas Hastanesinde veya Yüksek İhtisaslılardan öğrendiğini düşünürsek bu kişilerin Türkiye ERCP'sine katkılarını daha iyi anlayabiliriz.



1998 yılında uzman olduktan sonra bu hastanede "ERCP'de, öğreten (tabii ki hem de öğrenen)" konumunda 2013 yılına kadar çalıştım. Bu süre içinde yıllık ERCP sayıları giderek arttı (2012 yılında 2400/yıl). Yüksek İhtisasta uzun süre çalışmış kime sorsanız 10.000 üzerinde ERCP yaptığını söyler :) -sanırım binlerce demek daha doğru olur- ben de çok miktarda ERCP işlemi yapma fırsatı buldum. Böyle bir fırsat, kişiye daha az rastlanan durumlarla karşılaşma ve daha az yapılan işlemlerde deneyim kazanma şansı veriyor. Benim için de böyle oldu. Yüksek İhtisastan ayrıldıktan sonra, orada artık rutin olarak yaptığımız bazı işlemler için ortam yaratabilmenin ne kadar zor olduğunu gördüğümde, bu durumu daha iyi anladığımı söylemeliyim. Bir kliniği kurmak ve Yüksek İhtisas seviyesine getirmek ne kadar zor ve yılları alan bir uğraş gerektiriyor, şimdi çok iyi anlıyorum. Emeği geçen herkesin önünde saygıyla eğiliyorum.

2. Sizce ERCP eğitimi nasıl olmalıdır?

Ülkemizde -istisnalar hariç- ERCP yapabilen kişilerin öğretmeye istekli olmadıkları kanaatindeyim. Bunun birçok sebebi vardır kuşkusuz, ama bence en önemlisi öğreticiden önce bir kişinin papillayı kanülize etmeye çalıştığında, öğreticinin başarısız olma olasılığının artması, kanülasyon için iğne uçlu sfinkterotomi gibi daha agresif yöntemleri kullanmasının gerekmesi ve başta pankreatit olmak üzere komplikasyonların artması ve en önemlisi bunların öğretilene 'yazılması'dır.

Kendimce bu sorunu şöyle aştım: Rutin ERCP eğitimi şöyle olmaktadır. Önce duodenoskopiyle mideyi geç (öğrenenin endoskopi deneyimine göre bazen onlarca kez deneme gerekir). Papillayı karşına al. Kanülasyonu dene. Bunları başardığında sfinkterotomi yap, küçük taşlarda balon çek. Basketle kanülasyon zor olur, sonra yap. Distal darlıklarda ince stent tak, bunu başarırısan 10 F tak, onu da yaparsan birden fazla tak. Hiler darlıkta stent zor, ver ben yapayım... Her bir aşama onlarca kere denemeyi gerektirir ve hepsini yapamadan eğitim süresi dolar. Buna ben "TÜME VARIM EĞİTİM" diyorum. Ben hem öğrenmeyi kolaylaştırdığı hem de komplikasyonları azalttığı için "TÜMDEN GELİM EĞİTİM" yöntemini uyguluyorum: ERCP öğrenmenin yolu şuradan geçer: **duodenoskopi papillanın karşısında iken, siz ne yaptığınızda, içerde ne olmaktadır?** Bu mantıkla önce stent takma, taş balonu çekme, sfinkterotomili papillayı kanülize etme, dilatasyon yapma, NBD takma, hatta kısmi sfinkterotomi yapma gibi, klasik yöntemde daha geç öğretilen terapötik işlemleri, öğrenene en başta yaptırıyorum. Daha sonra naive papillaya kanülasyon denemesine sıra geliyor. Daha sonra endoskopi yutturup mideyi geçmeye ve en sonunda da öğrenenin elinin alıştığını gördüğümde iğne uçlu sfinkterotomla ön kesiye... Gözlemim bu yöntemle (konsantre olup yapılmak kaydıyla; yani aynı dönemde başka işler yapmamak kaydıyla) 3-4 ay sonunda 50-100 hastaya ulaşırsa ERCP'nin yapılabilir hale geldiğidir. Öğrenen kişi bu sayıya her merkezde değişik sürelerde ulaşır. Öğrenen kişinin daha deneyimli ERCPist olabilmesi için kendi kurumunda -literatüre göre de- en az 200 adet daha ERCP yapması gereklidir. Kanaatimce kendi merkezinde biraz çalıştıktan sonra tekrar bir süre daha, karşılaştığı sorunları kavramak ve çözmek için eğitim aldığı yere gelmesi çok faydalı olur.

3. Yeni başlayanlara ERCP ile ilgili tavsiyeleriniz neler olur?

Bir gastroenterolog için ilk defa duodenoskopi eline aldıktan sonra deneyimli ERCPist olana kadar yaşanan evreleri yıllardır gözlemlerim. İlk aşamalarda işlem oyun gibi gelir. Çünkü yanınızda yapamadığınızda 'al sen yap' diyeceğiniz veya 'ver ben devam edeyim' diyecek bir öğretici vardır ve sorumluluk ondadır. Siz sadece yapmaya çalışırsınız; olursa olur, olmazsa olmaz ('game over'). Komplikasyon ile karşılaştığınızda ise zaten öğrenen (olabilir denen durum) konumundasınızdır. Böyle böyle belli bir deneyim kazanırsınız. Uzmanlığınızı alıp gittiğiniz yerde yapmaya devam ederseniz başınıza neler mi gelir? ERCP yapacak hasta aramaya başlarsınız ve o bölgede yoğun ERCP yapılmıyorsa çok da ince eleyip sık dokumadan endikasyon koyarsınız. Bazı hastaların işlemini başarıyla tamamlarsınız. Eninde sonunda pankreatit olur ve bu durum size işlemin doğasından gibi gelir. Ağır ve mortal değilse ERCP yapmaya devam edersiniz. Bir gün perforasyon olur ve pankreatitten daha ağır seyreder başınızı ağrıtmaya başlar. Etrafınızdaki ortam (Cerrahi, radyoloji, çalışma arkadaşlarınız vb.) bu komplikasyona alışık değilse kendinizi kötü (suçlu) hissedersiniz. Önemli bir oranda bu aşamada artık ERCP'den soğumaya başlarsınız. Zaten yapacak, günlük mesainizi dolduracak birçok iş vardır ve onlara dönersiniz. ERCP yapmayı bırakırsınız. Hele bir de yardım talebinize olumlu yanıt verecek büyük bir merkeze ulaşamıyorsanız bu kararı almanız daha kolay olur.

Eğer bu aşamada vazgeçmezseniz ve/veya ağır bir komplikasyonla karşılaşmadan önce birçok ERCP yaptıysanız (siz kendinize güvenirsiniz, etrafınız sizi kabullenmiştir), artık kısmen deneyimli ERCP yapan doktor haline gelirsiniz. Bu 'kendine güven' aşamasına gelen doktor daha önce denemediği (eğer denemediyse) bazı hastalara da (kronik pankreatit, büyük taş, klatskin tümörü, Billroth II ameliyatlı hasta, gebe hasta, çocuk hasta gibi) ERCP denemeye başlar. Belirli bir oranda başarısız girişim oranı arttığı gibi, komplikasyonlar da daha ağır ve sık hale gelmeye başlar. Kimde ne kadar başarılı olunabildiğini, kimde olunamadığını, kimde komplikasyon gelişeceğini, yavaş yavaş bulunduğunuz koşullarda hangi hastaya müdahale etmeniz, hangisine etmemeniz gerektiğini deneyimleyerek öğrenirsiniz.

Bence yapılan en büyük hata ERCP işlemini sadece teknik bir olay gibi düşünmektir. Kime yapılacağı, niye yapılacağı, ne yapılacağı, nasıl yapılacağı kadar, komplikasyon çıkarsa ne yapılacağı ve en önemlisi de işlemin nasıl sonlandırılacağını bilmek ve önceden planlamak gereklidir. Cerrahlar için söylenen bir sözde, cerrah yerine ERCPist kelimesini kullanırsak; "**İyi ERCPist iyi ERCP yapan kişidir, daha iyi ERCPist kime ERCP yapacağını bilen kişidir, en iyi ERCPist ise kime ERCP yapmayacağını bilen kişidir**". Yani ERCP ye yeni başlayan arkadaşlara en önemli tavsiyem, kime ERCP yapılması gerektiğini bildiği kadar, kime işlem yapmayacağını bilmesidir. İkincisi ise komplikasyon geliştiği zaman nasıl tanıyacağını ve davranacağını önceden bilmesi ve planlaması gereklidir. Şunu unutmamak gerekir; bir komplikasyonun nasıl seyredeceği, komplikasyonu erken tanımaya ve geri dönülmez aşamaya gelmeden (saatler içinde) gerekli müdahaleyi yapmaya bağlıdır. Doldurduğunuz bir safra ağacını drene etmeden bıraktığınızda 24 saat içinde sepsis gelişeceğini, bugün olan bir perforasyonu sabah ancak tanıdığınızda artık büyük oranda geç kalındığını bilmek çok önemlidir.

**Prof. Dr. Kerim GÜLER***Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Başkanı*

KOLESTEROL TEDAVİSİNDE NEDEN BAŞARIMIZ DÜŞÜK?

Kardiyovasküler hastalıklar ülkemizde ve dünyada başta gelen ölüm nedenlerindendir. Dünya sağlık örgütü verilerine göre dünyada 2005 yılında, 17.5 milyon ölüm bu nedenle oluşmuştur. Tüm çalışmalara ve yeni tedavi yöntemlerine rağmen bu rakamın 2020 yılında 23.4 milyona ulaşması beklenmektedir. Kardiyovasküler hastalıklarda endotel hasarı son derece önemlidir. Endotele zarar veren en önemli risk faktörü LDL kolesteroldür.

1990'lı yıllardan itibaren ardı ardına yayımlanan çok sayıda büyük ölçekli klinik çalışma, statin grubu ilaçlarla LDL kolesterol'ün düşürülmesinin kardiyovasküler nedenli ölüm ve morbiditeyi (miyokard infarktüsü, inme, bypass cerrahisi vb.) anlamlı derecede azalttığını göstermiş ve bunu takiben dünyada statin kullanımında ciddi boyutta bir artış gözlenmiştir. Bu durum üzerine Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli (NCEP ATP) ve Avrupa'da ise Türk Kardiyoloji Derneği'nin (TKD) de üyesi bulunduğu Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından maliyet/fayda oranları da gözetilerek kolesterol düşürücü ilaçların hangi durumlarda kullanılmasının uygun olacağına dair kılavuzlar yayımlanmakta ve yeni bilimsel verilere ulaşıldıkça bu kılavuzlar güncellenmektedir.

Statin tedavisinin en faydalı olduğu hasta grubu kalp ve damar hastalığı için yüksek risk altındaki hastalardır. Bu hastalar, hem NCEP ESC kılavuzlarında klinik koroner arter hastaları ve risk eşdeğerleri olarak aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

- 1) Klinik koroner arter hastalığı bulunanlar (Geçirilmiş miyokard infarktüsü, geçirilmiş bypass operasyonu, geçirilmiş koroner balon veya stent uygulaması, akut koroner sendrom, koroner anjiyografide kalp damarlarında ciddi darlık tespit edilmiş olup angina pectorisi bulunan veya efor testi pozitif olan hastalar),
- 2) Klinik periferik arter hastalığı bulunanlar (geçirilmiş serebrovasküler olay, geçirilmiş transient iskemik atak, periferik arterlerinde ciddi darlık bulunan semptomatik hastalar)
- 3) Diyabetes Mellitus hastaları

Bu hasta gruplarında LDL kolesterol değeri 70 mg/dL altına çekilmelidir. Kolesterol düşürücü tedavide en önemli amaç LDL düzeyinin hedef olarak belirlenen değerlerin altına düşürülmesidir. Bu şekilde hastaların yaşamını uzatmanın mümkün olabileceği bilimsel araştırmalarla tekrar tekrar gösterilmiştir. Kolesterolden fakir diyet uygulanmasına rağmen istenilen LDL hedeflerine ulaşılamayan hastalarda statin tedavisine başlanır. Hastaya ilacını ömür boyu kullanması tavsiye edilir. Hedef değere ulaşıldığında ilaç kesilecek olursa hastalığın tabiatı gereği LDL kolesterol düzeyi tekrar başlangıçtaki düzeyine yükselecektir. Bu durum gözlük takarak düzgün görmesi sağlanmış bir hastada “artık iyi görüyorsun” diyerek gözlüğün çıkartılmasından farksızdır. İlacın LDL düşürücü kesilmesi koşulunun değiştirilmemesi durumunda, hastalar LDL'leri yüksek olduğu için statin kullanacak, LDL'leri düşürücü ilaç kesilecek; ilaç kesilince LDL tekrar yükselecek (yaklaşık 2-4 hafta içinde eski değerine gelecektir) ve tekrar ilaç başlanacaktır. Bu kısır döngü hastaların sağlık durumunu olumsuz etkileyeceği gibi, kısa aralıklarla LDL kolesterol düzeyine bakılması gereksiz bir maliyet daha doğuracaktır.

Başarılı bir tedavinin temel ilkesi uygun farmakoterapinin kılavuzlara göre yapılması ve hasta uyumudur. Maalesef ülkemizde hastalarımızın kafası medya tarafından karıştırılmaktadır. Televizyonlarda bazı doktorların tutarsızca ve bilimsel olmayan açıklamalarına inanan halkımız ilaçlarını almamaktadır. Bu olumsuz etkilenmeler nedeni ile ülkemizde LDL 70 mg/dL hedefine ancak hastaların %20'sinde ulaşabiliyoruz. Hastaların %80'inin komplikasyonlara açık bir şekilde yaşamını sürdürmesini engelleyemiyoruz. Bu tür yanlış açıklamaların önü alınamaz ise önümüzdeki yıllarda komplikasyonlar ve mortalitenin çok daha fazla arttığını gözlemleyeceğimiz kesin olacaktır.

İÇ HASTALIKLARI İÇİN GASTROENTEROLOJİ, GASTROENTEROLOJİ İÇİN İÇ HASTALIKLARI KURSU

24.11.2018, Efes Salonu, 08:30-17:15

- Lidyalılar Efes'ten başlayıp, Mezopotamya'daki Ninova'ya kadar uzanan KRAL YOLU'nun açılmasında etkili oldular.
- Günümüz Uygarlığının temeli olan yazıyı (ÇİVİ YAZISI) ilk kez Sümerler bulmuştur. (MÖ. 3500)
- Tarihte İlk yazılı hukuk kuralları Sümerler tarafından oluşturulmuştur. Bu özellikleri ile Sümerlere dünyadaki ilk Hukuk devleti diyebiliriz.



ÇALIŞMA GRUPLARINI TANIYALIM

YAĞLI KARACİĞER ÇALIŞMA GRUBU

Non-Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı (NAFLD) Avrupa ve Amerika'da olduğu gibi ülkemizde de en yaygın görülen karaciğer hastalığıdır. NAFLD yaygınlığı genellikle obezite ve diabetes mellitus prevalansı ile ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın 2016 yılında yaptığı araştırmaya göre ülkemiz, obezite prevalansında dünyadaki en riskli bölgeler arasında yer almaktadır. Obezite sıklığında %32' lik oranla ülkemiz Avrupa da birinci, ABD'nin 50 eyaleti arasında 13. sırada yer almaktadır. Ülkemizde 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) verilerine göre diyabet prevalansı %16, obezite prevalansı %36 olarak saptanmış ve diyabet sıklığı 12 yılda(1998-2010) % 90 artmıştır. Günümüzde bu artış trendi devam etmektedir. Dünya literatürüne baktığımızda ülkemizdeki yağlı karaciğer hastalığı sıklığının en az % 30 olduğu tahmin edilmekte idi. Ancak ülkemizde obezite ve diyabet prevalansındaki ciddi artış yağlı karaciğer hastalığı prevalansının çok daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Şöyle ki; ülkemizde yaklaşık 110 bin kişide yapılan, henüz yayımlanmamış bir araştırmaya göre NAFLD prevalansı % 48 olarak bulunmuştur. Bunu teyit eden daha yeni veri 35. Ulusal Gastroenteroloji Haftasında sunulacaktır. Özetle ülkemiz, dünyada yağlı karaciğer hastalığının en sık görüldüğü ülkeler arasında yer almaktadır.

Çalışma grubumuzun amaçları;

1. Hastalığın prevalansını, insidansını, doğal seyrini, ekonomik yükünü ortaya çıkarmaya yönelik farklı merkez ve bölgelerin de katıldığı çalışmalar tasarlayarak, ülkemizde ki yağlı karaciğer hastalığı ile ilgili güncel verileri ortaya çıkarmak.
2. Hastalığın patogenezi, tanısı, tedavisi ve önlenmesine yönelik farklı disiplinlerle işbirliği içinde ülkemize ait tanı ve tedavi algoritmaları oluşturmak.
3. Hastalığın farkındalığını gerek hekimler, gerekse hastalar ve yakınları arasında arttıracak ulusal ve sanal medya da faaliyetlerde bulunmak, uluslararası farkındalık programlarının parçası olmak
4. Hastalığın genel karakteristik özelliklerine dair çok merkezli ülke verisi toplamak
5. Ülkemize NASH tedavisine yönelik klinik araştırmalar (Faz 2, Faz 3) kazandırmak
6. Farklı uluslarca yapılan çok merkezli araştırmalara katılarak, ülkemizin dünya genelinde yağlı karaciğer hastalığı konusunda söz sahibi olmasını sağlamak
7. Türkiye'de ki tüm merkezler arasında koordinasyonu sağlayarak ortak veri tabanı oluşturmak.
8. Riskli hasta gruplarının prospektif takibini sağlayan veri tabanı oluşturarak (demografik, genetik, histolojik ve biyokimyasal) siroz, HCC, transplant verilerini tutmak, prognoz takibi yapmak

Prof. Dr. Yusuf Yılmaz

(Grup Başkanı)

“Yeni Çağın Hastalığı NAFLD; Tanı ve Tedavi” 24.11.2018, Hattuşaş Salonu, 11:30-13:00

Editörlerden; Salonlarımızı tanıyalım...

SARDİS



Manisa'nın Salihli İlçesi, Sart Beldesi sınırları içinde yer alan **Sardes Antik Kenti**; Tmolos Dağları'nın (*Bugünkü Bozdağ*) eteklerinde, Ege sahilinden Anadolu'nun içlerine uzanan yolların üzerinde stratejik bir konumda olmakla birlikte, **Hermos (Gediz) Nehri**'nin iyi sulanan ovasına ve **Gyges (Marmara) Gölü**'ne bakan bereketli ve güvenli bir alanda yer alır. Sardes Antik Kenti, Demir Çağı Lydia Krallığı'nın başkentidir. Kentin akropolisi, ovanın 300 metre yukarıda yükselen bir kale gibidir. Akropolis'in eteğinde yer alan Paktolos Nehri kente yalnızca su değil, altın da taşımıştır. Bugün bilinen madeni para yani sikkenin doğum yeri olan Sardes, antik dünyanın önde gelen şehirleri arasındadır. MÖ 1. yüzyıla gelindiğinde Paktolos'taki altın varlığının tükendiği söylene de Sardes “altın” sıfatıyla anılmaya devam etmiştir. Bölgede yürütülen kazı çalışmaları Sart ve yöresinin 5000 yılı aşkın bir süredir çeşitli yerleşimlere sahne olduğunu, Roma ve Bizans dönemlerinde de önemli bir yerleşim merkezi olduğunu göstermektedir. Sardeis kraliyet mezarlığı olan Bin Tepe tümülüsleri dünyanın en büyükleri arasındadır.



Dr. Kate Hallsworth

BSc (Hons), PhD, ACSM Certified Clinical Exercise Specialist

Dr Kate Hallsworth is a NIHR/HEE Clinical Lecturer and Senior Research Physiotherapist at The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust and Newcastle University, UK. A practicing clinician, she works as a lifestyle specialist in the Liver Unit at the Freeman Hospital, where she works as part of the multidisciplinary team in one of the largest NAFLD clinical services in the UK. She is also involved in the clinical care of patients awaiting liver transplantation, particularly focussing on optimising pre-transplant cardiorespiratory fitness. Her translational research has a particular focus on the use of lifestyle interventions in the management of NAFLD/NASH. This includes physical activity measurement in this patient population and assessing the impact of different exercise modalities on liver, metabolic and cardiac health. Her current research programme, funded by NIHR, aims to develop tools to support patients with NAFLD in making long-term lifestyle changes.

Her talk will cover what the European guidelines recommend in relation to the lifestyle management of patients with NAFLD, what the research findings say and will provide some practical tips on managing these patients in the clinical setting.

Today 12.00-12.25, Hall Hattusas



Dr. André J. Smout

Amsterdam University Medical Center, the Netherlands

Dr. Smout is a gastroenterologist and has a specific interest in gastrointestinal motility disorders. His field of work also includes frequently occurring disorders characterised by increased pain sensitivity of the digestive tract, such as irritable bowel syndrome. His doctoral research related to the myoelectrical activity of the stomach. Since that time the specialisation now called Neurogastroenterology and Motility has become the focus of Smout's scientific work.

You can read a brief summary of what he told at the course below;
Functional diseases of the esophagus 2018

In Rome IV, five functional diseases of the esophagus are distinguished: functional chest pain, functional heartburn, reflux hypersensitivity, globus and functional dysphagia.

The greatest change in comparison with Rome III is that reflux hypersensitivity, defined as heartburn (or chest pain) occurring in the absence of esophagitis and excessive esophageal acid exposure, but with evidence of the symptoms being triggered by (physiological) reflux, is now considered to be a functional disorder. In Rome IV, it is viewed upon as similar to functional heartburn. There is considerable opposition against this move among experts not involved in the Rome process.

An important new finding is that, in reflux hypersensitivity, afferent nerves are located much closer to the esophageal lumen than in control subjects. For the time being, this does not change the management of the disorder.

In the treatment of functional chest pain and functional heartburn, tricyclic antidepressants and SSRIs are used most frequently. Dronabinol was recently found to increase the pain thresholds in patients with functional chest pain.

Until today, there is no evidence-based treatment for functional dysphagia. Recently, the 5-HT_{1A} agonist buspirone was found to be no better than placebo.

Likewise, there are no randomized controlled trials that show efficacy for any treatment option in globus. This includes ablation of a gastric inlet patch.

Today Don't Miss His Conference About "Ppi Treatment: Indications, Monitoring, When to Stop" At 08:30-09:15, Hall Hattusas.



Dr. Yutaka Saito

Director of the Endoscopy Division at the National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan

Dr. Yutaka Saito is the Director of the Endoscopy Division at the National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan. He also has served as an attending associate Professor of Gastroenterology at Tokyo Medical University since July 2008. Dr. Saito is licensed as a Board certified fellow of the Japanese Society of Gastroenterology, the Japan Gastroenterological Endoscopy Society, the Japanese Society of Internal Medicine and the Japanese Gastroenterological Association and fellow of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. He is also certified as a Foreign Trainee Doctor Clinical Instructor and has served as one of the Editors of the World Journal of Gastroenterology since 2007 in addition to being a member of the American Society of Gastrointestinal Endoscopy. Dr. Saito has been invited to perform as a faculty member and live demonstrator in numerous countries. He was honored for an invited professor at Mayo Clinic, Rochester, Minnesota and Jacksonville, Florida in 2010. He was also commended for Basil Hirschowitz Master Endoscopist Award for advancing the art and science of endoscopy throughout the world in 2013 and Certificate of appreciation of Outstanding Reviewer for GIE: Gastrointestinal Endoscopy 2015-2016.

He is now one of the members of International Editorial Board of Gastrointestinal Endoscopy.

He has a wide spectrum of research exposure and interests including

1. Chromo-magnification Colonoscopy;
2. Endoscopic Mucosal Resection and Endoscopic Submucosal Dissection for early gastrointestinal cancer and
3. Colon capsule endoscopy

Today he will give a conference about "advanced endoscopy imaging techniques" at Hall Hattusas, 9:15-10:00



Dr. Jac Oors

MD. Motility Center, Department of Gastroenterology, Academic Medical Center Amsterdam, The Netherlands

"Positioning, patient instruction, importance of a diary, analysis in daily practice, pitfalls, artifacts and interpretation of combined ambulatory pH-MII measurement"

25.11.2018, Hall Gordion, 9:30-10:30



Dr. Luigi Ricciardiello

Department of Medical and Surgical Sciences, Gastroenterology Unit, University of Bologna, Italy

Research Activity;

Chemoprevention of gastrointestinal cancers and their predisposing diseases through the use of dietary bioactives and synthetic molecules.

Prevention of colorectal cancer.

Obesity/metabolic syndrome and colorectal cancer.

Inflammation and colorectal cancer.

Konferans

"Kolonorektal Kanserde Kemoprevensiyon, Olası Yeni Stratejiler" Hattuşaş Salonu, 24.11.2018, 14.00-14.45



GURUR DUYDUK



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Selçuk DİŞİBEYAZ, 2019-2020 tarihleri arasında "Visiting Fellowship Programme" kapsamında ülkemize gelecek olan gastroenteroloji uzmanlarına ileri Endoskopi Eğitimi vermek üzere United European Gastroenterology 'ye seçilmiştir. Tebrik eder, başarılarının devamını dileriz.

HİTİT YAZILARI BİZLERE NE SÖYLÜYOR?

Dr. Özlem Yöner

Hititçe, tarihte bilinen en eski Hint Avrupa dili olarak kabul edilmektedir. Hititçe'yi yazılı hale getirmek için Asur çivi yazısı ve hiyeroglifler olmak üzere iki farklı yazı sistemi kullanılıyordu. Resmi yazışmalarda, saray arşivlerinde, tabletlerinde Asur çivi yazısı kullanılmıyordu. Bu çivi yazısı yumuşak kil tabletler üzerine ve üçgen prizma şeklinde kesilmiş olan tahtaların bastırılması yöntemiyle yazılıyordu. Daha sonra ise fırınlarda ısıtılıyor, pışırılıyor ve sağlam hale getiriliyorlardı.

Tabletlerin üzerindeki metinler, Hititlere ait olan yasaları, diğer ülkelerle olan ilişkileri, tutulan Krallık yıllıklarını, yapılan savaşları ve fetihleri, buna benzeyen konuları içeriyordu. Hititlerin duvarlardaki ya da kayalardaki kabartmalar için kullandıkları Hitit Hiyerogliflerinde ise dini konular ve kralların yaptıkları işler gibi konular işleniyordu. Aşağıdaki şekilde Hitit hiyerogliflerinden örnekler verilmiştir.

Hitit çivi yazısının dili Friedrich Hrozný tarafından 1915'te çözülmüş, Hitit hiyeroglif yazısının 1940'lı yıllarda başlayan çözülmesinde ise Helmut Theodor Bossert'in büyük katkısı olmuştur.

"Ninda en ezzatenu vatar me ekutteni/Ekmeğini yiyecek suyunu içeceksin"; Hitit yazısının okunmasını sağlayan cümledir.

Tarihin belki en büyük hayal kırıklıklarından birisini Hitit kralı Anitta yaşadı. Hattuşa'yı başkent yapmak üzere kente girer, ancak ne yazık ki kentte yağmalanacak hiçbir şey yoktur, üstüne üstlük en sevdiği komutanlarından birini de kaybetmiştir. Hititlerin gözlerinde büyüttükleri kentte düşük kaliteli evler ve yalnızca birkaç tapınak olup otlarla kaplı uyduruk bir kent görünümündedir. Silo olarak kullanılan çukurlar bile boştur. Anitta güçlükle sakinleştirilir. Kentin sabah ışıklarında yakılmasını ve yerlere yaban otları dikilmesini emreder. Dönüşte Neşa'yı başkent ilan ettiğini açıklar ve yazıcılarına yazdırır;

"Hattuşa kenti açlıktan kırılınca, Tanrım Şiu, onu taht tanrıçası Halmaşuit'e teslim etti. Ve ben Hattuşa'yı fırtınalı bir gecede aldım, ne var ki burada elime geçen bir şey olmadı. Kenti yaktıktan sonra yabancı otlar ektirdim. Benden sonra kral olacaklardan her kim, Hattuşa'yı yeniden canlandırırssa göklerin fırtına tanrısı onun belasını versin" Ancak Anitta'nın ölümünden sonra kral olan Tuthaliya ve sonraki kral Puzarruma Anitta'nın lanetine karşın Hattuşa'yı yeniden kurdular. Ne yazık ki Anitta'nın laneti sonraki kralların peşlerini hiç bırakmadı. Önce taht kavgaları ardından veba salgını kirdi, geçirdi. En sonunda deniz kavimlerinin saldırıları sonucu kenti kendileri yakarak terk ettiler.

Hitit tarihine ilişkin en etkileyici tabletlerden birisi de II. Murşili'nin veba duasını taşıyan tablettir.

"Ey tanrılar, benim sahibim olan tanrılar,
Artık bana karşı eskisi gibi iyilikler düşünün
Dileğim huzurunuzda varmaktır,
Huzurunuzda dua ettiğim için,
Kötü hiçbir şey yapmadığım için beni dinlemelisiniz
Bir zamanlar yanlış yola sapanlardan,
Kötü işler yapanlardan,
Hiç kimse kalmadı artık.
Hepsi öldü çünkü.
Ama babamın günahı bana ulaştığı için,
Yalnızca bunun için,
Bakın sizlere ey tanrılar, ey benim efendilerim,
Sizlere,
Ülkem için,
Ülkemi vebadan kurtarmanız için kurbanlar sunuyorum.
Herkes ölünce size kimse kurban getirmez.
Bu acıları çekip çıkarın yüreğimden benim,
Ruhumdan bu korkuları alın benim."

Hitit İmparatorluğunun en büyük krallarından biri olan II. Murşili'nin çaresiz yakarışını yansıtan veba duası antik dünyanın en önemli edebiyat eserlerinden biridir. Bir kralın içten yakınmaları, ilginç biçimde tanrıları "Herkes ölünce size kimse kurban getirmez" diye tehdit etmeye ya da onlara rüşvet önermeye kadar gidiyor. Ancak ne yazık ki bu dua II. Murşili'yi vebadan kurtaramadı.

M.Ö. 1269 senesinde Mısırlılar ile Hititliler arasında imzalanan Kadeş Anlaşması da çok önemli bir belgedir. Dünya tarihinde eşitlik ilkesine dayanarak imzalanan ilk anlaşma olarak bilinir. Çivi yazısı ile yazılmış olan anlaşmanın büyütülmüş bir kopyası, New York'ta bulunan Birleşmiş Milletler binasının duvarlarını da süslemektedir.

HİEROGLİF LİSTESİ			
Kent		Urhişup	
Ülke		Puduhepa	
Kralın Oğlu, Prens		Gölderin Fırtına Tanrısı	
Büyük Kral		Tian Şerruma	
Kale		Göney Tanrısı	
Ben		Tuthaliya	
Şuppiluluma		Çatıma	
Murşili		Hayat	
Motavili		Sevnek	
Hattuşili			

Sonuç olarak Hitit alfabesi, Hitit çivi yazısı, Hitit hiyeroglifleri, arkeolojik açıdan ve Anadolu'nun yanı sıra dünya tarihi açısından da çok önemli tarihi eserlerdir. Verdiğimiz örneklerin yanı sıra Anadolu ve komşu bölgelerdeki devletler, kültürler, uygarlıklar, insan toplulukları, toplumsal yaşam, din, yönetim anlayışları gibi birçok farklı konu hakkında önemli bilgiler vermektedir. Hititler o devrin siyasal yapılanmasında çok önemli bir yer tuttıkları, eski kıtalardaki gelişim sürecindeki önemi tartışılmayacak olan Anadolu 'da hâkimiyet kurdukları için, onlardan kalan tabletler, anıtlar ve diğer tarihi eserler tüm dünya ve insanlık tarihi açısından büyük önem taşımaktadır.



KOLON KANSERİ VE KOLOREKTAL POLİP ÇALIŞMA GRUBU

Değerli Meslektaşlarım;

Kolon kanseri ve kolorektal polip çalışma grubu olarak 33 Ulusal Gastroenteroloji kongresinde 8 merkezin katılımıyla yaklaşık 2000 olgunun kolonoskopik tarama sonuçlarını sunduk. Bu bizim ön verilerimiz oldu. 34. Ulusal Gastroenteroloji Derneği toplantısında daha geniş katılımımla 16 merkezden 6508 olgunun verilerini sunduk. Çalışmamızdaki verilerin titiz istatistiksel analizleri sonucu kolorektal kanser ve polipin kolonoskopik taramasında yeni bir risk puanlaması ve önerisini sunumda ilk kez açıkladık. Çalışmamız kongrede sözel bildirilerde 1.lik ödülüne layık görüldü. Emegi geçen tüm merkezlere ve çalışmacılara bir kez daha teşekkür ederim. Yeni risk puanlaması verilerine göre erkeklerde kolorektal kanser tarama yaşı 45 olarak belirledik. Aralık 2017 'de bildirdiğimiz bu sonucu 2018 yılında Amerikan Onkoloji Çalışma grubu 2018 Mayıs önerilerinde teyit edildi. Türk Gastroenteroloji Derneği Kolon kanseri ve kolorektal polip grubu olarak çalışmamız verilerini ve kolon kanseri - polip taramasında önerdiğimiz yeni risk puanlamasını uluslararası literatüre yayın olarak hazır olduğunu mutlulukla bildirmek isterim. Umarım 2019 yılında yayınlanma haberini veririz.

34. Ulusal Kongre konuşmamda, önerdiğimiz “yeni risk puanlamasının değerlendirileceği” bir çalışmayı hedeflediğimizi belirtmiştim. Şimdi yeni bir heyecan ve şevkle bu çalışmaya başladık. Bu çalışma ile ilgili henüz hedeflediğimiz olgu rakamlarına ulaşamadığımız için kongremizde veri sunamayacağız. Gelecek kongrede değerli meslektaşlarımın yoğun olacağına inandığım, değerli katkılarıyla yeni risk puanlamasının değerlendirme sonuçlarını ayrıntılı tartışma olanağı bulacağımızı ümit ediyorum. Çalışma grubumuzun çalışmalarına bugüne kadar destek veren ve bundan sonra taşın altına eline sokacak arkadaşlarımızla değerli, verimli sonuçlara ulaşacağımız inancıyla herkese saygı ve sevgilerimi sunarım.

Prof. Dr. Levent Erdem

Kolon Kanseri ve Kolorektal Polip Çalışma Grubu Başkanı

24.11.2018, Hattuşaş Salonu, 15:45-17:15'da
“Kolorektal Kanseri Polip Çalışma Grubu”

NÖROGASTROİNTESTİNAL MOTİLİTE ÇALIŞMA GRUBU (NGMÇG)

Türk Gastroenteroloji Derneği bünyesinde Bilimsel Çalışma Grupları oluşturma yönergesi ile 2010 yılında kurulmuştur. Kurucu üyeleri Serhat Bor, Zeynel Mungan, Bülent Sivri ve Ülkü Dağlı'dır NGMÇG, gastrointestinal motilite konusunda bilimsel çalışma ve araştırmaların planlanması ve yapılmasından sorumlu, dernek üyelerinden oluşan bilimsel komitedir. Misyonumuz; araştırma, eğitim, öğretim ve hasta bakımında nörogastroenteroloji alanında lider multidisipliner bir grup olmaktır.

Kuruluşundan bu yana motiliteye ilginin artmasına paralel olarak üye sayısı artmıştır.

Çalışma grubunun amaçları:

- Nörogastroenteroloji ve motilite alanında bilgi ve ilgiyi arttırmak,
- Genç hekimlerin motilite alanında eğitimini sağlamak,
- Bilimsel ve eğitimsel etkinlikler düzenlemek,
- Nörogastroenteroloji ve motilite alanında temel ve klinik araştırmaları planlamak, teşvik etmek,
- Ülkemizin gereksinimlerine uygun tanı ve tedavi kılavuzları oluşturmaktır.

Kuruluşundan bu yana motilite konusunda eğitim toplantıları yapılmaktadır. Eğitim toplantılarının yılda 3 kez yapılması hedeflenmiş ve gerçekleştirilmiştir. 2015 yılında Prof. Dr. Serhat Bor başkanlığında “Türkiye’de gastroözofageal reflü hastalığı hakkında uzlaşma grubu” kurulmuştur. Yaklaşık bir yıl süren çalışma sonunda “Türkiye’de gastroözofageal reflü hastalığı hakkında uzlaşma raporu” oluşturulmuş ve Türk Gastroenterol 2017’de yayınlanmıştır.

Gastrointestinal motiliteye artan ilgi ve üye sayısı ile kendi verilerimizi gösterir çok merkezli çalışmalar yapılması planlanmaktadır.

Prof. Dr. Ülkü Dağlı

NGMÇG Başkanı



EDİTÖRLERDEN; YAPAY ZEKAYI KONUŞUYORUZ...



Bugün Sardis Salonunda, 15.45-16.30'da “Yapay Zeka” konferansını verecek olan Prof. Dr. Utku Şenol ile konferansı öncesi sohbet ettik.

Sizi tanıyabilir miyiz?

Adım **Utku Şenol**. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde Radyoloji Anabilim Dalında Öğretim üyesiyim. Nöroradyoloj, MRG, Tıp Eğitimi ve Tıp Bilişimi alanlarında çalışmaktayım.

Tıp Bilişimi Alanına ilginiz nasıl başladı, çalışmalarınız nelerdir?

2004 yılında Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Bilgi İşlemden de sorumlu Başhekim Yardımcılığı sırasında tıp bilişimi alanına ilgim başladı. Daha sonra 2006 -2013 yılları arasında kanıta dayalı tıp- karar destek sistemleri alanında tez hazırlayarak Medikal İnfomatik alanında doktora eğitimimi tamamladım. Sonrasında dört yıl Tıp Bilişim Derneği Başkanlığı ve ilgili ulusal ve uluslar arası kuruluşlarda faaliyet gösterdim ve çeşitli projelerde çalıştım.

Yapay Zeka nedir?

Yapay zeka hayatın her alanında olduğu gibi sağlık disiplinlerinde de adından çok söz ettirmeye başladı. Oldukça popüler ve ilgi çeken bir kavram. Bu kavramı daha da sık duyacağız. Yapay zeka ve ilişkili bazı kavramları tanımakta yarar var. Zira herkes yapay zekadan, farklı bir şeyi anlayabiliyor. Yapay Zeka pek çok insanın düşündüğünden çok daha geniş ve pek çok uygulamayı içeren şemsiye bir kavram. Basitçe insan zihnini, davranışlarını ve yeteneklerini taklit eden her türlü teknolojik uygulama diye tanımlanabilir.

Yapay Zeka ne zaman ortaya çıktı, nasıl gelişti?

Yapay Zeka olarak tanımlanan uygulamalar adım adım gelişti. İlk kez 1950’li yıllarda adlandırıldı. Ancak 1990-2000 arasında yapay sinir ağlarının gelişmesi ile bambaşka bir ivme kazandı.

Yapay Zekanın tıpta uygulamaları nelerdir?

Pek çok alanda kullanılmaktadır. Metin madenciliği veya karar destek sistemleri olarak karşımıza çıkabiliyor. Ancak asıl ses getiren uygulamalar makine öğrenmesi kavramı altında yer alan derin öğrenme uygulamaları oldu. Bu uygulamalar ile görüntü tanıma gibi pek çok alanda kendini çarpıcı biçimde hissettiriyor. Pubmed’de 1980 li yıllardan beri gittikçe artan yapay zeka yayınları mevcut. Ancak son zamanlarda sadece akademik çalışmalar değil uygulamaya yansıyan gelişmeler de oldu.

Yapay Zekanın Gastroenteroloji alanına yansımaları nelerdir?

Gastroenteroloji alanına özel yansımalarını diğer tıp disiplinlerine benzer biçimde olduğunu söyleyebiliriz. Bu alanda üretilen büyük verinin, veri madenciliği yöntemleri ile işlenmesi bir örnek olabilir. Öte yandan yapay sinir ağları ile yapılan ve klasik istatistiklerden bazı farklılıkları ve avantajları olabilen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak herhalde en çarpıcı uygulamalar, karmaşık makine öğrenmeleri olabilir. Buna bir örnek vermek gerekirse, derin öğrenme yöntemi ile görüntü tanıyan ve tanı koyan endoskopik uygulamalar verilebilir, polip saptama gibi.

Yapay Zeka hekimin yerini alacağı konusunda kaygılar var, siz ne düşünüyorsunuz?

Değişik platformlarda katıldığım yapay zeka oturumlarında hemen hemen her zaman bu konu gündeme gelmektedir. Bu konuda kaygı ve tartışmaların olması doğal. Ancak benim bu konudaki düşüncem açıktır. Yapay zeka bir araçtır, sağlık profesyonellerinin işini kolaylaştıracak bir araç olarak görülmelidir. Şu an tamamen hekimin yerini alması diye bir durumdan çok uzaktır.

Ancak yapay zeka uygulamaları ile başka tartışmalar gündeme gelmektedir. Etik konular bunlara örnektir.

Yapay Zeka çağında hekimlerin yaklaşımı nasıl olmalıdır?

Yapay Zeka çağın değişimine katkı yaptığı gibi, aynı zamanda değişen bir çağın da sonucu denebilir. Çok hızlı bir değişim sürecini hayatın her alanında bizzat yaşamaktayız. Bu değişim kaçınılmaz. Sağlık profesyonelleri olarak bu değişime ayak uydurmalı, hem eğitimi hem akademik çalışma hem de gündelik tıp uygulamalarında teknolojik araçları uygun biçimde kullanmalıyız. Öte yandan tıbbın değiştiği de açık olarak izlenmektedir. Yaklaşık yirmi yıla kadar 4P adı verilen ve kişiselleştirilmiş tıbbı da içeren bambaşka bir sağlık hizmeti sunumu olacaktır. Dolayısıyla bu değişimi mutlaka yakalamamız gerekmektedir. Bu nedenle inter-intradisipliner çalışmalar gerekeceğinden hekimler olarak diğer disiplinlerle birlikte çalışmaya alışmalı, terminolojik olarak anlaşabilmeli ve bunun için çaba göstermeliyiz.

Son olarak eklemek istedikleriniz nelerdir?

Teknolojini nasıl baş döndürücü olarak geliştirdiği ortada. Daha da hızlı değişecek. Bu süreçte değişen duruma sağlık profesyonelleri olarak uyum sağlamalıyız. Ancak teknoloji her zaman bir araç olarak görülmeli ve insanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğu gerçeği unutulmamalıdır.



KADIN GASTROENTEROLOĞUN EVRENİNDEN YERYÜZÜNE BİR BAKIŞ - 2

Dükkü “Kadın Gastroenteroloğun evreninden yeryüzüne bir bakış” panelinde Doç. Dr. Züleyha Akkan Çetinkaya tarafından sunulan 136 kadın gastroenterolog tarafından cevaplanan anket sonuçları çok ilginçti. Anket sonuçları değerlendirildiğinde, özetle;

- Kadın gastroenterologlar genelde erken yaşta ve meslektaşları ile evlenmektedirler.
- Mesleki tatminleri yeterlidir.
- Koşulların zorluğuna rağmen, invazif işleri başarıyla yapmaktadırlar.

Tüm bu olumlu durumlara karşılık,

- Akademik yükseltmelerde yarıya yakın kadın hekim güçlüklerle karşılaşmakta; %58.5’u mobbing; %96.6’sı da şiddete maruz kalmaktadır.



Kadın İsterse, Erkek Yol Verirse: Lider Olarak Kadın Gastroenterologlar

Milletimiz güçlü bir millet olmaya azmetmiştir. Bunun gereklerinden biri de kadınlarımızın her konuda yükselmelerini sağlamaktır.
Mustafa Kemal Atatürk

1878 de Lancet de yayınlanan bir yazıda şöyle deniyordu: “Doktor olarak bir kadın doğaya ters düşen bir kibir unsurudur ve hem hekim hem hasta açısından hayal kırıklığı ile sonlanmaya mahkumdur”.

Hekimliğin erkeklerle ihale edildiği bir dönem. Tıp mesleği gerektirdiği fiziksel güç, zihinsel yetenek ve sağduyu açısından işin doğası gereği erkeklerle yakışır. Kadınların biyolojik dezavantajları hekim rolü üstlenmelerine engel oluşturmaktadır. (500 years of women in medicine, Londra, Royal College of Physicians 500. kuruluş yıldönümü sergisinden). “**Bu sözler sarfedildiğinden beri köprüünün altından çok sular aktı. Çok şey mi değişti? Ne yazık ki hayır.**” 21.yüzyılın ilk çeyreğinde tıp mesleğinde, akademide, gastroenterolojide ve de zirve noktalarda hala batının “gender gap” dediği cinsiyet eşitsizliğinden söz edilmekteyse bir arpa boyu yol almışız demektir. Nitekim Dünya ekonomik forumunun Kasım 2017 raporuna göre bu hızla devam edersek cinsiyet açığını kapatmak için 217 yıla ihtiyaç var. Aynı rapora göre Türkiye, Küresel Cinsiyet açığı endeksi açısından 0.625 lik bir skorla 144 ülke arasında 131. sırada yer alıyor. Bizden önce gelen ülkeler arasında İsrail, Tunus, Birleşik Arap Emirlikleri, Katar, Bahreyn, Kuveyt ve Cezayir bulunuyor. Haydi iyimser olalım: Ne diyordu Orhan Veli:

“İlk yemişini bu sene verdi kızılı, /Üç tane; /Bir daha seneye beş tane verir; /Ömür çok, Bekleriz/Ne çıkar;/ilahi kızılık .”

İnsan ömrü kısacık ama beklentiler uzun uzun yılları hedefliyor.Umudumuzu yitirmeyelim.

Yıllar önceki bir yazımın başlığı şöyleydi: “*Medicine is not a profession for ordinary mortals*” Tıp mesleği sıradan ölümlülerin yapacağı bir iş değildir. Hele Gastroenterolog olmak uygulamalı ve invazif işlemlerin bu derece mesleğe hakim olduğu, aletin işleyip elin övündüğü bir çağda her babayığının harcı değildir. Bu her iki cins için de geçerli bir kavramdır ancak kadınlar için oyunun kuralları her zaman farklıdır.

Günümüzde yurt dışında faaliyet gösteren hemen tüm meslek derneklerinde, üniversitelerde, büyük sanayi kuruluşlarında “*Gender Equality ve Diversity*” adı altında, o kuruluşta cinsiyet, ırk, din, dil, engellilik, sosyal sınıf farkı gözetmeksizin herkese eşit yaklaşılmasını sağlamaya yönelik bir komite ya da departman mevcuttur. Son zamanlarda hakim olan çaba ise çeşitli kurum ya da derneklerde cinsiyet eşitliğinin en yüksek düzeyde sağlanmasıdır. Bizim alanımızda AGA, UEG, EASL, AASLD ve APASL gibi saygın derneklerde *Women in GI ya da Equality Diversity Committee/Task Force* adı altında komiteler kurulmuş ve yoğun bir faaliyet göstermektedir. Bu durum hep var olup da farkına varılmamış olan ve bir anda sanki ilk defa duyulmuş gibi muamele gören bir gerçeğin yani meslekte cinsiyet eşitsizliğinin adeta bir Tsunami gibi patlamasının sonucudur. TGD ‘de bu konuya son birkaç yıldır önem vermektedir. Başlangıçta resim çekmek için bir araya gelen ve her yıl “kongre hatırası” için poz veren kadın gastroenterologlar artık bu birlikteliğin daha üretken ve genç gastroenterologlara ilham verici bir faaliyete dönüşmesi gerekliliğini farkederek bir çalışma grubu altında birleşmeye karar vermişlerdir. Bu amaçla İlk kez 2009 yılında yapılmış olan anket çalışması bu yıl daha geniş kapsamlı olarak yapılmış olup sonuçları kongrede paylaşıldı ve poster olarak da sunuldu. Dr. Züleyha Akkan Çetinkaya’nın emekleri için teşekkür borçluyuz.

Neden daha fazla kadın gastroenteroloğa ihtiyaç var? Bir kere kadın gastroenterolog azlığı sadece bize özgü bir konu değil. Amerika, Avrupa ve Asya’da aynı dertten şikayetçi. Afrika ve Güney Amerika’da zaten durum ortada.

1. Kadın hastalar kadın gastroenterologu tercih ediyor. Bunun nedeni konservatif yaşam biçimi, dini baskılar ya da geleneklerden öte bazı kişisel nedenlere dayanıyor. Kadınlar (hatta erkekler) kolonoskopi gibi, yarattığı korkusu işleminin riskinden daha büyük olduğu bir prosedür için bir de karşı cinsten birine mahremiyetini teslim etmenin stresini yaşamak istemiyor. İsrail’de kolon kanseri tarama programları bu nedenle iyi gitmiyor. Dünyada sadece müslüman ülkeler değil Amerika ve Uzak Doğuda da aynı durum söz konusu. Demek ki bu bile kadın gastroenterolog sayısının artması için yeterli bir gerekçe.

2. Kadınların bu mesleği seçebilmeleri ya da güçlüklerle rağmen ayakta kalabilmesi için önlerinde çok iyi rol modellere , kadın mentörlere ihtiyaç var. Ne yazık ki kendinden sonrakilere örnek olabilecek multipotent endoskopist, “*role model*” kadın sayısı çok yetersiz.

3. Çalışmalar göstermiş ki bir kurumda kadın liderler, kadın paydaşlar olduğunda verim artıyor. **Kadınların olaylara farklı bakış açısı getirmesi, yaklaşımları, pratik çözümleri ve ayrıntılara verdikleri önem başarıyı etkiliyor.**

Peki neden gastroenterolojinin girişimsel endoskopi gibi ayrıcalıklı işlemlerinde ya da liderlik konumunda daha az kadına rastlıyoruz? Bu yıl Avrupa Gastroenteroloji Haftasındaki oturumumuz tam da bu konu ile ilgiliydi. Başkanlığını yürüttüğüm “*Eşitlik ve çeşitlilik komitesi*” tarafından düzenlenen oturumda deneyimli endoskopist Björn Rembacken bu soruyu yanıtlamaya çalıştı. 300 kişi tarafından yanıtlanmış bir anket sonucuna göre kadınlar girişimsel işlemlerde erkeklerle aynı başarıya sahip ancak erkeklerin kadınları invazif işlemlerde yetiştirmek üzere seçmemesi, gebelik/doğum ihtimali ya da bu konuda erkeklerin kadınlardan daha iyi olduğuna dair yerleşik inanış nedeniyle tercihlerin erkeklerden yana kullanılması, erkek mentörlerin kadın gastroenterologlara sözde invazif işlemlerin risklerinden koruma gerekçesiyle paternalistik yaklaşımları, kadınlar açısından ise; risk almaktan çekinme, komplikasyondan korkma, obsesiflik, komplike işlerin aile-iş dengesini bozabilme olasılığı, radyasyon alma, başarısız olup erkeklerin diline düşme korkusu ve kadınının kadını dışlaması gibi engeller söz konusu. **Yakında makaleye dönüşecek bu araştırmaya göre kadınların önündeki engeller 5 başlıkta toplanıyor: ataerkil zihniyet, çocuk sahibi olma, yarım zamanlı çalışma, özgüven ve kendini temsil eksikliği (yani halk diliyle kendi reklamını yapamama).**

Görüyoruz ki kadının durumu ister gelişmiş batıda, ister kapalı toplumlarda istatistik olarak anlamlı bir fark göstermiyor (p>0.05). Liderlik konusuna gelince, orada durum daha da içler acısı. En gelişmiş ülke Amerika’ da bile geçtiğimiz yılda, 3 büyük gastroenteroloji/hepatoloji derneğinin başkanı kadın olunca (Anna Lok, Sheila E. Crowe ve Carol A.Burke) yer yerinden oynadı. Tüm dünya ayağa kalktı.

Az sayıda kadının liderlik konumuna ulaşmasının çeşitli nedenleri var. Bir kere kadın gastroenterolog sayısı az ve tüm dünyada kadınlar görülebilir ya da gözle görülmeyen bariyerleri aşamıyor. Diyelim ki ayağının altına konulan muz kabuklarını aştı, meşhur “*cam tavani*” deldi bu kez de biyolojik engeller devreye giriyor (gebelik, emzirme gelenekler vs.). Herşeyin ötesinde kadın olsun erkek olsun biz doktorlar lider olmak üzere yetiştirilmemiştir. Bize öğretilen hastaları en iyi şekilde tedavi etmek, en üst düzeyde eğitim vermek ve araştırma yapmaktan oluşuyor. Belki bazılarımız yönetici olmayı başardık ama lider olmak başka bir şey. Acaba kadınlarda doğuştan lider olma özelliği var mıdır? Bu da tartışma konusu! **Uzmanlar kadınların doğasında bulunan empati, iyi iletişim becerisi, esneklik, sebatkarlık, çok yönlülük, tutarlılık ve ekip çalışmasına yatkınlık gibi özelliklerin onları adeta ideal lider olmaya programladığını söylüyor.** Öyleyse neden yüksek tepelerde bu kadar az kadın var? İyi hoş da kadınların hiç mi rolü yok bu işte. Onlar gönüllü olmaz, sorumluluk yüklenmek istemezlerse karar verici kişiler ne yapsın. Aslında bana göre en önemli etkenler arasında kadınların yetenekleri olduğu halde liderliğe soyunmamaları, içe kapanıklık, kendi değerlerini keşfedememe, cesaretsizlik ve belki de rahat yaşamayı tercih etme geçiyor. İşte bu noktada hemcinslerime, hem de Nazım Hikmet Ran’ın -başka amaçla kaleme alınmış da olsa- o çok sevdiğim dizeleriyle seslenmek istiyorum:

“Midye gibisin kardeşim, /

midye gibi kapalı, rahat.....

kabahat senin,

— demeğe de dilim varmıyor ama —

kabahatın çoğu senin, canım kardeşim”

Dilerim günün birinde toplum bilinçlenir, kadınlar cesaretlenir ve kadın ve erkek eşit oranda ve birlikte zor görevleri üstlenir.

Şimdilik bu kadar.

Bizi izlemeye devam edin !!!

Nurdan Tözün MD, FRCP

Acıbadem M.Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Editörlerden;



Her yerdeler, sanki derneğin hard-diski gibiler. Türk Gastroenteroloji Derneği sekreteryası *Yeşim Demirel*, *Sinem Çamalan* ve *Emre Baştürk*'den bahsediyoruz. Arka plan kahramanlarımızı tanıyalım;

YEŞİM DEMİREL

1975 Doğumluyum. Evliyim ve 1 çocuğum var. Kütayha Dumlupınar Üniversitesi İktisat bölümü mezunuyum. 9 yıl bankacılık yaptım. Sonrası Türk Gastroenteroloji Derneği bildiğiniz üzere. 8 Yıldan beri Türk Gastroenteroloji Derneğinde çalışıyorum. Önce dergi departmanında işe başladım. Biletleme, transfer organizasyonları ile devam ediyordum. İşimiz gereği mesai gözetmeden çalışırız. Yeri gelir işimiz olmaz erken çıkarız, yeri gelir çok iş olur geç saatlere kadar çalışırız. Tamamen işimizi severek yaptığımız için sorun olmuyor. İşimiz gerçekten zor ve bir o kadar da güzel , zevkli.

SİNEM ÇAMALAN

1979 doğumlu, bir kız çocuğu annesiyim. 2000 yılından bu güne Türk Gastroenteroloji Derneği'nde çalışıyorum. Takvime bakınca çok uzun zaman oldu fakat enerjisi bende dün gibi. İşimin Zorlukları Nelerdir? Klasiktir her işin kendince zor yanları var. Benim işimin en zor yanı ile güzel yanı aynı. Bilim adamları ile çalışmak çok zor. Hayran olunası zekalar ile birlikteyim ve hatalarımda hemen yakalanıyorum bu çok zor. Güzel yanı da, sizlerle çalışmak bir defa çok gurur verici, toplumun en aydın insanlarıyla birlikteyim. Bilgi olsun, görgü, beceri olsun bana çok şey kattı, öğretti. Mesaisiz çalışmak nasıl diye soruluyor; İşinizi severek yapıyorsanız eviniz işiniz oluyor, zor diye bir şey yok. Tek zorluğu yoğun dönemlerde hata yapma riski çoğaldığı için endişeler artıyor. Daha samimi olmak gerekirse aslında ben hata yaptığımda yoruluyorum. Bu dernekte hiçbir zaman mesai kuralları ve benzeri katı kurallarla çalışmamı isteyen yöneticilerim olmadı. Yeri geldi gecemizi gündüzümüze kattık, yeri geldi kalem oynatmadık. Şanslıyım. Yazıp yazmamak arasında çok kaldım ama yazmadan da edemeyeceğim. En çok laf iştitiğim hatta beni en çok yoran değerli büyüğüm Serhat Bor'a selam olsun. Bana çok şey öğrettiniz. Ve ayrıca kıymet verip bilimsel ortamınız da bile bize yer açtığınız için teşekkür ederim. Çalıştığım yıllar boyunca, gelmiş geçmiş tüm değerli yöneticilerime, "Gastroenteroloji Aileme" saygı ve teşekkürlerimle...

EMRE BAŞTÜRK

1981 doğumluyum. Evli, bir kız ve bir erkek çocuğu babasıyım. Uluslararası Kongre organizasyonlarında ülkemizin son yıllarda yaşadığı sıkıntıları da göz önüne alarak bir dünya kongresinin ülkemize getirilerek çok önemli bir başarı ve fırsat yakalandığı görüşündeyim. 14 yıldır içinde bulunduğum kongre ve organizasyon hizmetleri alanında Türk Gastroenteroloji Derneği Yönetim kurulunun bu başarısı ile bir turizm çalışanı ve yurttaş olarak gurur duymaktayım. Türk Gastroenteroloji Derneği WCOG 2019 Kongre Koordinatörü olarak hedefim üzerime düşen görev ve sorumlulukları layığı ile yerine getirerek kongremizin mükemmel seviyede geçmesini sağlamaktır. Sizleri tanımaya yeni yeni başladım. Çok fazla söz edememekle birlikte, ekip anlayışını, çalışma enerjisinin güzelliğini şimdiden hissetmeye başladım. Başta Yönetim Kurulumuz ve Dernek yetkilileri ile çalışmaktan ve TGD ailesinin bir mensubu olmaktan mutluluk duymaktayım. Saygılarımla.

Last but not least!... (Sonuncu ama son derece önemli!..)

Ulusal Gastroenteroloji Haftası 25 Kasım 2018, Pazar günü GÖRH İleri Tanı Yöntemleri Kursu ile sona eriyor. Dr. Fehmi Ateş ve Dr Murat Erkut'un hazırladığı kurs saat 9:00'da Dr Fehmi Ateş'in Kombine MII-pH (Çok kanallı intraluminal impedans ve pH) monitörizasyonu: Temel Prensipler konulu konuşmasıyla başlayacak.

Hemen ardından Amsterdam Üniversitesi Akademik Tıp Merkezi'nden Dr Jack Oors, Kombine MII-pH (Çok kanallı intraluminal impedans ve pH) verilerinin analizi ve yorumlanması konulu bir konuşma yapacak. Kahve arasından sonra saat 10:45'de kursun ikinci oturumu Dr Özdal Ersoy'un Aşırı Geçirme ve Ruminasyon Sendromları konulu konuşmasıyla başlayacak ve ardından Dr Yusuf Serdar Sakin GÖRH Tanısında Yeni Metrikleri anlatacak. Kursun 3. ve son oturumunda ise, Dr Ayça Değirmenci Saltürk, Dr Zehra Betül Paköz ve Dr Erdem Akbal tarafından sunulacak Olgu Tartışmaları yer alacak.

Ulusal Gastroenteroloji Haftasını bu bilimsel ziyafetle kapatacağınızı umuyor, tüm meslektaşlarımızı "GÖRH İLERİ TANI YÖNTEMLERİ KURSU" muza bekliyoruz.

25.11.2018, Gordion Salonu, 09:00-13:00

24 KASIM ÖĞRETMENLER GÜNÜ KUTLU OLSUN

Öğretmenler Yeni Nesil Sizlerin Eseri Olacaktır.



Editörlerden;

Türkiye'de 1981'den beri, her yıl 24 Kasım, Öğretmenler Günü olarak kutlanıyor. 24 Kasım 1928, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Mustafa Kemal Atatürk'ün "Millet Mektepleri'nin Başöğretmenliği"ni kabul ettiği gündür. Bakanlar Kurulu, Atatürk'e "Millet Mektepleri Başöğretmenliği" ünvanını 11 Kasım 1928'de yaptığı toplantıda vermiş ve bu ünvan, 24 Kasım'da Millet Mektepleri Talimatnamesi'nin yayınlanması ile resmileşmişti.

Atatürk'ün 100. doğum yıldönümü olan 1981'de, "başöğretmen" olduğu günün ülke çapında Öğretmenler Günü olarak kutlanmasına karar verildi.

Öğretmenler Günü ile ilgili kutlamalar, 26 Kasım 1992'de Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Öğretmenler Günü Kutlama Yönetmeliği çerçevesinde gerçekleşir.

Vaktiyle bir bilge hoca, yıllarca yanında yetiştirdiği öğrencisinin seviyesini öğrenmek ister. Onun eline çok parlak ve gizemli görüntüye sahip iri bir nesne verip: "Oğlum" der, "Bunu al, önüne gelen esnafa göster, kaç para verdiklerini sor, en sonra da kuyumcuya göster. Hiç kimseye satmadan sadece fiyatlarını ve ne dediklerini öğren, gel bana bildir. Öğrenci elindeki ile çevresindeki esnafı gezmeye başlar. İlk önce bir bakkal dükkânına girer ve "Şunu kaç alırsınız?" diye sorar Bakkal parlak bir boncuğa benzettiği nesneyi eline alır; evirir çevirir; sonra: "Buna bir tek lira veririm. Bizim çocuk oynasın" der. İkinci olarak bir manifaturacıya gider. O da parlak bir taş benzettiği nesneye ancak bir beş lira vermeye razı olur. Üçüncü defa bir semerciye gider: Semerci nesneye şöyle bir bakar, "Bu der "benim semerlere iyi süs olur. Bundan "kaş dediğimiz süslerden yaparım. Buna bir on lira veririm." En son olarak bir kuyumcuya gider. Kuyumcu öğrencinin elindekini görünce yerinden fırlar. "Bu kadar değerli bir pırlantayı, mücevheri nereden buldun?" diye hayretle bağırır ve hemen ilâve eder. "Buna kaç lira istiyorsun?" Öğrenci sorar: Siz ne veriyorsunuz? " "Ne istiyorsan veririm." Öğrenci, "Hayır veremem." diye taşı almak için uzanınca kuyumcu yalvarmaya başlar: "Ne olur bunu bana satın. Dükkânımı, evimi, hatta arsalarımı vereyim." Öğrenci emanet olduğunu, satmaya yetkili olmadığını, ancak fiyat öğrenmesini istediklerini anlatıncaya kadar bir hayli dil döker. Mücevheri alıp kuyumcudan çıkan öğrencinin kafası karma karışıktır. Böylesi karışık düşünceler içinde geriye dönmeye başlar. Bir tarafta elindeki nesneye yüzünü buruşturarak 1 lira verip onu oyuncak olarak görenler, diğer tarafta da mücevher diye isimlendirip buna sahip olmak için her şeyini vermeye hazır olan ve hatta yalvaran kişiler... Bilge hocasının yanına dönen öğrenci, büyük bir şaşkınlık içinde başından geçen macerasını anlatır. Bilge sorar: "Bu karşılaştığın durumları izah edebilir misin?" Öğrenci: "Çok şaşkınlım efendim, ne diyeceğimi bilemiyorum, kafam karmakarışık" diye cevap verir. Bilge hoca çok kısa cevap verir: "Bir şeyin kıymetini ancak onun değerini bilen anlar ve o değerini bilen yanına kıymetlidir."

Her insanın hayatında varlığını ve değerini bilen, hisseden, fark eden kuyumcular mutlaka vardır. Mesele kuyumcuyu bulmaktır...

İçimizdeki cevherlerin açığa çıkmasına vesile olan, aydınlattıkları yolda ilerlediğimiz öğretmenlerimizin öğretmenler günü kutlu olsun...



