

اخبار کنگره‌ها و همایش‌های علمی

سومین دوره انتخابات هیئت مدیره انجمن متخصصین دستگاه گوارش و کبد ایران

سومین دوره انتخابات هیئت مدیره انجمن گوارش روز ۲۰ فروردین ماه گذشته در سالن اجتماعات بیمارستان دکتر شریعتی تهران برگزار شد و طی آن هیئت مدیره انجمن به شرح زیر برگزیده شدند:

دکتر سیدحسین میرمجلسی (رئیس)، دکتر رضا ملک‌زاده (نایب‌رئیس)، دکتر رحیم آقازاده، دکتر مرتضی خطیبیان، دکتر مهدی شریف‌زاده، دکتر هاشمی و دکتر احمد خداداد (اعضای هیئت مدیره) - دکتر محمدجعفر فرهوش (بازرس اصلی) و دکتر جواد میکائیلیان (بازرس علی‌البدل)

کنفرانس انجمن متخصصین دستگاه گوارش و کبد ایران در آخرین پنجشنبه خرداد ماه گذشته در سالن اجتماعات بیمارستان دکتر شریعتی تهران برگزار شد. در این نشست، ابتدا آقای دکتر رضا ملک‌زاده طی گزارشی از تازه‌های گوارش و کبد در کنگره گاسترو انترولوژی آمریکا - ۱۹۹۸ سخن گفت و سپس، آقای دکتر صادق مسرت آخرین مطالب در مورد هلیکوباکتریلوری را در اختیار حاضران گذاشت. توجه شما را به خلاصه‌ای از این دو گزارش جلب می‌کنیم:

تازه‌های گوارش و کبد از کنگره گاستروانترولوژی آمریکا - ۱۹۹۸

از: دکتر رضا ملک‌زاده*

● تشخیص و درمان یبوست مزمن

از: AGA Research forum jorno 10
lausanne/switzerland

در تشخیص و درمان یبوست مزمن و مقاوم به درمان انجام مطالعه ترانزیت روده با استفاده از مارکرهای رادیواپک نقش مهمی پیدا نموده و یکی از دستاوردهای مهم این بررسی این واقعیت است که نزدیک به ۵۰ درصد بیماران که از یبوست مزمن شکایت دارند ولی در بررسی ترانزیت طبیعی نشان می‌دهند معمولاً قانع می‌شوند که تعریف صحیحی از یبوست نداشته‌اند و شاید (دفع مشکل مدفوع) را یبوست بیان کرده‌اند. همچنین درمان به روش Biofeed back برای بیمارانی که یبوست شدید از نوع outlet obstruction دارند (مثلاً Anismus) بسیار مؤثر و مفید واقع شده است.

● اندوسونوگرافی:

از: kenneth J. ehang. Orange/ CA. and Douglas o
faigel. Lake oswego/or

اندوسونوگرافی نقش بسیار مهم و اساسی در تشخیص و staging سرطان‌های دستگاه گوارش پیدا کرده است، بخصوص انجام بیوپسی با FNA در حین انجام اندوسونوگرافی روشی راحت و مطمئن برای تشخیص بافتی است، حتی برای Mediastinal lymphadenopathy

● استئوپروز و شکستگی استخوان در اثر مصرف

کورتیکواستروئیدها

از: Daniel T. Baran, worster, MA

مطالعات متعدد نشان داده است که نزدیک به ۵۰ درصد از بیمارانی که برای معالجه خود از داروهای کورتیکواستروئید طولانی مدت استفاده می‌کنند به عوارض استخوانی آن از جمله شکستگی مبتلا می‌شوند به همین دلیل توصیه می‌شود که بیمارانی که تحت درمان درازمدت با کورتیکواستروئیدها برای پیشگیری به صورت زیر معالجه شوند:

۱ - کلسیم و ویتامین D:

برای افرادی که معادل ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم روزانه پرونیزلون استفاده می‌کنند.

۲ - استروژن (Esterogen):

برای کلیه خانم‌های یائسه که کورتون مصرف می‌کنند.

۳ - کلسیتونین (calcitonin):

علاوه بر کلسیم و ویتامین D برای بیمارانی که بیشتر از ۱۰ میلی‌گرم پردنیزلون استفاده می‌کنند.

۴ - پیروفسفات‌ها از جمله Etidronate و Alendronate:

انتخاب بسیار خوبی است برای پیشگیری از عوارض استخوانی، بخصوص در خانم‌های یائسه که استروئید مصرف می‌کنند.

نیز می‌توان به راحتی از روش اندوسونوگرافی مری همراه با FNA بهره جست.

● هپاتیت ویروس فولمینانت:

AGA Chnical challenge william m.lee

برخی از این بیماران در مرحله‌ای که از تب و درد ناحیه RUQ شکایت دارند به بیمارستان مراجعه می‌کنند و ممکن است آنزیم‌های کبدی و الکالین فسفاتاز فقط ۲،۳ برابر باشد و سونوگرافی نشان‌دهنده یافته‌هایی چون التهاب دیواره کیسه صفرا باشد. این بیماران همزمان لوکوسیتوز نیز دارند و گاهی به عنوان کوله‌سیستیت حاد مورد عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا قرار می‌گیرند که برای آنها عواقب نامطلوبی دارد. در برخورد با تابلو کلینیکی فوق بهتر است به خاطر داشته باشیم ضخیم شدن دیواره کیسه صفرا نزدیک به ۲ تا ۳ برابر طبیعی شدن آنزیم‌های کبدی، تب و لوکوسیتوز از علائم و تظاهرات هپاتیت فولمینانت است و بهترین تست برای افتراق بین کوله‌سیستیت و هپاتیت شدید درخواست زمان پروتروبین (PT) است که همیشه در بیمار با هپاتیت فولمینانت طولانی (PT ≥ 18) و در کوله‌سیت حاد طبیعی است (PT ≤ 13) می‌باشد.

● سنگریزه‌های صفراوی کلدوک

Andrew L. Warshaw, Peter A. Banks - Clinical Symposium

سنگریزه‌های صفراوی کلدوک (Biliary microlithiasis) علت مهم و اصلی در بیمارانی است که با پانکراتیت حاد عودکننده (Recurrent Acute pancreatitis) و با کولیکهای صفراوی همراه با علائم کولانژیت حاد مراجعه می‌کنند. این بیماران سونوگرافی و سیتی‌اسکن و گاهی حتی ERCP طبیعی دارند برای تشخیص این افراد استفاده از

اندوسونوگرافی و یا مطالعه میکروسکوپی صفراوی جمع‌آوری شده از دودنوم در حین ERCP ضروری است. درمان این بیماران در صورتی که قبلاً عمل جراحی کیسه صفرا را انجام داده‌باشند اسفنکترتومی اندوسکوپی و اگر هنوز کیسه صفرا دارند عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا و تمیز کردن مجرای کلدوک است.

● تحول مهم در درمان پانکراتیت حاد

مطالعات متعدد و دقیق علمی نشان داده‌اند که:

۱ - مصرف داروهای مهارکننده برخی سیتوکین‌ها از جمله انترلوکین شماره یک (TNF) Tumor necrosis factor و PAF یا (Platelet activating factor) به خصوص در روز اول و یا دوم پس از شروع درد شکمی در پانکراتیت حاد باعث می‌شود تا مرگ و میر ناشی از نارسائی اعضاء مهم بدن بطرز چشمگیری کاهش یابد. به همین دلیل مصرف داروی Lexipafant یک آنتاگونیست PAF در درمان پانکراتیت حاد مؤثر است و حتما باید همان روز اول شروع درد شکمی، یا حداکثر ظرف ۴۸ ساعت پس از شروع درد، تجویز شود تا مرگ و میر ناشی از بیماری را کاهش دهد.

۲ - مصرف آنتی‌بیوتیکها به خصوص Imipenem و Ciproflaxacin در بیماران با پانکراتیت حاد شدید به عنوان پیشگیری از عفونت توصیه می‌شود. استفاده از آمپی‌سیلین و یا جنتامایسین (Gentamycine) که قدرت نفوذ به بافت لوزالمعده را ندارند در این رابطه بی‌فایده است.

۳ - تغذیه دهانی با استفاده از لوله Nasojejunum بهتر است زودتر شروع شود و از تغذیه وریدی و گرسنه نگهداشتن طولانی بیمار که احتمال عفونت را بیشتر می‌کند پرهیز گردد.

* - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان شریعتی

چکیده‌ای از مقالات ارائه شده در کنگره گاستروانترولوژی ۱۹۹۸ آمریکا

راجع به هلیکوباکتر پیلوری.

ترجمه از: دکتر صادق مسرت *

از ۴۸۹۳ مقاله که به کنگره گاستروانترولوژی آمریکا فرستاده شد، حدود ۶۰ درصد پذیرفته شده بود که در بین آنها یک‌چهارم فقط مختص به تحقیقات در رابطه با هلیکوباکتر پیلوری بود، در این نوشته سعی کرده‌ایم که از بین بیش از هزار مقاله، چند خلاصه را که به نظر ما از اهمیت بالایی برخوردار است انتخاب و به خوانندگان محترم مجله تقدیم کنیم.

اقتصادی مبتلایان وجود ندارد ولی در نواحی روستایی این رابطه دیده می‌شود. (G ۹۶۴)

در مطالعه F.Bazzolo و همکاران در ایتالیا که در میان ۱۵۴۰ نفر با میانگین سن ۵۳ سال انجام شد. عفونت هلیکوباکتر در کسانی که هیچ

R.J.Sokol و همکاران در یک بررسی از ۱۵۲۵ نفر ساکن استان ترنت (انگلستان) و ۱۴۲۵ نفر از شهر (ترنت) نشان دادند که میزان عفونت هلیکوباکتر در نواحی شهری (که ۳۶٪ است) بیشتر از نواحی غیرشهری است (که ۲۳٪ است). در شهر رابطه مستقیمی بین شیوع و وضع

برادر و خواهری نداشته‌اند ۵۸/۶ درصد بود در حالی که این عفونت به تناسب ازدیاد خواهر و برادر بالا رفته و در افرادی که ده خواهر و برادر داشته‌اند ۸۰ درصد شده است. در این بررسی افرادی که سابقه زخم معده و دوازدهه داشته‌اند به طور متوسط خواهر و برادرانشان در مقایسه با دیگران بیشتر بوده است (۴/۳ در برابر ۳/۳). (G ۲۷۹)

در مطالعه C.K. Yeung و همکاران، ۱۲۳ کودکی که با دردهای راجعه شکم مراجعه کردند و میانگین سن آنها ۹/۵ سال بود، از نظر آلودگی به عفونت اچ-پیلوری رقم بیشتری در مقایسه با کودکان سالم (بدون درد شکمی) با میانگین سنی ۱۰/۴ سال، (n= ۱۲۱۴)، نشان می‌دادند. (۳۰ درصد در مقایسه با ۱۰ درصد، P > 0.001). به طوری که متخصصان، عفونت هلیکوباکتر را به عنوان عامل درد شکم مورد توجه قرار دادند. در این بررسی بیشتر کودکان شاکلی از درد شکم، پسر بودند. (G ۱۳۹۲)

D. Schilling و همکاران در شهر بزرگ صنعتی آلان ۶۱۴۳ کارگر با سابقه دردهای مختلف شکم را مورد بررسی قرار دادند. ۲۰/۴ درصد از کارگران علائم NUD را داشتند که ۳۹ درصد از روی آزمون سرولوژی ابتلا به عفونت هلیکوباکتر را نشان دادند، ۴۱ درصد از کارگران از NUD تیپ زخمی (اولسرگونه) و ۳۹ درصد از NUD تیپ حرکتی (دیسموتیلیتی گونه) و ۳۶ درصد از ناراحتی‌های نامشخص شکم شکایت می‌کردند. از آنجایی که میزان درصد عفونت هلیکوباکتر پیلوری در تمام انواع NUD شبیه به هم بود و مبتلایان به NUD با ۳۹ درصد مانند افراد غیر NUD با ۳۸ درصد، ابتلاء یکسانی به عفونت داشتند، پژوهشگران در این بررسی وسیع نتیجه گرفتند که نمی‌تواند ابتلا به این باکتری در ایجاد NUD نقشی داشته باشد. (G ۱۱۴۷)

C.J. Hawkey و همکاران از استرالیا در ۱۴۵۶ بیمار با میانگین سن ۵۸ سال که به صورت دائم از داروهای NSAID استفاده می‌کردند، ایجاد ضایعات معده - دوازدهه‌ای را در رابطه با وجود یا عدم وجود عفونت هلیکوباکتر به وسیله آندوسکوپی مورد مطالعه قرار دادند. در این بررسی مشخص شد که بیمارانی که به صورت دیرپا از NSAIDها استفاده می‌کنند در ۴۴ درصد موارد زخم دوازدهه، اچ-پیلوری منفی هستند (می‌دانیم زخم‌های معمول دوازدهه در بیمارانی که NSAID مصرف نمی‌کنند همیشه اچ-پیلوری مثبت هستند).

در بیماران با مصرف دیرپای NSAIDها میزان خطر بروز زخم دوازدهه برخلاف زخم معده، در مردها بیشتر از زن‌هاست و به وسیله وجود عفونت تشدید می‌یابد. (G ۵۹۵)

در انگلستان R.H. Jones و همکاران، ۱۴۱ بیمار را بر اساس تست سرولوژی و تشخیص وجود عفونت، از روی علائم و بدون انجام آندوسکوپی درمان کردند و نتیجه را با درمان ۹۲ بیمار که تشخیص آنها پس از آندوسکوپی داده شده بود مقایسه نمودند. این بیماران برای یک سال پی‌گیری شدند، میزان مخارج بیماران در گروه درمان شده از روی

۱ - دُشواری غیرزخمی (یا دیس‌پسی غیراولسری)

علائم نصف مخارج در گروه آندوسکوپی شده بود. (G ۸۰)

پ - مؤیدی (P. Moayyedi) و همکاران از انگلستان، ۸۳۳۰ نفر از ساکنین شهر را که ۴۰ تا ۴۹ سال داشتند و به طور راندوم از مناطق مختلف انتخاب شده بودند برای تست تنفسی جهت اثبات عفونت فراخوانند. این تست در ۳۱۲۷ نفر از آنها انجام گرفت و وجود علائم NUD از همه سؤال شد، ۲۸ درصد از این افراد عفونت هلیکوباکتر و ۳۸ درصد آنها شکایت ناشی از دیس‌پسی داشتند. دیس‌پسی، در ۴۴ درصد از افراد با عفونت باکتری و ۳۶ درصد بدون عفونت وجود داشت. اگر فرض بر این باشد که عفونت علت دیس‌پسی است، می‌توان حدس زد که در ۷/۵ درصد از این افراد دیس‌پسی علت عفونت است. (G ۹۴۶)

در بررسی K.E.L. Mc Coll از انگلستان، ۱۸۳۶ نفر در سنین ۲۵ تا ۶۴ سالگی به طور تصادفی (راندوم) از شهر گلاسکو انتخاب شدند که ۶۴ درصد آنها بنا بر آزمون سرولوژی عفونت هلیکوباکتر پیلوری داشتند. در ۱۲ درصد این افراد شکایاتی در رابطه با دیس‌پسی وجود داشت. که این رقم در افراد آلوده به اچ-پیلوری ۱۳ درصد بیشتر از افراد بدون عفونت (۹ درصد) بود به طوری که در کل جامعه شهر می‌توان ۲۳ درصد از کل دیس‌پسی‌ها را ناشی از عفونت هلیکوباکتر پیلوری دانست، ۸ درصد از مردم جامعه مبتلا به عفونت و ۵ درصد بدون عفونت از داروهای ضد دیس‌پسی استفاده می‌کنند و ۲۱ درصد کل نسخه‌ها متعلق به داروهای ضد هلیکوباکتری است. (G ۹۵۷)

در دو بررسی از ایتالیا (V. Savarino) و آمریکا (TG. Morales) امکان برگشت‌یافته‌های هیستولوژی متاپلازی از نوع بافت معده (gastric metaplasia) در بولب یک سال و متاپلازی انتستینال در آنتروم پس از ۳/۳ سال از تاریخ ریشه‌کنی باکتری مورد مطالعه قرار گرفت. در طول این مدت تغییری در یافته‌های هیستولوژی در رابطه با متاپلازی دیده نشد، در بررسی ایتالیا میزان اسید معده در pH. metry، یک سال بعد از ریشه‌کنی مانند قبل از زمان ریشه‌کنی یکسان بود. (G ۱۱۴۱) و (G ۲۶۶۳)

از آنجایی که انجام آندوسکوپی در افراد زیر ۴۵ سال با علائم NUD که علائم هشداردهنده نداشته باشند زائد به نظر می‌رسد و درمان دارویی بدون آندوسکوپی برحسب نتیجه تست سرولوژی (بیشتر به علت باصرفه بودن آن) در اروپا و آمریکای شمالی توصیه می‌شود NP Breslin و همکاران از کانادا، ۳۶۰۹ بیمار زیر ۴۵ سال را با علائم NUD و بدون علائم هشداردهنده مورد آندوسکوپی قرار دادند تا مشاهده شود که آیا در این گروه امکان بروز سرطان معده وجود دارد یا نه. فقط در دو نفر از آنها سرطان معده دیده شد. (یک در ۱۸۰۰ نفر) (G ۲۳۳۲)

در بررسی E. El-Omar از اسکاتلند در دو گروه، یکی ۱۰۰ نفر از نزدیکان درجه یک بیماران مبتلا به سرطان معده و گروه دیگر ۱۰۰ نفر از اقوام درجه یک افراد سالم بدون سرطان معده، بافت معده مورد بررسی قرار گرفت و ملاحظه شد که در ۴۱ درصد از خویشاوندان نزدیک بیماران مبتلا به سرطان معده کم‌ترشی اسید (Hypochlorhydria) و

فاموتیدین ۲۰ میلی گرم به طور مداوم و در گروه دیگر فقط تحت درمان ریشه‌کنی قرار گرفتند. بیماران به طور متوسط ۱۰ و ۱۱ ماه پیگیری شدند که در هیچ یک از بیماران دو گروه خونریزی مجدد دیده نشد به طوری که می‌توان نتیجه گرفت که درمان ریشه‌کنی موفقیت‌آمیز مانع از خونریزی ناشی از زخم وابسته به هلیکوباکتریپیلوری می‌شود. (G ۷۹۰)

CP Felly از سویس، تأثیر "ماست" را به همراه آنتی‌بیوتیک کلاریترومایسین در مقایسه پلاسبو با این آنتی‌بیوتیک در دو گروه جمعاً شامل ۴۱ بیمار برای ریشه‌کنی هلیکوباکتریپیلوری مورد مطالعه قرار داد. ۷ نفر از ۲۱ نفر بیماری که با کلاریترومایسین همراه با "ماست" برای سه هفته درمان شدند ریشه‌کنی کامل داشتند در صورتی که در گروه دیگر، فقط در ۳ نفر از ۲۰ نفر ریشه‌کنی موفقیت‌آمیز بود. به طور کلی به میزان چشم‌گیری، تعداد باکتری‌های هلیکو در Corpus و نیز میزان التهاب در آنتروم در گروهی که با کلاریترومایسین ماست مصرف می‌کردند کمتر از گروه دیگر شده بود.

در دو مقاله آمده است که: دو داروی Rifabutin از خانواده ریفامیسین (خلاصه مقاله ۱۰۵۶ G) و نیز Roxitromycin در ریشه‌کنی اج - پایلوری همراه با داروهای دیگر مؤثر هستند. (مقاله ۳۱۱ G و ۴۹۲ G)

* - استاد علوم پزشکی دانشگاه تهران - بیمارستان دکتر شریعی
مأخذ:

مقاله‌های ۹۶۴ و ۲۷۹ و ۱۳۹۲ و ۱۱۴۷ و ۵۹۵ و ۸۰ و ۹۴۶ و ۹۰۷ و ۱۱۴۱ و ۲۶۶۳ و ۲۳۲۲ و ۲۴۱۹ و ۱۲۴۹ و ۱۲۱۸ و ۷۹۰ و ۴۹۱ و ۱۰۵۶ و ۲۷۹ از Gastroenterology, 1998; 114: Nr 4, part 2
 پیشوند G و شماره همراه آن در متن، اشاره به نوشته مأخذ و شماره مقاله دارد.

STK 11 ممکن است یک ژن عمومی مستعد کننده ابتلا به تومور نظیر ژن APC باشد که در پولیپوز فامیلی آدنوماتوز وجود دارد. احتمالاً STK 11 غیرطبیعی، استعداد ابتلا به سرطان را بدون دخالت در پیدایش کدهای ملانوتیک و یا تشکیل هامارتوما افزایش می‌دهد. مکانیسم تنظیم دیفرانسیاسیون سلولی به وسیله STK 11 معلوم نیست ولی این کیناز ممکن است خود از طریق فسفوریله شدن به وسیله یک کیناز وابسته به CAMP منظم شود و بعداً بر روی ماده‌ای که فعلاً مشخص نشده است اثر بگذارد.

احتمالاً این کیناز اولین پروتئین کینازی است که به عنوان یک ژن مهارکننده در چرخه تکثیر و رشد سلولی شناخته نشده است. این اولین بار است که با حذف این کیناز چنانکه در سندروم پوتز - جگهرز دیده می‌شود، افزایش تکثیر سلولی مشاهده شده است.

STK 11 ممکن است عنصری در چرخه آپشار فسفوریلاسیون جدید باشد. چالش بعدی، معلوم کردن کار دقیق STK 11 در رشد و دیفرانسیاسیون سلول‌های لوله گوارش است.

مأخذ: Walsh JH. Peutz-Jeghers culprit is revealed. Gastroenterology 1998; 114: 429.

در ۵۳ درصد آتروفی مخاط معده دیده می‌شود. در صورتی که این میزان در خویشاوندان افراد سالم به ترتیب ۵ درصد و ۵ درصد بود و این نشان می‌دهد که وابستگی درجه یک بیماران مبتلا به سرطان معده آمادگی بیشتری برای ابتلا به سرطان معده را دارند. (G ۲۴۱۹)

NJ Talley و همکاران از استرالیا، در یک گروه مبتلا به NUD (۱۳۳ نفر)، درمان ریشه‌کنی اج - پایلوری را به کار گرفتند و در گروه دیگر مبتلا به NUD (۱۴۲ نفر) دارونما (پلاسبو) دادند، و بیماران را به مدت یک سال بررسی مقایسه کردند، هر دو گروه نتایج همانندی داشتند. ۲۴/۸ درصد از گروه اول و ۲۲ درصد از گروه دوم بدون علائم شدند، از نظر هیستولوژی میزان درجه التهاب در گروه ریشه‌کن شده کاهش نشان داد، در این بررسی مشاهده شد در موارد عدم پاسخ به درمان ریشه‌کنی، رابطه تنگاتنگی بین شدت التهاب در معده و شدت علائم دیده می‌شود. (G ۱۲۴۹)

در بررسی دیگری از NJ Talley و همکاران، تأثیر داروی Omeprazole در دو گروه با مقادیر ۲۰ میلی گرم و ۱۰ میلی گرم در مقایسه با دارونما (Placebo)، جمعاً در ۱۲۶۰ بیمار مبتلا به NUD به مدت چهار هفته مورد ارزیابی قرار گرفت. امپرازول با مقدار ۲۰ و ۱۰ میلی گرم بهتر از دارونما در دیس‌پپسی از نوع Reflux-like و Dysmotility-like مؤثر بود ولی در دیس‌پپسی از نوع Ulcer-like تأثیری نداشت. به طور کلی ناپدید شدن علائم در سه گروه (امپرازول ۲۰ میلی گرم و ۱۰ میلی گرم و پلاسبو) ۴۵٪ و ۲۳٪ بود. (G ۱۲۱۸)

در بررسی KC Lai از چین، ۵۸ بیمار که مبتلا به خونریزی ناشی از زخم دوازدهه بودند به دو گروه تقسیم شدند. در یک گروه بیماران با

ژن مسئول سندرم پوتز - جگهرز کشف شد

ترجمه از: دکتر سیدحسین میرمجلسی

پژوهشگران موفق شده‌اند که یک ژن مهارکننده تومور را به عنوان ژن سندرم پوتز - جگهرز (Peutz-Jeghers Syndrome) شناسایی کنند. بدین ترتیب سندرم پوتز - جگهرز هم یکی دیگر از بیماری‌هایی است که در آن جود یک اختلال مولکولی ویژه به کشف یک سیستم جدید دیفرانسیاسیون سلول و/یا مهارکننده تومور منتهی شده است.

سندرم پوتز - جگهرز خاستگاهی ارثی دارد که از نوع اتوسومال غالب است. علائم بالینی آن از جمله عبارتند از: لکه‌های سیاه‌رنگ (ملانوتیک) دور لب‌ها و هامارتوم‌های متعدد لوله گوارش. در ضمن خطر ابتلای بیشتر به سرطان‌های لوله گوارش و سایر اعضای بدن در این سندرم وجود دارد. ژن مسئول این سندرم اخیراً در کروموزوم ۱۹ کشف شده است. از طریق این ژن اشکال غیرطبیعی کینازهای سرین ترئونینی که به STK 11 موسوم‌اند، کد می‌شوند. غیرفعال شدن این کیناز که ظاهراً نقش اساسی در تنظیم رشد سلول‌های روده و سایر سلول‌ها دارد منجر به بروز سندرم پوتز - جگهرز می‌شود.