Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği'nin
Resmi Yayın Organı

Official Journal of
The Turkish Society of Colon and Rectal Surgery

KOLON & REKTUM
Hastalıkları Dergisi

Journal of Diseases of the Colon and Rectum

www.tkrcd.org

XVI. TÜRK KOLON VE REKTUM CERRAHİSİ KONGRESİ
IX. KOLOREKTAL CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ
PROGRAM VE BİLDİRİ ÖZETLERİ

ISSN 1300-6835 (Print) OCAK • ŞUBAT • MART 2017 • EK SAYI

TÜRK TIP DİZİNİ
Türkiye Atıf Dizini (Turkiye Citation Index)

TKRCD

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi

16-20 Mayıs 2017
Regnum Carya Kongre Merkezi ANTALYA

Program ve Bildiri Özetleri

TTB-STE Kredi Puanı: 56

İÇİNDEKİLER

TKRCD Dernek Başkanı Önsöz 5

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Başkanı Önsöz 6

IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Başkanı Önsöz 7

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Kurulları 8

IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Kurulları 9

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Detaylı Bilimsel Programı

16 Mayıs 2017, Salı 11

17 Mayıs 2017, Çarşamba 22

18 Mayıs 2017, Perşembe 26

19 Mayıs 2017, Cuma 30

20 Mayıs 2017, Cumartesi 34

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Poster Bildiriler Listesi 35

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Video Bildiriler Listesi 44

IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Detaylı Bilimsel Program

16 Mayıs 2017, Salı 45

17 Mayıs 2017, Çarşamba 46

18 Mayıs 2017, Perşembe 48

19 Mayıs 2017, Cuma 50

20 Mayıs 2017, Cumartesi 52

IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Poster Bildiriler Listesi 53

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Bildiri Özetleri

Seçilmiş Sözel Bildiriler 55

Sözel Bildiriler 61

Seçilmiş Poster Bildiriler 119

Poster Bildiriler 131

Video Bildiriler 247

IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Bildiri Özetleri

Hemşirelik Sözel Bildiriler 255

Hemşirelik Poster Bildiriler 275

Yazar İndeksi 287

Değerli Meslektaşlarım,

Sizleri 16-20 Mayıs 2017 tarihleri arasında, Regnum Carya Kongre Merkezi, Antalya'da gerçekleştireceğimiz XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi'ne davet etmenin gururunu yaşıyoruz.

Kongremiz 3 ana gövdede yapılandırılmıştır: Kolorektal cerrahinin öne çıkan konularında özel kurslar, temel ve ileri kolorektal cerrahi konularının irdelendiği tartışmalı toplantılar ve Avrupa Kolorektal Cerrahi Derneği (ESCP) ile işbirliği içinde yapılacak olan ve iddialı 'Perianal Fistül' temalı kurstur. Bu yoğun bilimsel programın içine odaklandığınızda hepimizin ilgi alanına göre hazırlanmış çarpıcı olgu sunumları, beklenmeyen durumların nasıl çözümlenmesi gerektiği, başarısızlıklardan ya da komplikasyonlardan edindiğimiz tecrübe ve güncel teknik yöntemlerin tanıtımı karşınıza çıkacaktır. TKRCD ekibi, köklü disiplininden aldığı güçle, değişen zorlu çevresel koşullara rağmen sizlere zengin bir kurs programı, çarpıcı konferanslar ve tartışmalı paneller için ülkemizden ve dünyadan kolorektal cerrahi alanında uzman konuşmacıları davet etmeyi başarmıştır. Yine IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi de bilimsel dayanışma içerisinde gerçekleştirilecektir.

Kongremizi, geçmiş kongrelerde elde edilen başarı düzeyinden daha ileriye götürülebilmek için sizlerin bilimsel emeğini gösterecek olan çalışmalarınıza çok gereksinim vardır. Kolorektal cerrahi alanındaki tüm çalışmalarınızı bu bilimsel platformda sunmaya ve tartışmaya içtenlikle davet ediyoruz. TKRCD ekibi olarak bu toplantılar sonrasında 'bilmenin' bünyemizde talep ettiği o değişiklikleri fark edeceğinize eminiz.

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi'nin kolorektal cerrahiye gönül veren sizlerin yapıcı katkıları ile çok verimli ve yol gösterici geçeceğine inanıyoruz. Yoğun bilimsel ortamın yanı sıra, keyifli ve temas yüzeyi geniş bir sosyal ortam içerisinde tekrar bir arada olmayı ümit ediyor, hepinizi saygı ile selamlıyorum.

"Kongremizi bilimsel bir şölene çevirmek için…"

Prof. Dr. Selman SÖKMEN
Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği Başkanı

Değerli Meslektaşlarım,

Onaltıncı kongremize hoşgeldiniz. Katılım ve katkılarınız için şimdiden tüm ekip adına şükranlarımı sunuyorum.

Sürekli değişkenlik gösteren ülke ve dünya koşullarına rağmen hepimize düşen görevin, işimizi en iyi şekilde yapmak olduğuna inanıyoruz. Kongreler de hekimlerin kendi faaliyetlerini ortaya koydukları, yeniliklerden haberdar oldukları ve kendilerini meslekî açıdan geliştirdikleri birer platform olarak, işimizi en iyi şekilde yapabilmenin yollarından biridir.

Bu kongremizde kongre öncesi kurslarımızın sayısını artırdık ve katılımcıların ilgi duydukları birden fazla kursa katılabilmelerini sağlamak adına, kursları öğleden önce ve sonra olacak şekilde ikiye böldük.

Kongre sonrası kursumuzu ESCP (European Society of Coloproctology) desteği ile yapacağız. Kurs için deneyimli bir ekip uzun süredir hazırlık yapıyor. Anal fistüller konusunu bu kursta tanısından tedavisine, klasik yaklaşımlardan en son yeniliklere kadar tüm ayrıntıları ile ve görsel destek ile gözden geçirme imkanı bulabileceksiniz.

Sizleri kongremizde birbirinden değerli yabancı konuşmacılarla da bir araya getirebilmenin gururunu yaşıyoruz. Dünyanın dört bir yanından özenle belirlediğimiz yabancı konuklarımız kongre boyunca bizlerle olacaklar.

Kongremiz boyunca bilimsel ve sosyal kazanımlara ek olarak teknolojik gelişmeleri yakından tanıma adına da önemli bir fırsat yakalayacağınızdan emin olabilirsiniz.

Yoğun katılımınız kongremizin başarısını artıracak ve emeklerimizin paha biçilemez karşılığını oluşturacaktır.

Saygılarımla...
Prof. Dr. Sümer YAMANER
Kongre Başkanı

Değerli Meslektaşlarım,

"IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi" 16-20 Mayıs 2017 tarihleri arasında, Antalya-Belek Regnum Carya Kongre Merkezi'nde, "XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi" ile eş zamanlı yapılacaktır.

Dünyada yarım asırdan fazla süredir özel dal hemşireliği olarak başlayan kolorektal cerrahi hemşireliği, ülkemizde son on yılda gittikçe artan oranda ilgi görmüş ve hızlı bir gelişme kaydetmiştir. Bu özel alanın gelişmesinde iki yılda bir düzenlenen Kongremizin etkisi büyüktür.

Kongre programının içeriğini oluşturan en güncel bilgiler ve yaklaşımlar; konferans, panel, kurs ve vaka yönetimi oturumlarında kapsamlı bir şekilde ele alınacaktır. Konferans ve panellerde; güncel bilgiler, vaka yönetimi oturumlarında ise klinik alana dönük pratik bilgiler ve uygulamalar paylaşılacaktır.

Kongremizde, Fekal İnkontinens Yönetimi, Komplike Yaraların Yönetimi, Kolostomi İrrigasyonu, Komplike Stomaların Yönetimi, Stoma Bölgesinin Belirlenmesi ve Araştırma-Yayın-Sunum başlıklarında altı kurs yapılacaktır. Kurs programları; genel cerrahi, kolorektal cerrahi, stomaterapi ünitesi, yoğun bakım ünitesi ve cerrahi onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin derinlemesine bilgi ve beceriye ihtiyaç duydukları konuları kapsayacak ve etkileşime izin verecek şekilde planlanmıştır.

Kongrede ayrıca bu alanda yapılan araştırmaların tartışılacağı serbest bildiri oturumları ve poster sunumları programın bilimsel içeriğini güçlendirecektir. Meslektaşlarımızın motivasyonunu sağlayarak hemşirelik bakımında kanıt oluşturmaya teşvik etmek amacı ile bildiri ve poster ödülleri verilecektir.

Alanında uzman olan ulusal konuşmacıların yanı sıra Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi Başkanı Susan STELTON da davetli konuşmacı olarak kongremize katkı vereceklerdir.

Kongrede; bilgi, deneyim ve sorunlarımızı paylaşmak ve ülkemizde özel dal hemşireliğin gelişmesine katkıda bulunmak amacıyla katılımlarınızı bekleriz...

IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi'nde buluşmak üzere düzenleme kurulu adına saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ
IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Başkanı

XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Kurulları

Onursal Başkan
Kemal ALEMDAROĞLU

TKRCD Başkanı
Selman SÖKMEN

Kongre Başkanı
Sümer YAMANER

Kongre Genel Sekreteri
Emre BALIK

Yönetim Kurulu Üyeleri
Oktar ASOĞLU
Türker BULUT
Tahsin ÇOLAK
İsmail HAMZAOĞLU
Ayhan KUZU
Mustafa ÖNCEL
Uğur SUNGURTEKİN

Onur Kurulu
Tarık AKÇAL
Hikmet AKGÜL
Ali AKYÜZ
Adil BAYKAN
Dursun BUĞRA
Sadettin ÇETİNER
Nur DANİŞMEND
Ergun ERDOĞAN
Emin Uğur ERKOÇAK
Mehmet FÜZÜN
İ. Ethem GEÇİM
Ertuğrul GÖKSOY
Halit OSMANOĞLU
Ahmet ÖZBAL
Necmettin SÖKÜCÜ
Derviş ŞEN
Feridun ŞİRİN
Abdullah ZORLUOĞLU

Bilimsel Kurul

Erhan AKGÜN
Levhi AKIN
Musa AKOĞLU
Cihangir AKYOL
Doğan ALBAYRAK
Halil ALIŞ
Hüsnü ALPTEKİN
Ediz ALTINLI
Yunus Emre ALTUNTAŞ
Acar AREN
Mithat Kerim ARSLAN
Wafi ATAALLAH
Fuat ATALAY
Mustafa ATEŞ
Hasan AYDEDE
Erşan AYGÜN
Erman AYTAÇ
Bilgi BACA
Ahmet Ziya BALTA
İlyas BAŞKONUŞ
Birol BOSTANCI
Yusuf BÜKEY
Yılmaz BÜYÜKUNCU
Aras Emre CANDA
Tarık ÇAĞA
Murat ÇAKIR
Cemil ÇALIŞKAN
Gökhan ÇİPE
Sezai DEMİRBAŞ
Hayrullah DERİCİ
Osman DOĞRU
Sabri ERGÜNEY
Bülent ERKEK
Nail ERSÖZ
Cemalettin ERTEKİN
Süphan ERTÜRK
Kenan ERZURUMLU
İsmail GÖĞENUR
Emre GÖRGÜN
Ayça GÜLTEKİN
Haldun GÜNDOĞDU
Osman Serhat GÜNER
Sevil IŞIK
Mustafa KALAYCI
Eray KARA
Servet KARAHAN
Tayfun KARAHASANOĞLU
Feza KARAKAYALI
Cüneyt KAYAALP
Çetin KOTAN
Neşet KÖKSAL
Ferda Nihat KÖKSOY
Necmi KURT
Sezai LEVENTOĞLU
Zafer MALAZGİRT
Bülent MENTEŞ
Mehmet MİHMANLI
Ömer Faruk ÖZKAN
Ersin ÖZTÜRK
Melih PAKSOY
Cem Kaan PARSAK
Feza REMZİ
Kazım SARI
Atakan SEZER
Emre SİVRİKOZ
Erdoğan SÖZÜER
İlker SÜCÜLLÜ
Dursun Ali ŞAHİN
Mustafa ŞAHİN
Neriman ŞENGÜL
İbrahim TAÇYILDIZ
Ömer Rıdvan TARHAN
Muhyittin TEMİZ
Cem TERZİ
Ömer TOPÇU
Osman Baran TORTUM
Pars TUNÇYÜREK
Volkan TÜMAY
Mehmet Özgür TÜRKMENOĞLU
Ali UZUNKÖY
Celalettin VATANSEV
Yusuf YAĞMUR
Tunç YALTI
Nihat YAVUZ
İlhan YILDIRGAN
Tuncay YILMAZLAR
Rafet YİĞİTBAŞI
Tayfun YÜCEL
Serdar YÜCEYAR
Enis YÜNEY

* Bilimsel Kurul listesi soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Kurulları

Kongre Başkanı
Ayişe KARADAĞ

Kongre Sekreterleri
Zehra GÖÇMEN BAYKARA
Sevil GÜLER DEMİR

Düzenleme Kurulu
Zehra GÖÇMEN BAYKARA
Hülya BULUT
Sevilay ŞENOL ÇELİK
Sevil GÜLER DEMİR
Emine İYİGÜN
Sercan KARADAĞ
Azize KARAHAN
Derya KARAKAYA

Bilimsel Kurul
Güler AKSOY
Nuray AKYÜZ
Fatma ETİ ASLAN
Fatma CEBECİ
İkbal ÇAVDAR
Sevim ÇELİK
Leyla DİNÇ
Nalan ÖZHAN ELBAŞ
Fethiye ERDİL
Ümmü YILDIZ FINDIK
Ülkü YAPUCU GÜNEŞ
Aysel GÜRKAN
Ayla GÜRSOY
Sevgi HATİPOĞLU
Nevin KANAN
Neziha KARABULUT
Özgül KARAYURT
Türkan ÖZBAYIR
Sevinç TAŞTAN
Özge UZUN
Meryem YILMAZ

* Bilimsel Kurul listesi soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

XVI. TÜRK KOLON ve REKTUM CERRAHİSİ KONGRESİ

BİLİMSEL PROGRAMI

16 Mayıs 2017 Salı

08.30 - 13.00	**LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ KURSU**	mega OLYMPUS	**SALON 1**

Kurs Yöneticisi: **Mustafa Öncel**

Öğrenim Hedefleri: Laparoskopi kolorektal cerrahinin uygulanabilmesi için yetkinliğini kanıtlamış ve birçok açıdan üstünlüğü ortaya konulmuş bir yöntemdir. Ancak teknik uygulamadaki güçlükler ve konvansiyonel cerrahiden farklı gereç ve gereksinimlerinin olması gibi nedenlerle gerektiği kadar yaygınlaşamamıştır.

Bu kurs sırasında uzun süredir bu tekniği uygulayagelen ellerin tecrübelerini laparoskopiye yeni başlamış veya başlamayı planlayan meslektaşlara aktaracaktır.

Kursun temel hedefleri laparoskopi için gerekli gereç ve diğer gereksinimleri açıklamak; laparoskopinin kanıta dayalı tıp açısından değerliliğini ortaya koymak; laparoskopi sırasında oluşabilecek sorunları önleme ve çözümlenmesini sağlayacak tüyoları paylaşmaktır. Ayrıca video bölümüyle laparoskopik tekniklere ait ipuçları anlatılacaktır. Son bölümde ise kanser dışı hastalıklarda uygulanan laparoskopik işlemler tartışılacak ve daha seyrek kullanılan laparoskopi teknikleri tanıtılacaktır.

08.30 - 09.15	**Laparoskopik Kolorektal Cerrahiye Başlayacağım! "Nasıl?"**	
08.30 - 08.45	Ameliyathane Donanımı "Temel Gereksinimler - Mükemmel Donanım" Masa, Kamera Sistemleri, Ameliyathane Yerleşimi ve Diğerleri	**Sezai Demirbaş**
08.45 - 09.00	Gereçler: Trokarlar, Mühürleme Cihazları, Zımbalama Cihazları ve Diğer Malzemeler	**Wafi Ataallah**
09.00 - 09.15	Hasta Seçimi: Hangi Hasta, Niçin Zor?	**Yunus Emre Altuntaş**
09.15 - 10.15	**Videolarla "En"'ler ve "İnciler&Tuzaklar" – 1**	
09.15 - 09.30	En Doğru Nasıl Başlarım? Ameliyata Başlangıç Tüyoları, Trokar Girişleri, Pozisyon, Karın İçi Eksplorasyon, Omentumun Yerleştirilmesi ve Diğerleri	**Fahrettin Acar**
09.30 - 09.35	Başlangıçla İlgili 1 İnci & 1 Tuzak	**Mustafa Öncel**
09.35 - 09.50	En Kolay Nereden Başlarım? Anterior Rezeksiyon	**Ediz Altınlı**
09.50 - 09.55	Teknikle İlgili 1 İnci & 1 Tuzak	**Feza H. Remzi**
09.55 -10.10	En Geniş Nasıl Alırım? Sağ Kolonda Laparoskopik Mezokolik Diseksiyon	**Mustafa Öncel**
10.10 - 10.15	Teknikle İlgili 1 İnci & 1 Tuzak	**İsmail Hamzaoğlu**
10.15 - 10.45	**Kahve Arası**	
10.45 - 11.45	**Videolarla "En"'ler ve "İnciler&Tuzaklar" – 2**	
10.45 - 11.00	En Derine Nasıl Giderim? Aşağı Anterior & İntersfinkterik Rezeksiyon	**Sezai Leventoğlu**
11.00 - 11.05	Teknikle İlgili 1 İnci & 1 Tuzak	**Feza H. Remzi**
11.05 - 11.20	En Anlatılmayanı Nasıl Yaparım? Transvers Kolon Tümörleri	**Feza Karakayalı**
11.20 - 11.25	Teknikle İlgili 1 İnci & 1 Tuzak	**İsmail Hamzaoğlu**
11.25 - 11.45	En Güvenli Nasıl Yaparım? Komplikasyonlar ve Önleme Yöntemleri: Hatalardan Ders Çıkarma	**Gökhan Çipe**
11.45 - 12.45	**Kolorektal Cerrahide Minimal İnvaziv veya Yeni Teknikler**	
11.45 - 12.00	TaTME	**İ. Ethem Geçim**
12.00 - 12.15	Kombine Endoskopik Laparoskopik Cerrahi (CELS) ve Tek Porttan Laparoskopik Cerrahi	**Murat Çakır**
12.15 - 12.30	Transanal Laparoskopik İşlemler	**Sezai Demirbaş**
12.30 - 12.45	Minimal İnvaziv Cerrahi Sırasında Neler Ters Gidebilir?	**Feza H. Remzi**
12.45 - 13.00	**Kursun Değerlendirilmesi**	

08.30 - 16.00 TEMEL VE İLERİ KOLONOSKOPİ TEKNİKLERİ KURSU **SALON 2**

Kurs Yöneticisi: **Uğur Sungurtekin**

Toplumda yaşam süresi uzadıkça ileri yaşlarda görülen hastalık sayısında artma olmaktadır. Bunlardan biriside kolorektal polip ve kanser görülmesinde görülen artıştır. Kolorektal kanserler görülme sıklığı açısından her ne kadar ilk üçte yer almış olsa da halen erken tanı konulması durumunda tedavi edilebilir bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Çoğu yerde artık bir tarama aracı olarak kabul edilen alt gastrointestinal sistemim endoskopik olarak incelenmesinin önemi buradan kaynaklanmaktadır. Artık ülkemizde de Genel Cerrahlar tarafından da yapılması yaygınlaşan bu tanı ve tedavi yönteminin uygun şekilde yapılmasının öğrenilmesi ise tıbbi bir zorunluluktur. Bu nedenle TKRCD 2017 yılı kongresi kapsamında meslektaşlarımız için bu konunun irdelenmesi ve bilgilerinin tazelenmesi amacıyla bu kursu düzenlenmiştir. Kurs bu konuda deneyimli öğretim üyeleri tarafından verilecektir.

Kurs sonrasında katılımcıların aşağıdaki konular hakkında bilgilendirilmesi hedeflenmektedir:
- Kolonoskopik girişimlerin endikasyonları, kontrendikasyonları ve işlem için risk faktörleri
- Kolonoskopi uygulaması için hasta hazırlanması ve kolonoskopi aydınlatılmış onam alınmasındaki detaylar
- Kolonoskopide temizlik ve dezenfeksiyon
- Kolonoskopide sedasyon uygulamaları
- Kolonoskopi cihazının yapısal tanıtımı, işlemde başarı için gerekli tutuş pozisyonları, el-göz koordinasyonu için gerekli adımlar
- Uygulamada normal-anormal ayırımında dikkat edilecek noktalar
- Anatomik referans noktaları ve girişim esnasında karşılaşılabilecek zor durumlar ve bunları aşma yolları
- Çekal entübasyon nasıl yapılmalı
- Polipektomi nasıl yapılmalı? Nasıl yapılmamalı?
- Alt GIS kanaması olan hastalarda yaklaşım(BICAP, Isıtma probu, enjeksiyon teknikleri
- Endoskopik mukozal disseksiyon ve rezeksiyon yöntemleri
- Dökümentasyonda dikkat edilmesi gereken noktalar

08.30 - 09.00	İyi Bağırsak Hazırlığı Nasıl Olmalı? İyi Bağırsak Hazırlığı İçin Yeni Kalite Standartları, Temizlik Skalaları	**Osman Baran Tortum**
09.00 - 09.30	Tanıda Yeni Araçlar Kromoendoskopi, Endocuff®, Endorings®, FUSE	**Hüseyin Sinan**
09.30 - 10.00	Lezyonların Tanınması ve Sınıflamalar Paris Sınıflaması, NICE Sınıflaması, WASP Sınıflaması, Adenom, Serrated Adenom ve Habis Poliplerin Klinik ve Endoskopik Özellikleri	**Metin Keskin**
10.00 - 10.30	**Kahve Arası**	
10.30 - 10.45	Kolonoskopide Anatomik Referans Noktaları Uygulamada Karşılaşılan Zor Durumlar ve Baş Etme Yolları	**Uğur Sungurtekin**
10.45 - 11.15	Kolonoskopide Malpraktis Nedir? Olgularla Tartışma	**Yılmaz Büyükuncu**
11.15 - 11.45	Polipektomi ve Endoskopik Mukozal Rezeksiyon Nasıl ve Neyi Enjekte Edeceğiz? Koter Kullanma Prensipleri, EMR Yöntemleri, Zor Olgularda Yaklaşım Nasıl Olmalı?	**Osman Baran Tortum**
11.45 - 12.15	Komplikasyonlardan Kaçınma, Tanıma ve Tedavi Yolları Perforasyon, Kanama ve Dalak Yaralanmasından Kaçınma İlkeleri Geç Tanı Konulan Olgularda Yaklaşım	**İlker Sücüllü**
12.15 - 13.00	**Tartışma**	
13.00 - 14.00	**Öğle Yemeği**	
14.00 - 16.00	**Pratik Uygulama**	

08.30 - 13.00	**KOLOREKTAL CERRAHİDE BESLENME ve YARA BAKIMI KURSU**	Abbott	**SALON 3**

Kurs Yöneticisi: **Bilgi Baca**

Kolorektal cerrahide beslenme ve yara bakımı, başarıyı arttırmada çok önemli bir faktördür. Kanser hastalarının büyük çoğunluğunda gerek tümör yüküne gerekse uygulanan cerrahi tedavilere bağlı olarak beslenme sorunları meydana gelmektedir. İyi ve doğru beslenme desteği kanser tedavisi gören hastaların yaşam kalitesini artırmakla birlikte tedaviye uyumda da önemli role sahiptir. Kolorektal kanser hastalarında doğru beslenmenin sağlanması için bu konuda uzman kişilerin ekip halinde çalışması gerekmektedir.
Beslenme aynı zamanda cerrahi bir işlem sonrası oluşan yara iyileşmesini de etkilemektedir. Cerrahi yara iyileşmesi, infeksiyon, anastomoz komplikasyonları, iskemi ve yaranın maruz kaldığı radyasyon gibi dış etkenlerden olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu durumlarda sonuçları iyileştirmek adına güncel yara bakımı, oluşan komplikasyonlara etkili yaklaşım için yeni yöntemlerin, yara iyileşmesine yardımcı olan ürünlerin bilinmesi ve doğru bir şekilde uygulanması gerekmektedir.
Bu kursun amacı kolorektal cerrahi ile ilgilenen hekimlerin, hemşirelerin ve yardımcı sağlık personelinin doğru enteral ve parenteral nutrisyon hakkında bilgilerinin güncellenmesi ve yara bakımı hakkında uygulanan son yöntemler hakkında bilgi sahibi olarak güncel pratik uygulamalarını iyileştirmektir.

08.30 - 08.35	Açılış Konuşması	**Bilgi Baca**
08.35 - 10.00	**Kolorektal Cerrahide Beslenme – 1**	
	Oturum Başkanları: **Selman Sökmen, Nahit Çakar, Bilgi Baca**	
08.35 - 08.55	Kolorektal Cerrahide Ameliyat Öncesi Beslenme Başarımı Arttırmak İçin Hangi Hastada Hangi Ürünü Nasıl Kullanmalıyım?	**Ersin Öztürk**
08.55 - 09.10	Komplikasyona Bağlı Sepsiste Parenteral Beslenme Desteği Ne Zaman Enteral Beslenmeye Başlayalım?	**Nahit Çakar**
09.10 - 09.25	İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında ve Kısa Bağırsak Sendromunda Beslenme	**Elif Sarıtaş Yüksel**
09.25 - 09.40	Ameliyat Sonrası Enteral Beslenme Desteği Verelim mi? Kolorektal Kanserde Diyet Listesi Kısıtlanması Gereken Gıdalar Var mı?	**Fatma Turanlı**
09.40 - 10.00	Tartışma	
10.00 - 11.00	**Kolorektal Cerrahide Beslenme – 2**	
	Oturum Başkanları: **Cem Kaan Parsak, Erman Aytaç**	
10.00 - 10.15	Kolorektal Cerrahi Sonrası Erken İyileşme (ERAS) Protokolü	**Erman Aytaç**
10.15 - 10.30	Kolorektal Kanserde İmmünonütrisyon	**Cem Kaan Parsak**
10.30 - 10.45	Kolorektal Cerrahide Değişik Yönleriyle Mikrobiyota	**Süphan Ertürk**
10.45 - 11.00	Tartışma ve Sorular	
11.00 - 11.30	**Kahve Arası**	
11.30 - 13.00	**Kolorektal Cerrahide Yara Bakımı**	
	Oturum Başkanları: **Süphan Ertürk, İlknur Erenler Bayraktar**	
11.30 - 11.45	Anastomoz Kaçağı ve Fistüllere Yaklaşım	**İlknur Erenler Bayraktar**
11.45 - 12.00	Sekonder Yara Kapama Yöntemleri Vakum Sistemleri, Biyolojik ve Sentetik Ürünler	**Ahmet Rencüzoğulları**
12.00 - 12.15	Komplike Yaraların Tedavisi Nekrotizan Fasiit, Fourniere Gangreni ve Radyasyona Bağlı İyileşmeyen Yara	**Ayça Fatma Gültekin**
12.15 - 12.30	Açık Karın Sonrası Karın Duvarı Rekonstrüksiyonu	**Semih Bağhaki**
12.30 - 13.00	Tartışma ve Sorular	

08.30 - 13.00	**NÜKS REKTUM KANSERİ ve İNTRAOPERATİF RADYOTERAPİ KURSU**	**SALON 4**

Kurs Yöneticisi: **Oktar Asoğlu**

Nüks rektum kanseri tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektiren komplike bir süreci içermektedir. Bu kurs sırasında katılımcılara aşağıda sıralanan konularda bilgi ve tecrübe aktarımı yapılacaktır.

- Pelvik cerrahi anatominin öğrenilmesi
- Nüks rektum kanserinde tanı yöntemleri
- Genel tedavi algoritması
- Anterior, posterior ve total pelvik egzenterasyon teknikleri
- Sakrum-pelvik yan duvar tutulumlu lokal nükslere yaklaşımda ipuçları
- Ameliyat sırasında karşılaşılan ekstrem durumlar
- İORT'un lokal nüksteki yeri
- Sonuçlandırılmış gerçek olgularla nüks rektum kanserinin tanısı, sınıflandırılması ve tedavi algoritmalarının gözden geçirilmesi

08.30 - 08.40	Açılış	
08.40 - 10.00	**Oturum 1**	
08.40 - 09.00	Pelvik Cerrahi Anatomi	**M. Ayhan Kuzu**
09.00 - 09.20	Lokal Nükste MR'ın Rolü	**Cem Balcı**
09.20 - 09.40	Lokal Nükste PET/BT	**Handan Tokmak**
09.40 - 10.00	Lokal Nükste Tedavi Algoritması	**Oktar Asoğlu**
10.00 - 11.00	**Oturum 2**	
10.00 - 10.15	Pelvik Ekzenterasyon Teknikleri	**Cem Terzi**
10.15 - 10.30	Kompozit Rezeksiyonlar	**Philip Paty**
10.30 - 10.45	Bataktan Nasıl Kurtuldum?	**Selman Sökmen**
10.45 - 11.00	İntraoperatif Radyoterapi Rasyoneli	**Esra Kaytan Sağlam**
11.00 - 11.30	**Kahve Arası**	
11.30 - 13.00	Olgularla İnteraktif Panel (Videolar eşliğinde)	

08.30 - 13.00	**FEKAL İNKONTİNENS, TEDAVİDE YENİLİKLER KURSU**	**SALON 5**

Kurs Yöneticisi: **Türker Bulut**

İnkontinens, gelişen sosyo-ekonomik şartlarda giderek daha fazla insanın çare aradığı bir konudur. Fekal inkontinens genel cerrahi içinde oldukça spesifik bir konu olsa da her kolorektal cerrahın kaçınılmaz olarak karşılaşabildiği bir "sendrom" olarak kabul edilebilir. Bu grup hastanın sabırla ele alınması ve doğru yönlendirilmesi gerekir. Hangi semptomda hangi teste başvurulması ve sonuçların nasıl yorumlanması gerektiği tartışılacaktır. Sonunun çözülmesi için obstetri, kolorektal cerrahi, radyoloji ve hatta nöroloji, psikiatri, girişimsel algoloji bilim dallarının dahil olmasına gerek duyulabilir. Fekal inkontinens tedavisi esas olarak yaşam konforunu düzeltmeyi amaçlar. Yanlış uygulamalar, gereksiz tedaviler sorunun daha da büyümesine neden olabilir. Son yıllarda fekal inkontinensin tedavisi için çok sayıda yeni yöntem uygulamaya girmiştir. Etkinlik düzeyleri değişik olan bu yöntemlerin bir kısmı henüz klinik araştırma aşamasındadır. Her yönü ile oldukça tartışmalı olan bu konuda cerrahların deneyimlerini paylaşarak iyi klinik uygulamalara nasıl ulaşabilecekleri ortaya konmaya çalışılacaktır.

08.30 - 09.30	**Oturum 1**	
08.30 - 08.40	İnkontinens Tanımı, Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri ve Skorlama	**Neriman Şengül**
08.40 - 08.50	Kontinens Nasıl Sağlanır? Anatomik ve Nörofizyolojik Temelleri İnkontinenste Anorektal Fizyoloji Testleri: (Video Uygulamalarla)	**Volkan Tümay**
08.50 - 09.00	- Defekografi	**Metin Keskin**
09.00 - 09.10	- Endoanal Ultrasonografi	**Emre Balık**
09.10 - 09.20	- Anal Manometri	**Aras Emre Canda**
09.20 - 09.30	- Elektromiyografi	**Ersin Öztürk**
09.30 - 10.30	**Oturum 2**	
09.30 - 09.45	İnkontinenste Sakral ve Tibial Sinir Stimülasyonu Nasıl Yapılır? Sorunu Çözer mi?	**Ayça Fatma Gültekin**
09.45 - 10.00	Dolgu Maddeleri: İnkontinens Tedavisinde Yeri Var mı?	**Sezai Leventoğlu**
10.00 - 10.15	Türkiye'de Fekal İnkontinens Tedavisinde Kullanılan Cihazlar ve Temini Sorunu	**Ayça Fatma Gültekin**
10.15 - 10.30	İnkontinenste Biyofeedback: Kanıta Dayalı Sonuçlar	**Mustafa Öncel**
10.30 - 11.00	**Kahve Arası**	
11.00 - 11.50	**Oturum 3**	
11.00 - 11.10	Anal Sfinkter Tamiri: Epizyotomi Tamiri ve Kronik Obstetrik Hasarda Anovaginal Rekonstrüksiyon Sonuçları	**Cihangir Akyol**
11.10 - 11.20	Travmatik Sfinkter Yaralanmaları	**Sezai Demirbaş**
11.20 - 11.40	Sfinkteroplasti Teknikleri (videolar)	**M. Ayhan Kuzu**
11.40 - 11.50	Tedavi Görmüş Vakalar, Hala İnkontinens	**Bülent Menteş**
11.50 - 13.00	**Oturum 4**	
11.50 - 12.00	İnkontinenste Pelvik Taban Tamiri	**Mustafa Ateş**
12.00 - 12.10	Grasiloplasti: Yeri Kaldı mı?	**Mustafa Kalaycı**
12.10 - 12.20	Yapay Sfinkter mi, Manyetik Sfinkter mi?	**Türker Bulut**
12.20 - 12.40	İnkontinenste Fantastik Yöntemler: Lokal α1-Adronoreseptör Agonist Tatbiki Vaginal Bağırsak Kontrol Sistemi Antegrad İrrigasyon Antropilorik Transpozisyon Kök Hücre İnjeksiyonu	**Tahsin Çolak**
12.40 - 13.00	İnkontinens Polikliniği Vaka Takdimleri ile Yol Haritası	**Türker Bulut**

14.00 - 18.00	**ROBOTİK KOLOREKTAL CERRAHİ KURSU**	CORDAMED BIOMEDICAL ENGINEERING	**SALON 1**

Kurs Yöneticisi: **İsmail Hamzaoğlu**

Kursun Amacı: Ülkemizde robotik cerrahinin kolorektal alanda kullanımı giderek artmakta ve birçok merkezde eğitimli cerrahlar tarafından uygulanmaktadır. Robotik cerrahi üç boyutlu görüntü ve aletlerin 540 dereceye kadar dönebilmesi sayesinde özellikle rektum cerrahisinde, dar pelvisli hastalarda ileri derecede avantaj sağlamaktadır. Kamera kontrolunun cerrahda olması sebebi ile ameliyat sahasına istenildiği kadar yaklaşılabilmekte ve böylece daha yakından görerek disseksiyona devam edilebilmektedir. Dar alanda Robotik cerrahinin temel prensipleri, ameliyat aşamaları, avantajları ve dezavantajlarının videolar eşliğinde anlatılarak kursiyerlerin kolorektal cerrahide robot kullanılmasının temel basamakları hakkında deneyim kazanmaları amaçlanmaktadır.

14.00 - 15.30	**Oturum 1**	
14.00 - 14.15	Robotik Kolorektal Cerrahiye Giriş Nasıl Başlayalım?	**Volkan Tümay**
14.15 - 14.30	Robotik Kolorektal Cerrahinin Avantajları	**Bilgi Baca**
14.30 - 14.45	Robotik Kolorektal Cerrahide Komplikasyonlar	**İlknur Erenler Bayraktar**
14.45 - 15.00	Kolorektal Cerrahide Robot Nerede?	**Emre Balık**
15.00 - 15.30	**Panel**	
	Oturum Başkanları: **Adil Baykan, Abdullah Zorluoğlu**	
15.30 - 16.00	**Oturum 2**	
	Robotik Sağ Hemikolektomi (Komplet Mezokolik Eksizyon) - Hasta Pozisyonu ve Trokar Yerleri - Mezokolik Eksizyon - Robotik Sütür Atılması - Vasküler Kontrolun Gösterilmesi - İntrakorporeal Anastomoz	**İsmail Hamzaoğlu**
16.00 - 16.30	**Kahve Arası**	
16.30 - 18.00	**Oturum 3**	
16.30 - 16.50	Robotik Sol Hemikolektomi - Hastanın Pozisyonu ve Trokar Yerleri - Medialden Laterale Disseksiyon - Splenik Fleksura Mobilizasyonu - Kolokolik Anastomoz	**Oktar Asoğlu**
16.50 - 17.10	Robotik Total Mezorektal Eksizyon - Hastanın Pozisyonu ve Trokar Yerleri - Medialden Laterale Disseksiyon - İMA, IMV Ligasyonu - Pelvik Mezorektal Diseksiyon - Koloanal Anastomoz	**Tayfun Karahasanoğlu**
17.10 - 17.30	Robotik Transanal TME	**Erman Aytaç**
17.30 - 18.00	**Panel**	
	Oturum Başkanları: **Dursun Buğra, Cem Terzi**	

14.00 - 18.00	**REKTUM KANSERİNDE TRANSANAL ENDOSKOPİK GİRİŞİMLER KURSU**	GENTEK MEDİKAL VE TEKNİK CİHAZLAR	**SALON 2**

Kurs Yöneticisi: **İ. Ethem Geçim**

Öğrenim Hedefleri: Öncelikle TEM cerrahisinin tanımı, tarihçesi ve bu amaçla geliştirilmiş aletler tanıtılacaktır.
Dünyada endoskopik yöntemlerle "parçalanmadan", "negatif sınırlar garanti edilmeden" ve özellikle "transanal olarak erişilmesi anatomik mesafe olarak zor olan ya da mümkün olmayan" polip ve tümörler tanımlanacak, preoperatif evrelemede lenf nodu metastazı bulunmayan erken tümörler için tüm dünyada radyoterapi ile birlikte ve tek başına TEM kullanımı, bu yaklaşımın majör cerrahiyi önleme ve sfinkter koruma gibi avantajları tartışılacaktır.
Kursiyerler "neden transanal girip koterle eksize edip dikmiyoruz da bu komplike aletleri kullanıyoruz" sorusuna yanıt bulacaklardır. Bu amaçla, her alt başlığa göre, sadece literatür verilerek kalınmayacak, kurs eğitmenlerinin kendi vakaları video şeklinde sunulacak, kursiyerlere tecrübe aktarımı sağlanacaktır.
Kursun teorik bölümü tamamlandıktan sonra plastik ve hayvan barsak modeli üzerinde kursiyerler birbirlerini asiste ederek her biri, en az birer adet transanal polip eksizyonu yapacaklardır.

14.00 - 15.30	**Oturum**	
14.00 - 14.20	Giriş, Tarihçe, Literatür	**Cihangir Akyol**
14.20 - 14.40	TEM , Avantajları, Uygulama Alanları	**İ. Ethem Geçim**
14.40 - 15.00	TaTME, Tanımı, Uygulamaları, Sonuçları	**Serdar Karaca**
15.00 - 15.30	Soru Cevap ve Tartışma	
15.30 - 16.00	**Kahve Arası**	
16.00 - 18.00	**Pratik Uygulama**	**İ. Ethem Geçim, Serdar Karaca, Cihangir Akyol, Ali Sapmaz**

14.00 - 18.00	**KOLOREKTAL KANSER CERRAHİSİNDE EMBRİYOLOJİ VE ANATOMİK PLANLARIN ÖNEMİ KURSU**	**SALON 3**

Kurs Yöneticisi: **M. Ayhan Kuzu**

Kursun Amacı: Kolorektal kanser cerrahisinde en önemli prognostik belirleyici, yapılan cerrahi girişimin yeterliliğidir. Bu nedenle cerrahların anatomik ve embriyolojik planları bilmeleri ve kanserin yayılım yollarına göre doğru cerrahi tekniği uygulamaları gereklidir. Kursun amacı kolorektal anatomiyi görsel video eşliğinde gerek kadavra gerekse klinik uygulamalar ile kursiyerlere aktarmaktır.

Öğrenim Hedefleri:
• Kolorektal kanserin yayılım yollarını öğrenmek
• Kolon, rektum ve pelvik vasküler anatomiyi ve cerrahi disseksiyon planlarını öğrenmek
• Karaciğer ve peritoneal yayılımlarda uygulanan cerrahi teknik için anatomik detayları irdelemek

14.00 - 14.50	**Oturum 1**	
14.00 - 14.10	Embriyolojik - Anatomik Planların Kanser Cerrahisindeki Önemi	**İbrahim Tekdemir**
14.10 - 14.20	Kolorektal Kanserin Yayılım Yolları ve Nüks Sorunu	**A. Keşşaf Aşlar**
14.20 - 14.30	Sağ Kolonun Vasküler Anatomisi - Normal Anatomi Var mı?	**Halil Açar**
14.30 - 14.40	Sağ Kolon Kanserinin Lenfatik Yayılım Yolları	**Ömer Topçu**
14.40 - 14.50	Kolon Kanserlerinde Komplet Mezokolik Eksizyon Planları Kanserin Yerleştiği Yere Göre Değişiyor mu? Embriyoloji -Anatomi	**M. Ayhan Kuzu**
14.50 - 15.35	**Oturum 2**	
14.50 - 15.00	Sağ Kolon Kanseri - Santral Vasküler Ligasyon ve Komplet Mezokolik Eksizyon - Teknik	**M. Ayhan Kuzu**
15.00 - 15.10	Sağ Kolon Kanseri Medial Yaklaşım - Kritik Noktalar	**Halil Açar**
15.10 - 15.25	Sağ Kolon Kanseri - Minimal İnvaziv Cerrahi Planları (Medial - Lateral Yaklaşım)	**Cihangir Akyol**
15.35 - 16.00	Mezenterik Uzatma - FAP vs ÜK - Nelere Dikkat Etmeliyiz?	**A. Keşşaf Aşlar**
15.35 - 16.00	**Kahve Arası**	
16.00 - 17.10	**Oturum 3**	
16.00 - 16.10	Sol Kolon ve Fleksuranın Vasküler Anatomisi	**Halil Açar**
16.10 - 16.25	Otonomik İnnervasyon ve Klinik Önemi	**Mustafa Ateş**
16.25 - 16.40	Total Mezorektal Eksizyon Planları ve İntersfinkterik Yaklaşım	**M. Ayhan Kuzu**
16.40 - 16.55	Sol Kolon ve Rektum Kanser Cerrahisinde Minimal İnvaziv Cerrahi Planları	**Bülent Erkek**
16.55 - 17.10	Pelvis Yan Duvar, Pelvik Taban, Pelvik Fasyalar ve Kompartmanlar	**Halil Açar**
17.10 - 18.00	**Oturum 4**	
17.10 - 17.20	Ekstralevator Abdominoperineal Eksizyon Planları	**M. Ayhan Kuzu**
17.20 - 17.30	Peritonektomi Teknikleri (Diafragmatik Yüzey - Omentektomi - Splenik Mobilizasyon) Anatomik Planlar	**Erkin İsmail**
17.30 - 17.40	Karaciğer Metastazları! Karaciğerin Segmenter Anatomisi ve Mobilizasyon Teknikleri	**Kaan Karayalçın**
17.40 - 18.00	Kapanış, Sorular	

13.30 - 18.00	**SİTOREDÜKTİF CERRAHİ VE HİPEK KURSU**	**SALON 4**

Kurs Yöneticisi: **Selman Sökmen**

Öğrenim Hedefleri:
• Peritoneal karsinomatoz fizyopatolojisi
• Sitoredüktif cerrahi ve HİPEK nedir? Mantığı, sorunlar ve kısıtlılıklar
• Doğru hastanın seçimi
• Üst abdomen sitoredüksiyon'unda teknik özellikler, güçlüklerin aşılması
• Alt abdomen-pelvik sitoredüksiyon'da teknik özellikler, manevralar ve komplikasyon önleyici yaklaşımlar
• Proaktif/preventif sitoredüksiyon ve HİPEK hangi hastalara uygulanmalı?
• Appendiks'in musinöz tümörleri: son sınıflama, farklı biyolojik davranış mozaikleri, tedavide sitoredüksiyon ve HİPEK'in yeri
• HİPEK standartları
• İntraperitoneal kemoterapi'de yeni ufuklar: tümör hücre görüntülenmesi, mukolitik tedavi ve PİPAK ('Pressurized Intraperitoneal Aerosol Chemotherapy')'ın rolü
• Olgu örnekleriyle konunun pekiştirilmesi

13.30 - 15.10	**Oturum 1**	
	Oturum Başkanı: **Mehmet Füzün**	
13.30 - 13.50	Sitoredüksiyon ve HİPEK Mantığı	**Selman Sökmen**
13.50 - 14.10	Neden Omentektomi Sitoredüksiyonun Bir Parçasıdır?	**Feza Karakayalı**
14.10 - 14.30	Hasta Seçimi, Prognostik Faktörler, Skorlama Sistemleri	**Ersin Öztürk**
14.30 - 14.50	Peritoneal Metastazların Görüntülenmesi	**Aras Emre Canda**
14.50 - 15.10	Tartışma ve Olgu Sunumları	**Gökhan Çipe, Emel Canbay, Aras Emre Canda, Ersin Öztürk**
15.10 - 15.40	**Kahve Arası**	
15.40 - 17.30	**Oturum 2**	
	Oturum Başkanları: **Selman Sökmen, Ersin Öztürk**	
15.40 - 16.00	Üst Abdomen Sitoredüksiyonu	**Bilgi Baca**
16.00 - 16.20	Alt Abdomen Sitoredüksiyonu	**Selman Sökmen**
16.20 - 16.40	Yüksek Riskli Kolorektal Kanserde Proaktif Sitoredüksiyon ve HİPEK	**Sezai Demirbaş**
16.40 - 17.00	Komplikasyonlar ve Zor Durumlarla Baş Etmek	**Emel Canbay**
17.00 - 17.30	Tartışma ve Olgu Sunumları	**Bilgi Baca, Emel Canbay, Aras Emre Canda, Ersin Öztürk**
17.30 - 18.00	Değerlendirme / Çıkarımlar ve Uzlaşma	

14.00 - 18.00	**KOLOREKTAL CERRAHİDE ANASTOMOZ TEKNİKLERİ KURSU**	doğsan Cerrahi Dikiş Malzemeleri	**SALON 5**

Kurs Yöneticisi: **Tahsin Çolak**

Cerrahide anastomoz en sık kullanılan tekniklerden biridir. Tarihsel süreç içinde anastomoz teknikleri ve kullanılan dikiş materyalleri büyük bir değişim ve gelişim göstermiştir. Anastomoz iyileşmesi hakkında moleküler biyoloji bilgilerinin artmasıyla birlikte anastomoz teknikleri de değişim göstermiştir. Diğer yandan, stapler kullanımı da özellikle karın cerrahisinde rutin hale gelmiştir. Teknolojinin hızla ilerlemesi stapler teknolojisini de etkilemiş ve birçok yeni stapleri günlük kullanıma sokmuştur. Bununla birlikte damar ve doku kesme ve mühürlemede yeni teknolojik birçok cihaz üretilmiş ve pratik kullanımda yerini almıştır. Her ne kadar cerrahi eğitim sırasında stapler ve yüksek teknolojik cihazlarla birçok uygulama yapılmış olsa da teknolojinin çok hızlı değişmesi nedeniyle, laparoskopik ve robotik cerrahide kullanılan anastomoz teknikleri hakkında bilgilerimizi tazelemek amacıyla bu kurs düzenlenmiştir.
Bu programda laparoskopik ve açık cerrahi girişimlerinde güvenli anastomoz için esas olan doğru malzeme seçimi, uygun teknik seçimi ve uygulanması konularında güncel yaklaşımların öğretilmesi hedeflenmiştir;
• Standart güvenli anastomoz teknikleri nelerdir?
• Stapler seçimi, hazırlığı ve uygulanmasında nelere dikkat etmelidir? Potansiyel tuzaklardan ve komplikasyonlardan kaçınmak için nasıl tedbir alınmalıdır?
• Kolorektal cerrahi uygulamalarında anastomozun püf noktaları nelerdir?
• Damar mühürleme cihazları ve çalışma prensipleri nelerdir?
• Damar mühürleme cihazlarında nelere dikkat edilmeli?
Bu soruların cevapları kursumuzun temel konularını oluşturmaktadır. Özellikle güvenli teknik uygulama ile komplikasyonların nasıl azaltılabileceği görsel materyal eşliğinde anlatılacaktır. Katılımcılara kaydedilmiş ameliyat videoları ile stapler uygulamalarını izleme ve interaktif tartışma olanağı sağlanacaktır.
El becerisi geliştirme çalışmaları kurs salonunda hazırlanan maketlerde ve hayvan dokularında gerçekleştirilecektir.
Öğrenim Hedefleri:
• Anastomozda temel kuralları öğrenmek ve girişim tekniklerini uygulayabilmek,
• Güvenli uygulama prensiplerini ve komplikasyonlardan kaçınma püf noktalarını öğrenmek

14.00 - 15.30	**Oturum 1**	
14.00 - 14.10	Kurs Tanıtımı ve Kursiyerlerle Tanışma	
14.10 - 14.30	Anastomoz İyileşmesinin Fizyolojisi GİS Anastomoz İyileşmesinde Başarısızlık (Lokal ve Sistemik Faktörler) Anastomozda Teknik İlkeler (Cerrahi Alan, Kanlanma, Anastomoz Gerginliği)	**Neriman Şengül**
14.30 - 14.50	Stapler Nedir? (Tarihçesi, Terminolojisi, Zımba Tipleri, B Formasyonu, Bacak Boyları ve Renk Kodları)	**Tahsin Çolak**
14.50 - 15.10	Açık Cerrahide Kullanılan Staplerler	**Özgür Türkmenoğlu**
15.10 - 15.30	Anostomoz Teknikleri	**Hedef Özgün**
15.30 - 16.00	**Kahve Arası**	
16.00 - 17.00	**Oturum 2**	
16.00 - 16.15	Anastomozda Kullanılan Dikiş Materyellerinin Özellikleri Nasıl Olmalıdır?	**Ahmet Ziya Balta**
16.15 - 16.30	Laparoskopik Kapatıcı ve Kesici Staplerler (Manueller, Otomatikler)	**Melih Paksoy**
16.30 - 16.45	Anastomoz Beslenmesi İndosiyanin Yeşili ile (ICG) Kontrol Edilmeli midir?	**Emre Sivrikoz**
16.45 - 17.00	Stapler Uygulamalarında Oluşan Komplikasyonlar Yönetimi Cerrahi Sınır Pozitifliği Lineer Staplerde Köşe Yönetimi Lembert Sütür Uygulaması Gerekli mi? Hangi Durumlarda Saptırıcı Stoma Uygulanmalı? Anastomoz Ayrışması (Parsiyel veya Komplet)	**Ahmet Dağ**
17.00 - 18.00	**Pratik Uygulama**	**Ahmet Ziya Balta, Ahmet Dağ, Özgür Türkmenoğlu, Neriman Şengül, Hedef Özgün**

14.00 - 16.00	**TEMEL KONULAR - SELİM**	**SALON A**
	Oturum Başkanları: **Erdoğan Sözüer, Ediz Altınlı**	
14.00 - 14.12	Toksik Kolitte Tedavi?	**Erman Aytaç**
14.12 - 14.24	Perine Travmasında Ne Zaman Stoma?	**Ahmet Ziya Balta**
14.24 - 14.36	Anal Fissürde Ameliyat, Tedavi Algoritmasının Neresinde?	**Özgür Türkmenoğlu**
14.36 - 14.48	Kolorektal Cerrahide Tromboz Profilaksisi. Antiagregan / Antikoagülan Kullanan Hastalarda Güvenli Cerrahi İlkeleri	**Murat Aksoy**
14.48 - 15.00	Divertiküler Hastalık. Cerrahi Ne Zaman ve Nasıl?	**Cemil Çalışkan**
15.00 - 15.12	Pruritus Ani. Çözüm Bulundu mu?	**Hovsep Hazar**
15.12 - 15.24	Alt GİS Kanamaları	**Çiğdem Arslan**
15.24 - 15.36	Soliter Rektal Ülser Sendromu	**Hayrullah Derici**
15.36 - 15.48	Parastomal Fıtık Onarımı	**Aras Emre Canda**
15.48 - 16.00	Akut Apandisitte Yeni Bir Şey Var mı?	**İlknur Erenler Bayraktar**
16.30 - 18.30	**TEMEL KONULAR - HABİS**	**SALON A**
	Oturum Başkanları: **Alp Gürkan, Ayça Fatma Gültekin**	
16.30 - 16.42	Kolorektal Kanser Patolojisi: Mikroskobun Altında Her Adenokanser Aynı mı?	**Yersu Kapran**
16.42 - 16.54	Kolorektal Kanserde Evrelemede Sık Yapılan Hatalar	**Cem Balcı**
16.54 - 17.06	Tarama. Kolonoskopiden Kaçış Mümkün mü?	**Fahrettin Acar**
17.06 - 17.18	Kolon Kanserinde Adjuvan ve Neoadjuvan Tedaviler	**Sezer Sağlam**
17.18 - 17.30	Rektum Kanserinde Neoadjuvan Tedavi Seçenekleri	**Esra Kaytan Sağlam**
17.30 - 17.42	Kolorektal Kanserde Moleküler Belirteçlerin Bugünü ve Yarını	**Yersu Kapran**
17.42 - 17.54	Kolorektal Kanserde Ameliyat Sonrası Takip Nasıl Olmalı?	**Volkan Tümay**
17.54 - 18.30	Tartışma	
18.30 - 19.00	**AÇILIŞ TÖRENİ**	
19.00 - 20.00	**AÇILIŞ KOKTEYLİ**	

17 Mayıs 2017, Çarşamba

08.00 - 09.30 PANEL: KOLON KANSERİ SALON A

Oturum Başkanları: **Mehmet Füzün, Abdullah Zorluoğlu**

Bu oturumun sonunda katılımcılar erken evre kolon kanserinin yönetimi, habis poliplere yaklaşım, kolon kanseri cerrahisinde komplet mezokolik eksizyon kavramı, komplet mezokolik eksizyonun minimal invaziv yaklaşımla yapılabilirliği hakkında bilgi sahibi olacaktır. Kolon kanserindeki acil durumların yanı sıra lokal ileri kolon kanserinde proflaktik hipertermik kemoterapi uygulamasının yeri konusunda bilgi paylaşımı sağlanacaktır. Ayrıca konu ile alakalı iki seçilmiş bildiri de bu oturumda sunulup tartışılacaktır.

08.00 - 08.15	Komplet Mezokolik Eksizyon Nedir? Kanıtı Var mı?	**Dursun Buğra**
08.15 - 08.30	Komplet Mezokolik Eksizyon Minimal İnvaziv mi, Açık mı?	**Tayfun Karahasanoğlu**
08.30 - 08.45	Erken Evre Kolon Kanserinin Yönetimi, Habis ya da Çıkarılamayan Polipler	**Sümer Yamaner**
08.45 - 09.00	Kolon Kanserinde Acil Durumların Yönetimi	**Tahsin Çolak**

09.00 - 09.10 Seçilmiş Sözel Bildiri I (Kolon Kanseri)

SS-001 **Kolorektal Kanserlerde Yeterli Lenf Nodu Sayısı İçin Çıkarılacak Kolon-Rektum Segmentinin Belirli Bir Uzunluğu Olmalı mı?: Retrospektif Çok Merkezli Bir Çalışma**
Orhan Üreyen, Fazıl Sağlam, Atahan Acar, İlker Kızıloğlu, Ali Alemdar, Murat Kemal Atahan, Emrah Dadalı, Cemal Ulusoy, Serkan Karaisli, Can Aydın, Enver İlhan, Hakan Güven

09.10 - 09.20 Seçilmiş Sözel Bildiri II (Kolon Kanseri)

SS-002 **Kolorektal Kanserde Yeni Nesil Sekanslamayla (NGS) Yapılan Moleküler Genetik Tetkiklerin Klinikopatolojik Bulgularla İlişkisi**
Ahmet Rencüzoğulları, Atıl Bişgin, Kıvılcım Eren Erdoğan, Figen Doran, Orçun Yalav, İbrahim Boga, Özge Sönmezler, İsmail Cem Eray, Ömer Alabaz

09:20 - 09:30 Tartışma

09.30 - 10.00 KONFERANS SALON A

Oturum Başkanı: Selman Sökmen

Önceki Başkanın Hitabı **İ. Ethem Geçim**

10.00 - 10.30 Kahve Arası

10.00 - 10.30 UZMANIYLA BULUŞMA 3D VİDEO OTURUMU SALON B

Emre Balık

10.30 - 11.00 KONFERANS SALON A

Oturum Başkanı: **Kemal Alemdaroğlu**

Kolorektal kanser cerrahisinin hangi teknikle yapılması gerektiği konusundaki tartışma hali hazırda devam etmektedir. Laparoskopik ve açık cerrahi konusundaki tartışmaların sonuna gelindiği düşünüldüğü noktada konuya robotik cerrahinin katılması ile tartışma tekrar alevlenmiştir. Bu konferansın sonunda katılımcıların literatürdeki son durum ve çalışmalar hakkında bilgi sahibi olması hedeflenmiştir.

Kanser Cerrahisi: Açık mı, Laparoskopik mi, Robotik mi? Çalışmalar Ne Söylüyor? **Feza H. Remzi**

11.00 - 12.00 VİDEO PANEL: LAPAROSKOPİK POTPURİ SALON A

Oturum Başkanları: **Türker Bulut, Tarık Çağa**

Bu oturumda laparoskopik kolon cerrahisinin temel uygulamaları olan komplet mezokolik eksizyon, Frykmann Goldberg, ventral rektopeksi ve divertikülite yönelik girişimlerin video temelli tartışılması amaçlanmaktadır.

11.00 - 11.15	Laparoskopik CME	**Bülent Erkek**
11.15 - 11.30	Laparoskopik Frykmann Goldberg	**Mustafa Ateş**
11.30 - 11.45	Laparoskopik Ventral Rektopeksi	**Murat Çakır**
11.45 - 12.00	Divertikülitte Laparoskopik Sigmoid Rezeksiyon	**Melih Paksoy**

12.00 - 12.30 UYDU SEMPOZYUMU CORDAMED BIOMEDICAL ENGINEERING **SALON A**

Robotik Kolorektal Cerrahide Yenilikler — **Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoğlu, Bilgi Baca**
- Intrakorporeal Anastomoz
- Robotik Stapler
- Fire-fly teknolojisi
- Komplet Mezokolik Eksizyon
- Vessel Sealer
- Splenik Flexura Serbestlenmesi

12.30 - 13.30 Öğle Yemeği

12.30 - 13.30 POSTER SUNUMU OTURUMU 1 **POSTER SALONU**

Oturum Başkanları: **Enis Yüney, Acar Aren**

SP-001 **Vajinal Doğum ve Yaşlanmanın Anal Sfinkter Anatomisi ve Fonksiyonuna Etkisinin Üç Boyutlu Endoanal USG ve Anal Manometri ile Değerlendirilmesi**
Mahmut Çay, Aymelek Çetin, Evren Kose, Deniz Şenol, Dincer Ozgör, Mustafa Ateş, Davut Ozbağ

SP-002 **Derin İnfiltratif Endometriozis Tedavisinde Multidisipliner Cerrahinin Önemi**
Bülent Gürbüz, Serkan Zenger, Mustafa Arısoy, Burçak Abbas Kabaoğlu, Tunç Yaltı, Emre Balık, Aydın Alper, Dursun Buğra

SP-003 **Total Kolonoskopi Sırasında Topikal Anestezinin Hasta Konforu Üzerine Etkisi**
Turgut Anuk, Şahin Kahramanca, Ali Cihat Yıldırm, Mahmut Can Yağmurdur

SP-004 **Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Kolorektal Kanser Tarama Amacı ile Yapılan Kolonoskopi Sonuçlarımız**
Giray Yavuz, Dursun Özgür Karakaş, Ali Alemdar, Cemal Ulusoy, Fazıl Sağlam, Emre Sivriköz, Hakan Güven

SP-005 **Serum DR-70 ve CEA Düzeyleri ile Kolorektal Kanserlerdeki pTNM Evresi Arasındaki İlişki**
Ramazan Sarı, Ahmet Gürer, Çağatay Salim Çifter, Engin Küçükdiler, Mustafa Ömer Yazıcıoğlu

13.30 - 14.00 KONFERANS **SALON A**

Oturum Başkanı: **Orhan Kozak**

Kolorektal cerrahi sonrasında hastaların normal hayatlarına kısa zamanda dönüş sağlayabilmeleri için minimal invaziv cerrahi tekniklerin kullanılması soruna kısmen bir çözüm olsa da arayışlar devam etmiş ve yeni bakım protokollerinin oluşturulması gereksinimi doğmuştur. ERAS protokolleri bu noktada ortaya çıkmıştır. Bu oturumda ERAS'ın tanımı, uygulaması ve sonuçları hakkında bilgi paylaşımı yapılacaktır.

Kolorektal Cerrahide ERAS Protokolü — **İsmail Göğenur**

14.00 - 14.45 KONFERANS **SALON A**

Oturum Başkanı: **Tarık Akçal**

Bu oturumda katılımcılar ile tümör biyolojisinde az bilinen noktalar ve kanser tedavisindeki immunoterapi hakkında genel ve güncel bilgiler paylaşılacaktır.

Tümör Biyolojisi ve İmmünoterapide Yeni Görüşler — **Emin Kansu**

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 1 (Kolon Kanseri 1) **SALON B**

Oturum Başkanları: **Melih Paksoy, Ali Uzunköy**

SB-001 **Kolorektal Kanserde Resistin ve Visfatinin Tanısal ve Prognostik Değeri**
Duygu Altınok, Wafi Attaallah, Salih Demircioğlu, Nihal Üren, Medeni Arpa, Özgür Baykan, Emel Ergul, Ender Dulundu, Şevket Cumhur Yeğen

SB-002 **Kolorektal Kanser Hastalarında Serum Prolidaz Aktivitesi ve Oxidatif Stres Durumunun Değerlendirilmesi: Prospektif Çalışma**
Sezgin Zeren, Zülfü Bayhan, Fatma Emel Koçak, Cengiz Koçak, Fatma Uçar, Faik Yaylak, Uğur Kesici, Mustafa Cem Algın

SB-003 **Sağ ve Sol Kolon Kanserleri Arasındaki Klinikopatolojik Farklılıklar**
Ferman Tevfik Özyalvaç, Turgut Tunç Eren, İhsan Metin Leblebici, İbrahim Ali Özemir, Özgür Ekinci, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

SB-004 **Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonrası Komplikasyon ve Mortaliteyi Öngörmede Transtiretinin Yeri Olabilir mi?**
Haldun Gündoğdu, Kübra Yılmaz Şentürk, Bahadır Osman Bozkırlı, Murat Alışık, Ömer Yazıcıoğlu, Ramazan Sarı, Furkan Savaş

SB-005 **Kolonoskopik İncelemeye Bağlı Gelişen Komplikasyonlar; Bir Cerrahi Kliniğinin 10 Yıllık Deneyimi**
Hacı Hasan Abuoğlu, Mehmet Gençtürk, Emre Günay, Erkan Özkan, Mehmet Onur Gül, Tolga Münip Müftüoğlu

SB-006 **S.B.Ü. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesinde Son İki Yılda Yapılan Alt Gastrointestinal Sistem Stent Uygulamaları ve Sonuçları**
Savaş Bayrak, Hasan Bektaş, Ekrem Çakar, Şükrü Çolak, Bünyamin Gürbulak

SB-007 **Gaitada Gizli Kan Pozitif Hastalara Yaptığımız Tarama Kolonoskopisi Sonuçlarımız**
Yasin Kara, İnanç Şamil Sarıcı, Mustafa Uygar Kalaycı

SB-008 **Kolonoskopik İncelemede İleoskopi Rutin Olarak Yapılmalı mıdır?**
Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan

SB-009 **Abdomene Yayılmış Kolon Kanser Tedavisinde Sitoredüktif Cerrahi+HIPEC Yaşam Avantajı Sağlar**
Sezai Demirbaş, Mehmet İnce, Mustafa Tahir Özer, Nail Ersöz, Nuri Karadurmuş, Gökhan Tulunay, Semra Doğan, Salih Erpulat Öziş, Hatim Yahya Uslu

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 2 (Kolorektal Aciller) SALON C

Oturum Başkanları: **Pars Tunçyürek, Birol Bostancı**

SB-010 **Apendektomide Mc Burney İnsizyon Hattına Bupivocaine Infiltrasyonunun Postoperatif Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi**
Şahin Kahramanca, Turgut Anuk, Ali Yıldırm

SB-011 **Acil Yapılan Kolon Ameliyatlarında ERAS Protokolü Uygulanabilir mi?**
Haldun Gündoğdu, Bahadır Osman Bozkırlı, Ömer Yazıcıoğlu, Soner Akbaba, Pamir Eren Ersoy

SB-012 **Koruyucu İleostomi Kapatılması Sonrası Oluşan Komplikasyonların ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi**
Deniz Tazeoğlu, Ahmet Cem Esmer, Sedat Kamalı, Cüneyt Akyüz, Hakan Güven

SB-013 **Acil Şartlarda Yapılan Hartmann Ameliyatları ve Klinik Deneyimimiz**
Mehmet İlhan, Recep Erçin Sönmez, Mevlüt Yordanagil, Recep Güloğlu, Hakan Yanar, Mustafa Kayıhan Günay, Emir Nekay, Cemalettin Ertekin

SB-014 **Kolorektal Cerrahi Sonrası Cerrahi Alan İnfeksiyonlarının Oluşmasına Neden Olan Faktörler**
Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Mert Tanal, Evren Besler

SB-015 **Santulli Prosedürü Ostomi Kapatılmasında da Avantajlı Bir Tekniktir**
Özgen Işık, Burak Bakar, Tuncay Yılmazlar, Ersin Öztürk

SB-016 **Sekonder Peritonit Nedeniyle Ameliyat Edilen Kolorektal Acil Olgularda Abdominal Hipertansiyon ve Biyokimyasal Parametrelerin Mortalite Üzerine Etkisi**
Emrah Dadalı, Enver İlhan, Orhan Üreyen, Uğur Gökçelli

SB-017 **Gebelik Döneminde Laparoskopik Apendektomi: Klinik Deneyimlerimiz**
Mircelil Seyidov, Çağrı Büyükkasap, Saygın Altıner, Alp Yıldız, Sezai Leventoğlu

SB-018 **Gebelikte Akut Apandisit Tanısında Prediktif Faktörler**
Özgür Akgül, Metin Yalaza, Erdinç Çetinkaya, Ömer Özduman, Cem Emir Güldoğan, Sadettin Er, Mehmet Keşkek

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 3 (Selim Anorektal 1) SALON D

Oturum Başkanları: **Celalettin Vatansev, İlyas Başkonuş**

SB-019 **Pilonidal Sinüs Hastalığının Tedavisinde Kristalize Fenol Uygulaması**
Osman Köneş, Eyüp Gemici, Murat Çikot, Ahmet Sürek, Cemal Seyhun, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış

SB-020 **Enfekte Pilonidal Sinüs Tedavisinde Diren Kullanmaksızın Limberg Flep: Geç Dönem Sonuçları**
Gökhan Demiral

SB-021 **Anal Fistül Tedavisinde Sıkı Prolen ile Gevşek İpek Seton Uygulamalarının 100 Hasta Üzerinde Karşılaştırılması**
Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın

SB-022 **Pilonidal Sinüsün Cerrahi Tedavisinde Dufourmentel Flep ile Limberg Flep Yöntemlerinin 100 Hasta Üzerinde Karşılaştırılması**
Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı

SB-023 **Kompleks Anal Fistül Tedavisinde Elastik (Yarı Gevşek) Seton Uygulaması Deneyimimiz**
Hüseyin Kazim Bektaşoğlu, Enver Kunduz, Samet Yığman

SB-024 **Selim Anorektal Hastalıklar ile Yaşam Tarzı ve Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**
Aybala Tazeoğlu, Deniz Tazeoğlu, Cemile Çakmakçı, Fazıl Sağlam, Ali Alemdar

SB-025 **Pilonidal Sinüs Hastalığının Ters 'D' (Ɑ) İnsizyon Tekniği ile Cerrahi Tedavisi**
Sami Doğan, Mehmet Fuat Çetin, Emin Sami Gürleyik

SB-026 **Perianal Sinüs Tedavisinde Press-Fit® (Doğal Kollajen Plug) Uygulaması**
Burhan Hakan Kanat, Mustafa Girgin, Yavuz Selim İlhan, Ali Aksu

SB-027 **Pilonidal Apseli Olgularda "Unroofing-Curettage ve Sekonder İyileşme" Yöntemine "Nanova™ Therapy System" Kullanımının Etkisi**
Burhan Hakan Kanat, Mustafa Girgin, Yavuz Selim İlhan, Ali Aksu

14.45 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 4 (Çeşitli) SALON A

Oturum Başkanları: **Cüneyt Kayaalp, Tayfun Yücel**

SB-028 **Pnömoperitonyum Sonucu Gelişen İntestinal İskemi Reperfüzyon Hasarına Karşı Sildenafil ve Dekspantenol'un Koruyucu Etkisi**
Erkan Yıldız, Neriman Şengül, Ufuk Arslan, Yasemin Çinpolat, Esra Fidan, Seval Alkoy, Güler Buğdaycı

SB-029 **Kalsiyum Dobesilat'ın İntraabdominal Adezyon Önleyici Etkisi: Deneysel Çalışma**
Berkay Küçük, Salih Tuncal, Yılmaz Ünal, Yusuf Murat Bağ, Bülent Kılıçoğlu, Kemal Kısmet, Ertuğrul Ertaş

SB-030 **Ratlarda İskemik Kolon Anastomozunun İyileşmesinde Dekspentanol ve Koenzim Q10'un Etkileri**
Oktay Aydın, Faruk Pehlivanlı, Gökhan Karaca, Gülçin Aydın, Tuba Devrim, Hürü Duru, Çağatay Erden Daphan

SB-031 **Ozonla Ön Koşullamanın Preoperatif Radyoterapi Alan Ratlarda Kolon Anastomozu İyileşmesi Üzerine Etkisi**
İlhan Taşdöven, Muzaffer Önder Öner, Ali Uğur Emre, Fatma Ayça Gültekin, Güldeniz Karadeniz Çakmak

SB-032 **Zayıflatılmış Kolon Anastomozlarında Kök Hücre ve Trombositten Zengin Fibrinin Etkileri: Deneysel Çalışma**
Burçin Doruk Oktay, Tugan Tezcaner, Yahya Ekici, Pelin Börcek, Çağrı Uysal, Gökhan Moray

SB-033 **Radyasyon Rektiti Modelinde Ruscogeninin Profilaktik ve Teröpatik Etkisinin Değerlendirilmesi**
Onur Olgaç Karagülle, Erkan Yavuz, Osman Bilgin Gülçiçek, Gülçin Ercan, Hakan Yiğitbaş, Rumeysa İlbar, Yüksel Altınel, Ramazan Kuşaslan, Elif Yaprak, Atilla Çelik

15.30 - 16.00 **Kahve Arası**

15.30 - 16.00 **UZMANIYLA BULUŞMA 3D VİDEO OTURUMU** **SALON B**

Emre Balık

16.00 - 16.30 **KONFERANS** **SALON A**

Oturum Başkanı: **Cem Terzi**

Anal kanserin tanı, evreleme ve tedavisindeki klasik bilgiler gözden geçirilecek ve tedavideki güncel gelişmeler katılımcılara aktarılacaktır.

Anal Kanser **Dieter Hahnloser**

16.30 - 17.00 **UYDU SEMPOZYUMU** Medtronic **SALON A**

Oturum Başkanı: **İ. Ethem Geçim**

GASTROİNTESTİNAL CERRAHİDE PERMACOL KULLANIMI

Anal Fistül Tedavisinde Permacol Paste Kullanımı **İ. Ethem Geçim**

Karın Duvarı ve Perinede Permacol Biyolojik İmplant Kullanımı **Aras Emre Canda**

Üst Gastrointestinal Sistem Fistüllerinde Permacol Biyolojik İmplant Kullanımı **Volkan Genç**

17.00 - 18.30 **TARTIŞMALI VİDEO PANEL: HEMOROİD HASTALIĞI** **SALON A**

Oturum Başkanları: **M. Ayhan Kuzu, Tahsin Çolak**

Tartışmacılar: **Tunç Yaltı, Tugan Tezcaner, Hedef Özgün, Erhan Uncu, Sezai Leventoğlu, Abdullah Zorluoğlu, Cem Terzi, Türker Bulut, Bülent Menteş, Bülent Erkek**

Her cerrahın günlük pratiğinde sık karşılaştığı bir sorun olan hemoroid hastalığının tanı ve tedavisine yönelik yaklaşımların çok kısa ve kompakt sunumlarla ortaya konulmasından sonra gerçek olgular üzerinden tartışılarak katılımcıya güncel bilgilerin aktarılması planlanmıştır.

17.00 - 17.05	Anorektal Anatomi, Epidemiyoloji, Tipleri, Evrelendirme, Konservatif Tedavi?	**Tahsin Çolak**
17.05 - 17.10	Skleroterapi - İnfrared Fotokoagulasyon - Band Ligasyonu	**Tugan Tezcaner**
17.10 - 17.15	Laser Hemoroidopeksi 1 Laser Hemoroidopeksi 2	**Hedef Özgün** **Erhan Uncu**
17.15 - 17.20	Doppler Dearterializasyon ve Rektoanal Mukopeksi	**Tunç Yaltı**
17.20 - 17.25	Stapler Hemoroidopeksi	**Abdullah Zorluoğlu**
17.25 - 17.30	Kapalı Hemoroidektomi (Klasik – Harmonic – Ligasure)	**Sezai Leventoğlu**
17.30 - 17.35	Milligan Morgan Hemoroidektomi	**Bülent Erkek**
17.35 - 17.40	Kombine Girişimler (Hemoroid + Diğer Anorektal Hastalıklar)	**Bülent Menteş**
17.40 - 17.45	Aciller Durumlar ve Tromboze Hemoroide Yaklaşım?	**A. Keşşaf Aşlar**
17.45 - 17.50	Sorunlu Vakalar: Gebelik - Laktasyon/ Antikoagulan Alan Hasta / Nötropenik Hasta	**Erhan Uncu**
17.50 - 17.55	Evre IV Hemoroidal Hastalıkta Arnold Tekniği	**Türker Bulut**
17.55 - 18.00	Anal Darlık - Cerrahi Yaklaşımlar	**M. Ayhan Kuzu**

18.00 - 18.30 **Panel: Vaka Sunumları**

Tartışmacılar: **Abdullah Zorluoğlu, Cem Terzi, Türker Bulut, Bülent Menteş, Bülent Erkek, Tunç Yaltı, Tugan Tezcaner, Hedef Özgün, Erhan Uncu, Sezai Leventoğlu, A. Keşşaf Aşlar**

18.30 - 19.00 **Akılcı İlaç Kullanımı Sunumu** **İlker Sücüllü**

18 Mayıs 2017, Perşembe

08.00 - 09.30 PANEL: REKTUM KANSERİ SALON A

Oturum Başkanları: **Adil Baykan, Yılmaz Büyükuncu**

Günümüzde artık rektum kanserinin tedavisinden değil yönetiminden söz ediyoruz. Zira tedavi genellikle ameliyatla bitmiyor. Özellikle neoadjuvan tedavilerin doğru zamanda ve doğru şekilde uygulanması rektum kanserine karşı elde edilecek başarı oranını belirgin olarak artırıyor. Diğer yandan neoadjuvan tedavi sonrası tam yanıtta ameliyattan tamamen kaçınılması da bir seçenek olarak ortaya çıkıyor. Bu oturumda, tüm bu karmaşık seçeneklerin ortaya konularak klinisyenin nasıl bir yol izlemesi gerektiği ortaya konulmaya çalışılacaktır. Ayrıca konu ile alakalı iki seçilmiş bildiri de bu oturumda sunulup tartışılacaktır.

08.00 - 08.15	Erken Evre Rektum Kanserinin Yönetimi	**M. Ayhan Kuzu**
08.15 - 08:30	Her Lokal İleri Rektum Kanseri Neoadjuvan Tedavi Adayı mıdır? Kısa ve Uzun Dönem Neoadjuvan Tedavi Seçimi	**Cem Terzi**
08.30 - 08.45	Neoadjuvan Tedavide Yeni Protokollerin Yeri Nedir?	**Philip Paty**
08.45 - 09.00	Klinik Tam Yanıt Nasıl Anlaşılır? Ne Yapalım?	**Oktar Asoğlu**
09.00 - 09.10	Seçilmiş Sözel Bildiri 3 (Rektum Kanseri)	

SS-003 **Abdominoperineal Rezeksiyon Uygulanan Distal Rektum Kanserlerinde Konvansiyonel ile Ekstralevator Tekniklerin Sağkalım Analizi**
Emre Sivrikoz, Cemal Ulusoy, Fazıl Sağlam, Sedat Kamalı, Ali Alemdar, Giray Yavuz, Yavuz Eryavuz, Hakan Güven

09.10 - 09.20 Seçilmiş Sözel Bildiri 4 (Rektum Kanseri)

SS-004 **Lokal İleri Evre Rektum Tümörlerinde, Neoadjuvan Kemoradyoterapi Sonrası Elde Edilen Regresyonun Derecelendirilmesi Uzun Dönem Takip Sonuçlarını Etkiliyor mu?**
Adem Bayraktar, Cemil Burak Kulle, Emre Sivrikoz, Metin Keskin, Gülçin Yeğen, Emre Balık, Dursun Buğra, Yılmaz Büyükuncu, Türker Bulut

09.20 - 09.30 Tartışma

09.30 - 10.00 ANI KONFERANSI: YUSUF GÖKŞEN ANISINA SALON A

Oturum Başkanı: **Necmettin Sökücü**

Yakın zamana kadar kanser gelişimi açısından risksiz olarak görülen hiperplastik poliplerin düşünüldüğü kadar masum olmadığı ve bazı alt gruplarının beklenenden daha hızlı ve farklı bir seyir ile kanserleştikleri anlaşılmıştır. Bu oturumda, hiperplastik poliplerin alt grupları ile kanser riski ilişkisi, hiperplastik poliplerin tedavi ve takip seçenekleri tartışılacaktır.

Hiperplastik Polipler Gerçekten Masum mu? **Türker Bulut**

10.00 - 10.30 Kahve Arası

10.00 - 10.30 UZMANIYLA BULUŞMA 3D VİDEO OTURUMU SALON B

Aras Emre Canda

10.30 - 11.00 UYDU SEMPOZYUMU ATAKCERRAHİ **SALON A**

Benign Anorektal Hastalıkları Cerrahi Tedavisinde Lazerin Yeri **Ersin Öztürk**

11.00 - 12.00 PANEL: KOLOREKTAL CERRAHİDE YENİ TEKNOLOJİLER SALON A

Oturum Başkanları: **Ahmet Özbal, Tuncay Yılmazlar**

Cerrahlar teknolojik yenilikleri en çok seven ve en kolay adapte olan hekim gruplarındandırlar. Ancak her yenilik bir gereklilik olmayabilir. Günümüzde özellikle maliyet analizleri ön plana çıkmaktadır. Bunun sonucunda teknolojik yeniliklere akılcı yaklaşmanın gerekliliği tabiidir. Bu oturumda kolorektal cerrahide gündemde olan yeni teknolojiler hakkında ayrıntılı bilgi paylaşımı yapılacaktır.

11.00 - 11.15	Enerji Sistemleri	**Cihangir Akyol**
11.15 - 11.30	Görüntü Sistemleri	**İlker Sücüllü**
11.30 - 11.45	Endoskopideki Gelişmeler	**Osman Baran Tortum**
11.45 - 12.00	Floresan Görüntüleme Standart Olmalı mı?	**Emre Balık**

12.00 - 12.30 UYDU SEMPOZYUMU Abbott **SALON A**

Oturum Başkanı: **Uğur Sungurtekin**

2016 ESPEN Kılavuzları Işığında Cerrahide Aktif Nütrisyon **Cem Kaan Parsak**

12.30 - 13.30 Öğle Yemeği

12.30 - 13.30 POSTER SUNUMU OTURUMU 2 **POSTER SALONU**

Oturum Başkanları: **Tunç Yaltı, Murat Çakır**

SP-006 **Laparoskopik Kolorektal Cerrahide İndosiyanin Yeşili Kullanımı**
Serkan Zenger, Mustafa Arısoy, Bülent Gürbüz, Erman Sobutay, Çağrı Bilgiç, Emre Balık, Dursun Buğra

SP-008 **Sağ Kolon Kanserlerinde Komplet Mezokolik Eksizyon - Yüksek Vasküler Ligasyon Tekniği ile Yapılan Laparoskopik Sağ Hemikolektomi Deneyimimiz**
Süleyman Utku Çelik, Burak Kutlu, Serhat Özdoğan, Barış Hazır, Cihangir Akyol

SP-009 **Peritoneal Karsinomatozis Nedeniyle Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Sarkopeni Mevcudiyetinin Sağkalıma ve Komplikasyonlara Etkisi**
Cihan Ağalar, Selman Sökmen, Naciye Çiğdem Arslan, Canan Altay, Işıl Başara, Aras Emre Canda, Funda Obuz, Mustafa Cem Terzi, Mehmet Füzün

SP-010 **Kolorektal Adenokarsinomlarda MACC1' in İnvazyon Üzerine Etkisi**
Fuat Aksoy, Nesrin Uğraş, Ömer Yerci, Seçil Ak Aksoy, Berrin Tunca, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar, Gülşah Çeçener, Ünal Egeli

13.30 - 14.00 KONFERANS **SALON A**

Oturum Başkanı: **İ. Ethem Geçim**

Nadir görülen ve heterojen bir grup oluşturan bu tümörlerin tanı ve tedavisinde klasik ve güncel yaklaşımların ortaya konulması bu oturumun ana hedefidir.

Retrorektal Tümörler **David Zimmermann**

14.00 - 15.00 OLGU TARTIŞMALI PANEL: KOLOREKTAL CERRAHİDE BESLENME DESTEĞİNİN ÖNEMİ **SALON A**

Oturum Başkanları: **Selman Sökmen, Ersin Öztürk**

Tartışmacılar: **Erman Aytaç, Cem Kaan Parsak, Feza Karakayalı, İ. Ethem Geçim, Nahit Çakar**

Beslenme desteği birçok kritik hastada tedavinin başarısını doğrudan etkileyen ve mortalite morbidite oranlarına yansıyan bir faktör olmasına rağmen genellikle fazla önemsenmeyip göz ardı edilebilmektedir. Bu oturumda beslenme ile ilgili temel kavramlar ve ilkeler olgu tartışması ile ortaya konulacaktır.

Sarkopeni
Mikrobiatanın Rolü
İntestinal Yetmezlik
Kompleks Enterokütan - Enteroatmosferik Fistüller

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 5 (Rektum Kanseri) **SALON B**

Oturum Başkanları: **Çetin Kotan, Halil Alış**

SB-034 **Lokal İleri Rektum Kanserlerinde Klinik ve Patolojik Parametreler ile Neoadjuvan Radyoterapiye ve Kemoterapiye Yanıtın Öngörülebilirliğinin Değerlendirilmesi**
Veysel Karahan, Mehmet Üstün, Levent Uğurlu, Tayfun Kaya, Mustafa Emiroğlu, Cengiz Aydın

SB-035 **Kombine Abdominal ve Perineal Yaklaşımlarla İlgili Anatomik, Cerrahi ve Klinik Değerlendirmeler**
Ali Naki Yücesoy

SB-036 **Rektum Kanser Nüksünde R0 Rezeksiyon Her Zaman Yapılabilir mi?**
Sezai Demirbaş, Semra Doğan, Mustafa Tahir Özer, Hüseyin Sinan, Nail Ersöz, Salih Erpulat Öziş, Hatim Yahya Uslu, Salih Müjdat Balkan

SB-037 **Küratif Amaçlı TME Uygulanan Lokal İleri Rektum Kanserlerinde Kemoradyoterapi ve Operasyon Zamanlamasının Hastalık Rekürrensi ve Sağkalımlara Etkisi**
Zekeriya Erhan Akgün, Mevlüt Tekin, Cemil Çalışkan, Tayfun Yoldaş, Bülent Karabulut, Serdar Özkök, Murat Sezak, Timur Köse

SB-038 **Uzun Dönem Neoadjuvan Kemoradyoterapi Sonrası Klinik Tam Yanıt Alınan Hastalarda Organ Koruyucu Cerrahinin Zamanı Geldi mi?**
Cemil Burak Kulle, Metin Keskin, Adem Bayraktar, Yılmaz Önal, Mine Güllüoğlu, Dursun Buğra, Emre Balık, Ali Akyüz, Türker Mehmet Bulut

SB-039 **Rektum Kanseri Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Evreleme ve Sonrası Takipte FDG Pozitron Emisyon Tomografi/Bilgisayar Tomografinin Yeri (Retrospektif klinik değerlendirme)**
Nail Omarov, Adem Bayraktar, Cemil Burak Kulle, Metin Keskin, Gözde Özkan, Sena Azamat, Sümer Yamaner, Emre Balık, Türker Bulut

SB-040 **Rektum Kanserinde TME Yapılan Hastalarda Uzun Dönemde Lokal Nüks Üzerine Etkili olan Faktörlerin Değerlendirilmesi**
Çağrı Büyükkasap, Mircelil Seyidov, Aydın Yavuz, Kürşat Dikmen, Hasan Bostancı, Osman Yüksel

SB-041 **Rektum Kanserinde Laparoskopik ve Açık Cerrahi Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi: Retrospektif Olgu Kontrol Çalışması**
Hüseyin O Aydın, Yahya Ekici, Feza Y Karakayalı, Tugan Tezcaner, Gonca Özgün, Sedat Yıldırım, Gökhan Moray

SB-042 **Sfinkter Koruyucu Cerrahide Klinik Deneyimimiz ve Erken Dönem Sonuçları**
Mustafa Arısoy, Bülent Gürbüz, Serkan Zenger, Emre Balık, Dursun Buğra

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 6 (Kolon Kanseri 2) SALON C

Oturum Başkanları: **Neşet Köksal, Tunç Yaltı**

SB-043 **Desmoid Tümörler: 7 Yıllık Deneyimimiz**
Barış Gültürk, Abdullah Böyük, Ahmet Bozdağ, Ali Aksu, Nizamettin Kutluer, Cemil Göya, Tamer Gündoğdu

SB-044 **Alt Gastrointestinal Sistem Kanamalı Olgularda Acil Kolonoskopi Sonuçlarımız**
Ahmet Sürek, Eyüp Gemici, Ali Kocataş, Bahadır Kartal, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış

SB-045 **Peritoneal Metastaz Kompleksite Skorlaması**
Selman Sökmen, Naciye Çiğdem Arslan, Tayfun Bişgin, Cihan Ağalar, Funda Obuz, Aras Emre Canda, Sülen Sarıoğlu, Cem Terzi, Mehmet Füzün

SB-046 **Sporadik Kolorektal Kanserlerde MSI**
Seçil Ak Aksoy, Berrin Tunca, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar, Ömer Yerci, Fuat Aksoy, Özkan Kanat, Gülşah Çeçener, Ünal Egeli

SB-047 **Aile Öyküsü Bulunan Poliposiz Koli Tanılı Vakalarda *APC* Gen Mutasyonlarının Önemi**
Berrin Tunca, Seçil Ak Aksoy, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar, Abdullah Zorluoğlu, Özgen Işık, Fuat Aksoy, Gülşah Çeçener, Ünal Egeli

SB-048 **Yaş Kolorektal Kanser Peritoneal Metastazlarında Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi için Bir Engel mi?**
Tayfun Bişgin, Naciye Çiğdem Arslan, Cihan Ağalar, Aras Emre Canda, Aziz Karaoğlu, Funda Obuz, Cem Terzi, Selman Sökmen

SB-049 **Elektif ve Acil Kolorektal Cerrahilerde Lenf Nodu Tutulumu ve Uzak Organ Metastazı**
Gülay Özgehan, Turgut Anuk

SB-050 **Kolorektal Kanserlerde Tümörlü Kolon Segmentinin Nörovasküler Tutulum, TNM Evre ve Diferansiasyon Üzerine Etkisi**
Şahin Kahramanca, Turgut Anuk, Gülay Özgehan

SB-051 **Kolorektal Cerrahide Floresan Görüntüleme ile Perfüzyonun Değerlendirilmesi**
Onur Bayram, Orhan Ağcaoğlu, Gözde Türkmenoğlu, Derya Salim Uymaz, Dursun Buğra, Emre Balık

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 7 (Minimal İnvaziv Cerrahi) SALON D

Oturum Başkanları: **Erdoğan Sözüer, Mithat Kerim Arslan**

SB-052 **Robotik Kolorektal Cerrahideki Erken Dönem Sonuçlarımız**
Bülent Çalık, Gökhan Akbulut, Cengiz Aydın

SB-053 **Robotik "Modifiye Kraniokaudal, No-Touch İsolation" Tekniği ile Sağ Komplet Mezokolik Eksizyon**
İsmail Hamzaoğlu, Volkan Özben, İpek Şapcı, Erman Aytaç, Afag Aghayeva, İsmail Ahmet Bilgin, İlknur Erenler, Bilgi Baca, Tayfun Karahasanoğlu

SB-054 **Sağ Kolon Kanseri Cerrahisinde Robotik Komplet Mezokolik Eksizyon**
Volkan Özben, Deniz Atasoy, Turgut Bora Cengiz, İlknur Erenler, Onur Bayraktar, Erman Aytaç, Bilgi Baca, Tayfun Karahasanoğlu, Süha Göksel, İsmail Hamzaoğlu

SB-055 **Kolorektal Kanserde Minimal İnvaziv Cerrahi Deneyimlerimiz**
Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan

SB-056 **Rektum Kanserinde Transanal Total Mesorektal Eksizyon (TaTME) Ait Teknik Detaylar ve ilk 11 Vakanın Erken Dönem Sonuçları**
Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dinçer Özgör, Emrah Şahin

SB-057 **Tek Kesiden Laparoskopik Cerrahi Portu (SILS port) Kullanarak Transanal Kitle Eksizyonu: Vaka Serisi**
Abdullah Şişik, Ali Kılıç, Fatih Başak, Hakan Çakıt, Feyza Aşıkuzunoğlu, Fikret Ezberci

SB-058 **Rektumda Yerleşmiş Büyük Hacimli Polipler için Çözüm; TAMİS Olabilir mi?**
Semra Doğan, Sezai Demirbaş, Mustafa Tahir Özer, Hüseyin Sinan, Salih Erpulat Öziş, Hatim Yahya Uslu, Oğuz Hançerlioğlu, Salih Müjdat Balkan

SB-059 **Obezitenin Robotik Sfinkter Koruyucu Rektum Kanseri Cerrahisi Sonuçlarına Etkisi**
Onur Bayraktar, Erman Aytaç, Volkan Özben, Deniz Atasoy, İsmail Ahmet Bilgin, İlknur Erenler, Bilgi Baca, İsmail Hamzaoğlu, Tayfun Karahasanoğlu

SB-060 **Robotik Proktosigmoidektomide Öğrenme Eğrisinin Değerlendirilmesi: Pilot Çalışma**
Deniz Atasoy, Afag Aghayeva, Erman Aytaç, Onur Bayraktar, İlknur Ergüner, Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoğlu, Bilgi Baca

15.30 - 16.00 Kahve Arası

15.30 - 16.00 UZMANIYLA BULUŞMA 3D VİDEO OTURUMU SALON B

Aras Emre Canda

16.00 - 16.30 UYDU SEMPOZYUMU ETHICON Shaping the future of surgery **SALON A**

Oturum Başkanı: **Selman Sökmen**

Kanser Cerrahisinde İleri Rezeksiyon Teknikleri — **M. Ayhan Kuzu**

16.30 - 17.45 PANEL: KOLOREKTAL KANSERDE UZAK ORGAN METASTAZ CERRAHİSİ **SALON A**

Oturum Başkanları: **Tayfun Karahasanoğlu, Mustafa Öncel**

Günümüzde, kolorektal kanserin uzak metastazlarının varlığı artık mücadelenin kaybedildiği anlamı taşımamaktadır. Doğru hasta yönetimi ile hastalara makul sağkalım süreleri sağlanabilmektedir. Özellikle tanı anında metastazları olan hastaların tedavi planlaması önem arzetmektedir. Bu oturumda metastaz yapmış kolorektal kanserlerdeki yaklaşımlar tartışılacaktır.

16.30 - 16.45 Metastatik Hastalıkta PET'in yeri — **Handan Tokmak**

16.45 - 17.00 Akciğer Metastazları — **Serhan Tanju**

17.00 - 17.15 Karaciğer Metastazları — **Kaan Karayalçın**

17.15 - 17.30 Tanı Anında Metastatik Rektum Kanserinde Tedavi Planlaması — **Sezer Sağlam**

17.30 - 17.45 Kolorektal Kanserin Karaciğer Metastazlarında Radyoembolizasyon — **Murat Cantaşdemir**

17.45 - 18.15 KONFERANS **SALON A**

Oturum Başkanı: **Mustafa Korkut**

Sık görülmese de görüldüklerinde tedavileri tartışmalı olan, apandis karsinoidi başta olmak üzere kolorektal nöroendokrin tümörlerin tanı ve tedavisindeki klasik ve güncek bilgiler katılımcılarla paylaşılacaktır.

Kolorektal Nöroendokrin Tümörler — **Sezer Sağlam**

18.15 - 19.00 ÖDÜLLÜ BİLGİ YARIŞMASI **SALON A**

Moderatörler: **Emre Balık, İlker Sücüllü, Cem Balcı**

21.00 - 22.00 SÖYLEŞİ **SALON A**

Oturum Başkanı: **Sümer Yamaner**

SB-061 **Kolorektal Cerrahide Aydınlatılmış Onam Elastisitesi ve Yetkili Vekil Kararları**
Volkan Doğru, Muhittin Yaprak, Okan Erdoğan

Kolorektal Cerrahide Medikolegal Sorunlar — **Coşkun Yorulmaz, Erdal Aksoy**

19 Mayıs 2017, Cuma

08.00 - 09.30 VİDEO PANEL: REKTUM KANSERİ — SALON A

Oturum Başkanları: **Dursun Buğra, Emre Balık**

Rektum kanseri cerrahisinin temel uygulamaları video sunumları ile katılımcılarla paylaşılacak ve teknik detaylar üzerinde tartışılacaktır.

08.00 - 08.15	Laparoskopik Total Mezorektal Eksizyon	**Mustafa Öncel**
08.15 - 08.30	Robotik Total Mezorektal Eksizyon	**Seon Hahn Kim**
08.30 - 08.45	İntersfinkterik Rezeksiyon	**Dieter Hahnloser**
08.45 - 09.00	TaTME	**İ. Ethem Geçim**
09.00 - 09.15	Transanal Endoskopik Cerrahi	**Aras Emre Canda**
09.15 - 09.30	Silindirik Abdominoperineal Rezeksiyon	**Sezai Demirbaş**

09.30 - 10.00 KONFERANS — SALON A

Oturum Başkanı: **Haldun Gündoğdu**

Total mezorektal eksizyon kavramı bundan 35 yıl önce tanımlanmış ve artık rektum kanserinin cerrahi tedavisinin temel ilkesi olarak kabul edilmiştir. Ancak her şeye rağmen tekniğin standardize edilebildiğini söylemek güçtür. Bu oturumda, tekniğin standardizasyonuna yönelik yaklaşımlar ortaya konularak sonuçları tartışılacaktır.

Total Mezorektal Eksizyon Standardizasyonu — **Uğur Sungurtekin**

10.00 - 10.30 Kahve Arası

10.30 - 12.00 PANEL: FELAKET SENARYOLARI - OLGULAR EŞLİĞİNDE TARTIŞMA — SALON A

Moderatör: **Uğur Sungurtekin**

Tartışmacılar: **Ersin Öztürk, Sezai Leventoğlu, Bülent Erkek, Emre Balık, Feza Karakayalı, Ayça Fatma Gültekin, Aras Emre Canda, Erhan Akgün, Nahit Çakar**

Her kolorektal cerrahın rüyalarına giren, uykusunu kaçıran, huzurunu bozan korkutucu komplikasyonlar bu oturumda olgu örnekleri ile ortaya konulacak ve tedavi yaklaşımları tartışılacaktır.

Karın İçi ve Pelvik Sepsis
Kaçak Testi ve İntraoperatif Kaçak
Presakral Kanama / Büyük Damar Yaralanmaları
İyileşmeyen Perine Yarası
Koloanal Anastomozda Ayrışma
Yetişmeyen Poş ya da Kolon
Açık Karın
Ameliyat Sonrası İleus
Enteroatmosferik - Enterokutanöz Fistüller

12.00 - 12.30 KONFERANS — SALON A

Oturum Başkanı: **Levhi Akın**

Rektum kanserinin yönetim ve tedavisindeki başarının hekim ve merkez deneyimi ile doğru orantılı olarak arttığı bilinmektedir. Primeri bu kadar büyük bir deneyim gerektiren bu hastalıkta nükslere yaklaşım çok daha büyük zorluklar içermekte ve doğru hasta yönetimi hayati önem kazanmaktadır. Özellikle radyoterapi almış ve cerrahi müdahale geçirmiş bir pelvise tekrar girmek birçok cerrahın korkulu rüyasıdır. Bu oturumda nüks rektum kanserine cerrahi yaklaşımın püf noktaları paylaşılacaktır.

Nüks Rektum Kanseri. O Pelvise Nasıl Gireceğim? — **Philip Paty**

12.30 - 13.30 Öğle Yemeği

12.30 - 13.30 POSTER SUNUMU OTURUMU 3 — POSTER SALONU

Oturum Başkanları: **Necmi Kurt, Erşan Aygün**

SP-011 Kolorektal Kanserli Hastalarda ilk Başvurudan Adjuvan Tedaviye Kadar Geçen Sürelerin Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma
Enver İlhan, Orhan Üreyen, Semra Bağrıaçık Altıntaş, İsmihan Çalışkan

SP-012 **T4N0 Kolon Kanseri Nedeniyle Rezeksiyon Yapılan Hastalarda Uzun Dönem Sonuçlarımız**
İlker Ermiş, Çağrı Büyükkasap, Mircelil Seyidov, İlkin İsmayilov, Aydın Yavuz, Mahir Nasirov, Osman Yüksel

SP-014 **Evre III Hemoroidal Hastalık için Stapler Hemoroidopeksi ile Transanal Hemoroidal Dearterilizasyon Yöntemlerinin Kısa Dönem ve Orta Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi**
Tugan Tezcaner, Dilşah Ersöz, Yahya Ekici, Feza Y Karakayalı, Gökhan Moray

SP-015 **Kolorektal Cerrahide Ghost İleostomi Yöntemi**
Serkan Zenger, Bülent Gürbüz, Mustafa Arısoy, Ender Anılır, Uğur Can, Emre Balık, Dursun Buğra

13.30 - 14.00 KONFERANS — SALON A

Oturum Başkanı: **İsmail Hamzaoğlu**

Oldukça heyecan veren bir kavram olarak cerrahi dünyasına giriş yapmış olan ve ülkemizde de aktif olarak kullanılan robotik cerrahi, minimal invaziv laparoskopik cerrahi temelli uygulanan bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu oturumda, kolorektal cerrahide son yıllarda kullanım alanı bulmaya başlayan cerrahi robotun günümüzdeki rolünün ne olması gerektiği ve gelecekteki rolünün ne olacağı konusu gündeme gelecektir.

Kolorektal Cerrahide Robotun Geleceği — **Seon Hahn Kim**

14.00 - 15.30 PANEL: İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA GÜNCELLEME — SALON A

Oturum Başkanları: **Ali Akyüz, Sezai Demirbaş**

İnflamatuvar bağırsak hastalığı özel önem arzeden bir hastalık grubudur. Burada her ne kadar temel tedavi cerrahi olmasa da cerrahi sıklıkla tedavinin bir parçasını oluşturmak zorunda kalmaktadır. Yeni kullanıma giren biyolojik ajanlar birçok indikasyonu değiştirebilir mi? Farklı senaryolarda ne gibi yaklaşımlar seçilmelidir? Bu oturumda bu soruların yanıtları bulunmaya çalışılacaktır. Ayrıca konu ile alakalı bir seçilmiş bildiri de bu oturumda sunulup tartışılacaktır.

14.00 - 14.15	Biyolojik Ajanlar İndikasyonları Değiştirdi mi? Artık Crohn'da da Poş Yapabilir miyiz?	**Feza H. Remzi**
14.15 - 14.30	İleal Poş Komplikasyonları ve Redo Poş	**İsmail Hamzaoğlu**
14.30 - 14.45	Crohn'da Karın İçi Apse ve Fistül Yönetimi	**Ayça Fatma Gültekin**
14.45 - 15.00	İBH'da Cerrahi Stress Yanıtı ve Morbiditeye Etkisi	**İsmail Göğenur**
15.00 - 15.15	Perianal Tutulumlu Crohn'da Gerçek Çözüm Var mı?	**Bilgi Baca**
15.15 - 15.25	Seçilmiş Sözel Bildiri 5 (İBH)	

SS-005 **Crohn Hastalığı'nda Cerrahi Sonuçlara Etki Eden Faktörler: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deneyimi**
Metin Keskin, Cemil Burak Kulle, Aziz Bora Karip, Recep Erçin Sönmez, Emre Balık, Ali Akyüz, Necmettin Sökücü, Yılmaz Büyükuncu, Türker Mehmet Bulut

Tartışma

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 8 (Selim Anorektal 2) — SALON B

Oturum Başkanları: **Musa Akoğlu, Mehmet Çağlıkülekçi**

SB-062 **Pilonidal Sinus Cerrahisinde Bölgesel Anestezi Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Prospektif Randomize Klinik Çalışma**
Turgut Donmez, Adnan Hut, Vuslat Muslu Erdem, Duygu Ayfer Erdem, Doğan Yıldırım, Sinan Uzman, Oğuzhan Sunamak, Muzaffer Akıncı, İbrahim Halil Özata

SB-066 **Kronik Anal Fissürde Subkutan Lateral Internal Parsiyel Sfinkterotomi Sonuçlarımız: 100 Olguluk Seri Sunumu**
Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı

SB-067 **Transsfinkterik Fistüllerde, Fistülektomi ve Primer Sfinkter Rekonstruksiyonu**
Bülent Gürbüz, Serkan Zenger, Burçak Abbas Kabaoğlu, Mustafa Arısoy, Osman Krand, Tunç Yaltı

SB-068 **Spinal Anestezi Altında Selim Anorektal Cerrahi Hastalarında Postoperatif Başağrısı, Belağrısı ve İdrar Retansiyonunun Değerlendirilmesi**
Mehmet Buğra Bozan, Burhan Hakan Kanat, Ahmet Bozdağ, Ali Aksu, Nizamettin Kutluer, Barış Gültürk, Zeynep Özkan, Ayşe Azak Bozan, Abdullah Böyük

SB-069 **Lateral İnternal Sfinkterotomi de Sfinkterotomi Seviyesi Ayarlanabilir mi? Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma**
Kevser Tavukçu, Hüseyin Göbüt, Alp Yıldız, Sezai Leventoğlu, Bülent Menteş, Bülent Aytaç

SB-070 **Yaşlılık Robotik Rektal Kanser Cerrahisinin Sonuçlarını Nasıl Etkiler?**
İlknur Erenler, Erman Aytaç, Onur Bayraktar, İsmail Ahmet Bilgin, Afag Agayeva, Bilgi Baca, Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoğlu

SB-088 **Kompleks Perianal Fistüllerde Sfinkterotomi + Primer Sfinkter Rekonstrüksiyonu**
İhsan Gündüz, Tahsin Çolak, İsmet Han

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 9 (İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları) SALON C

Oturum Başkanları: **Mehmet Mihmanlı, Hüsnü Alptekin**

SB-071 **Crohn Hastasında Gelişen Kolo-Enterik Fistül**
Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Emre Ballı, Ogün Erşen, Sezgin Yılmaz

SB-072 **İnsidental Apendiks Neoplazileri**
İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Mustafa Fevzi Celayir, Uygar Demir, Hakan Köksal, Mehmet Mihmanlı

SB-073 **Crohn Hastalığı'nın Nadir Görülen Komplikasyonu, Duedonokolik Fistül**
Gül Bora, Bilgehan Çağdaş Sonbahar, Nejdet Özalp

SB-074 **Crohn Hastalığı ile Birlikte Görülen İnce Barsak Adenokarsinomu**
Emine Özlem Gür, Yusuf Kumkumoğlu, Turan Acar, Salih Can Çelik, Serkan Karaisli, Osman Nuri Dilek

SB-075 **Loop İleostomi Kapatılması Öncesinde Pasaj Grafisi Yerine İleostomiden İrrigasyon Yapmak Yeterli midir?**
Wafi Attaallah, Mümin Coşkun, Şakir Karpuz, Abdulla Taghiyev, Cumhur Yeğen

SB-076 **J-Poş Anal Anastomoz Yapılan Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi**
Aydın Yavuz, Çağrı Büyükkasap, Saygın Altıner, Kürşat Dikmen, Hasan Bostancı, Osman Yüksel

SB-077 **İleal Poş-Anal Anastomoz Kaybı Gelişen Hastalarda 3-Basamaklı Transabdominal Poş Kurtarma Cerrahisi**
Hande Aydınlı, Erman Aytac, Feza Remzi

SB-078 **Primer İnce Barsak Lenfomaları**
Cengiz Tavusbay, Haldun Kar, Erdinç Kamer, Emine Özlem Gür, Mustafa Atahan Acar, Oğuzhan Özşay, Mehmet Hacıyanlı

14.00 - 15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 10 (Anal Fizyoloji ve Pelvik Taban) SALON D

Oturum Başkanları: **Zafer Malazgirt, İbrahim Taçyıldız**

SB-079 **Cerrahi Dışı Akut Travmatik Perianal Yaralanmalar**
Murat Çakır, Mehmet Aykut Yıldırım, Ahmet Tekin, Celalettin Vatansev

SB-080 **Obstetrik Travma Sonrası Geç Dönem Anal Sfinkter Onarımı için Yeni Bir Onarım Tekniği; Sfinktero-Vajino-Perineoplasti**
Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dincer Ozgör, Burak Kılcı, Zeki Ögüt

SB-081 **Obstrüktif Defakasyon Sendromlu Hastalarda ve Normal Bireylerde Anal Sfinkter Morfometrik Ölçümlerin Karşılaştırılması**
Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dincer Ozgör, Hüseyin Kocaaslan, Mahmut Çay, Evren Kose

SB-082 **Rektosele Bağlı Kabızlık Hastasına Cerrahi Önerelim mi ?**
Semra Doğan, Salih Erpulat Öziş, Hatim Yahya Uslu, Mustafa Tahir Özer, Hüseyin Sinan, Salih Müjdat Balkan, Sezai Demirbaş

SB-083 **Komplike Pelvik Organ Prolapsuslarında Laparoskopik Ventral Mesh Rektopeksi**
Fatma Ayça Gültekin, Selçuk Özkan, Ali Gençoğlu, Sezgin Mutlu, Eray Turan Seven, Yücel Karadere

SB-084 **Rektal Prolapsus Tedavisinde Altemeier Prosedürü Deneyimimiz**
Murat Kendirci, İbrahim Tayfun Şahiner, Settar Bostanoğlu

SB-085 **Anal İnkontinansın Cerrahi Tedavisi: 12 Yıllık Retrospektif Analiz**
Sefa Ergün, Ozan Akıncı, Fadime Kutluk, Asiye Perek

SB-086 **Travmatik Sfinkter Yaralanmalarında Sfinkteroplastinin Etkinliği**
Tahsin Çolak, Özgür Türkmenoğlu, İsmet Han, İlter Kırmızı, Giray Akgül, İhsan Gündüz, Mustafa Berkeşoğlu

SB-087 **Fekal İnkontinansı Olan Hastalarda Tibial Sinir Stimülasyonu Deneyimimiz**
Hızır Nuhoğlu, Derya Salim Uymaz, Onur Bayram, Gözde Türkmenoğlu, Dursun Buğra, Emre Balık

15.30 - 16.00 Kahve Arası

16.00 - 16.30 KONFERANS SALON A

Oturum Başkanı: **Tahsin Çolak**

Minimal İnvaziv Hartmann Kolostomi Kapatılması — **David Zimmermann**

16.30 - 18.30 PANEL: SELİM ANOREKTAL HASTALIKLAR SALON A

Oturum Başkanları: **Bülent Menteş, Serdar Yüceyar**

Günlük pratiğimizin büyük bir bölümünü oluşturan selim anorektal hastalıkların hemen her çeşidi ile ilgili güncel bilgilerin katılımcılarla paylaşılması ve tartışılması amaçlanmaktadır.

16.30 - 16.40	Atnalı Apse	**Neriman Şengül**
16.40 - 16.50	Anal Fissürde GTN ve Botox	**Serdar Karaca**
16.50 - 17.00	LIS Ama Nasıl?	**Sezai Leventoğlu**
17.00 - 17.10	Anal Apseyi Nasıl Drene Edelim?	**Bülent Menteş**
17.10 - 17.20	Fournier Kangreni	**Tuncay Yılmazlar**
17.20 - 17.30	Fistül ve Laser	**Ersin Öztürk**

17.30 - 17.40	Fistül ve Flepler	**İsmail Cem Eray**
17.40 - 17.50	LIFT	**A. Keşşaf Aşlar**
17.50 - 18.00	Hala Seton Kullanalım mı?	**Hasan Bektaş**
18.00 - 18.10	Pilonidal Sinüs: Daima Flep	**Sevil Işık**
18.10 - 18.20	Pilonidal Sinüs: Daima Açık	**Ömer Faruk Özkan**
18.20 - 18.30	Rektosel	**Gökhan Çipe**
18.30 - 19.00	**ÖDÜL VE KAPANIŞ TÖRENİ**	
19.30 - 23.00	**BARBEKÜ PARTİSİ VE GRUP KORD VOKAL KONSERİ**	

20 Mayıs 2017, Cumartesi

08.00 - 13.30	**ESCP DESTEKLİ ANAL FİSTÜL KURSU**	**SALON A**
	Kurs Yöneticileri: **David Zimmerman, Emre Balık**	
08.00 - 08.30	Kahvaltı	
08.30 - 08.40	Giriş - Kurs Formatının Açıklanması	**David Zimmerman**
08.40 - 08.45	**Olgu 1 - "Başarısız LIFT"**	**David Zimmerman**
08.45 - 08.50	Birinci Oylama: Görüntüleme Gerekli mi? (Evet- Hayır)	
08.50 - 09.10	Perianal Fistül için MR Görüntüleme	**Cem Balcı**
09.15 - 09.25	İkinci Oylama: Bu Hasta İçin Fistülotomi Mümkün mü? (Evet- Hayır)	
09.25 - 09.35	Üçüncü Oylama: Bu Hasta İçin Hangi Tedavi Seçeneğini Önermeliyiz? (Flep, LIFT, LASER, VAAFT, Diğer)	
09.40 - 09.45	LIFT: Video Sunum	**David Zimmerman**
09.45 - 09.55	LIFT: Kanıt Düzeyi	**Gökhan Çipe**
09.55 - 10.05	Tartışma ve Uzman Görüşleri	
10.05 - 10.15	Dördüncü Oylama: Bu Hastaya Şimdi Hangi Tedaviyi Önermeliyiz? (Lay Open, Flep, LIFT; LASER, VAAFT, Diğer)	
10.15 - 10.20	Laser Fistüloplasti: Video Sunum	**David Zimmerman**
10.20 - 10.30	Laser Fistüloplasti: Kanıt Düzeyi	**Ersin Öztürk**
10.30 - 10.40	Tartışma ve Uzman Görüşü	
10.45 - 11.00	**Kahve Arası**	
11.00 - 11.05	**Olgu 2 - "Plug'sız İlerletme Flebi"**	**Dieter Hahnloser**
11.05 - 11.10	Birinci Oylama: Görüntüleme Gerekli mi?	
11.10 - 11.15	MR'ın Radyolog Tarafından Değerlendirilmesi	**Cem Balcı**
11.15 - 11.25	İkinci Oylama: Bu Hastaya Fistülotomi Yapılabilir mi?	
11.25 -11.35	Üçüncü Oylama: Bu Hastaya Şimdi Hangi Tedaviyi Önermeliyiz? (Lay Open, Flep, LIFT; LASER, VAAFT, Diğer)	
11.35 - 11.40	Fistül Plug: Video Sunum	**Dieter Hahnloser**
11.40 - 11.50	Fistül Plug: Kanıt Düzeyi	**Dieter Hahnloser**
11.50 - 12.00	Tartışma - Uzman Görüşü	
12.10 - 12.25	Dördüncü Oylama: Bu Hastaya Şimdi Hangi Tedaviyi Önermeliyiz? (Lay Open, Flep, LIFT; LASER, VAAFT, Diğer)	
12.25 - 12.35	Transanal İlerletme Flebi: Video Sunum	**Uğur Sungurtekin**
12.35 - 12.45	Transanal İlerletme Flebi: Kanıt Düzeyi	**Uğur Sungurtekin**
12.45 - 12.55	Tartışma ve Uzman Görüşü	
13.00 - 13.30	Yeni ve Gelecek Vadeden Tedaviler	**İ. Ethem Geçim**

XVI. TÜRK KOLON ve REKTUM CERRAHİSİ KONGRESİ
POSTER BİLDİRİLER LİSTESİ

P-001 Anal Stenozun Cerrahi Tedavisinde Yeni Bir Metod: Bilobe Lokal Deri Flebi
Hedef Özgün, Eyüp Murat Yılmaz

P-002 Spontan Rektovajinal Fistül; Olgu Sunumu
Ali Tardu, Mert Mahsuni Sevinç, Zeliha Türkyılmaz

P-003 Erişkin Çağda Multipar Kadın Hastada Anorektal Malformasyonun Kolostomisiz Rekonstrüksiyonu
Yurdakul Deniz Fırat, Muhammed Doğangün, Hasan Çantay, Bülent Özçetin, Deniz Tihan, Hüseyin Ayhan Kayaoğlu

P-004 İnkarsere Rektal Prolapsuslu Olguda Altemier Prosedürü Uygulanması
Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Ogün Erşen, Emre Ballı, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan

P-005 Anismus Hastalarında Endoanal Ultrasonografi Eşliğinde Pubrektal Kasa Yüksek Doz Botulium Toksin Enjeksiyonun ait Başarısızlığımızın Muhtemel Nedenleri: 2 Olgu
Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dincer Ozgör, Ertugrul Karabulut

P-006 Nadir Bir Olgu: Tailgut Kisti
Vahhaç Alp, Yusuf Yağmur, Mehmet Babür, Serdar Gümüş, Mehmet Ali Can, Mehmet Ali Açıkgöz, Zeynep Şener Bahçe, Rıdvan Yavuz, Edip Erdal Yılmaz

P-007 Mesh ile Rektopeksi Uyguladığımız Rektal Prolapsuslu Hastalarımızın Erken Dönem Sonuçları
Kamil Erözkan, Tayfun Yoldaş, Osman Bozbıyık, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Ali Korkut

P-008 Kronik Konstipasyon: Konservatif Tedavi mi? Cerrahi Yaklaşım mı? Hangi Ameliyat, Ne Zaman?
Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, Mert Tanal

P-009 Rektal Prolapsusta Perineal Yaklaşım, Olgu Sunumu
Aydın Öztürk, Muzaffer Muazzez Cangül, Sinan Önder, Ömer Faruk Özkan, Muammer Karaayvaz, Mehmet Yılmaz Akgün, Şükrü Taş

P-010 Rektum Cerrahisi Sonrası Anal Sfinkter Fonksiyon
Süleyman Demiryas, Anıl Orhan, Engin Hatipoğlu, Yunus Emre Bölükoğlu, İhsan Taşçı

P-011 Oral Antikoagülan (Warfarin Sodyum) Kullanımına Bağlı Gelişen Spontan İntestinal İntramural Heöatom: 4 Olgu
Dilek Kuzukıran, Semra Demirli Atıcı, Yasemin Akyüz, Emre Turgut, Emre Dikmeer, Fuat İpekçi

P-012 Crohn Hastalığında İnfliksimab Kullanımı Sonrası İleum Perforasyonu: Olgu Sunumu
Serkan Zenger, Bülent Gürbüz, Mustafa Arısoy, Emre Balık, Dursun Buğra

P-015 İleum Mezosunda Kalsifikasyon, Heterotopik Mezenterik Ossifikasyon, Olgu Sunumu
Deniz Tazeoğlu, Burak Güney, Bilal Arslan, Selma Şengiz Erhan, Hüseyin Nevzat Elmalı

P-017 Iinfliksimabın Ulserativ Kolitlerin Tedavisinde Yeri
Haladdin Novruz Musayev, Aynur Kamal Safiyeva, Nargiz Adil Mammadova

P-018 Çekumda İntususepsiyonu Taklit Eden Dev Kitle: İnflamatuar Myofibroblastik Tümör
Ahmet Er, Yunus Emre Danış, Serkan Karaıslı, Erdinç Kamer, Mustafa Peşkersoy

P-019 Ülseratif Kolite Bağlı Kolon Perforasyonu
Mürşit Dincer, Gamze Çıtlak, Ekrem Ferlengez, Ahmet Kocakuşak, Muzaffer Akıncı

P-020 Tüberküloza Sekonder Jejunum Perforasyonu: Olgu Sunumu
Eyüp Gemici, Fahri Gökçal, Ahmet Sürek, Gülay Özbölük, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış

P-021 Crohn Hastalığına Bağlı İinternal Fistüllerin Cerrahi Tedavisinde Lineer Stapler Kullanımı
Emine Özlem Gür, Mehmet Hacıyanlı, Oğuzhan Özşay, Hakan Halıcı, Selda Hacıyanlı, Cengiz Tavusbay, Osman Nuri Dilek

P-023 Endoskopik Polipektomi: 28,5 Yılda 839 Olgu
Sabri Selçuk Atamanalp, Mehmet İlhan Yıldırgan, Gürkan Öztürk, Esra Dişçi, Ercan Korkut, Erdem Karadeniz, Nurhak Aksungur, Mahmut Kartal

P-025 Geriatrik - Non Geriatrik Hasta Popülasyonunda Kolonoskopi Sonuçları Farklılığı
Turgut Anuk, Şahin Kahramanca, Mahmut Can Yağmurdur

P-026 Endoskopide Nadir Rastlanan Polipler: Tip 1 Gastrik Nöroendokrin Tümör(NET-TİP 1)
Semih Yaman, Mustafa Şit, Muhammed Fatih Keyif, Mehmet Hayri Erkol

P-027 İnsidental Olarak Saptanan Dev Çekum Lipomu: Olgu Sunumu
Şevket Barış Morkavuk, Murat Güner, Salim İlksen Başçeken, Serdar Çulcu, Ali Ekrem Ünal

P-028 Dev Poliplerde Cerrahi Deneyimimiz
Nuru Yusuf Bayramov, Aynur Kamal Safiyeva, Namiq Haydar Novruzov

P-029 İleoçekal ve Kolokolik İntususepsiyon Tablosu ile Tanı Konulan Peutz Jeghers Sendromu
Elif Binboğa, Nuri Okkabaz, Aytaç Biricik, Serhat Meriç, Esra Paşaoğlu, Elif Çelik, Aydın Zilan

P-030 Kolorektal Kanseri Tarama Programı Kapsamında Yapılan Gaitada Gizli Kan Testi Sonrasındaki Kolonoskopi Sonuçlarımız
Cem Batuhan Ofluoğlu, Ömer Faruk İnanç, Yunus Emre Altuntaş, Selçuk Kaya, Önder Altın, Ayhan Çevik, Nejdet Bildik

P-031 Anüsten Prolabe Olan Pedinküle Rektal Lipom: Olgu Sunumu
Abdullah Şişik, Ali Kılıç

P-032 Kolorektal Kanser Taramasında, Gaitada Gizli Kan Saptanan Hastalarda Kolonoskopi Sonuçlarımız
Levent Uğurlu, Tayfun Kaya, Mehmet Üstün, Can Arıcan, Cengiz Aydın

P-033 Olgu Sunumu Nadir Bir Komplikasyon; Colon Perforasyonuna Bağlı Ventriküloperitoneal Şant Kateterinin Anüsten Protrüzyonunun Endoskopik ve Konservatif Yönetimi
Ümit Mercan, Ahmet Seki, Şener Balas

P-034 Geriatrik Hasta Popülasyonunda Rektal Kanama Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Kolonoskopi Sonuçları
Gülay Özgehan, Turgut Anuk, Ali Cihat Yıldırm

P-035 Rektumda Yabancı Cisim; Beş Olgu Derlemesi
Eyüp Murat Yılmaz, Erdem Barış Cartı

P-036 Spontan İntramural Hematomlu Hastalar ve Klinik Yaklaşımımız
Erdem Barış Cartı, Eyüp Murat Yımaz, Deniz Uçar, Mehmet Yılmaz, Koray Kutlutürk

P-037 Sigmoid Volvulusa Yaklaşım
Ersan Özkardeşler, Mehmet Gençtürk, Kübra Kaytaz Tekyol, Mehmet Gülmez, Hacı Hasan Abuoğlu, Ali Aktekin, Hacı Mehmet Odabaşı, M. Ali Tolga Müftüoğlu

P-038 Çekum Tümörüne Bağlı İleokolik İnvajinasyon
Serkan Şengül, Umut Rıza Gündüz

P-039 Yaşlı Hastada Akut Apandisiti Taklit Eden Tablo: Parsiyel Çekum Nekrozu
Önder Karabay, Mustafa Genco Erdem, Mustafa Hasbahçeci

P-040 Subtotal Kolektomi Gerektiren Masif Kolonik Divertikül Kanaması: Olgu Eşliğinde Kısa Literatür Tartışması
Berkay Demir, Deniz Necdet Tihan, Fatih Mehmet Erol, Evren Dilektaşlı, Ayhan Hüseyin Kayaoğlu

P-041 Gebelikte İleusa Neden Olan Çekum Kanseri: Olgu Sunumu
Hilmi Bozkurt, Enver Reyhan, Alper Sözütek, Hakan Karataş

P-042 Akut Apandisit Kliniğini Taklit Eden Nadir Bir Durum, Çekum Divertiküliti
Semra Demirli Atıcı, Yasemin Kırmızı, Tayfun Kaya, Cengiz Aydın

P-043 Masif Rezeksiyon Gerektiren Akut Mezenter İskemili Hastada Cerrahi Takip: Olgu Sunumu
Mehmet Onur Gül, Hacı Hasan Abuoğlu, Hüseyin Tahsin Gülseven, Ferdi Cambaztepe, Münip Ali Tolga Müftüoğlu

P-044 Rektumda Yabancı Cisim
Mehmet Gençtürk, Ersan Özkardeşler, Ali Aktekin, Hacı Hasan Abuoğlu, Münip Ali Tolga Müftüoğlu

P-045 Nadir Görülen Bir Akut Batın Olgusu- Abdominal Koza Sendromu
Tayfun Kaya, Semra Demirli Atıcı, Yasemin Kırmızı, Can Arıcan, Erdal Harmanda, Cengiz Aydın

P-046 Komplet Portal Ven Trombozuna Bağlı Akut Mezenterik İskemi
Hacı Hasan Abuoğlu, Mehmet Onur Gül, Mehmet Gençtürk, Mehmet Gülmez, Münip Ali Tolga Müftüoğlu, Hüseyin Tahsin Gülseven

P-047 İntestinal Perforasyon ile Tanı Konulan Gastrointestinal Stromal Tümör, Olgu Sunumu
Özcan Dere, Yelda Dere, Ahmet Korkut Belli, Okay Nazlı

P-048 Kliniğimizde Akut Apandisitte 3 Tekniğin Karşılaştırılması
Metin Yalçın, Mehmet Ali Gök, Ayşegül Aktaş

P-049 İleusa Neden Olan Sigmoid Kolona İnvaze Çekum Müsinöz Karsinomu
Serkan Şengül, Umut Rıza Gündüz

P-050 Akut Apandisiti Taklit Eden Parsiyel Çekum Nekrozu
Yasin Kara, Mustafa Uygar Kalaycı

P-051 Bir Yüksek Enerjili Penetran Travma Olgusu: Blast Etki ile Gelişen Kolon Yaralanması
Muhammed Tahir Akça, Can Saraçoğlu, Mehmet Aslan, Mehmet Onur Gül

P-052 Konservatif Yöntemle Tedavi Edilen Bir Travmatik Rektum Yaralanması: Olgu Sunumu
Yasin Kara, Mustafa U Kalaycı

P-053 APC Gen Testi Negatif Bir Adenomatöz Polipozis Koli Zemininde Gelişen Adenokarsinom
Yasin Kara, Mustafa Uygar Kalaycı

P-055 Karın içi Yabancı Cisme Bağlı Perforasyon: Rahim içi Araç
Şahin Kahramanca, Turgut Anuk

P-056 İzole Kolon Yerleşimli Dev Kist Hidatik
Turgut Anuk, Şahin Kahramanca

P-057 Rektumda Yabancı Cisim: 4 Olgu Sunumu
Şahin Kahramanca, Turgut Anuk, Ali Cihat Yıldırım

P-058 Nadir Bir Transvers Kolon Perforasyonu
Zeynep Göçerler, Hayrettin Dizen, İlknur Turan, Sermin Tozman

P-059 Rektumda Yabancı Cisimlere Yaklaşımımız
İlknur Turan, Zeynep Göçerler, Yunus Nadi Yüksek, Gül Dağlar, Faruk Koca

P-060 Kolonik Psödo-Obstrüksiyon Sendromu (Ogilvie Sendromu):Olgu Sunumu
Burak Veli Ülger, Gizem Yaman, Ahmet Türkoğlu

P-061 Hemoroidektomi Sonrası Nadir Gelişen Bir Komplikasyon: Nekrotizan Fasiit ve Sepsis
Akile Zengin, Sezgin Zeren, Metin Mestan, Mehmet Korkmaz

P-062 Kliniğimizde Akut Apandisitte Apendiks Kökü Bağlamada 3 Tekniğin Karşılaştırılması
Metin Yalçın, Mehmet Ali Gök, Tolga Faruk Çekiç

P-063 İnkarsere Amyand Herni: Apendektomi Rutin Uygulanmalı mı?
Gökhan Demiral

P-064 Nadir Görülen Akut Karın: Soliter Çekal Divertikülit
Şahin Kahramanca, Turgut Anuk

P-065 İzole Jejunal Bezoar
Gökhan Demiral, Muhammet Kadri Çolakoğlu

P-066 Akut Appendisit Tablosunu Taklit Eden Çekum Divertikül Perforasyonu ve Eşlik Eden İleoçekal Valv Lipomatozisi
Erkan Yıldız, Semih Yaman, Mustafa Şit, Muhammed Fatih Keyif, Özkan Kılınç

P-067 Obstrükte Rektum Tümörlerinde Saptırıcı Stoma Uygulaması
Yunus Emre Altuntaş, Ömer Faruk İnanç, Önder Altın, Selçuk Kaya, Mehmet Karahan, Fırat Mülküt, Ayhan Çevik, Nejdet Bildik

P-068 Akut Appandisit Kliniği ile Gelen 31 Haftalık Gebede İnvaginasyon Gösteren Müsinöz Appendiks Neoplazm
Mustafa Şit, Muhammed Fatih Keyif, Semih Yaman, Mehmet Hayri Erkol

P-069 Kronik Sağ Alt Kadran Ağrısı ile Gelen ve Perfore Apandisiti Taklit Eden Çekum ve Sigmoid Kolon Aktinomikozu
Semih Yaman, Mustafa Şit, Muhammed Fatih Keyif, Mehmet Hayri Erkol

P-070 Sigmoid Mezokolonda Sıradışı Yerleşimli Primer Kist Hidatik
Muhammed Fatih Keyif, Semih Yaman, Mustafa Şit, Mehmet Hayri Erkol

P-071 Akut Divertikülitte Tedavi Yaklaşımı
Gökhan Demiral, Muhammet Kadri Çolakoğlu, Süleyman Kalcan, Ali Özdemir, Ali Demir, Ahmet Pergel

P-072 Nadir Bir Kolorektal Fistül Nedeni; Rektal Girimli Intraabdominal Yabancı Cisim
Orhan Çimen, İsmail Demiryılmaz, Mehmet Soytürk, Ferda Çimen, Hüseyin Eken, Mahir Tayfur

P-073 Transvers, Sigmoid ve Çıkan Kolonda ilk İpilimumab Tedavisinin Takibinde Görülen Multipl Perforasyonlar ve Tedavisi: Vaka Sunumu
Süleyman Demiryas, Engin Hatipoglu, Veysel Umman, Nuray Kepil, İhsan Tasci

P-074 Yetişkinde Nadir Bir İleus Nedeni: Fibroepitelyal Polipe Bağlı Jejunojejunal invajinasyon
Yasin Kara, Musa Diri, Mustafa Uygar Kalaycı

P-075 Perfore Apendisitlerde Laparoskopik Yaklaşım
Yıldıray Dadük, Murat Karakoç

P-076 Divertikülit Değerlendirmesinde Ambrosetti, Doringer/Neff ve Modifiye Hinchey Sınıflamalarının Karşılaştırılması
Tolga Canbak, Aylin Acar, Fatih Başak, Hüseyin Kerem Tolan, Ali Kılıç, Ethem Ünal

P-077 Çekal Lenfanjioma Bağlı Erişkin İnvajinasyon
Ecem Memişoğlu

P-078 Apendiks Mukoseli
Yıldıray Dadük, Murat Karakoç

P-079 Kronik Alkol ve Sigara Kullanımının Bağırsak Anastomozu Üzerindeki Etkileri
Yıldıray Dadük, Murat Karakoç

P-080 Morbid Obez Hastalarda Apendektomi Açık Cerrahi mi? Laparoskopik Cerrahi mi? Tercih Edilmeli
Yıldıray Dadük, Murat Karakoç

P-081 Kolon Volvulusu Olgularında Endoskopik Detorsiyon Sonrası Elektif Laparoskopik Rezeksiyon
Mehmet Ali Gök, Tacittin Semih Yürekli, Tolga Kafadar, Metin Yalçın, Zeynep Anadolulu, İbrahim Hüdaverdi Keşküş

P-082 Alt Gastrointestinal Sistem Kanamalarına Neden Olan Kolonik Anjiodisplaziler
Erdinç Kamer, Fevzi Cengiz, Neşe Ekinci, Necat Cin, Cengiz Tavusbay, Mehmet Hacıyanlı

P-083 Nadir Bir Vaka:Amyand Herni
Esin Kaplan, Meltem Küçükyılmaz, Özhan Albayrak, Özgür Seğmen, Serkan Sarı, Hasan Bektaş, Acar Aren

P-084 Laparoskopik ve Açık Appendektomilerin Tek Merkezli 200 Hasta Üzerinde Karşılaştırılması
Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan

P-085 Rektal Darlık Olgusunda Geç Dönem Perforasyon Örneğinde Kolon Stentleme; Çözüm mü, Sonu mu Geldi?
Berk Gökçek, Burak Güney, Sedat Kamalı, Bakhtiyar Chakhalov

P-086 Tekrarlayan Divertikülit Atakları Sebebiyle Beş Yıl Boyunca Tedavi Edilen Şistozomiyazis Vakası: Olgu Sunumu
Bilgehan Çağdaş Sonbahar, Gül Bora, Nejdet Özalp

P-087 Jejenumda Görülen Masif Kanama: İki Olgu Sunumu Jejunal Dieulafoy Lezyon
Şahin Kahramanca, Turgut Anuk

P-088 Acilden Elektife Taşınan Bir Olgu: Sigmoid Volvulus
Serkan Karaıslı, Halis Bağ, Fevzi Cengiz, Haldun Kar, Hüdai Genç

P-089 Founier Gangreni: Korkulacak Bir Hastalık Olmaya Devam mı Ediyor?
Şafak Ulutürk, Rıdvan Barkın Kabalar, Ahmet Bilal Yıldırım, Halil Özsoy, Hasan Aydede, Yamaç Erhan, Gökhan Temeltaş, Talha Müezzinoğlu, Eray Kara

P-090 Çeşitli Nedenlerle Acil Kolorektal Cerrahi Yapılan Hastalarda Mortalite Riski Öngörülebilir mi?
Sadettin Er, Deniz Tikici, Barış Doğu Yıldız, Bülent Cavit Yüksel, Fırat Turan

P-091 Kolorektal Kansere Bağlı Mekanik Bağırsak Tıkanmalarında Ostomi Seçenekleri
Serdar Gümüş, Yusuf Yağmur, Mehmet Babür, Rıdvan Yavuz, Mehmet Ali Can, Mehmet Ali Açıkgöz, Edip Erdal Yılmaz, Zeynep Şener Bahçe

P-092 Nadir Görülen Bir Akut Batın Nedeni: Granülomatoz Apendisit
Mehmet Akif Üstüner, Lütfi Doğan, Kemal Beksaç, Osman Uyar, Cihangir Özarslan

P-093 Retroçekal Herniasyona Bağlı İnce Barsak Nekrozu: Tetraplejik Akut Abdomenli Bir Olgunun Yönetimi
Enver İlhan, Orhan Üreyen, Emrah Dadalı, Ulvi Mehmet Meral, Uğur Gökçelli

P-094 Akut Kolonik Pseudo-Obstrüksiyon: Olgu Sunumu
Uğur Gökçelli, Orhan Üreyen, Emrah Dadalı, Murat Uz, Enver İlhan

P-095 Kolorektal Anastomoz Kaçaklarında Stent Uygulaması
Eyüp Gemici, Ahmet Sürek, Sinan Binboğa, Bahadır Kartal, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Mehmet Karabulut, Halil Alış

P-096 Laparoskopik Kolon Ameliyatları Sonrasında Oluşabilecek Anastomoz Kaçaklarını Belirlemede Serum CRP Düzeyleri Prediktif Bir Değer Olabilir mi?
Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, Mert Tanal, Bülent Çitgez

P-097 Rektum Anastomoz Kaçaklarının Tedavisinde Endovak Uygulaması
Ahmet Sürek, Eyüp Gemici, Sinan Binboğa, Cemal Seyhun, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış

P-098 Steroide Sekonder Nontravmatik Kolon Perforasyonu: Olgu Sunumu
Eyüp Gemici, Ebru Şen, Hakan Seyit, İlkay Halıcıoğlu, Mehmet Karabulut, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış

P-099 Tıkayıcı Sol Kolon Tümörlerine Yaklaşım
Berk Gökçek, Sedat Kamalı, Rıza Gürhan Işıl, Hasan Tok, Seracettin Eğin, Metin Yeşiltaş, Mehmet Can Aydın, Gülşah Birer, Hakan Güven

P-100 Ladd Prosedürü ile Tedavi Edilen Erişkin Midgut Non-rotasyon Anomalisi
Özgen Işık, Halil Türkan, Halit Ziya Dündar, Pınar Sarkut, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar

P-101 Erişkinde Midgut Volvulus, Bir Olgu Sunumu
İbrahim Ethem Cakcak, Eyüp Kahya, Uğur Kahan Öztürk, Serhat Oğuz

P-102 Brid İleusa Bağlı Sol Kolon Obstrüksiyonunun Eşlik Ettiği Palpable Kitlesi Olmayan Sağ Kolon Tümörü
Kemal Beksaç, Mehmet Akif Üstüner, Bahadır Çetin

P-103 Stomal Mukokutanöz Ayrışmalı Olgunun Gümüş Bazlı Negatif Basınçlı Yara Kapama Sistemi ile Yönetimi
Saygın Altıner, Sezai Leventoğlu, Abdulkadir Bülent Aytaç, Hülya Acarlar, Aysel Ören Hin, Zehra Kara

P-104 Akut Apandisiti Taklit Eden Apendix Divertikülit Perforasyonu Olgusu
Semra Doğan, Hatim Yahya Uslu, Salih Erpulat Öziş, Sezai Demirbaş, Devrim Kahraman, İbrahim Tanzer Sancak

P-105 Sigmoid Kolonda Obstrüksiyona Yol Açan İntestinal Endometriozis Olgusu
Halis Bağ, Haldun Kar, Evren Durak, Necat Cin, Hüdai Genç

P-106 Anal İntraepitelyal Neoplazinin Eşlik Ettiği Rektal Yabancı Cisim: Olgu Sunumu
Mehmet Akif Üstüner, Sevim Turanlı

P-107 Oksiyura Bağlı İntestinal Obstruksiyon, Olgu Sunumu
Muzaffer Muazzez Cangül, Aydın Öztürk, Sinan Önder, Ömer Faruk Özkan, Muammer Karaayvaz, Mehmet Yılmaz Akgün, Şükrü Taş

P-108 Amyand Herni, Olgu Sunumu
Muzaffer Muazzez Cangül, Aydın Öztürk, Sinan Önder, Ömer Faruk Özkan, Muammer Karaayvaz, Mehmet Yılmaz Akgün, Şükrü Taş

P-111 84 Yaşında, Endoskopik Klip ile Aşırı Müdahale Edilmiş Bir Rektal Kanama Olgusu
Aybala Ağaç, Saadet Akturan, Hüseyin Göbüt, Alp Yıldız, Ahmet Alyanak, Gülten Kıyak

P-112 İnce Barsak Acil Cerrahisinde Hangisi Daha Güvenli?: İleostomi- Anastomoz-Primer Onarım
Orhan Üreyen, Enver İlhan, Murat Uz, Emrah Dadalı, Uğur Gökçelli, Hüseyin Fenercioğlu

P-113 Ameliyat Süresi ve Ostomi Açılma Zaman Diliminin Ostomi Komplikasyonları Üzerine Etkisi
Enver İlhan, Orhan Üreyen, Semra Bağrıaçık Altıntaş, Gökalp Okut, Savaş Yakan, Murat Karataş, Mehmet Yıldırım

P-114 Kolorektal Acil, Obstrüksiyon
İlker Sücüllü, Yavuz Özdemir, Mehmet Çuhadar, Ahmet Ziya Balta, Ergün Yücel, Ali İlker Filiz, Bülent Güleç

P-115 Kompleks Abdominopelvik Cerrahi Sonrası Stoma ve Stoma Çevresinde Gelişen Komplikasyonların Tedavisinde Vakum Yardımlı Kapama Sisteminin Rolü
Afag Aghayeva, Ebru Kırbıyık, Erman Aytaç, Şehri Demir, İlknur Erenler, Bilgi Baca

P-116 Nadir Bir Akut Batın Nedeni Olarak Pnömatozis İntestinalis: Olgu Sunumu
İlhan Taşdöven, Muzaffer Önder Öner, Mehmet Kadir Bartın

P-117 Abdominal Kompartman Sendromuna Yol Açan Rektus Kılıf Hematomu: Nadir bir olgu
Burak Veli Ülger, M. Cemil Kuba, M. Ali Kırşan, İ. Halil Öcal, Mehmet Rençber

P-118 Loop İleostomi Cilt Kapatılmasında Purse String Yöntemi ile Lineer Kapatmanın Kozmetik Sonuçlarının Karşılaşılması
Şakir Karpuz, Mümin Coşkun, Abdulla Taghiyev, Ümit Uğurlu, Wafi Attaallah

P-119 Batın İçi Adhezyon Nedeniyle Kliniğimize Yatan Olguların Analizi
Enver İlhan, Orhan Üreyen, Demet Alay, Mehmet Tahsin Tekeli, Murat Uz

P-120 Loop İleostomi Cilt Kapatılmasında Purse String Yönteminin veya Primer Sütür Kapatmanın Kozmetik Sonuçları
Şakir Karpuz, Mümin Coşkun, Wafi Attaallah

P-121 İleusa Yol Açan Warfarin Kullanımına Bağlı Spontan İntestinal İntramural Hematom Vaka Sunumu
Semih Hot, Seracettin Eğin, Metin Yeşiltaş, Berk Gökçek, Rıza Gürhan Işıl, Bahtiyar Cahalov

P-122 Çekum Divertikülitleri, Vaka Serisi
Deniz Tikici, Erdinç Çetinkaya, Sadettin Er, Yusuf Sevim, Özgür Akgül

P-123 Kolorektalcerrahide Anastomoz Kaçağı ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi
Orhan Üreyen, Enver İlhan, Emrah Dadalı, Uğur Gökçelli, Demet Alay, Semra Bağrıaçık Altıntaş, Mehmet Tahsin Tekeli

P-124 Amebiyazise Bağlı Bir Kolon Perforasyonu Olgusu
Özhan Albayrak, Erdem Kınacı, Mazlum Yavaş, Mert Mahsuni Sevinç, Oğuzhan Tekin

P-125 Delici Kesici Alete Bağlı Perineal Yaralanma Sonucu Gelişen Nekrotizan Yumuşak Doku Enfeksiyonu
Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Ahmet Tekin, Celalettin Vatansev, Metin Belviranlı

P-126 Periappediküler Kitle nedeni ile Acil Genel Cerrahi Kliniğimize İnterne edilen Hastaların Etyolojik Dağılımı
Rıza Gürhan Işıl, Metin Yeşiltaş, Hasan Tok, Berk Gökçek, Seracettin Eğin

P-127 İleostomi Kapatılmasında Negatif Basınçlı Dren Kullanımının Postoperatif Yara Yeri Komplikasyonları Üzerine Etkisi
Tevfik Küçükkartallar, Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Selman Alkan, Ahmet Tekin, Celalettin Vatansev

P-128 Sistemik Lupus Eritematozusa Bağlı Nadir Bir Komplikasyon: İntestinal Psödo Obstruksiyon Olgusu
Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Selman Alkan, Hakan Kırıt, Faruk Aksoy

P-129 Akut Divertikülit Nedeni ile İnterne Edilen Hastalarımız Sonuçları
Metin Yeşiltaş, Rıza Gürhan Işıl, Berk Gökçek, Seracettin Eğin, Semih Hot, Hasan Tok

P-130 Kolonoskopi Sırasında Oluşan İatrojenik Kolon Perforasyonları Medikal veya Minimal İnvazif Yöntemler ile Takip Edilebilir
Hasan Tok, Metin Yeşiltaş, Rıza Gürhan Işıl, Berk Gökçek, Semih Hot, Seracettin Eğin

P-131 Hemodiyaliz Hastasında Akut Batın Nedeni Olarak İzole Sağ Kolon Nekrozu
Berk Gökçek, Hasan Tok, Rıza Gürhan Işıl, Metin Yeşiltaş, Seracettin Eğin, Semih Hot, Hakan Tezer, Sedat Kamalı

P-132 Akut Apandisit Tanısıyla Laparoskopik Apendektomi Yapılan Vakalarda Erken Geri Dönüş Nedenleri
Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Ahmet Tekin, Tevfik Küçükkartallar, Metin Belviranlı

P-133 Endoskopik Rektumdan Yabancı Cisim Çıkarılması
Sami Doğan, Mehmet Fuat Çetin, İsmet Özaydın

P-134 Akut Apandisit Tedavisinde 2 Port ve 3 Port Laparoskopik Appendektomi ile Açık Appendektominin Etkinlik ve Maliyet Değerlendirmesi
Oğuzhan Sunamak, Turgut Dönmez, Hüseyin İmam Avaroğlu

P-135 Endometriozisin Neden Olduğu Çekal Apendiksin İntussepsiyonu: Laparoskopik Yönetim Olgu Sunumu
Gökhan Pösteki, Alican Güreşin, Sertaç Ata Güler, Ersin Kılıç, Turgay Şimşek, Nihat Zafer Utkan

P-136 Evre II-II Rektum Kanserinin Küratif Rezeksiyonunda <12 Lenf Nodu Çıkarılmasının Onkolojik Sonuçlara Etkisi ve Sağ Kalımı Etkileyen Diğer Patolojik Faktörler
Elif Çolak

P-137 Lokal İleri Sağ Kolon Tümörlerinde En bloc Sağ kolektomi ve Pankreatikoduodenektomi. Dokuz Eylül Üniversitesi Deneyimi
Cihan Ağalar, Aras Emre Canda, Tarkan Ünek, Selman Sökmen, Mehmet Füzün

P-138 İnce Barsakta 3 Farklı Lokalizasyonda Lenfoma: Olgu Sunumu
Burak Veli Ülger, Esra Hamurcu, Mesut Gül

P-139 Apendiks Nöroendokrin Tümör; Klinik Deneyimlerimiz
Kazım Çağlar Özçelik, Sevim Turanlı, Alp Yıldız, Hüseyin Göbüt, İsmail Zihni

P-140 Kolon ve Rektum Maliğn Tümörlerine Bağlı Karaciğer Metastazlarına Yaklaşımımız
Selen Beyza Kavuncu, Doğan Gönüllü, Muzaffer Ahmet Er, Okan Demiray, Samed Sayar, Aylin Hasanefendioğlu Bayrak, Gökhan Tolga Adaş

P-141 Abdominoperineal Rezeksiyon Sonrası İnsizyon Hattında İzole Lokal Nüks, Olgu Sunumu
Deniz Tazeoğlu, Bahtiyar Chakhalov, Sadig Sekiliyev, Burak Güney, Cemal Ulusoy

P-142 Kolorektal kanserlerin adrenal metastazı, Olgu Sunumu
Cüneyt Akyüz, Deniz Tazeoğlu, Hakan Güven, Ahmet Cem Esmer, Bakhtiyar Chakhalov, Nadi Nazım Öztürk

P-143 Neoadjuvan Kemoradyoterapi Alan Orta ve Alt Rektum Kanserli Hastaların Ameliyat Sonrası Patoloji Sonuçlarında Tam Yanıtın Değerlendirilmesi
Yunus Emre Altuntaş, Ömer Faruk İnanç, Selçuk Kaya, Önder Altın, Ayhan Çevik, Abdulkadir Deniz, Cem Batuhan Ofluoğlu, Nejdet Bildik

P-144 Kolon Lipomu ve Apendisyal Müsinöz Neoplazm
Hüsnü Çağrı Genç, Hakkı Coşkun, Sinan Soylu, Ali Cihan Yıldırır

P-145 İntraabdominal Yerleşimli Fibromatozis
Veli Vural, Ali Avanaz, Alaaddin Aydın, Eyyüp Mehmet Kılınç, İsmail Burak Gök, Ramazan Eryılmaz

P-146 Gebe Hastada Rektum Kanseri Tedavisi
Alaattin Öztürk, Alper Dursun Sağban

P-147 Bevacizumab'a Bağlı Geç Dönemde Oluşan Anastomoz Ayrışması
Deniz Tazeoğlu, Bahtiyar Chakhalov, Cüneyt Akyüz, Fazıl Sağlam

P-148 Nadir Bir İleus Nedeni, Stoma Stenozu
Deniz Tazeoğlu, Ahmet Saç, Cüneyt Akyüz, Cemal Ulusoy

P-149 Anorektal Malign Melanom: 10 Hastanın Retrospektif Analizi
Banu Ural, Bülent Çalık, Gökhan Akbulut, Cengiz Aydın, Dudu Kahraman

P-150 Kolorektal Kansere Bağlı Peritoneal Karsinomatozisde Peritoneal Yüzey Kanseri Şiddeti Skoru (PSDSS): Dokuz Eylül Üniversitesi Geçerlilik Değerlendirilmesi
Cihan Ağalar, Selman Sökmen, Naciye Çiğdem Arslan, Anıl Aysal, Sülen Sarıoğlu, Aras Emre Canda, Mustafa Cem Terzi, Mehmet Füzün

P-151 Rektum Kanserinde Neoadjuvan Tedavi Alan ve Almayan Hastaların Lenf Nodu Sayılarının Karşılaştırılması
Serhat Buldur, Cemil Çalışan

P-152 Elektrolit Bozukluğu (Hiponatremi) ile Prezente Olan Rektal Villöz Adenom Olgusu. McKittrick- Wheelock Sendromu'nun Hafif Formu Olabilir mi?
Sadettin Er, Bülent Cavit Yüksel, Deniz Tikici, Barış Doğu Yıldız, Mesut Tez

P-153 Anal Kanal da Tam Obstruksiyon Yapan, Dekompresyon Sonrası Operasyona Alınan Malign Melanomlu Hasta: Olgu Sunumu
Şevket Barış Morkavuk, Murat Güner, Müjdat Güller, Ferit Aydın, Ömer Yalkın, Fatih Aslan, Salim Demirci

P-154 Pelvik Ekzenterasyon Uygulanan, Rektovajinal ve Vezikovajinal Fistülü Bulunan Servisk Kanserli Hasta: Olgu Sunumu
Şevket Barış Morkavuk, Duygu Altın Baskak, Özlem Irak, Salih Taşkın, Fırat Ortaç

P-155 Nadir Bir Vaka: Erişkin Yaşta Cilt Altı Şişlik ile Semptom Veren Rektorektal Teratom
Tayfun Bişgin, Ali Fırat Sarp, Sevilay Gürcan

P-156 Kolonik Kitle: Nadir Bir İntra-Abdominal Desmoid Tümör Olgusu
Erdinç Kamer, Serkan Karaıslı, Arzu Avcı, Fevzi Cengiz

P-157 Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Sırasında Saptanamayan Tümörlerde Perioperatif Kolonoskopi Uygulanması
Erdinç Kamer, Fevzi Cengiz, Turan Acar, Emine Özlem Gür, Mehmet Hacıyanlı

P-158 Laparoskopik Rektum Kanseri Cerrahisinde Saptırıcı Stoma Uygulamaları Deneyimlerimiz
Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan

P-159 Kolon Kanserinde Nadir bir Tutulum: İzole Senkron Dalak Metastazı
Burak Güney, Cüneyt Akyüz, Deniz Tazeoğlu, Sedat Kamalı, Hakan Tezer

P-160 Asemptomatik Evre IV Kolorektal Kanserler İçin Palyatif Laparoskopik Rezeksiyonlar
Erdinç Kamer, Turan Acar, Fevzi Cengiz, Emine Özlem Gür, Yasin Peker, Mehmet Hacıyanlı

P-161 Kolorektal Kanser Nedeniyle Laparoskopik Cerrahi Uygulanan 59 Hastanın İncelenmesi
Murat Güner, Şevket Barış Morkavuk, Ali Ekrem Ünal, Salim Demirci

P-162 Benign Özellikli Retrorektal Kitle Nedeni ile Laparoskopik Cerrahi Yapılan İki Olgu Sunumu
Sadettin Er, Bülent Cavit Yüksel, Deniz Tikici, Barış Doğu Yıldız

P-163 Kolon Rezeksiyonu Yapılan Hastalarda Anastomoz Kaçak Riski Analiz Sisteminin Eksternal Validasyonu
Sadettin Er, Faruk Koca, Barış Doğu Yıldız, Bülent Cavit Yüksel, Mesut Tez

P-164 İntraabdominal Abse Öntanılı Hastada Insidental Saptanan Appendiks Karsinoid Tümörü
Ali Cihat Yıldırım, Aytaç Kayış, Aykut Sönmez, Şahin Kahramanca, Turgut Anuk

P-165 70 Yaş ve Üzeri Hastalarda Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Deneyimimiz
Erdinç Kamer, Fevzi Cengiz, Turan Acar, Yasin Peker, Evren Durak, Nihan Acar, Osman Nuri Dilek

P-166 Malign Asitti Olan Hastalarda Sitoredüktif Cerrahi Yapılmaksızın HIPEC Tedavinin Etkinliği; Klinik Deneyimlerimiz
Mehmet İlhan, Recep Erçin Sönmez, Ali Fuat Kaan Gök, Recep Güloğlu, Hakan Yanar, Mustafa Kayıhan Günay, Cemalettin Ertekin

P-167 Nadir Bir Akut Apendisit Nedeni; Primer Apendiks Karsinomu
Hasan Ökmen, Fatih Dal, Meltem Küçükyılmaz, Emre Erdoğan, Mazlum Yavaş, Serkan Sarı

P-168 Akut Karın ile Başvuran İnce Barsak Nöroendokrin Karsinomu
Orhan Üreyen, Enver İlhan, Ulvi Mehmet Meral, Özcan Alpdoğan, Murat Uz

P-169 Transanal Lokal Eksizyon Deneyimimiz
Bülent Gürbüz, Serkan Zenger, Burçak Abbas Kabaoğlu, Emre Balık, Tunç Yaltı, Dursun Buğra

P-170 Rektum Adenokarsinomunun Tiroid Bezine Metastazı
Kamil Erözkan, Osman Bozbıyık, Tayfun Yoldaş, Özer Makay, Mustafa Ali Korkut

P-171 Kolorektal Kanserli Olguların Tümör Yerleşim Yerine Göre Klinik Özellikleri
Enver İlhan, Emrah Dadalı, Orhan Üreyen, Uğur Gökçelli, Mehmet Tahsin Tekeli

P-172 Transanal Yolla Rektal Kitle Eksizyonu; Kısa Dönem Sonuçlarımız
Kamil Erözkan, Tayfun Yoldaş, Osman Bozbıyık, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Ali Korkut

P-173 Pulmoner Metastazlı Kolon Kanserinde Sistemik Tedavi Sonrası Primer ve Metastazda Tam Yanıt
Orhan Üreyen, Enver İlhan, Olçun Ümit Ünal, Demet Alay, Mehmet Tahsin Tekeli

P-174 Rektum Tümörlerinde Pelvik MR İncelemesinin Ameliyat Öncesi Evreleme ve Tümör Lokalizasyonunu Belirlemesindeki Önemi
Ahmet Sürek, Sinan Binboğa, Mehmet Karabulut, Bahadır Kartal, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Murat Çikot, Halil Alış

P-175 Jinekolojik Onkolojide Palyatif Pelvik Egzenterasyon Sonuçlarının Değerlendirilmesi
Hüseyin Onur Aydın, Tevfik Avcı, Tugan Tezcaner, Sedat Yıldırım, Yüksek Cem Aygün, Ali Ayhan

P-176 Orta ve Distal Yerleşimli Rektum Kanserinde Onkolojik Sonuçlara Etkili Faktörler
İsmail Tırnova, Özgen Işık, Nesrin Uğraş, Ömer Yerci, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar

P-177 Safra Kesesi Perforasyonuna Eşlik Eden Apendiks Müsinöz Neoplazmı: Olgu Sunumu
Orhan Üreyen, Uğur Gökçelli, Demet Alay, Hüseyin Fenercioğlu, Hale Kızanoğlu, Enver İlhan

P-178 Rektal Teratom
Erkan Somuncu, İnanç Şamil Sarıcı, Tansu Altıntaş, Mustafa Uygar Kalaycı

P-179 Fekal Diversiyonda Konvansiyonel İleostomiye Alternatif Olarak Kullanılan Tüp İleostomide Marmara Üniversitesi Tekniği
Wafi Attaallah, Ali Sina Bulut, Cumhur Yeğen

P-180 Tümöre Bağlı Kolo-Kolonik İnvajinasyon Olgusu
Hüseyin Cahit Yalçın, Yusuf Yücel, Orhan Gözeneli, Faik Tatlı, Mehmet Kaplan, Abdullah Özgönül, Ali Uzunköy

P-181 Karaciğer Metastazı Olan Kolorektal Kanserli Hastalarda Metastazektomi
Esin Kaplan, Abdülkerim Özakay, Özhan Albayrak, Mert Mahsuni Sevinç, Erdem Kınacı, Acar Aren, Serkan Sarı

P-182 Benign Özofagus Striktüründe Özofajektomi ve Kolon İnterpozisyonu
İbrahim Ethem Cakcak, Eyüp Kahya, Yusuf Emre Aytin, Ahmet Orhan Sunar, Tamer Sağıroğlu, İrfan Coşkun, Gönül Sağıroğlu, Fazlı Yanık, Serdar Efe, Elif Çopuroğlu

P-183 Sağ Kolon Kanserinde Dev Krukenberg Tümörü
Emine Özlem Gür, Selda Hacıyanlı, Oğuzhan Özşay, İbrahim Kokulu, Neşe Ekinci, Mehmet Hacıyanlı

P-184 Nüks Kolorektal Tümörde Ayırıcı Tanı: Primer Duodenum Tümörü
İbrahim Ethem Cakcak, Eyüp Kahya, Ahmet Orhan Sunar, Yusuf Emre Aytin, Tamer Sağıroğlu, Gönül Sağıroğlu, Elif Çapuroğlu, İrfan Coşkun, Serdar Fere

P-185 İleoanal Anastomozda S Poş Tercihi
İbrahim Ethem Cakcak, Eyüp Kahya, Yusuf Emre Aytin, Ahmet Orhan Sunar, Tamer Sağıroğlu, Gönül Sağıroğlu

P-186 Peritoneal Karsinomatoziste Tam Sitoredüksiyon ve HIPEC
İbrahim Ethem Cakcak, Eyüp Kahya, Ahmet Orhan Sunar, Yusuf Emre Aytin, Tamer Sağıroğlu, Gönül Sağıroğlu

P-187 Cerrahi Tedavide Uluslararası Destek
İbrahim Ethem Cakcak, Eyüp Kahya, Ahmet Orhan Sunar, Yusuf Emre Aytin, Tamer Sağıroğlu, Gönül Sağıroğlu

P-188 Sıradışı Bir Polipozis Vakası: Olgu Sunumu
Beslen Göksoy, Metin Keskin, Adem Bayraktar, Cevat Tefik, Öner Şanlı, Mehmet Türker Bulut, Uluğ Eldegez, Emre Balık

P-189 Kolorektal Kanserlerde Perinöral İnvazyon Önemli midir?
Sedat Kamalı, Gülçin Harman Kamalı, Emre Sivrikoz, Burak Güney, Deniz Tazeoğlu, Cemal Ulusoy

P-190 GIS'de Kolona Nadiren Metastaz Yapan Meme Lobüler Karsinomu: Olgu Sunumu
Gülçin Harman Kamalı, Sedat Kamalı, Burak Güney, Seracettin Eğin

P-191 Genel Cerrahi Kliniğine Başvuran Hastaların Kolorektal Kanser Farkındalığı
İlkay Halıcıoğlu, Birgül Ödül Özkaya, Seymur Abdulleva, Yasir Musa Kesgin, Abdulsamet Bozkurt, Halil Alış

P-192 Sigmoid Kolonda Primer Skuamoz Hücreli Karsinom
Veysel Umman, Yağmur Özge Turaç Kösem, Sinan Çarkman

P-193 Kolorektal Kanser Nedeniyle Uygulanan Ameliyatlar Sonrasında İlk Bir Yıl İçerisinde Görülen Mortalite Üzerine Etkili Faktörler
Oktay Gökçal, İlker Sücüllü, Ahmet Ziya Balta, Yavuz Özdemir, Ergün Yücel, Ali İlker Filiz, Yavuz Kurt

P-194 Tiroid Metastazı ile Seyreden Kolon Kanseri, Olgu Sunumu
Mircelil Seyidov, Çağrı Büyükkasap, Saygın Altıner, Gülseren Maraş, Mahir Nasirov, Hasan Bostancı

P-195 Peritoneal Karsinomatoziste Sitoredüktif Cerrahi ve HİPEK: Başlangıç Deneyimi
Gökhan Çipe, Sevim Kuşluçiçek, Abdullah As, Ali Osman Kaya, Mutlu Demiray, Muzaffer Sarıyar

P-196 Hafife Alınmaması Gereken Şikayet-Perineal Ağrı: Retrorektal Schwannoma ve Retrorektal Leiomiyosarkomalı Olguların Sunumu:
Süleyman Deniz Kahraman, Hüseyin Sinan, Mustafa Tahir Özer, Sezai Demirbaş, Orhan Kozak

P-197 Akut Mekanik İntestinal Obstruksiyonlarda Köprüleme Tedavisi: Kolostomi Açılmasını Engeller mi?
Emre Bozkurt, Sinan Ömeroğlu, Uygar Demir, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Mehmet Mihmanlı

P-198 Retroperitoneal Yerleşimli Ekstra Gastrointestinal Yerleşimli Stromal Tümör: Olgu Sunumu
Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Selman Alkan, Alper Varman, Ahmet Tekin

P-199 Presakral Alanda Yerleşmiş Bir Sellüler Schwannoma Olgusu
Mehmet Aykut Yıldırım, Alper Varman, Mustafa Şentürk, Selman Alkan, Mehmet Metin Belviranlı

P-200 Erken Evre Rektum Kanserlerine Transanal Lokal Eksizyonla Yaklaşım
Çağrı Büyükkasap, İlkin İsmayilov, Mahir Nasirov, Gökay Çetinkaya, Osman Yüksel

P-201 Kolorektal Kanserlere Bağlı Peritoneal Karsinomatozis Olgularında İntraperitoneal Kemoterapinin Etkinliği, Klinik Deneyim
Aydın Yavuz, Çağrı Büyükkasap, Mahir Nasirov, Engin Küçükdiler, Gökay Çetinkaya, Osman Yüksel

P-202 Palliative Pelvic Exenteration – A Single Institution Experience and Outcomes in Cervical and Vaginal Cancer
Suat Can Ulukent, Özgür Akbayır, Emel Canaz, Eser Şefik Özyürek, Yiğit Mehmet Özgün, Hamdi Bülent Uçan

P-203 Kolon Kanseri için Laparoskopik ve Açık Hemikolektomi Sonuçlarının Karşılaştırılması: Vaka Kontrol Çalışması
Tugan Tezcaner, Feza Y Karakayalı, Yahya Ekici, Hüseyin O Aydın, Elif Özçimen, Gonca Özgün, Gökhan Moray

P-204 Peritoneal Karsinomatozis Tedavisinde Gastrointestinal Anastomoz Kaçakları ve İlişkili Faktörler
Naciye Çiğdem Arslan, Tayfun Bişgin, Tufan Egeli, Funda Obuz, Tuğba Yavuzşen, Aras Emre Canda, Cem Terzi, Selman Sökmen

P-205 İnce Bağırsaklarda Nadir Görülen Ekstramedüller Plazmasitom Olgusu
Cengiz Tavusbay, Hüdai Genç, Emine Özlem Gür, Arzu Avcı, Mehmet Hacıyanlı

P-206 İnce Bağırsak Perforasyonuna Neden Olan Malign Melanom Metastazı: Olgu Sunumu
Cengiz Tavusbay, Hüdai Genç, Neşe Ekinci, Emine Özlem Gür, Mehmet Hacıyanlı

P-207 Senkronize Gastrointestinal tümör (GİST) ve Berrak Hücreli Böbrek Hücreli Kanser (BHBHK) Birlikteliği: Olgu sunumu
Cengiz Tavusbay, Ozan Horsanalı, Selda Hacıyanlı, Demet Etit, Mehmet Hacıyanlı

P-208 Senkronize Sigmoid Kolon Kanseri ve Meckel Divertikülünde Lokalize Gastrointestinal Stromal Tümör: Olgu Sunumu
Cengiz Tavusbay, Selda Hacıyanlı, Oğuzhan Özşay, Ilgın Aydın, Mehmet Hacıyanlı

P-209 Gardner Sendromlu Hastada Çoklu Tümör Gelişimi: Olgu Sunumu
Osman Nuri Dilek, Cengiz Tavusbay, Turan Acar, Fatma Hüsniye Dilek, Mehmet Hacıyanlı

P-210 Osteoklast Tipi Dev Hücreler İçeren Kolon Karsinomu; İndeks Olgu
Kıvılcım Eren Erdoğan, Kubilay Dalcı, Ahmet Rencüzoğulları, Atıl Bişgin, Şebnem Sema İçer, Figen Doran

P-211 Rektum Kanserinde Neoadjuvan Tedavinin İleostomi Miktarlarına Etkisi
Serkan Zenger, Gözde Türkmenoğlu, Erman Sobutay, Bülent Gürbüz, Seda Gönen, Emre Balık, Dursun Buğra

P-212 Retrorektal Kitlelere Posterior Yaklaşım
Onur Bayram, Dursun Buğra

P-213 Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Deneyimimiz; Kısa Dönem Sonuçlarımız
Eyüp Murat Yılmaz, Erdem Barış Cartı, Altay Kandemir

P-214 Robotik Cerrahi Yardımlı Rektum Kanserinde Düşük Anterior Rezeksiyon ve Spesimenin Vaginal Yolla Çıkarımı
Tuğrul Çakır, Arif Aslaner

P-215 Robotik Rektum Cerrahisinde Robotik Staplerin Kullanımı Erken Dönem Sonuçları Etkiliyor mu?
Deniz Atasoy, Erman Aytaç, Volkan Özben, Onur Bayraktar, İlknur Erenler, Bilgi Baca, İsmail Hamzaoğlu, Tayfun Karahasanoğlu

P-216 Sıradışı Bir Perianal Lezyon: Hidradenoma Papilliferum Olgusu
Hasan Eroğlu, Deniz Necdet Tihan, Serkan Sarıkaya, Uğur Duman, Emrah Mehmet Bayam, Evren Dilektaşlı, Ayhan Hüseyin Kayaoğlu, Ahmet Bayer

P-217 Anal Kanalda Pilonidal Sinüs: Olgu Sunumu
Sedat Kamalı, Nazım Öztürk, Gülçin Harman Kamalı

P-218 Hemoroid Lastik Band Ligasyon Komplikasyonlarının Yönetimi: Masif Alt Gastrointestinal Kanama
Merter Gülen, Bahadır Ege

P-219 Hemoroid Hastalığının Cerrahi Tedavisinde Ferguson Hemoroidektomi
Fatih Çiftci, Turgut Anuk

P-221 Lazer Hemoroidopeksi Uygulamalarımız; İlk 25 Vaka'nın Erken Dönem Sonuçları
Mustafa M Kalfaoğlu, Tevfik Eker

P-222 Hemoroidektomide Enerji Cihazların Üstünlüğü
Yıldıray Dadük, Murat Karakoç

P-223 Hemoroidektomide Kullanılan Enerjı Cihazların Kullanılan Uç Yapıları ile Komplikasyonlar Arasındaki İlişki
Yıldıray Dadük, Murat Karakoç

P-224 İleri Evre Hemoroidlerde Stapler Hemoroidepeksi Tekniğinin Üstünlüğü
Yıldıray Dadük, Murat Karakoç

P-225 Ligasure Hemoroidektomi Klinik Sonuçlarının Ferguson Hemoroidektomi ile Karşılaştırılması
İlhan Ece, Hüseyin Yılmaz, Fahrettin Acar, Serdar Yormaz, Bayram Çolak, Mustafa Şahin

P-226 Nüks Perianal Abselerde Etkili Faktörler
Ali Sapmaz, Sencer Ergin, Ahmet Serdar Karaca

P-227 Fournier Gangreni Tedavisinde Vakum Yardımlı Kapama Sistemi
Mürşit Dincer, Gamze Çıtlak, Ekrem Ferlengez, Ahmet Kocakuşak, Hüda Ümit Gür, Mehmet Kulus, Muzaffer Akıncı

P-228 Fornier Gangreni ile Prezente 50 Olgunun Cerrahi Tedavi Sonuçları
Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı

P-229 Negatif Basınç Yardımlı Yara Örtüm Sistemlerine Ait Klinik Uygulamalarımız
Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan

P-230 İleri Evre Hemoroidal Hastalıkta Longo Tekniği
Ömer Faruk İnanç, Yunus Emre Altuntaş, Cem Batuhan Ofluoğlu, Abdulkadir Deniz, Önder Altın, Selçuk Kaya, Ayhan Çevik, Nejdet Bildik

P-231 Pilonidal Sinüs Zemininden Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom
Turgut Anuk, Şahin Kahramanca

P-232 Peri-Anal Bowen Hastalığı: Beş Olgunun Retrospektif Analizi
Ozan Akıncı, Fadime Kutluk, Süphan Ertürk, Serdar Yüceyar

P-233 Tailgut Kisti
Bülent Gürbüz, Serkan Zenger, Burçak Abbas Kabaoğlu, Mustafa Arısoy, Emre Balık, Dursun Buğra

P-234 Kronik Anal Fissürün Cerrahi Tedavisi: Lateral İnternal Sfinkterotomi (LİS) Sonuçlarımızın Değerlendirilmesi
Mustafa Fevzi Celayir, Evren Besler, Kinyas Kartal, Mert Tanal

P-235 Gelenekten Gelen Güven: Klasik Hemoroidektomi
Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, Mert Tanal, Mehmet Uludağ, Mehmet Mihmanlı

P-236 Erişkinde Retrorektal Yerleşimli Teratom
Veli Vural

P-237 Fournier Gangreninin Nadir bir Nedeni: Perineal Enfeksiyonla Prezente Olan Gebe Hasta, Olgu Sunumu
Öztekin Çıkman, Özkan Yılmaz, Necat Almalı, Osman Toktaş, Sebahattin Çelik, Celaleddin Soyalp, Canser Yılmaz Demir, Nurettin Yüzkat, Mahmut Baran Yerlikaya, Çağhan Pekşen, Fırat Aslan, Mehmet Çetin Kotan

P-239 Dev Anogenital Kondiloma Akuminatum (Buschke-Löwenstein Tümörü): Olgu sunumu
Yiğit Keleşoğlu, Engin Küçükdiler, Hüseyin Göbüt, Alp Yıldız, Sezai Leventoğlu

VİDEO BİLDİRİLER LİSTESİ

V-001 Kesici Alet Yaralanması Sonrası Sfinkter Hasarına Bağlı Gelişen Fekal İnkontinansın Adinamik Grasiloplasti ile Tedavisi; Olgu Sunumu ve Teknik Video
Fatma Ayça Gültekin, Ali Gençoğlu, Sezgin Mutlu, Eray Turan Seven, Yücel Karadere

V-002 Parastomal Hernide Laparoskopik Sugarbaker Tekniği ile Onarım; Olgu Sunumu ve Teknik Video
Fatma Ayça Gültekin, Eray Turan Seven, Yücel Karadere, Sezgin Mutlu, Ali Gençoğlu

V-003 Sigmoidoselin Eşlik Ettiği Rektosel Olgusunda Laparaskopik Ventral Mesh Rektopeksi; Olgu Sunumu ve Teknik Video
Fatma Ayça Gültekin, Sezgin Mutlu, Ali Gençoğlu, Eray Turan Seven, Yücel Karadere

V-004 Komplet Rektal Prolapsuslu Hastalarda Laparoskopik Rezeksiyon Rektopeksi ve Transanal Spesmen Ekstraksiyonu
Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dincer Ozgör, İsmail Ertugrul, Hüsamettin Bayraktar

V-005 Sağ Kolon Kanserinde "Top to Down-No Touch" Teknik ile Robotik Komplet Mezokolik Eksizyon
İsmail Ahmet Bilgin, Erman Aytaç, İlknur Erenler, Deniz Atasoy, Volkan Özben, Bilgi Baca, İsmail Hamzaoğlu, Tayfun Karahasanoğlu

V-006 Laparoskopik Meckel Divertikül Eksizyonu
Kamil Erözkan, Hasan Yaşar, Tayfun Yoldaş, Taylan Özgür Sezer, Cemil Çalışkan

V-007 Ülseratif Kolite Bağlı Gelişen Toksik Megakolonda Laparoskopik Subtotal Kolektomi
Fazıl Sağlam, Cemal Ulusoy, Burak Güney, Ali Alemdar, Hakan Güven

V-008 Robotik Sağ Hemikolektomi-Komplet Mezokolik Eksizyon
İlyas Kudaş, Ali Kılıç, Abdullah Şişik

V-009 Laparoskopi Yardımlı Robotik Kompleks Reoperatif Kolorektal Cerrahi
İsmail Ahmet Bilgin, Erman Aytaç, Afag Aghayeva, İlknur Erenler, Bilgi Baca, İsmail Hamzaoğlu, Tayfun Karahasanoğlu

V-010 Karmaşık Anal Sfinkter ve Perine Defektinin Cerrahi Tedavisi
Bülent Gürbüz, Serkan Zenger, Murat Pençe, Emre Balık, Dursun Buğra

IX. KOLOREKTAL CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ
BİLİMSEL PROGRAMI
16 Mayıs 2017, Salı

13.00 - 15.30 KURS 1: FEKAL İNKONTİNENS YÖNETİMİ

Kurs Koordinatörü: **Azize Karahan**

Eğitimci: **Susan Stelton**

Kursun Amacı:
Bu kursun amacı kursiyerlere fekal inkontinensin etiyolojisi, komplikasyonları, tıbbi ve cerrahi tedavisi ile ilgili genel bir bakış açısı kazandırmaktır.

Öğrenim Hedef(ler)i:
- Fekal inkontinensi tanımlar
- Bireylerde fekal inkontinens gelişme nedenlerini açıklar
- Fekal inkontinenste tıbbi değerlendirmenin nasıl yapıldığını açıklar
- Fekal inkontinensle ilgili komplikasyonları tanımlar
- İnkontinens yönetiminde cerrahi dışı yaklaşımları sıralar
- İnkontinens yönetiminde cerrahi yaklaşımları tartışır.

Kurs İçeriği:
- Giriş
- Tanımlar
- Fekal inkontinensi olan bireylerin değerlendirilmesi
- Fekal inkontinesle ilgili komplikasyonlar (İnkontinens alakalı dermatit dahil)
- Fekal inkontinenste psikososyal konular
- Fekal inkontinens yönetiminde cerrahi olmayan yaklaşımlar
- Fekal inkontinens yönetiminde cerrahi yaklaşımlar

15.30 - 16.00 Kahve Arası

16.00 - 18.15 KURS 2: KOMPLİKE YARALARIN YÖNETİMİ

Kurs Koordinatörü: **Deniz Harputlu**

Eğitimciler: **Mustafa Tahir Özer, Hatice Ayhan, Hülya Bulut, Özge Turhan, Deniz Harputlu, Ömer Arda Çetinkaya**

Kursun Amacı:
Bu kursun amacı kursiyerlere; açık abdomende yara yönetimi, komplike yaraların çevresinin korunması, komplike yaraların değerlendirilmesi, yara pansumanları ve negatif basınçlı yara pansumanı, komplike yaralarda enfeksiyon kontrolü konularında bilgi ve beceri kazanmalarını sağlamaktır.

Öğrenim Hedef(ler)i:
Bu kursun sonunda kursiyer;
- Açık abdomenin tedavi ve bakım yöntemlerini açıklar
- Komplike yaralarda, yara çevresinin korunmasının nasıl yapılacağını bilir
- Komplike yaraların değerlendirilmesini kavrar
- Komplike yaralarda kullanılan pansumanları analiz eder
- Negatif basınçlı yara pansumanında yenilikleri tartışır
- Komplike yaralarda enfeksiyon yönetimini tartışır

16.00 - 16.30	Komplike Yaralar: Açık Abdomen ve Yara Yönetimi	**Mustafa Tahir Özer**
16.30 - 16.50	Açık Abdomende Yara Çevresinin Korunması	**Hatice Ayhan**
16.50 - 17.10	Komplike Yaralar: Enfeksiyon Yönetimi	**Özge Turhan**
17.10 - 17.30	Komplike Yaralarda Pansumanlar	**Deniz Harputlu**
17.30 - 18.00	Negatif Basınçlı Yara Pansumanlarında Yenilikler	**Ömer Arda Çetinkaya**
18.00 - 18.15	Komplike Yaralarda Değerlendirme ve Kayıt	**Hülya Bulut**

18.30 - 19.00 AÇILIŞ TÖRENİ

19.00 - 20.00 AÇILIŞ KOKTEYLİ

17 Mayıs 2017, Çarşamba

08.00 - 08.45 AÇILIŞ KONFERANSI

Oturum Başkanı: **Ayişe Karadağ**

Kolorektal Hastalıklardan Korunma — **Sevilay Şenol Çelik**

08.45 - 10.00 PANEL 1: KOLOREKTAL KANSER YÖNETİMİNDE GELİŞMELER

Oturum Başkanları: **Dursun Buğra, Ayişe Karadağ**

Tanılama ve Tedavi — **Emre Sivrikoz**

Endoskopik Girişimler — **Volkan Tümay**

Bakımda Yenilikler — **Emine İyigün**

10.00 - 10.30 Kahve Arası

10.30-11.45 PANEL 2: KANITA DAYALI BAKIM

Oturum Başkanları: **Nalan Özhan Elbaş, Sevil Güler Demir**

Kanıtların Oluşum Serüveni — **Azize Karahan**

Stoma İçin Rehberler Ne Diyor — **Hatice Ayhan**

Yara İçin Rehberler Ne Diyor — **Hülya Bulut**

11.45 - 12.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 1

Oturum Başkanları: **Hatice Ayhan, Sercan Karadağ**

HS-001 **Stomaya Uyum Sürecinde Eşler Arasındaki İlişkinin Etik İlkeler Açısından İncelenmesi**
Zehra Göçmen Baykara, Aysel Hin, Emine Akar, Hülya Acarlar, Ayişe Karadağ, Sezai Leventoğlu

HS-002 **Kolorektal Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**
Dilek Gürçayır, Neziha Karabulut

HS-003 **Kolorektal Kanserlere Bağlı Stoma Açılan ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması**
Simay Akyüz, Sibel Erkal İlhan

HS-004 **Bağırsak Stoması Açılan Bireylerin Eşlerinin Yaşadıkları Sorunlar**
Gözde Türkmenoğlu, Ayişe Karadağ

HS-005 **Stoma Eşleri Nasıl Etkiler?**
Gözde Türkmenoğlu, Ayişe Karadağ

HS-006 **İleostomili Hastaların Yaşam Deneyimleri, Duygu ve Algıları Nitel Bir Çalışma**
Yasemin Akıl, Farma Eti Aslan

HS-007 **Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**
Banu Çevik, Ziyafet Uğurlu, Aysel Abbasoğlu, Azize Karahan, Çiğdem Saltan

HS-009 **Kolostomi ve İleostomisi Olan Hastalarda İbadet Gereksiniminin Karşılanma Durumu: Sistematik Derleme**
Burcu Duluklu, Sevilay Şenol Çelik

12.30 - 13.30 Öğle Yemeği

13.30 - 14.15 KONFERANS 2

Oturum Başkanı: **Fethiye Erdil**

13.30 - 14.15 Kanıtlar Işığında Kolorektal Cerrahide Beslenme Desteği — **İsmail Cem Eray**

14.15 - 15.30 PANEL 3: KOLOREKTAL CERRAHİ VE PSİKOSOSYAL YAŞAM

Oturum Başkanları: **Nalan Özhan Elbaş, Emine İyigün**

Beden İmajı (Kavramın Gelişimi, Kavramın İçeriği, Beden İmajının Yeniden Yapılanması) — **Duygu Hiçdurmaz**

Sosyal Yaşam (Rol, İlişkiler, İş) — **Hatice Karabulut**

Cinsel Yaşam — **Tümay İpekçi**

15.30 - 16.00 Kahve Arası

16.00 - 18.00 KURS 3: KOLOSTOMİ İRRİGASYONU

Kurs Koordinatörü: **Zehra Göçmen Baykara**

Eğitimciler: **Zehra Göçmen Baykara, Rabiye Cihan, Aysel Ören Hin**

Kursun Amacı:
Bu kursun amacı kursiyerlerin kolostomi irrigasyonu yapabilme bilgi ve becerisine sahip olmalarını sağlamaktır.

Öğrenim Hedef(ler)i:
Bu kursun sonunda kursiyer;
• Kolostomi irrigasyonun tanımını yapar
• Kolostomi irrigasyonu yapılabilecek hasta grubunu sıralar
• Kolostomi irrgasyonu yapılmaması gereken durumları açıklar
• Kolostomi irrigasyonunun yararlarını sıralar
• Kolostomi irrigasyonu için gerekli malzemeleri sıralar
• Kolostomi irrigasyonu işlem basamaklarını sıralar
• Kolostomi irrigasyonunu işlem basamaklarına uygun şekilde maket üzerinde uygular
• Kurumlarında uygun hasta grubuna kolostomi irrigasyonu yapma isteğini ifade eder

Kurs İçeriği:
• Kolostomi irrigasyonunun tanımı
• Kolostomi irrigasyonun uygulanabileceği ve uygulanamayacağı hasta grupları
• Kolostomi irrigasyonunun avantajları/dezavantajları
• Kolostomi irrigasyonu için hastanın hazırlığı
• Kolostomi irrigasyonu işleminin uygulanması (CD, maket ve hasta üzerinde)
• Kolostomi irrigasyonunun sosyal yaşam üzerine etkisi
• Dünya'da ve Türkiye'de kolostomi irrigasyonu uygulama durumu
• Dünya'da ve Türkiye'de kolostomi irrigasyonu ile ilgili yapılan araştırmalar

18 Mayıs 2017, Perşembe

08.00 - 09.00 KONFERANS 3: YÜKSEK ÇIKTILI STOMALAR VE FİSTÜL YÖNETİMİ

Oturum Başkanı: **Sevilay Şenol Çelik**

Yüksek Çıktılı Stomalar ve Fistül Yönetimi — **Susan Stelton**

09.00 - 10.00 VAKA OTURUMU 1: YÜKSEK ÇIKTILI STOMALAR VE FİSTÜL YÖNETİMİ

Oturum Başkanı: **Ayişe Karadağ, Derya Karakaya**

Konuşmacılar: **Aysel Ören Hin, Sercan Karadağ, Ceylanım Üçer, Yasemin Akıl**

10.00 - 10.30 Kahve Arası

10.30 - 11.30 PANEL 4: İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARININ YÖNETİMİ

Oturum Başkanları: S**ümer Yamaner, Fethiye Erdil**

Tanılama ve Tedavi — **İsmail Cem Eray**
Bakımda Yenilikler — **İkbal Çavdar**
Hasta Deneyimleri

11.30 - 12.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 2

Oturum Başkanları: **İkbal Çavdar, Zehra Göçmen Baykara**

HS-010 **Evde Hemşirelik Bakımının Peristomal Cilt Komplikasyonlarının İyileştirilmesine ve Yaşam Kalitesine Etkisi**
Deniz Harputlu, Süheyla Altuğ Özsoy

HS-011 **Mukokutanöz Ayrışmada Etkin Yara Yönetimi ve Stoma Bakımı Birlikteliği: Olgu Sunumu**
Halime Aydın, Mustafa Öncel

HS-012 **Girişimsel Hemoroid Tedavisi Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Konstipasyon Sorunu ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi**
Burcu Opak Yücel, Mevlüde Karadağ, Melek Balcı

HS-013 **Kolostomili Kastalarda Koku Sorunu ve Hemşirelik Bakımı: Literatür İncelemesi**
Mesude Yılmaz, Seher Ünver

HS-014 **Peristomal Cilt Komplikasyonları Yönetimi Algoritması'nın Geliştirilmesi ve Kullanımının Değerlendirilmesi**
Ayişe Karadağ, Hülya Bulut, Ali Ay

HS-015 **Marshmallow Tüketiminin Stoma Debisi Üzerine Olan Etkisi: Olgu Sunumu**
Gözde Türkmenoğlu, Ceren Soytürk, Emre Balık, Serkan Zenger, Seda Gönen, Handan Doğan, Dursun Buğra

HS-016 **Bir Stomaterapi Ünitesinde İzlenen Stomalı Hastaların Stoma Bölgesi İşaretlenmesinin Komplikasyon Durumuna Etkisi**
Zehra Göçmen Baykara, Ali Ay, Ayişe Karadağ, Aysel Ören Hin, Emine Akar, Hülya Acarlar, Sezai Leventoğlu, Seval Hanönü

HS-017 **Peristomal Apse Yönetimi: Olgu Sunumu**
Emine Üstünova, Havva Raziye Vural, Ebru Kırbıyık, Onur Bayraktar, Afag Aghayeva, Deniz Atasoy, Volkan Özben, Bilgi Baca

HS-018 **Rektum Tümörü Cerrahisi Sonrası Gelişen Açık Karın ve Enteroatmosferik Fistülün Yönetimi-Olgu Sunumu**
Suna Ekmekcioğlu Uçar, Selver Şentürk, İnanç Şamil Sarıcı, Azamet Cezik, Musa Diri, Zeynep Betül Yıldız, Mustafa Uygar Kalaycı

HS-019 **Vaka Yönetimi; Stoma Cilt Koplikasyonlarından Biri Olan Peristomal Akut İrritan Kontakt Dermatitte Stoma Bakımı**
Asya Pelit, Esra Çelebi, Esra Kutlu Yalçın, Bahtıgül Kalkavan, Halime Aydın, Mustafa Öncel

HS-020 **Kompleks Bir Enterokutanöz Fistülde Hemşirelik Bakımı**
Songül Muratoğlu, Güler Vesek, Mehmet Üstün, Bülent Çalık, Gökhan Akbulut

12.30 - 13.30 Öğle Yemeği

13.30 - 15.30 KURS 4: KOMPLİKE STOMALARIN YÖNETİMİ

Kurs Koordinatörü: **Sevil Güler Demir**

Eğitimci: **Susan Stelton**

Kursun Amacı:
Bu kursun amacı, kursiyerlere yüksek çıktılı stomalar ve fistüllere yönelik tanımları, etiyolojik faktörleri, komplikasyonları ve yönetimi ile genel bir bakış açısı kazandırmaktır.

Öğrenim Hedef(ler)i:
Bu kursun sonunda kursiyer;
• Yüksek çıktıyı tanımlar
• Fistülü tanımlar
• Yüksek çıktılı stomaya ve fistüle neden olan etmenler tanımlar
• Bazı bağırsak fistüllerini açıklar
• Yüksek çıktılı stoma ve fistül ilişkili problemleri sıralar
• Yüksek çıktılı stomaların ve fistüllerin drenajına yönelik stratejiler geliştirir

Kurs İçeriği:
• Giriş
• Tanımlar
• Yüksek çıktılı stomaların ve fistüllerin etiyolojif faktörleri
• Yüksek çıktılı stomalarda ve fistüllerde gelişebilecek komplikasyonlar
• Yüksek çıktılı stomalarda ve fistüllerde psiko-sosyal konular
• Yüksek çıktılı stomaların ve fistüllerin yönetimi

15.30 - 16.00 Kahve Arası

16.00 - 17.00 VAKA OTURUMU 2: KOMPLİKE STOMALAR

Oturum Başkanları: **Fatma Cebeci, Hatice Karabulut**

Konuşmacılar: **Meral Altunsoy, Hanife İnç, Gözde Türkmenoğlu, Halime Aydın**

19 Mayıs 2017, Cuma

08.00 - 09.00 PANEL 5: KOLOREKTAL CERRAHİ İLİŞKİLİ YARALARDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Oturum Başkanları: **Nevin Kanan, Hülya Bulut**

Yara Yatağının Hazırlanması — **Serdar Yüceyar**

Yara Bakım Ürünleri — **Deniz Harputlu**

Yarada Antimikrobiyal Kullanımı — **Özge Turhan**

09.00 - 10.00 KONFERANS 4

Oturum Başkanı: **Azize Karahan**

Negatif Basınçlı Yara Kapama — **Osman Yüksel**

10.00 - 10.30 Kahve Arası

10.30 - 11.15 KONFERANS 5

Oturum Başkanı: **Türkan Özbayır**

Kolorektal Cerrahide Ağrı Yönetimi — **Sevilay Erden**

11.15 - 12.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 3

Oturum Başkanları: **Duygu Hiçdurmaz, Sevilay Erden**

HS-008 **Stoması Olan Bireylerin Cinsel Doyum ve Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi**
Emel Sütsünbüloğlu, Fatma Vural

HS-021 **Stoma ile Kaliteli Bir Uyku Mümkün mü?**
Deniz Harputlu, Deniz Talaz, Sercan Karadağ, Deniz Cenan, Filiz Öğce

HS-022 **Stoma Açılan Hastaların Taburculuk Öncesi Anksiyete Düzeylerinin ve Nedenlerinin Belirlenmesi**
Semra Bağrıaçık Altıntaş, Fatma Vural

HS-023 **İleostomi ve Kolostomisi Olan Hastaların Uyku Kalitesinin İncelenmesi**
Zeynep Temiz, İkbal Çavdar, Ayfer Özbaş, Meral Altunsoy, Nuray Akyüz, Fatma Yasemin Kutlu

HS-025 **Endoskopik Sünger (Endo-sponge©) Uygulamasında Hasta Bakımı**
Tuğçe Gökçen, Emre Balık

HS-026 **Stoma Bakım Hemşiresinin Kolorektal Cerrahideki Yeri ve Öneminin Ardışık İki Ayrı Dönemde Retrospektif Karşılaştırmalı İncelemesi**
Songül Muratoğlu, Güler Vesek, Mehmet Üstün, Gökhan Akbulut, Cengiz Aydın

HS-027 **Kolorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığı Nasıl Olmalıdır?**
Emel Sütsünbüloğlu, Fatma Vural

HS-028 **Kolorektal Cerrahi Vakalarında İndosiyanin Yeşili Kullanımına İlişkin Deneyimlerimiz**
Melek Taş, Ezgi Yıldırım Kalender, Nigar Bayraktar Aksoy, Onur Bayram, Emre Balık, Dursun Buğra, Ayişe Karadağ

HS-029 **Stomalı Hastalarda Vakum Sistemli Yara Bakım Örüntülerinin Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı**
Fatma Suakan, Nurgül Koç, Hatice Binbir, Cengiz Tavusbay

HS-030 **Kolorektal Cerrahi Hemşireliğinde İnovatif Bir Yöntem: Web Tabanlı Eğitim**
Semra Bağrıaçık Altıntaş, Fatma Vural, Enver İlhan

HS-031 **Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi Yapılmalı mı?**
Serap Sayar, Fatma Vural

HS-032 **Tersiyer Bir Hastanede Stoma Bakımı Ünitesinin Fonksiyonelliği**
Fatma Suakan, Nurgül Koç, Hatice Binbir, Cengiz Tavusbay

HS-033 **YOİHD Etkinlikleri: Basınç Ülserini Durduralım!**
Zehra Göçmen Baykara, Hülya Bulut, Sevil Güler Demir, Aysel Ören Hin, Sercan Karadağ, Derya Karakaya, Pınar Avşar, Dilek Aktaş, Ayişe Karadağ

HS-034 **Steroid Kullanımının Peristomal Cilt Komplikasyonları ile Ilişkisi: Olgu Sunumu**
Zehra Göçmen Baykara, Aysel Ören Hin, Gülcan Eyüboğlu, Hülya Acarlar, Sezai Leventoğlu

HS-035 **Yeni Açılan Stomaterapi Ünitesinin Stomalı Hastaların Memnuniyetine Etkisi**
Birgül Ödül Özkaya

12.30 - 13.30 Öğle Yemeği

13.30 - 15.30 KURS 5: STOMA BÖLGESİNİN BELİRLENMESİ VE İŞARETLENMESİ

Kurs Koordinatörü: **Deniz Harputlu**

Eğitimci: **Susan Stelton**

Kursun Amacı:
Bu kursun amacı, kursiyerlere fekal ve üriner stomalarda stoma bölgesini belirlemeye ve işaretlemeye yönelik bir bakış açısı geliştirmektir.

Öğrenim Hedef(ler)i:
Bu kursun sonunda kursiyer;
• Cerrahi süreç kapsamında preoperatif dönemde stoma bölgesinin işaretlenmesinin önemini açıklar
• Stoma bölgesini işaretlemenin cerrahi açıdan değerini anlar
• Preoperatif dönemde stoma bölgesinin belirlenmesinin hasta için yararını kavrar
• "Normal" bir abdomene sahip hastanın stoma bölgesini belirler
• Çeşitlik değişikliklere uğramış abdomene sahip bireyde doğru stoma bölgesini belirler
• Stoma bölgesinin nasıl işaretleneceğini anlar
• Kötü yerlerde açılmış stomalarda gelişen komplikasyonlara örnekler verir
• Bu komplikasyonlara yönelik alınacak önlemleri sıralar

Kurs İçeriği:
• Giriş
• Preoperatif dönemde stoma bölgesinin işaretlenmesinin yararına ilişkin literatür
• Stoma bölgesini belirleme teknikleri
• Çeşitlik değişikliğe uğramış abdominal hatta uygulanacak teknikler
• Kötü açılmış stomalarda bakım

15.30 - 16.00 Kahve Arası

16.00 - 17.30 VAKA OTURUMU 3: KOMPLİKE YARA

Oturum Başkanları: **Nalan Özhan Elbaş, Deniz Harputlu**

Konuşmacılar: **Halime Aydın, Derya Karakaya, Gülnur Gümbelek, Yasemin Akıl, Hülya Acarlar**

18.30 - 19.00 ÖDÜL VE KAPANIŞ TÖRENİ

19.30 - 23.00 BARBEKÜ PARTİSİ VE GRUP KORD VOKAL KONSERİ

20 Mayıs 2017, Cumartesi

08.00 - 08.45 KONFERANS 6

Oturum Başkanı: **Sevilay Şenol Çelik**

Kolorektal Cerrahide Etik Sorunlara Yaklaşım **Zehra Göçmen Baykara**

08.45 - 12.00 KURS 6: ARAŞTIRMA-YAYIN-SUNUM

Kurs Koordinatörü: **Emine İyigün**

Eğitimciler: **Erdem Karabulut, Sevil Güler Demir**

Kursun Amacı:
Kursiyerlerin araştırma planlama, yayın ve etkili sunum hazırlama ile ilgili bilgi ve beceri kazanmasıdır.

Öğrenim Hedef(ler)i:
Bu kursun sonunda kursiyer;
• Bir araştırmanın planlanmasındaki süreçleri sıralar
• Konu seçiminin nasıl yapılacağını açıklar
• Seçilen konuya uygun problem tanımını yapar
• Araştırma konusuna uygun yöntemi seçer
• Veri toplama sürecinin aşamalarını sıralar
• İstatistiksel analiz yöntemleri için alanında uzman kişi ile birlikte çalışır
• Araştırma raporunun yazılması için gerekli süreci açıklar
• Araştırmanın yayına dönüştürülmesi süreci için gerekli adımları açıklar
• Etkili sunum hazırlama ilkelerini açıklar
• Etkili sunum yapmada yararlanılacak teknikleri sıralar

Kurs İçeriği:
• Araştırma planlama, konu seçimi ve problemi tanımlama
• Yöntem seçimi ve veri toplama süreci
• Uygun istatistiksel analiz yöntemlerinin belirlenmesi
• Bulgular ve tartışma
• Araştırma raporunun yazılması ve yayınlanması
• Etkili sunum hazırlama ve yapma teknikleri

IX. KOLOREKTAL CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

POSTER BİLDİRİLER LİSTESİ

HP-001 Peristomal Akut irritan Kontakt Dermatitte Foley Sonda ile Stoma Çıktısının Yönetimi: Olgu Sunumu
Halime Aydın, Mustafa Öncel

HP-002 Popüler Bir Uygulama Haline Gelen Endo Sponge Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı
Arzu Doruk, Birgül Ödül Özkaya, Pınar Yıldırım, Halil Alış

HP-005 Parastomal Ayrışmada Komplikasyon Yönetimi ve Stoma Bakımı Olgu Sunumu
Halime Aydın, Mustafa Öncel

HP-006 Vaka Yönetimi: Adaptör Çapının Stoma Çapından Çok Büyük Kesilmesine Bağlı Peristomal Bölgede Oluşan Cilt İrritasyonu
Halime Aydın, Mustafa Öncel

HP-007 Zor Bir Stomanın Yönetimi: Olgu Sunumu
Aysel Ören Hin, Zehra Göçmen Baykara, Gülcan Eyüboğlu, Emine Akar, Sezai Leventoğlu

HP-009 Jejunostomi Çevresi Cilt İrritasyonunun Stoma Torba Adaptör Sistemi ile Peristomal Alan Yönetimi Olgu Sunumu
Halime Aydın, Mustafa Öncel

HP-010 Kolorektal Ameliyat Sonrası Oral Mukozit Gelişen Hastalarda Hemşirelik Bakımı
Birgül Ödül Özkaya, Arzu Doruk, Pınar Yıldırım, Leyla Günay, Halil Alış

HP-011 Adenokarsinom Dışı Kolorektal Vakada Karın Yarası: Olgu Sunumu
Meral Altunsoy, Zeynep Tunç, Metin Keskin

HP-013 Stoma Yönetimi
Zehra Esin Gencer

HP-015 Rahim İçi Araç Çıkarılırken Meydana Gelen Nekrotizan Fasiit Sonrası VAC Uygulanan, İleostomisi ve Kolostomisi Olan Hastada Hemşirelik Yaklaşımı
Birgül Ödül Özkaya, Ayşegül Küçük, Asiye Gül

HP-016 Bagetli Stomada Bakım ve Önemi
Hanife İnç

HP-017 Stomalı Hastada Eğitimin Önemi: Olgu Sunumu
Melike Bala, Murat Çakır

HP-018 Olgu Sunumu; Stoma Prolapsusu Olan Hastada Ameliyata Hazırlık Döneminde Özellikli Stoma Bakımı
Halime Aydın, Mustafa Öncel

HP-019 Stomalı Bireylerde Mahremiyet: Hassas Bir Konu
Zehra Göçmen Baykara, Dilek Aktaş

HP-020 Açık Karında Stoma ve Yara Bakımı: Olgu Sunumu
Türkan Özbayır, Fatma Susam Özsayın, Fatma Suakan, Turan Acar

HP-022 Stoma Kapatılması Sonrasındaki Sorunları Biliyor muyuz?
Dilek Aktaş, Sema Koçaşlı

HP-024 Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Olan Bir Olgunun Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı Planlaması
Hatice Başaran

HP-025 Etkin Bakım için Eğitim Rehberleri
Zehra Esin Gencer, Özlenen Özkan

HP-026 Fournier Gangreninde Hemşire Bakımının Önemi
Fatma Suakan, Nurgül Koç, Hatice Binbir, Cengiz Tavusbay

HP-027 Kolorektal Cerrahide Psikososyal Sorunlara Yaklaşım
Gönül Küçük

HP-029 Peristomal Cilt Problemi Gelişen İleostomili Hastanın Tedavi ve Bakımı
Gülnur Gümbelek, Fuat Aksoy, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar

HP-030 Stoma Prolapsusu Gelişen Hastanın Tedavi ve Bakımı
Kader Cızoğlu, Gülnur Gümbelek, Özgen Işık, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar

SEÇİLMİŞ SÖZEL BİLDİRİLER

SS-001
Kolorektal Kanserlerde Yeterli Lenf Nodu Sayısı İçin Çıkarılacak Kolon-Rektum Segmentinin Belirli Bir Uzunluğu Olmalı mı?: Retrospektif Çok Merkezli Bir Çalışma

Orhan Üreyen[1], Fazıl Sağlam[2], Atahan Acar[3], İlker Kızıloğlu[1], Ali Alemdar[2], Murat Kemal Atahan[3], Emrah Dadalı[1], Cemal Ulusoy[2], Serkan Karaisli[3], Can Aydın[2], Enver İlhan[1], Hakan Güven[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Metastatik olmayan kolorektal kanserlerde temel prognostik faktörlerin başında lenf nodu metastazı olup olmadığı yer almaktadır. Doğru evreleme yapılabilmesi için en az 12 lenf nodu çıkarılması önerilmektedir. Ancak birçok yazar artmış lenf nodu sayısının evrelemeyi daha doğru tahmin edeceğini savunsa da halen doğru evreleme için minimum lenf nodu sayısı tartışmalıdır. Lenf nodu durumu, TNM sınıflaması ile hastalığın evresini belirlemede ve postoperatif adjuvant kemoterapi tedavi protokolü oluşturulmasında anahtar rol oynamaktadır. Ayrıca 5 yıllık genel sağkalım ve hastalıksız sağ kalım Evre I-II de % 75 üzerinde iken; nodal tutulum varlığında % 40-60'lara düşmektedir. Lenf nodunun durumu yaş, tumor yerleşim yeri, cerrahi tipi, cerrah ve patolog deneyimi, patolojik özellikler ve çıkarılan kolon segmetinin uzunluğuna bağlıdır. Son zamanlarda yapılan farklı çalışmalarda çıkarılan kolon segmenti ile lenf nodu ilişkisi araştırılmış ve yeterli lenf nodu eksizyonu için belirli bir kolon-rektum uzunluğu olması üzerinde yoğunlaşılmıştır. Biz de çalışmamızda kolorektal kanserde doğru lenf nodu evrelemesi için çıkarılacak kolon-rektum segmentinin belirli bir uzunluğuğu olmalı mı,olmalı ise ne kadar olmalı? sorularını araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Üç farklı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2011-Haziran 2016 tarihleri arasında acil yada elektif olarak ameliyat edilen kolorektal kanserli olgular çalışmaya dahil edildi. Olgular yeterli lenf nodu diseksiyonu (Grup I=en az 12 lenf nodu) ve yetersiz lenf nodu çıkarılan (Grup II=12'nin altında lenf nodu sayısı) gruplar açısından; yaş, cinsiyet, tumor yerleşim yeri, çıkarılan kolon-rektum uzunluğu, çıkarılan lenf nodu sayısı, metastatik lenf nodu sayısı, TNM, grade vb. faktörler ele alınarak dosya ve elektronik verileri dikkate alınarak değerlendirildi. Palyatif cerrahi uygulanan (kolostomi açılan olgular), peritonitis karsinomatozalı olgular, metastatik olgular, verilerin tamamına ulaşılamayan olgular, farklı segmette senkron tumor varlığı çalışma dışı bırakıldı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi-İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı(Başvuru tarihi: 08/02/2017 Başvuru no 20, 15/02/2017 tarih ve karar no:1)

Bulgular:
Çalışmamıza 379 olgu dahil edildi. Yaş ortalaması 63,82±12,11 idi. Çıkarılan total kolon-rektum uzunlu ortalaması 25,77±13,96), çıkarılan lenf nodu sayısı ortalaması 20,39±12,37, metastatik lenf nodu sayısı ortalaması 2,03±3,83, ortalama tümör boyutu 4,50±2,14 cm idi. Yeterli lenf nodu sayısına göre bakıldığında 72(%19) olguda 12'nin altında lenf nodu çıkarıldığı saptandı. En az 12 lenf nodu çıkarılması ile ilişkili faktörlere bakıldığında operasyon şekli (p:0,001), tümör yerleşim yeri (p:0,004), Tümör T evresi (p:0,002), lenf nodunda metastaz durumu (p:0,008) ve hastalığın evresi (P:0,041) ile ilişkili bulundu. Hastalığın T evresi (p:0,004), N evresi, çıkarılan kolon-rektum uzunluğu (p: <0,001) ve çıkarılan lenf nodu sayısı (p: <0,001) tümörün yerleştiği bölgeye göre değişmekteydi. Çıkarılan total kolon-rektum uzunluğunun(P:) ve çıkarılan lenf nodu sayısının(n) metastatik lenf nodu varlığını etkilemediği görüldü (p sırasıyla 0,865 ve 0,052 idi). Ancak çıkarılan lenf nodu sayısının metastatik lenf nodu evresi ile ilişkili olduğu görüldü. Çıkarılan total kolon-rektum uzunluğuna göre anterior rezeksiyonda Grup II'de boyut 18,00±7,41 cm Grup I'de 22,28±7,68 cm (p:0,150); Low Anterior rezeksiyonda Grup II ve Grup I'de sırasıyla 18 (52-9) ve 21,75 (63-6) cm (p:0.0280); Miles operasyonu yapılanlarda Grup II ve Grup I'de sırasıyla 28 (36,5-22,5), 30 (85-17,5) cm (p:0,968); sağ hemikolektomide Grup II ve Grup I'de sırasıyla 21 (39-10), 25 (125-12) cm (p:0,449); sigmoid + sol hemikolektomide yine sırasıyla Grup II ve Grup I'de 20 (46-9), 25,5 (145-10)cm (p:0,025) idi. Tüm segmentlerin genel ortalamasına göre bakıldığında Grup II'nin ortalaması 20 (aralık 52-9) cm, Grup I'in ise 24 (145-6) olup aralarında anlamlı farklılık mevcuttu(P: 0,003). Cut-off değerine bakıldığında en az 22 cm kolon- rektum segmenti çıkarıldığında 12 ve üzerinde lenf nodu çıkarılabilme ihtimali anlamlı idi(P:0,005) Tümör boyutu cut-off değerine göre bakıldığında 3,7 cm üzerindeki tümörlerde yeterli lenf nodu çıkma olasılığı anlamlı olarak yüksekti (p <0,001). Çıkarılan total kolon-rektum uzunluğu ile acil ve elektif cerrahi yapılması arasında ilişki saptanmaz iken(p:0,256), çıkarılan lenf nodu sayısı elektif cerrahide anlamlı olarak yüksek idi (p: 0,013). Multivaryans lojistik regresyon analizinde en az 12 lenf nodu çıkarılmasıyla ilişkili faktörlere bakıldığında; Anterior Rezeksiyon (P:0,003 ve Odss ratio:4,542), Sağ Hemikolektomi (P:0,001ve Odss ratio:4,11), T3 tümörler (P:0,027 ve Odss ratio:6,6), T4 tümörler (P:0,009 ve Odss ratio:9,9) ve artan kolon-rektum uzunluğu(P: 0,009 ve Odss ratio:1,043) ilişkili bulundu.

Sonuç:
Çalışmamız sonucunda çıkarılan kolon-rektum segmentinin en az 22 cm olması durumunda 12 ve üzerinde lenf nodu çıkarılması muhtemeldir. Ayrıca çalışmamızda çıkarılan lenf nodu sayısı lenf nodlarında metastaz olup olmadığını değiştirmediğini ancak çıkarılan lenf nodu sayısı arttıkça metastatik lenf nodu sayısının arttığını ve N evresinin değiştiğini gördük. Bu veri bize çıkarılan lenf nodu sayısı ne kadar fazla ise evrelemenin o kadar güvenilir olduğunu ve dolayısıyla yeterli uzunlukta kolon rektum segmentinin çıkarılması gerekliliğini gösterdi.

SS-002
Kolorektal Kanserde Yeni Nesil Sekanslamayla (NGS) Yapılan Moleküler Genetik Tetkiklerin Klinikopatolojik Bulgularla İlişkisi

Ahmet Rencüzoğulları[1], Atıl Bişgin[2], Kıvılcım Eren Erdoğan[3], Figen Doran[3], Orçun Yalav[1], İbrahim Boga[2], Özge Sönmezler[2], İsmail Cem Eray[1], Ömer Alabaz[1]
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Adana
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç:
Yeni nesil sekanslama (NGS), çoklu gen panellerinin çalışılmasına imkan sağlamakta, bu sayede saptanan somatik mutasyonlara yönelik hastaya özgü tedavi protokollerinin belirlenmesinde altın standart haline gelmektedir. Bu çalışmada kolorektal kanserli olgularda moleküler genetik tetkik sonuçları ile hastaların klinikopatolojik bulguları arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:
01.08.2016 - 30.12.2016 tarihleri arasında patolojik olarak malignite leri konfirme edilip küratif ya da palyatif amaçlı cerrahi uygulanan kolorektal kanser tanısı almış hastalar çalışmaya dahil edildi. Formaline fikse parafine gömülü tümör örneklerinde KRAS, NRAS, KIT, BRAF, PDGFRA, ALK, EGFR, ERBB2, PIK3CA, ERBB3, ESR1 ve RAF1 genlerini içeren gen paneli (GeneReader NGS System, Qiagen) çalışılmıştır. Bulgular: Kolon (n=16) ve rektum (n=6) kanseri nedeniyle opere edilen ve ortalama yaşı 54 olan 22 hastanın tümör örnekleri analiz edildi. Kolon kanserli hastaların %56,25'inde EGFR, KRAS, KIT, ERBB2, KIT ve PIK3CA (n=9) genlerinde patojenik varyant saptanırken, rektum kanserli olguların yarısında (n=3) EGFR, KRAS ve ERBB2 genlerinde klinik olarak anlamlı varyantlar tespit edildi. Klinik olarak özellikli dört kolon kanseri vakamızdan üçünde uzak metastaz varken, bir olguda da lokal ileri evre hastalık mevcuttu. Bu dört vakanın üçünde birden çok gende patojenik varyantlar saptanırken bir olguda da EGFR geninde daha önce tanımlanmamış ve klinik önemi bilinmeyen (c.2184+19GA>A) varyant tespit edilmiştir.

Sonuç:
NGS sistemleri son beş yılda rutin klinik uygulamalarda yer edinmeye başlamış olup hasta sağaltımı açısından da özellikle kanser alanında ön plana çıkmıştır. Adjuvan tedavi protokollerinin moleküler genetik tetkik sonuçları gözetilerek planlanması ve yüksek riskli olarak identifiye edilen hastaların yakın takibi daha iyi onkolojik sonuçlarla ilişkili olabilir.

SS-003
Abdominoperineal Rezeksiyon Uygulanan Distal Rektum Kanserlerinde Konvansiyonel ile Ekstralevator Tekniklerin Sağkalım Analizi

Emre Sivrikoz, Cemal Ulusoy, Fazıl Sağlam, Sedat Kamalı, Ali Alemdar, Giray Yavuz, Yavuz Eryavuz, Hakan Güven
Gastrointestinal Cerrahi Servisi, Genel Cerrahi Kliniği, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Distal yerleşimli rektum kanserlerinde konvansiyonel abdominopelvik rezeksiyonların sağkalım oranlarını arttırmak amacıyla ekstralevator planın kullanılması önerilmektedir. Kliniğimizdeki uygulamalar karşılaştırmalı olarak değerlendirildi.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde gastrointestinal cerrahi servisi kurulmasını takiben 06/2013 tarihinden itibaren onkoloji konseyinde abdominoperineal rezeksiyon (APR) ile tedavisi planlanan distal rektum kanserlerinde ekstralevator (ELAPE) tekniğin kullanılması benimsenmiş ve uygulanmıştır. Uygulamanın etkinliğini değerlendirmek amacıyla 2010-2016 yılları arasında APR uygulanan hastaların demografik ve klinik özellikler, patolojik özellikler, ameliyat sonrası 30 gün komplikasyonların Clavien-Dindo sınıflaması, mortalite, hastanede kalış süresi, 5-yıllık genel ve hastalıksız sağkalım verileri retrospektif olarak derlenmiş ve konvansiyonel ile ELAPE teknikleri karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

Bulgular:
Toplamda 19 hastaya konvansiyonel APR, 29 hastaya ELAPE uygulandı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, neoadjuvan tedavi ve laparoskopik rezeksiyon açısından anlamlı fark izlenmedi ($p>0.05$). T-evresi, N-evresi ve çevresel cerrahi sınır açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Ameliyat sonrası 30 günlük komplikasyonlar, mortalite ve hastanede kalış süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Genel ve hastalıksız 5-yıllık sağkalım verileri konvansiyonel APR (%51 ve %34) ve ELAPE (%47 ve %30) açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla $p=0.578$ ve $p=0.360$). Çok değişkenli Cox-regresyon analizi ile benzer sonuçlar saptandı (sırasıyla $p=0.998$ ve $p=0.680$).

Sonuç:
Kliniğimizde abdominoperineal rezeksiyon ile tedavi edilen distal rektum kanseri olgularında ELAPE ile konvansiyonel APR tekniği arasında kısa ve uzun dönem sonuçlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ELAPE tekniğinin kullanımına paralel olarak distal rektum kanseri olgularının sıklığında bir artış gözlenmektedir, ancak sağkalım sürelerinin düşüklüğü bu kanserlerin onkolojik tedavisinde daha etkin tedavilere ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

SS-004
Lokal İleri Evre Rektum Tümörlerinde, Neoadjuvan Kemoradyoterapi Sonrası Elde Edilen Regresyonun Derecelendirilmesi Uzun Dönem Takip Sonuçlarını Etkiliyor mu?

Adem Bayraktar[1], Cemil Burak Kulle[1], Emre Sivrikoz[2], Metin Keskin[1], Gülçin Yeğen[3], Emre Balık[4], Dursun Buğra[4], Yılmaz Büyükuncu[1], Türker Bulut[1]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[4]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Çalışmamızda, neoadjuvan kemoradyoterapi tedavi almış orta ve distal yerleşimli ileri evre rektum tümörlerinde, cerrahi tedavi sonrası histopatolojik olarak değerlendirilen tümör regresyon derecesinin uzun dönem onkolojik sonuçlar üzerine olan etkisini değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
Çalışmamıza İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı B Servisi'nde, Ocak 2005 ile Aralık 2012 tarihleri arasında, biyopsi ile histopatolojik olarak primer rektum tümörü tanısı kanıtlanmış, neoadjuvan kemoradyoterapi tedavisi almış, orta ve distal yerleşimli 248 rektum tümörlü olgu dahil edilmiştir. Tanı anında evre 4 hastalık olan olgular, senkron kolorektal tümörler, proksimal yerleşimli tümörler, kısa dönem neoadjuvan tedavi uygulanan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Neoadjuvan tedavi sonrası patolojik incelemede, tedaviye yanıtın değerlendirilmesi amacı ile patoloji bölümü tarafından rutin olarak kullanılan tümör regresyon değerlendirme ölçeği "Dworak" sınıflamasıdır. Olgular, patoloji raporlarından elde edilen regresyon skorlarına göre [Regresyon skoru (RS) 1,2,3 ve 4] gruplandırıldı ve demografik veriler, klinik veriler ve uzun dönem sonuçlarına açısından istatistiksel analizi yapıldı. Ayrıca tam regresyon elde edilmeyen (RS 1-2-3) olgular Grup-1, tam regresyon elde edilen (RS 4) olgular Grup-2 olarak sınıflandırılarak ikinci bir istatistiksel analiz daha yapıldı.

Bulgular:
RS 1, 2, 3 ve 4 olan olgular kendi aralarında ayrı ayrı değerlendirildiklerinde; demografik veriler ve tümör yerleşimi açısından gruplar arasında fark saptanmadı (p>0.05). Patolojik risk faktörleri irdelendiğinde lenf nodu invazyonu dışında fark görülmedi (Tablo 1). Uzun dönem takiplerde genel sağ kalım ve hastalıksız sağ kalım açısından gruplar arasında fark bulunmadı (p=0.47 ve p=0.45). Ayrıca sistemik metastaz açısından benzer oranlar mevcut iken (p=0.15), lokal nüks regresyon skoru düşük olan hastalarda yüksek bulundu (p=0.04).

Tam regresyon elde edilmeyen (Grup 1: RS 1-2-3) ve tam regresyon elde edilen olgular (Grup 2: RS4) olarak yapılan değerlendirme de değerlendirilerek ayrı bir istatistiksel analiz daha yapıldı. Demografik veriler ve tümör yerleşimi açısından gruplar benzer bulundu (p>0.05). Patolojik risk faktörlerine bakıldığında lenf nodu invazyonu ve çevresel cerrahi sınır negatifliği Grup 2'de istatiksel olarak düşük bulundu (Tablo 2). Uzun dönem takiplerde Grup 1 ve Grup 2 arasında 5 yıllık sağ kalım (p=0.287) ve 5 yıllık hastalıksız sağ kalım (p=0.230) oranları arasında fark bulunmadı. Beş yıllık takiplerde lokal nüks oranı Grup 2 de istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük saptandı (p=0.041); ancak uzak organ metastazı oranı benzerdi (p=0.153).

Sonuç:
RS 1, 2, 3 ve 4 olan olgular kendi aralarında ayrı ayrı değerlendirildiklerinde; lenf nodu invazyonu dışında fark görülmedi. Tam regresyon elde edilmeyen (Grup 1: RS 1-2-3) ve tam regresyon elde edilen olgular (Grup 2: RS4) olarak yapılan değerlendirmede lenf nodu invazyonu ve çevresel cerrahi sınır negatifliği Grup 2'de istatiksel olarak düşük bulundu. Beş yıllık takiplerde lokal nüks oranı Grup 2 de istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük saptandı (p=0.041); ancak uzak organ metastazı oranı benzerdi (p=0.153). Çalışmamızda patolojik tam yanıt olmadığı sürece regresyon skorunun 1-2-3 olması (derecelendirlmesinin) kısa ve uzun dönem onkolojik sonuçları anlamlı olarak etkilemediğini göstermektedir. Ancak tam regresyonun elde edilmesi her ne kadar sağkalımı olumlu olarak etkilemese de, lokal nüks oranını düşürmektedir. Bu sonuçlar kolorektal cerrahların ve onkologların neden tam regresyon oranını artırmak istediğini ortaya koymaktadır.

Patolojik risk faktörleri

	RS 1	RS 2	RS 3	RS 4	p - değer
Lenf Nodu İnvazyonu	21(38,2)	37(45,1)	20(43,5)	2(3,1)	<0,001
İnkomplet mezorektum	22(40)	28(34,1)	15(32,6)	18(27,7)	0,560
Pozitif DCS	1(1,8)	1(1,2)	2(4,3)	0(0)	0,344
Pozitif ÇCS	5(9,1)	6(7,3)	4(8,7)	0(0)	0,118

RS: Regresyon skoru DCS: Distal cerrahi sınır ÇCS: Çevresel cerrahi sınır Parantez içerisindeki değerler yüzdelik oranları belirtmektedir.

Patolojik risk faktörleri

	RS 1-2-3 (n=183)	R4 (n=65)	p- değer
Lenf nodu invazyonu	78(42,6)	2(3,1)	<0,001
İnkomplet mezorektum	65(35,5)	18(27,7)	0,286
Pozitif DCS	4(2,2)	0(0)	0,575
Pozitif ÇCS	15(8,2)	0(0)	0,014

RS: Regresyon skoru DCS: Distal cerrahi sınır ÇCS: Çevresel cerrahi sınır Parantez içerisindeki değerler yüzdelik oranları belirtmektedir.

SS-005
Crohn Hastalığı'nda Cerrahi Sonuçlara Etki Eden Faktörler: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deneyimi

Metin Keskin[1], Cemil Burak Kulle[1], Aziz Bora Karip[2], Recep Erçin Sönmez[1], Emre Balık[3], Ali Akyüz[1], Necmettin Sökücü[1], Yılmaz Büyükuncu[1], Türker Mehmet Bulut[1]
[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*
[3]*Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç:
Crohn Hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan olgularda ameliyat öncesi ve sonrası klinik tabloları belirlemek, seçilen cerrahi yaklaşımları ortaya koymak, cerrahi sonrası kısa ve uzun dönem sonuçları değerlendirmek amaçlandı. Gereç-Yöntem: 2006 – 2014 yılları arasında Crohn Hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 112 olgunun demografik veriler, alışkanlıklar (sigara kullanımı), tutulum şekli ve yeri, ameliyat öncesi komplikasyonlar, ameliyat öncesi medikal tedavi uygulaması (immünsüpresif ilaçlar, antibiyotik, total parenteral nütrisyon (TPN) kullanımı), preoperatif radyoloji ve endoskopik girişimler (perkutan drenaj), yapılan ameliyat, morbidite ve mortalite, nüks ve uzun dönem takip sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. Bu verilere, hastaların cerrahi kliniğinin yanısıra gastroenteroloji klinik yatış dosyaları ve poliklinik takip kayıtları incelenerek ulaşılmıştır.

Bulgular:
Olguların 64'ü (% 57.1) erkek, 48'i (%42.9) kadındı. Hastaların 61'inde (%54.5) sigara kullanımının olduğu saptandı. Hastalığın yerleşim yeri olguların 95' inde (%84.8) ileoçekal bölgede, 6'sında (%5.4) kolonda, 5'inde (%4.5) perianal bölgede, 3'ünde (%2.7) ince barsakdaydı ve 2'sinde (%1.8) senkron tutulum (ileoçekal bölge+ince barsak, ileoçekal bölge+kolon) mevcuttu. Ayrıca olguların 23' ünde (%20.5) gastrointestinal sistem dışı tutulum olduğu görüldü. Tutulum şekli hastaların 72'sinde (64,3) fistülizan, 26'sında (%23,2) tıkayıcı (striktür) ve 14'ünde (%12,5) inflamatuar tipteydi. Ameliyat öncesi, olguların 35'inde (%31.2) total parenteral beslenme ve 83'ünde (%74.1) antibiyotik uygulaması yapıldığı tespit edildi. Elliiki (%46.4) olguda ameliyat öncesi batın içi abse olduğu ve bu olgulardan yalnız 22 (%19. 6)'sine görüntüleme eşiliğinde perkutan drenaj yapıldığı belirlendi. Yapılan cerrahi girişimler irdelendiğinde, hastaların 99'u (%88.4) elektif şartlarda ameliyat edildi. Olguların 94'ünde (%83.9) açık cerrahi teknik kullanılırken, 22 (%19.6) hastaya stoma açıldı. Erken dönem takiplerde morbidite 28 (%25) hastada izlenirken, mortalite görülmedi. Uzun dönem takiplerinde 17 (%15.2) olguda nüks saptanmıştır. Olguların 85 (%75.9)'i remisyonda olarak takip edilmektedir. İstatiksel analizlerde cinsiyetin, sigara, preoperatif steroid, biyolojik ajan, çoklu immünsüpresif ilaç ve antibiyotik kullanımının ameliyat sonrası dönemde gelişen komplikasyonlar üzerine etkili olmadığı gösterildi (p=0,380, p=241, p=0.380, p=491, p=0.682 ve 0,608). Ameliyat öncesi dönemde medikal tedavi süresi kısa olan hastalarda komplikasyon oranının daha yüksek olduğu görüldü (p=0.017). Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık yaşının komplikasyonlar üzerine etkisi olmadığı belirlendi (p=0.549 ve p=0.479). Ayrıca sigara kullanmayan hastalarda total parenteral beslenme uygulamasının anlamlı olarak daha fazla yapıldığı saptandı (p=0.37). Ancak sigara içiminin nüks ve ilaç değişimine etkili olmadığı tespit edildi (p=0.790 ve p=0.220). Stoma açılmasına etki eden faktörlerin steroid kullanımı, çoklu ilaç kullanımı ve geçirilmiş komplikasyonlar olduğu saptandı (p=0.008, p=0.016 ve p<0.001). Preoperatif antibiyotif kullanımının abse gelişen veya abse nedeniyle perkutan drenaj yerleştirilen hastalarda daha sık görüldü (p<0.001 ve p=0.002). Ameliyat sonrası dönemde hastalık nüksüne etki eden faktörlere bakıldığında ameliyat öncesi dönemde absesi olan olgularda (abseye perkutan drenaj yapılmış olsa da) nüks oranının daha fazla olduğu gösterildi (p=0.006 ve p=0.022). Diğer ameliyat öncesi ve sonrası faktörlerin nüks üzerine etkili olmadığı görüldü.

Sonuç:
Çalışmamızda ameliyat öncesi uzamış medikal tedavinin stoma açılma riskini arttırdığı görülmüştür. Ameliyat sonrası dönemde nüks üzerine etkili tek faktörün ise ameliyat öncesi dönem batın içi abse varlığı olduğu tespit edildi. Gerek ameliyat öncesi gerekse sonrası değerlendirilmesi gereken bir çok faktör mevcuttur. Crohn Hastalığının cerrahi ve medikal tedavi modaliteleri her geçen gün daha karmaşık bir hal almakta ve olgular multidisiplener yaklaşım ile değerlendirilmektedir.

SÖZEL BİLDİRİLER

SB-001
Kolorektal Kanserde Resistin ve Visfatinin Tanısal ve Prognostik Değeri

Duygu Altınok[1], Wafi Attaallah[2], Salih Demircioğlu[2], Nihal Üren[3], Medeni Arpa[4], Özgür Baykan[5], Emel Ergul[3], Ender Dulundu[2], Şevket Cumhur Yeğen[2]
[1]SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği, Van
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Kocaeli
[4]RTE Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Rize
[5]Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Balıkesir

Amaç:
Farklı kanser türlerinde serumda artmış olarak gösterilen adipositokinlerden olan resistin ve visfatinin kolorektal kanser hastalarındaki kan serum seviyeleri ve bunun tümör dokusu ile olan ilişkisi ve bu bağlamda her iki adipositokinin kolorektal kanser hastalığındaki tanısal ve prognostik değeri araştırılmıştır

Gereç-Yöntem:
Prospektif olarak yapılan bu çalışmaya daha önce kanser ameliyatı geçirmemiş, neoadjuvan kemo-radyoterapi tedavisi almamış,147 kolorektal kanser hastası ile sosyo-demografik özellikleri ve vücut kitle indeksleri (VKİ) açısından benzer özellikler taşıyan 66 sağlıklı gönüllü kişi alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireylerden aydınlatılmış onamları alınmıştır. Kolorektal kanser tanılı hastalardan kan örneği ameliyat öncesinde; sağlıklı gönüllülerden ise 8 saatlik açlık sonrası sabah saat 08:00-10:00 aralığında alınmış ve her iki grubun da serumları ayrılarak -80 derin dondurucuda saklanıp, daha sonra serum visfatin ve resistin seviyeleri Elisa yöntemi ile ölçülmüştür. Serum visfatin ve resistin düzeyleri ölçümü ile eş zamanlı bu adipisitokinlerin düzeyini etkilediği için serum glikoz ve crp ölçümleri de yapılmıştır. Her iki grubun değerleri karşılaştırılmıştır. Hasta grubunun ameliyat ile çıkarılan patoloji spesimenlerinden patolog eşliğinde tümör ve tümörden uzak sağlam doku olmak üzere taze doku örneği alınmış -80 derin dondurucuda saklanmış ve daha sonra bu dokularda resistin ve visfatin RNA ekspresyon düzeyleri çalışılmıştır.

Bulgular:
Tek merkezde yapılan bu çalışmaya 147 kolorektal kanser tanılı hasta (hasta grubu) ile 66 sağlıklı gönüllü kişi (kontrol grubu) alınmıştır.
Araştırma sonucunda serum resistin ölçümlerinde kolorektal hasta grubunda, sağlıklı gönüllülere göre ciddi bir artış izlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p< 0,0001$). Serum visfatin seviyeleri ciddi oranda ölçülebilir düzeylerin altında bulunmuştur, bu nedenle hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır.
Çalışmanın ikinci aşamasında yapılan kolorektal kanser tanılı tümör dokusu ve tümör içermeyen normal kolorektal doku resistin ve visfatin RNA ekspresyon çalışmalarında ise; Her iki adipositokinin kanser dokularında aynı hastaların normal kolon dokularına göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde doku ekspresyonlarının artmış olduğu ($p;0,0001$), böylece serumdaki artışın kaynağının tümör dokusu olduğu ilk kez gösterilmiştir. Alt grup incelemelerinde özellikle rektum kanseri hastalarında kolon kanseri hastalarına göre istatistiksel olarak artmış resistin seviyeleri görülmüştür. Tümör evresi ve lenf nodu ile resistin seviyeleri arasındaki ilişkiye bakıldığında tümör evresi ile istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon izlenmemekle birlikte, lenf nodu pozitif olan kolon kanserli hastalarda istatistiksel olarak anlamlı biçimde resistin seviyelerinin arttığı görülmüştür.($p:0,008$). Hasta grubu içinde yer alan metastatik hastalığa sahip olanlar da kendi grupları içinde değerlendirilmiş ancak serum resistin düzeylerinin tümörün metastatik özelliğiyle korelasyonu olmadığı görülmüştür

Sonuç:
Araştırmamızda kolorektal kanser tanılı hastalarda serum resistin seviyesindeki artışın; kanser dokusunda artmış olan resistin ekpresyonu ile açıklanabileceği ve böylece resistinin kolorektal kanserde tanısal ve prognostik değeri olan yeni bir biyolojik belirteç olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Serum visfatin seviyesi, ölçüm zorluğu nedeniyle, günlük pratikte visfatinin biyolojik belirteç olarak kullanılamayacağını düşündürmesine karşın; farklı çalışmalarda serumda tespit edilen visfatinin de kaynağının tümör dokusu olduğu,tümör dokusunda artmış visfatin ekspresyon düzeyi ile araştırmamızda gösterilmiştir. Ayrıca kolorektal kanserde ilk kez tümör dokusunda resistin ve visfatin ekspresyonunun sağlıklı dokuya göre ciddi oranda artmış tespit edilmesi, hastalığın etiyoloji ve tedavisinde bu iki adipositokin üzerinden yeni bilimsel araştırmalarında gerekliliğini ortaya koymuştur

SB-002
Kolorektal Kanser Hastalarında Serum Prolidaz Aktivitesi ve Oxidatif Stres Durumunun Değerlendirilmesi: Prospektif Çalışma

Sezgin Zeren[1], Zülfü Bayhan[1], Fatma Emel Koçak[2], Cengiz Koçak[3], Fatma Uçar[4], Faik Yaylak[1], Uğur Kesici[5], Mustafa Cem Algın[1]
[1]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya
[2]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Kütahya
[3]Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kütahya
[4]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğit. ve Araş.Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Bölümü, Ankara
[5]Beykent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanserlerde prognozu ve tedavinin başarıya ulaşmasını belirleyen en önemli faktörler erken teşhis ve hücresel düzeydeki oksidatif-antioksidatif dengedir. Kanserli hücrelerin olduğu canlılarda hücre döngüsü çok hızlıdır ve yoğun miktarda bağ dokusu yıkımı yapımı vardır. Özellikle bu süreçte yer alan matriks metalloproteinaz ailesinden olan prolidaz enzimi yara iyleşmesi, anjiogenezis, karsinogenezis ve inflamasyon sürecinde majör bir rol üstlenir. Dolayısıyla serum prolidaz aktivitesi (SPA) tayini ile kolorektal kanserlerde preoperatif dönemde değerli bir tanı koydurucu biomarker olabileceğini araştırdık. Bunun yanında kolorektal kanserin

patofizyolojisine bakıldığında oksidatif ve antioksidatif durumların arasındaki denge bozulmuştur. Hücrelerin yoğun oksidatif strese maruz kaldığı ortaya konmuştur. Bu oksidatif maddeleri ortamdan uzaklaştırılmak için bir çok antioksidan yolları kullanmaktadır. Çalışmamızda oksidan artık ürünlerden biri olan ve lipid peroksidasyonu sonucu ortaya çıkan malondialdehit (MDA) ve antioksidan bir enzim olan ve oksidan metabolitleri ortamdan uzaklaştıran katalaz enzim seviyelerini tespit ettik. Kolorektal tanısı almış preoperatif dönemdeki hastalarda tanıda SPA değerini ve bunun MDA ve Katalaz seviyeleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık. Literatürde kolorektal kanserlerde SPA, MDA ve Katalaz değerlerinin tümör boyutu ve evresi ile değerlendiren bir çalışma olması nedeniyle ilktir.

Gereç-Yöntem:
Bu prospektif randomize çalışma 2016 yılında Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim dalı-Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulandı. Çalışmanın etik kurul izni Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Çalışmalar Yerel Etik Kurulundan alınmıştır. Tüm hastalardan çalışma öncesi ayrıntılı şahsi onam alınmıştır. Çalışmamıza toplamda 80 katılımcı olup 40 tanesi histopatolojik olarak kolorektal kanser tanısı konmuş hasta grubu ve 40 tane yaş-cinsiyet açısından karşılık gelen sağlıklı bireylerden oluşmuştur. Kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, romatolojik hastalıkları olanlar, daha önceden kanser tanısı alanlar, nüks kanser hastaları, aktif kemoterapi veya radyoterapi alanlar, steroid tedavisi altında olanlar, 18 yaşından küçük olanlar ve gebeler çalışma sonuçlarını etkileme riski nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Hastalardan preoperatif dönemde ameliyattan 1 gün önce gece açlığı sonrası sabah saatlerinde SPA, MDA ve katalaz incelemesi için numuneler toplandı. Biyokimyasal değerlendirme sonrası sonuçlar istatiksel olarak analiz edildi.

Bulgular:
Hasta grubunda ve sağlık birey grubunda sırasıyla yaş ortalaması 58.9 ve 58.2 bulundu.Hastaların demografik özellikleri ve klinik verileri Tablo-1 de detaylıca özetlenmiştir. Serum MDA ve SPA değerleri anlamlı olarak kolorektal kanserli hastalarda yüksek bulunmuştur. Katalaz bunlarla korele izlenmemiştir. Ayrıca SPA ve MDA seviyeleri tümör boyutu ve T evresi arttıkça korele olarak lineer bir şekilde artmıştır (Tablo-2). Roc analizine göre SPA değerlerinin kolorektal kanser tanısı koymadaki sensitivitesi 97,5% ve spesifitesi 100% olarak tespit edilmiş ve kesim değeri (cut-off value) 40.1 mU/ml bulunmuştur.

Sonuç:
Bu prospektif çalışmada SPA, MDA ve katalaz değerleri kolorektal kanser tanısı alan hastalar ve sağlıklı bireylerde incelenmiştir. Bunun yanında bu parametrelerin tümörün evresi, lenf nodu tutulumu ve tümörün çapı ile birlikteliği değerlendirilmiştir. Serbest oksijen radikalleri organizmalarda özellikle intraselüler hasara sebebiyet vermektedir. Lipid peroksidasyonları metabolitleri özellikle direkt DNA kromozal hasarına ve karsinogenezis gelişimine neden olamaktadır. Bu noktadan hareketle çalışmamızda oksidan bir madde olan MDA ve antioksidan bir enzim olan katalaz seviyelerini inceledik. Özellikle MDA değerlerinin kolorektal tanılı hastalarda oksidatif yükü gösterdiğini ve tümörün büyüklüğü ve lenf nodu tutulumu ile arttığını ortaya koyduk. Kolon kanseri patofizyolojisinde bağdokusunda hücre yapım-yıkımı çok hızlıdır. Bu oluşum içinde düzey kısıtlayıcı enzim olarak prolidaz aktivitesi bu dengeyi gözetmektedir. Kolorektal kanserli hastalarda yoğun bir hücre yapım-yıkım faaliyetleri olduğu için serum prolidaz aktivitesinin tayinin kolorektal kanserlerde değerli bir biomarker olabileceği durumunu preoperatif tanı anında değerlendirerek inceledik. Sonuçta yaptığımız analizler doğrultusunda kolorektal kanserli hastalarda oksidatif durumun arttığı ve SPA nın belirgin olarak tümör boyutu ile ilişkliğini ortaya koyduk. Bunların arasında bir korelasyon tespit ettik. Oksidan maddeleri uzaklaştıran katalaz seviyesi için anlamlı bir sonuç elde edemedik. Bununda muhtemelen onkolojik hastalardaki kısmi immun sistem depresyonu ile antioxidan enzimlerin yeterli düzeyde efektivite sağlayamaması ile ilişkili olabileceğini düşündük. Çalışmamımızın katılımcı sayısının çok olmaması kısıtlayıcı bir durum olup, daha büyük serilerde yeni çalışmalar için ışık tutacağı inancındayız.

Tablo 1

Yaş	58,9±11,6
Vücut Kitle İndeksi	28,9±5,5
TÜMÖR LOKALİZASYONU	n
Sağ Kolon	10
Transvers Kolon	2
Sol Kolon	5
Sigmoid Kolon	10
Rektum Tm	13
Tümör Büyüklüğü (çapı)	3,1 (2,2-4,9)
EVRE (Stage)(TNM)	n
1	1
2	13
3	19
4	7
Tümörün T kategorisi	n
T1	4
T2	9
T3	23
T4	4
Operatif Prosedür	n
Laparoskopik	15
Konvansiyonel	25
Neoadjuvan Tedavi Öyküsü	n
Hayır	36
Evet	4

Kolorektal Kanser Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Verileri Özeti

Tablo 2

Parametreler	Hasta Grubu n:40	Kontrol Grubu n:40	p değeri
MDA (nmol/mL)	75,4	22,5	<0,001
Katalaz (k/mL)	0,013	0,009	0,288
Prolidaz (mu/mL)	78	21,4	<0,001

Kolorektal Kanserli Hastalar ve Sağlık Bireylerin MDA, Serum prolidaz aktivitesi ve katalaz değerlerin,n karşılaştırılması

SB-003
Sağ ve Sol Kolon Kanserleri Arasındaki Klinikopatolojik Farklılıklar

Ferman Tevfik Özyalvaç, Turgut Tunç Eren, İhsan Metin Leblebici, İbrahim Ali Özemir, Özgür Ekinci, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Kolon kanseri (KK) ülkemizde ve dünyada sık görülen tümörler arasındadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda sağ KK ve sol KK'nin farklı tümör antiteleri olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Çalışmamızda bu tümörlerin klinikopatolojik prognostik parametreler açısından farklılıklarının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:
2011-2015 yılları arasında KK tanısıyla ameliyat edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Transvers kolon orta kesimi "orta nokta" olarak kabul edilerek sağ KK ve sol KK olmak üzere iki alt gruba ayrılan olguların ameliyat öncesi laboratuvar değerleri ile ameliyat sonrası patolojik inceleme sonuçları kayıt edildi. İstatistiksel incelemeler için Student's t, Mann Whitney U, Pearson chi-squared, Fisher's exact ile Fisher-Freeman-Halton testleri kullanıldı ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışma grubundaki 126 hastanın 68'i (%54) erkek, 58'i (%46) kadın olup ortalama yaş 68.08±12.65 saptandı. Ameliyat öncesi ortalama hemoglobin değerleri; sağ KK grubunda 10.71±1.77 mg/dl, sol KK grubunda 11.78±2.05 mg/dl olarak ölçüldü (p=0.002). Ortalama hematokrit değerleri ise sağ KK'de %33.44±5.01, sol KK'de %36.03±5.75 saptandı (p=0.008). Sağ KK'nde ortalama trombosit sayımı 322.83±107.40 ×103/mm3 iken sol KK'nde 275.03±95.74 ×103/mm3 ölçüldü (p=0.01). Ortalama c-reaktif protein değerleri sağ KK ve sol KK hastalarında sırasıyla 2.71±2.44 mg/L ve 2.04±3.08 mg/L hesaplandı (p=0.03). Patolojik incelemeler sonucunda diseke edilen ortalama lenf nodu sayısı sağ KK hasta grubunda 19.44±9.31 iken sol KK grubunda 16.37±7.28 olarak gözlendi (p=0.01). T evreleri değerlendirildiğinde; T4 tümörler sağ KK grubunda %31.3 ve sol KK grubunda %8.1; T2 tümörler ise sağ KK grubunda %4.7 ve sol KK grubunda %19.4 oranında saptandı (sırasıyla; p=0.001 ve p=0.011).

Sonuç:
Bu araştırmada sağ KK'nin sol KK'inden daha ileri T evresinde tanı aldığı ve bazı perioperatif prognostik belirteçlerinin anlamlı derecede farklı olduğu saptandı.

SB-004
Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonrası Komplikasyon ve Mortaliteyi Öngörmede Transtiretinin Yeri Olabilir mi?

Haldun Gündoğdu[1], Kübra Yılmaz Şentürk[2], Bahadır Osman Bozkırlı[3], Murat Alışık[4], Ömer Yazıcıoğlu[1], Ramazan Sarı[1], Furkan Savaş[1]
[1]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara*
[2]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ankara*
[3]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara*
[4]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya, Ankara*

Amaç:
Preoperatif dönemdeki beslenme bozukluğunun kolorektal kanserler (KRK) için yapılan büyük ameliyatlardan sonraki komplikasyonları ve mortaliteyi artırdığı kanıtlanmıştır. Beslenme durumunu saptamak için önerilen yöntemlerden biri NRS-2002 skorunu hesaplamak, laboratuvar parametrelerinden de en hassas olarak kabul edilen transtiretin (prealbumin) düzeyine bakmaktır. KRK ameliyatları sonrası komplikasyon ve mortalite oranlarını öngörmede transtiretin düzeylerinin değerini araştırmak üzere bir çalışma planlandı.

Gereç-Yöntem:
Etik kurul onayı ile Ağustos 2005 ile Aralık 2015 arasında KRK nedeniyle ameliyat edilen ve tüm kayıtları prospektif olarak tutulan hastaların verileri üzerinde çalışıldı. Preoperatif transtiretin düzeylerini ve postoperatif komplikasyonları etkileyecek yandaş problemleri olan hastalar dışlandı. NRS-2002 skoru 3'den büyük ve preoperatif transtiretin düzeyi normalin altında olan tüm hastalara oral süplemanlarla nütrisyon desteği verildi. Postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süresi ve 30 günlük mortalite değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 235 hasta üzerinde çalışıldı. Transtiretinin düşük olması postoperatif komplikasyon [OR: 6,932 (4,135-11,623)] ve mortalite [OR: 9,588 (3,289-27,944)] riskini anlamlı olarak artırdı. Nütrisyon desteğine rağmen postoperatif transtiretin düzeyleri normalin altındaki hastalardaki komplikasyonlar, transtiretini yükselen hastalara göre daha fazlaydı [OR:6,932 (4,135-11,623)]

Sonuç:
Preoperatif transtiretin düzeyi KRK ameliyatlarından sonraki komplikasyon ve mortalite riskini öngörmek için uygun bir gösterge olabilir ve ayrıca nütrisyon desteğinin etkinliğini denetlemek için de kullanılabilir.

SB-005
Kolonoskopik İncelemeye Bağlı Gelişen Komplikasyonlar; Bir cerrahi Kliniğinin 10 Yıllık Deneyimi

Hacı Hasan Abuoğlu, Mehmet Gençtürk, Emre Günay, Erkan Özkan, Mehmet Onur Gül, Tolga Münip Müftüoğlu
İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Kolonoskopi tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılan etkili, invaziv bir işlemdir. İşlem sonrası geçici gastrointestinal semptomlar (ağrı, distansiyon vs.) sık olarak görülmesine rağmen nadirde olsa ciddi komplikasyonlara ve mortaliteye sebep olabilir (1). Kolon perforasyonu, kanama, splenik yaralanma gibi komplikasyonlar hastanın hayatını tehdit eden, acil tanı ve tedavi gerektiren, ciddi komplikasyonlardır. Bu çalışmanın amacı, kolonoskopik inceleme sırasında oluşmuş komplikasyon oranlarımızı, tanı konulma süreleri ayrıca komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalite oranlarımızı belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Endoskopi ünitesinde 1 Ocak 2007- 1 Ocak 2017 tarihleri arasında kolorektal sistem endoskopisi yapılan hastalar hastanenin merkezi bilgi işlem sistemi kullanılarak retrospektif incelendi. Hastanemiz cerrahi endoskopi ünitesinde işlemler kolorektal cerrahi ile ilgilenen sertifiye genel cerrahi uzmanları yada genel cerrahi gastroenteroloji yandal uzmanları tarafından yapılmaktadır. Endoskopi ünitesinde 10 yıllık sürede yapılan toplam tanısal ve girişimsel kolonoskopi ve rektosigmoidoskopi sayıları, komplikasyon gelişen hastalar tespit edildi. Hastaların demografik özellikleri, komplikasyonların lokalizasyonu, tanı zamanı, ameliyata alınma süreleri, uygulanan cerrahi girişim ve postoperatif takipleri kaydedildi.

Bulgular:
On yıllık süre zarfında endoskopi ünitemizde 9100 kolonoskopi, 3700 rektosigmoidoskopi olmak üzere toplam 12800 kolorektal sistem endoskopisi yapıldı. Toplam 10 hastada yapılan işlem sonrası komplikasyon gelişti. Bu hastaların 1 tanesinde splenik yaralanma, 1 tanesinde polipektomi sonrası kanama, 8 hastada ise iatrojenik kolon perforasyonu gelişti. Toplam 6 hastada cerrahi müdahale gerektiren iatrojenik kolon perforasyonu gelişirken 2 hasta iatrojenik kolon perforasyon tanısıyla yatırılarak takip edildi. Hastaların 6› sı kadın, 4› ü erkek olup yaş ortalaması 63.9 (48-83 yaş) bulundu. 7 hastada endoskopik inceleme esnasında iatrojenik kolon perforasyonu fark edilmiştir. 1 hastada ise endoskopik inceleme esnasında iatrojenik kolon perforasyonu fark edilememiş taburcu edilmiştir. Hastanın işlemden 48 saat sonra acilimize başvurması sonrası yapılan fizik muayene ve radyolojik değerlendirmesi sonrası iatrojenik kolon perforasyonu tanısı konmuştur. Beş hastaya erken, 1 hastaya geç dönemde laparotomi yapıldı. Tüm uygulamalar göz önüne alındığında iatrojenik kolon perforasyon oranı %0.06 splenik yaralanma ve kanama oranları %0.007 bulundu. İatrojenik kolon perforasyonu gelişen ve erken laparotomi yapılan tüm hastalarda morbidite ve mortalite gelişmezken geç laparotomi yapılan bir hastada gecikmiş laparotomiye bağlı sepsis ve mortalite saptanmıştır.

Sonuç:
Kolonoskopik işlemlere bağlı komplikasyon oranları düşük olmakla birlikte, geliştiğinde ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilirler. Komplikasyonların erken tanısı hayat kurtarıcı olabilir. Bu sebeple işlem sonrasında hastalar değerlendirilerek komplikasyon şüphesi olanlar yakın takibe alınmalıdırlar.

Kolonoskopi ve rektosigmoidoskopi sırasında komplikasyon gelişen hastaların demografik özellikleri, tanı ve takip prosedürleri

yaş	cinsiyet	lokalizasyon	tanı ve tanı şekli	tanı konma süresi ve varsa ameliyat zamanı	tedavi	sonuç
67	K	Sigmoid Kolon	Perforasyon-Bilgisayarlı tomografi	< 12saat	Takip	Şifa
48	K	Rektum (Polipektomi)	Alt Gastrointestinal Kanama- Rektal tuşe	< 12saat	Takip	Şifa
53	K	Splenik fleksura	Splenik yaralanma-Bilgisayarlı Tomografi	>12 saat (48. saat)	Splenektomi	Şifa
76	K	Sigmoid Kolon	Perforasyon-Bilgisayarlı Tomografi	>12 saat (48. saat)	Hartman prosedürü	Postop 4. gün ex (sepsis)
83	E	Sigmoid Kolon	Perforasyon-Kolonoskopi esnasında	< 12saat (1. saat)	Primer Onarım	Şifa
63	E	Rektosigmoid	Perforasyon-Kolonoskopi esnasında	< 12saat	Takip	Şifa
68	K	Sigmoid Kolon	Perforasyon-Kolonoskopi esnasında	< 12saat (2. saat)	Primer Onarım	Şifa
59	K	Sigmoid Kolon	Perforasyon-Kolonoskopi esnasında	< 12saat (2. saat)	Primer Onarım	Şifa
58	E	Sigmoid Kolon	Perforasyon-Kolonoskopi esnasında	<12 saat (1.saat)	Primer Onarım	Şifa
64	E	Sigmoid Kolon	Perforasyon-Kolonoskopi esnasında	<12 saat (1.saat)	Primer Onarım	Şifa

SB-006
S.B.Ü. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesinde Son İki Yılda Yapılan Alt Gastrointestinal Sistem Stent Uygulamaları ve Sonuçları

Savaş Bayrak, Hasan Bektaş, Ekrem Çakar, Şükrü Çolak, Bünyamin Gürbulak
S.B.Ü. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanserlerin tedavisindeki bir çok gelişmeye rağmen hastaların %8-29'u akut kolonik obstürüksiyon ile başvurmaktadır. Malign sebeblere bağlı tıkanıklığın acil cerrahisi sonrası morbidite(%40-50) ve mortalite (%15-20) elektif cerrahi sonrasına göre anlamlı derecede daha fazladır. Kolorektal cerrahi sonrası birdiğer sorun anastomoz darlıklarıdır. Gerek tıkanıklık, gerekse anastomoz darlıklarına bağlı klinik durumlarda yapılacak acil cerrahi girişimlerin morbidite ve mortaliteyi arttıracağı açıktır. Bu noktada kolonik stent uygulamaları her geçen gün artan sıklıkla yapılmaktadır(1-6). Kliniğimizde son 2 yılda yapılan kolonik stent uygulamaları incelenmiş ve sonuçlarımız paylaşılmıştır.

Materyal:
Bu süre içerisinde 23 hastaya alt gastrointestinal sistem stent uygulaması yapılmıştır. 11(%47.82)hasta kadın 12(%52.17) hasta erkek olup yaş ortalaması 69.5dır. İşlemlerin 18(%78.26)sıne akut mekanik intestinal obstrüksiyon sebebi ile işlem yapılmışken 5(%21.73) ne ise anastomoz darlığı sebebiyle işlem yapılmıştır. Tıkanıklık düzeylerinin, 1(%5.55)'i transvers kolon, 1(%5.55)'i inen kolon, 9(%50.0)'u sigmoid kolon, 2(%11.11)'si rektosigmoid alan, 5(%27.77)'i rektum ve 5'inin de kolorektal anastomozda olduğu gözlendi. Stentleme işlemlerinin 5(%21.73) inde öncesinde 1 i balon, 4 ü ise buji ile dilatasyon işlemleri uygulanmak zorunda kalındı. Böylece acil şartlarda başvuran 6'sı sigmoid, 2'si rektosigmoid kolon tıkanıklığı olan 8 vakanın elektif şartlarda opere olmaları sağlanmıştır. Rektosigmoidde stentleme işlemlerinin 1'inde sekizince günde stent anal kanaldan düştü. Bu hastaya ikinci kez stent konulma işleminde perforasyon meydana geldi.Toplamda 23 işlemin 2(%8.69) sinde perforasyon meydana geldi. Bu perforasyonlardan biri akut mekanik intestinal obstrüksiyon ile diğeri ise anastomoz darlığı sebebi ile stentleme işlemi uygulanmak istenmişti. Her iki hastada acil şartlarda opere edilerek tedavi edildiler. Hiçbir işlem sonrasında mortalite olmadı.1 hastaya ilk seferde stentin tam olarak doğru yere bırakılamaması nedeniyle ayını seansda ikinci bir stent takıldı. 3 hastaya birden fazla kez stentleme işlemi yapıldı. 2'sinde sebeb stent düşmesi iken, 1 inde stentleme sonrası 5. günde stent kaynası ve endoskopun da geçememesi üzerine ikinci kez stent konuldu. Bu hasta rektum tümörü sebebiyle opere edilmiş ve ileostomi kapatılması öncesinde kontrol kolonoskopisinde anastomoz darlığı tespit edilmişti. Bu işlemden 10 gün sonra da stentlerin yine kayması üzerine stentler çıkartıldı ve 3. bir stent takıldı.Bu işlem sonrası da hastaya buji ile dilatasyon yapılması gerekmişti.

Sonuç:
Endoskopik stent uygulamaları cerrahi pratiğinde her geçen gün artan sıklıkla yapılmaktadır. Kolorektal cerrahi ile uğraşan genel cerrahların da bu uygulamayı yapabilmeleri ve işlem sırasında meydana gelebilecek komplikasyonları tanıyıp bunlarla mücadele edebilmelidirler. Balon veya buji ile dilatasyon ile ilk planda stent takılamayacağı düşünülen vakaların da stentlemeye uygun hale gelebileceğini görmekteyiz. Ayrıca endoskopi eğitimi sırasında endoskopik stent uygulamalarına verilen önemin daha da arttırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

1. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. Br J Surg.1994;81:1270–1276
2. Tekkis PP, Kinsman R, Thompson MR, Stamatakis JD. Association of Coloproctology of Great Britain, Ireland. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland study of large bowel obstruction caused by colorectal cancer. Ann Surg. 2004;240:76–81.
3. Breitenstein S, Rickenbacher A, Berdajs D, Puhan M, Clavien PA, Demartines N. Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic obstruction.Br J Surg. 2007;94:1451–1460
4.oley MH, Levine EA, Ferral H, Castaneda-Zuniga W. Initial clinical experience with colonic stent placement. Am J Surg. 1998;175:194–197.
5. Mainar A, Tejero E, Maynar M, Ferral H, Castañeda-Zúñiga W. Colorectal obstruction: treatment with metallic stents. Radiology. 1996;198:761–764.
6. Kang SG, Jung GS, Cho SG, Kim JG, Oh JH, Song HY, Kim ES. The efficacy of metallic stent placement in the treatment of colorectal obstruction. Korean J Radiol. 2002;3:79–86.

Alt gastrointestinal sistem endoskopik stent uygulamaya ilişkin veriler

	Alt gastrointestinal sistem endoskopik stent uygulamaya ilişkin veriler
Kadın/Erkek sayısı(n)	11/12
AMİO/Anastomoz darlığı(n)	18/5
İşlem öncesi dilatasyon gerekliliği(n)	5
Tıkanıklık düzeyleri(n)	Transvers kolon:1(%5.55) İnen kolon:1(%5.55) Sigmoid kolon: 9(%50.0) Rektosigmoid:2(%11.11) Rektum: 5(%27.77) Kolorektal anastomoz:5(%27.77)
Komplikasyonlar(n)	Yerinden kayma: 2(%8.69) Anal kanaldan düşme:1(%4.34) Perforasyon:2(%8.69)
Birden fazla stent konulan hasta sayısı(n)	3

AMİO: Akut mekanik intestinal obstrüksiyon n: Hasta sayısı

SB-007
Gaitada Gizli Kan Pozitif Hastalara Yaptığımız Tarama Kolonoskopisi Sonuçlarımız

Yasin Kara, İnanç Şamil Sarıcı, Mustafa Uygar Kalaycı
SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Ülkemizde kolon kanseri tarama programı, 2014'ün eylül ayından itibaren 50-70 yaş arası sağlıklı bireylere 2 yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi şeklinde uygulanmaktadır. Tarama programının etkinliğini araştırmak üzere tarama programı kapsamında kliniğimize yönlendirilen GGK pozitif ardışık 110 hastaya yapılan kolonoskopi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmaya, son bir yıl içerisinde, sağlık ocaklarında GGK pozitifliği saptanan ve ileri araştırma için kliniğimize yönlendirilen ardışık 110 hasta dahil edildi ve kolonoskopi bulguları, tanı bilgileri ve demografik özellikleri irdelendi.

Bulgular:
Hastalarımızın 60 (%54.5)'ı kadın, 50 (%45.5)'si erkek idi. Hastalarımızın yaş ortalaması 56 (50-70) dır. İki hastamızda (%1.8), birinde inen kolonda ve diğerinde rektumda olmak üzere geniş ülserovejetan kitleler tesbit edildi, biyopsi sonuçları adenokarsinom olarak rapor edildi. Hastaların 10 tanesinde yüksek gradeli displazili olmak üzere 45 (%41)'inde prekanseröz adenomatöz polipler saptandı polipektomi yapıldı, 29 (%26.3)'unda normal kolonoskopik bulgular rapor edilirken 16 (%14) tanesinde benign anorektal hastalıklar (fissür, hemoroid) saptandı, 10 (% 9) hastamızdada divertiküler hastalık tesbit edildi. Patoloji sonucu ile 3 (%2.7) hastaya ülseratif kolit ve 5 (% 4.5) hastayada nonspesifik kolit tanısı kondu (Tablo 1), (Tablo 2).

Tartışma ve Sonuç:
Kolorektal kanser'de erken teşhis, mortalite, morbidite azalmasının yanında; tedavi maliyetlerini de düşürecektir. Kolorektal kanseri erken evrede teşhis etmenin yolu ise hastalığı asemptomatik evrede tarama programları ile yakalamaktır. Tarama programı ile GGK(+)' liği saptanan ve hiçbir gastrointestinal şikayeti olmayan iki hastamız, asemptomatik evrede kolon ca olarak yakalanmış ve erken cerrahi uygulanmıştır. Kırkbeş hastamızda prekanseröz adenomatöz poliplere polipektomi uygulanmış ve hastalar kolonoskopik takibe alınmıştır. Tarama programlarının yaygınlaştırılması, etkin ve efektif uygulanması ile kolorektal kanser mortalite ve morbiditesinin azaltılacağı kanaatindeyiz.

SB-008
Kolonoskopik İncelemede İleoskopi Rutin Olarak Yapılmalı mıdır?

Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç ve Hipotez:
İleoskopi tam kolonoskopinin bir parçasıdır ve rutin olarak pek uygulanmamaktadır. İleoskopi; kolonoskopi yapılan hastaların ortalama % 5' ine uygulanmakta ve klinik pratikte isteğe bağlı olarak yapılmaktadır. Bazı araştırmacılar kolonoskopi yapılan tüm hastalara terminal ileum görüntülenmesi yapılmasını savunurken, diğerleri bunun isteğe bağlı olarak yapılmasını savunmaktadır. Biz bu çalışmada; rutin kolonoskopi işleminde terminal ileum görüntülemesinin katkısını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem:
Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesinde, Ocak 2014 ile Ocak 2017 tarihleri arasında, kolonoskopi yapılan 761 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm kolonoskopiler Cerrahi Endoskopi Ünitesinde yapıldı. Hastaların demografik verileri, kolonoskopi endikasyonları, çekum ve ileum görüntüleme süre/oranları ile terminal ileumun endoskopik ve histopatolojik bulguları değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışma süresince toplam 761 ardışık hastaya (446 kadın, 315 erkek, ortalama yaş: 53.48±13.19 yıl) kolonoskopi yapıldı. 612 (% 80.4) hastada kolonoskopi başarıyla tamamlandı. 264 (% 34.6) hastada terminal ileum başarıyla görüntülendi. Çekumdan ileuma ortalama geçme zamanı 68.01±32.19 saniye idi. 29 (% 3.8) olguda terminal ileumda endoskopik anormallik vardı. Bununla birlikte semptomatik hastaların % 8' inde, asemptomatik hastaların % 5.2' sinde endoskopik anormallik saptandı. Semptomatik ve asemptomatik hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlendi (p=0.02). Klinik olarak önemli histopatolojik bulgular 18 olguda gözlendi. Bu olgulardan 9' u Crohn hastalığı olarak tanı aldı.

Sonuç:
İleoskopi yani terminal ileum görüntülemesi kolonoskopi yapılacak tüm hastalar için gerekli değildir ve inflamatuar barsak hastalığı şüphesi ya da kronik diyare gibi endikasyonlarda düşünülmelidir.

SB-009
Abdomene Yayılmış Kolon Kanser Tedavisinde Sitoredüktif Cerrahi+HIPEC Yaşam Avantajı Sağlar

Sezai Demirbaş[1], Mehmet İnce[3], Mustafa Tahir Özer[2], Nail Ersöz[3], Nuri Karadurmuş[2], Gökhan Tulunay[1], Semra Doğan[1], Salih Erpulat Öziş[1], Hatim Yahya Uslu[1]
[1]Tıp Fakültesi, TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Ankara,
[2]Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Tıbbı Onkoloji Bilim Dalı, Ankara
[3]Özel Hastane

Giriş:
İlk başvuruda abdomene yayılmış kolorektal kanser olgusu ortalama %10 civarındadır. Günümüzde ameliyat edilemez olarak değerlendirilen ve bozulmuş yaşam kalitesinin onkolojik tedaviyle düzeltilemeyen seçilmiş ileri evre kolorektal kanser hastası için sitoredüktif cerrahi ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi (SRC-HİPEK) uygulaması yaşam uzatıcı ve yaşam kalitesini artırıcı tedavi yoludur.

Amaç:
Karın içerisine yayılmış kolorektal kanser tespit edilen hastalardan klinik ve performans durumlarına göre uygun olanlarına SRC-HİPEK tedavisi uygulanmış, 5 yıllık takip sonuçları bildirmiştir.
Çalışma planlaması; Farklı iki akademik refere merkeze başvurarak ameliyat edilen hastalardan kriterlere uygun seçilenler çalışmaya dahil edildi. Kohort seri için prospektif olarak elde edilen verilerin retrospektif olarak değerlendirilmesi hasta dosyalarından yapıldı. Hasta seçimi ve tedavisi sırasında çoklu disipliner çalışma uygulandı.

Hastalar:
Her iki merkeze karına yayılmış kanser nedeniyle başvuran ve dahil edilme kriterlerine uygun seçilen hastalar içerisinden ileri evre kolorektal kanser olanlar (appendiks kanseri dahil) çalışmaya alındılar.

Metod:
2010 - 2016 yılları arasında iki refere merkeze tedavi için kabul edilen 87 hastanın içerisinden abdomene yayılmış kolorektal kanserli 37 yetişkin hasta bu çalışma kohortunu oluşturdu. Hastaların çalışmaya alınma kriterleri; peritoneal kanser indeksinin (PKI) 20 nin altında, performans durumu ECOG<=3 ve ASA<=3 olması, organ ve fonksiyon kaybı anlatılan hastaların ameliyatı kabul etmesi olarak belirlendi. Her hastaya tanı için çift kontrastlı dinamik torako-abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ve Pozitron emisyon tomografi (PET-BT), gerekli görülen hastalara ise manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. Görüntüleme tetkiki sonunda PKI hesaplandı. Hastaların performans durumları Eastern Cooperation of Onclogy Group (ECOG) ile ve American Society of Anesthesiologists (ASA) kriterleri belirlendi. Klinikler arası onoloji kurulunda her hasta görüşüldü. Ameliyat öncesi gerekli görülenlere kemoterapi (KT) tedavisi verildi. Cerrahi tedavi olarak uygun seçilmiş hastalara SRC ve eşzamalı HİPEK uygulaması yapıldı. Bazı hastalar için ilave olarak erken postoperatif intraabdominal kemoterapi (EPİK) uygulandı. Hastalara ameliyat sırasında indüksiyon kemoterapisi verildi. Peritoneal ykama için çok sıklıkla Cisplatin (CDDC) kullanıldı. Kapalı yöntem ile HİPEK uygulandı. Abdomende HİPEK solusyon sıcaklığı 41-43 0C olarak tutuldu. Hastalar yoğun bakım ve klinik takipleri sırasında yakından izlendi. Komplikasyon gelişen hastalar için klinikler içi ve arası gerekli girişmler yapıldı, gereken hastalara reoperasyon uygulandı. Adjuvan KT tedavisine gönderilen her hasta 3 er ay ara ile takip edildi.

Sonuçlar:
Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 57,2 idi. Erkek olanlar grubun %56,8'ini oluşturuyordu. Ortalama vücut kitle indeksleri 26,1 olarak tespit edildi. Hastaların %29,7 si nin ASA skoru ASA 1, %54,1 inin ASA 2, geri kalanın ise ASA 3 olarak saptandı. Hastaların %37 sinde tümör yerleşimi sigmoid kolondaydı. Tümör tipi sıklıkla (%35,1) müsinöz adenokanser olarak bulundu. Hastaların hepsine SRC tamamlanabildi. Ameliyat süresi ortalama 9,01 s idi. Ameliyat içerisinde hastaların PKI skoru ortalama 11,5 (BT ile 7,9) idi. Ameliyat sırasında hastalara eritrosit süspansiyonu, plazma ve albumin solüsyonu belirli miktarda verildi. Otuzyedi hastanın 5 ine eş zamanlı HİPEK yapılamadı. Bu hastaların 3 tanesine HİPEK ikinci bakı sırasında uygulandı. HİPEK uygulaması sırasında çok sıklıkla CDDC, ortalama 41,9 derece sıcaklıkta ortalama 58,2 dk süre ile kullanıldı. 5FU-LV ile indüksiyon KT'si hemen HİPEK öncesinde yapıldı. Ameliyat sonrasında ortalama 8 gün yoğun bakım ve ortalama 18,7 gün klinikte hastalar takip edildi. Erken morbidite oranı %27 idi. Beş yıllık takip süresi içerisinde SRC-HİPEK ile tedavi olan hastaların toplam yaşam süresi 29,4 ay, hastalıksız yaşam süresi ise 22,3 ay olarak bulundu. Aynı takip sonunda hastaların nüks oranı %32,4 ve toplam mortalite %24 idi.

Çalışmanın eksik yönü
Bildirilen çalışmanın eksik yönleri vardır. Çalışma prospektif takip-kayıt edilse bile veri değerlendirilmesi retrospektif yapılmıştır. Hasta seçimi sırasında PKI indeksi ortaya çıkış farklılıkları değerlendirilmediği için seçim biası olmamıştır denilemez. Ayrıca hasta karar vermek adına örneklem hacmi küçüktür. Organ kaybını kabul etmeyen hastalar olduğu için seçim biası olmadığı da söylenemez.

Tartışma:
Bilindiği gibi kolorektal kanserin abdominal yaygın olarak ilk başvurma oranı %10 ların etrafında biraz altındadır. Ama bu hastalar için tedavi katlanabilir ise yoğun bir KT ya da palyatif cerrahi veya destekleyici tedavi yöntemleridir. Yaşam kaliteleri yaşayabildikleri kısa süre içerisinde giderek kötüleşmektedir. Şeçilmiş hastalarda bile kuvvetli KT tedavisi ile toksisite göz ardı edildiğinde, toplam yaşam süresi ortalama 2 yılı biraz geçer. Bu kısıtlı hacimdeki çalışmada ise ortalama yaşam süresinin 29 aya uzayabildiği ve SRC-HİPEK›in seçilmiş hastalar için uygun bir tedavi yöntemi olduğu anlaşılmaktadır.

Sonuç:
SRC-HİPEK tedavi yaklaşımının ileri evre (abdomene yayılmış, organ metastazı olmayan) seçilen kolorektal kanser hastaları için kabul edeilebilir morbidite/mortalite oranı ile bir tedavi yaklaşımı olduğu kanısının güçlenmesi adına geniş hacimli prospektif çalışmalar yapılmalıdır, devam edenlerin sonuçları değerlendirilmelidir.

SB-010
Apendektomide Mc Burney İnsizyon Hattına Bupivocaine Infiltrasyonunun Postoperatif Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi

Şahin Kahramanca[1], Turgut Anuk[2], Ali Yıldırm[1]
[1]*Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars*
[2]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars*

Amaç:
Akut apandisit (AA), en sık non travmatik genel cerrahi acilidir. Tüm cerrahi operasyonlarda olduğu gibi, apendektomi sonrasında da ağrı, en sık istenmeyen cerrahi durumdur. Çalışmamızda, AA ön tanısı ile acil şartlarda opere edilen hastalarda, operasyon sonunda Mc Burney cilt insizyon hattına uygulanan 5 ml %5 Bupivacaine infiltrasyonunun, postoperatif ağrı kontrolü üzerine etkinliği araştırıldı.

Gereç-Yöntem:
Haziran 2014 – Kasım 2016 tarihleri arasında Kars Devlet Hastanesi ve Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servislerine karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve akut apandisit ön tanısı ile acil şartlarda genel anestezi altında Mc Burney insizyonu ile opere edilen 410 hastanın dosya kayıtları retrospektif tarandı. Hastalar, Mc Burney cilt insizyonuna lokal anestezi infiltrasyonu uygulanan ve uygulanmayanlar olarak 2 gruba ayrıldı. Lokal anestezi infiltrasyonu, apendektomi işlemini takiben cilt insizyonu kapatılması esnasında, cilt insizyon hattında cilt altına 5 ml Bupivacaine %0.5 infiltrasyonu şeklinde uygulandı. Cilt 3/0 prolen ile tek tek matres sütür ile kapatıldı. Hastalara postoperatif 3. saatte vizüel ağrı skalası (VAS) doldurtuldu ve gruplar arasında ağrı skalası karşılaştırıldı. Dosya kayıtlarında eksiklik olan, çalışmaya katılmak istemeyen, spinal ve epidural anestezi uygulanan, Mc Burney dışında orta hat, pararektal ve paramedian insizyon kullanılan ve laparoskopik apendektomi yapılan, intraoperatif komplike apandisitli olgular, negatif apendektomi yapılan, kooperasyon kurulamayan, alkol ve madde bağımlılığı olan 152 hasta çalışma dışı bırakıldı.
İstatistiksel analiz
Verilerin analizi SPSS 21 paket programı yardımıyla yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov Z testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Chi square testi ile, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann-Whitney test ile incelendi. Bağımsız faktör etkisi lineer regresyon analizi ile yapıldı. P<0,05değeri için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmadaki 258 hastada yaş için median değer 29 (18-80) olup, erkek/kadın oranı 1.5 idi. Lokal anestezi uygulanan Grup 1'deki (n=133) ve uygulanmayan Grup 2'deki (n=125) hastalar arasında cinsiyet dağılımı homojen idi (p:0.784). Lokal anestezik cilt infiltrasyonu uygulanan hasta grubundaki VAS değeri ortanca değeri 1 (0-3), lokal anestezi uygulanmayan hastalardaki VAS ortanca değerinden 1 (0-5) anlamlı derecede düşük idi (p<0.001). Yaş ve cinsiyetin anestezi grupları ile VAS değeri üzerine ortak etkisi incelendiğinde, lokal anetezik infiltrasyonunun, yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak VAS değerini azalttığı gözlendi (p<0.001).

Sonuç:
AA cerrahisinde gelişen laparoskopik yöntemler ve rejyonel anestezi tekniklerine rağmen, halen ülkemiz perifer hastanelerinde altın standart tedavi yöntemi olan genel anestezi altında Mc Burney insizyonlu apendektomilerde, cilt insizyonuna uygulanacak uzun etkili lokal anestezik madde infiltrasyonunun, apendektomi sonrasındaki ortaya çıkan ağrı kontrolünde çok etkili olduğu sonucuna ulaştık.

SB-011
Acil Yapılan Kolon Ameliyatlarında ERAS Protokolü Uygulanabilir mi?

Haldun Gündoğdu[1], Bahadır Osman Bozkırlı[2], Ömer Yazıcıoğlu[1], Soner Akbaba[1], Pamir Eren Ersoy[3]
[1]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara*
[2]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara*
[3]*Ankara Güven Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara*

Amaç:
Elektif kolorektal cerrahi için geliştirilen ve postoperatif iyileşmenin hızlandırılmasını (ERAS) hedefleyen protokoller ile komplikasyonlar ve hastanede kalış süresi azalırken, hasta konforu anlamlı şekilde artmıştır. Bu protokollerin acil ameliyatlarda kullanılması ile ilgili çok az çalışma vardır. Acil kolorektal cerrahide ERAS protokollerini uyguladığımız hastalarımızın sonuçlarını gözden geçirmek amacıyla bir çalışma planladık.

Gereç-Yöntem:
Etik kurul iznini takiben Ocak 2010 – Aralık 2016 arasında ERAS protokollerini uygulayarak kolon rezeksiyonu yapılan ve verileri prospektif olarak tutulan 126 hasta değerlendirildi. Acil ve elektif ameliyatlar iki grup halinde incelenerek, ERAS ögelerinin uygulanabilirliği ve klinik sonuçlar açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:
Acil kolon rezeksiyonu yapılan hastaların (n = 34) 21'i, elektif kolon rezeksiyonu yapılanların (n = 92) ise 59'u erkek idi. Acil kolektomilerde protokole toplam uyum %66.4 iken, elektif ameliyatlarda %88 idi (p < 0.05). Ancak protokolün intraoperatif komponentlerinde uyum %80 ve %85 oldu (p > 0.05). Acil kolektomilerin 21'inde (%61.7), elektiflerin ise 51'inde (%55.4) en az bir postoperatif komplikasyon gelişti (p > 0.05). Ortalama hastanede kalış süresi acil ameliyatlarda 11 gün, elektif şartlarda ise 7 gün oldu (p < 0.05).

Sonuç:
ERAS protokollerinde yer alan komponentlerin pek çoğu herhangi önemli bir soruna neden olmaksızın acil kolektomilerde de kullanılabilir. Ancak uyum konusunda daha dikkatli ve gayretli olmak gerekir.

SB-012
Koruyucu İleostomi Kapatılması Sonrası Oluşan Komplikasyonların ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Deniz Tazeoğlu, Ahmet Cem Esmer, Sedat Kamalı, Cüneyt Akyüz, Hakan Güven
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Rektum cerrahisi sonrası anastomoz kaçağının septik komplikasyonlarının şiddetini azaltmak için loop ileostomi kullanılmaktadır. Ana hastalıktan bağımsız olarak ileostomi kapatılmasına ait basit cilt enfeksiyonunundan mortaliteye kadar değişen komplikasyonlar olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı ileostomi kapatılması komplikasyonları için risk faktörlerini belirlemektir.

Gereç-Yöntem:
2012 -2016 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde rektum kanseri nedeni ile elektif şartlarda ileostomi açılan 128 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Hastaların 85'i erkek (%66.4), 43'ü kadın (%33.6), ortalama yaş 59.8 /yıldı (35-85 SD:11.3). İleostomi ortalama kapatılma zamanı 6.9 ay (2-15 ay SD:3.2). 10 hastada ko-morbidite mevcuttu. Post-op hastanede ortalama yatış süresi: 5,2 gün (2-27 gün SD:3.4)). İleostomi kapatılmada sırasında 51 hasta stapler ile 77 hastada elle anastomoz kullanılmıştı.
Barsak tıkanıklığı, yara yeri enfeksiyonu, anastomoz kaçağı başta olmak üzere 9 hastada komplikasyon gelişti; bunların 7'ununda cerrahi kompikasyonlar vardı. Barsak tıkanıklığı 3 (%2,3), yara yeri enfeksiyonu 3 (%2,3), anastomoz kaçağı 1(%0,8) idi. Post-operatif mortalite görülmedi.
Komplikasyon oluşan hastalar arasında cinsiyet, kullanılan anastomoz tekniği, neoadjuvan kemoradyoterapi açısından anlamlı fark yoktu($p>0,005$). İleri yaş (>65 yaş), hastalarda ko-morbidite bulunması komplikasyonları anlamlı olarak arttırdığı görüldü ($p<0,005$). Komplikasyon gelişen hastalarda ileostomi sonrası hastanede yatma süresi ve ileostominin kapatılma zamanı daha uzundu ($p<0,005$) Komplikasyona etkili faktörler bağımsızlık yönünden incelendiğinde aralarında fark izlenen komorbidite, ileri yaş, ileostomi kapatılma zamanı, hastanede yatış süresinin bağımsız olmadığı görüldü.

Sonuç:
İleostominin rutin kullanımı halen tartışılmakta olmasına rağmen, yapımının göreceli kolaylığı ve anastomoz kaçağı sonrası mortalite- morbiditenin azaltılması için etkili bir yöntemdir [1]. Rektum cerrahisi sonrası loop ileostomi, anastomoz kaçağı oranını düşürmez, ancak dışkının saptırılması pelvik sepsisin ciddiyetini ve uzun vadeli sonuçlarını azaltır. Bununla birlikte ileostomi kapatılması, potansiyel bir morbidite ve mortalite riski taşımaktadır [1].
Literatürde, rektal malignite, divertiküler hastalık ve ülseratif kolit dahil olmak üzere tüm nedenlerle ileostomi kapanmasının bildirilen morbidite oranı % 33'e kadar çıkarken, postoperatif mortalite oranı %3.3'tür. Rektum kanseri için ileostomi yapılan hastalar, benign olanlara kıyasla daha düşük bir komplikasyona sahip olma eğilimindedir; fakat yine de komplikasyonlar anlamlı oranda görülmektedir. Loop ileostominin kapatılması göz ardı edilemeyecek kadar önemli oranda bir morbiditeye sahiptir [2]. Loop ileostomi kapatılmasını takiben yüksek morbidite oranları gösteren çalışmalar incelendiğinde; 5 hastadan 1'inde kalıcı stoma açıldığı görülmektedir [3].
Kaidar-Person ve ark. [4], loop ileostomi kapanmasının komplikasyonlarını değerlendiren 26 çalışmayı gözden geçirdiklerinde; yara enfeksiyonları %0-18,3, bağırsak tıkanıklığı % 0-15, enterokütanöz fistül % 0.5-7 ve anastomoz kaçakları için % 0-8 bildirilen oranları rapor ettiler. Bu veri çalışmamızda uyumludur.
Literatürde, ileostomi kapatılması sonrası komplikasyon neden olan etkenler olarak hastanın genel durumu, ek hastalıkları [1], yaşı, ileostomi tipi (end ve loop) [2], kapatılma süresi [1] olarak tanımlanmaktadır.
Çalışmamızda ilestomi kapatılması sonrası oluşan komplikasyonlar ile cinsiyet açısından gruplar arasında, literatürdeki çoğu çalışmada da olduğu gibi anlamlı fark yoktur [3,4]. Komplikasyon cinsiyetten bağımsızken, hastaların yaşları ve ko-morbit hastalıkları ile ilişkilidir.
Loop ileostomi kapatılma zamanlaması ile ilgili görüş birliği bulunmamaktadır. Memon ve ark [1] ilk operasyondan ileostomi kapatılmasına kadar geçen süreyi komplikasyon oluşmasında olası bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir. İleostomi açılmasından iki ila üç içerinde stoma ve etrafındaki dokuda oluşan ödemin gerilemesi, hipervaskülarizasyon ve adesyon oluşumu görülür; ki bu değişimler ileostominin kapatılması zorlaştır[1]. İleostominin açılma süresine göre erken (8-13 gün) ve geç dönemde (>12 hafta) kapatılmasını karşılaştıran çalışmalar mevcut olup, erken kapatılmanın hastanede yatış süresini ve morbiditeyi azaltığını belirtmektedir[5]. Bizim çalışmamız da bu sonucu desteklemektedir. Çalışmamızda, ileostominin açılmasından kapatılmasına kadar geçen ortalama süre yaklaşık 6,9 ay idi. Stomanın kapatılmasına kadar geçen zaman oluşan komplikasyonlar için önemli risk faktör olup, çalışmamızda da kapatılma süresi ile komplikasyon arasında istatiksel ilişki mevcuttur ($p=0,024$). Aynı zamanda kapatılma süresi ile post-operatif hastanede kalış süresi arasında korelasyon mevcuttur.
Loop ileostominin kapatılması için uygulanabilen üç ana cerrahi kapatma tekniği; enterotomi sütürü, rezeksiyon ve elle dikilmiş veya stapler anastomozdur. [6]. Bazı yazarlar, loop ileostomilerin kapatılması için kullanılan teknikler ile post operastif oluşan komplikasyonlar arasında anlamlı farklılıkların bulunmadığını bildirmektedir[7]. Bununla birlikte, çeşitli çalışmalar, postoperatif bağırsak tıkanıklığı oranının anastomoz tekniğinden etkilendiğini göstermiştir [8]. Bizim çalışmamızda farklı anastomoz tekniği kullanılan iki grup arasında fark olmadığı ve komplikasyonu etkilemediği görülmüştür. Kapatılma sırasında stapler kullanılan grup ile elle anastomoz yapılan grup arasında post-op mortaliteyi etkilemediği; fakat stapler kullanılan grubun hastanede yatış süresi elle kapatılan gruba göre kısa olduğu görülmüştür.
Özetle, çalışmamız loop ileostomi kapatıldıktan sonraki postoperatif komplikasyonların cinsiyetten, kullanılan anastomoz tekniğinden bağımsız; yaştan, ko-morbit hastalıklardan ve kapatılma zamanından bağımlı olduğuydu.

SB-013
Acil Şartlarda Yapılan Hartmann Ameliyatları ve Klinik Deneyimimiz

Mehmet İlhan, Recep Erçin Sönmez, Mevlüt Yordanagil, Recep Güloğlu, Hakan Yanar, Mustafa Kayıhan Günay, Emir Nekay, Cemalettin Ertekin
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Hartmann ameliyatı genellikle primer anastomozun güvenilir olmadığı batının içinin kirli olduğu durumlarda ve acil girişimlerde tercih edilir. Bu calişmada acil olarak Hartmann ameliyatı yapılan hastaların ameliyat nedenleri ile işleme bağlı erken ve geç komplikasyonlar ve bunların stomalarının kapatma oranlarını geriye dönük olarak araşt ırılması amaçlanmaktadır

Gereç-Yöntem:
Ocak 2008 - Aralık 2015 arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi biriminde hartmann ameliyatı yapılan 114 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, endikasyon, yatış süresi, hartman ameliyatı ile stoma kapatılması arasındaki süre ve komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların 67'i erkek, 47'si kadındı. Hastaların ortalama yaşı 70.4 idi. Ortalama yatış süresi 17.7 gün (1-176) olarak saptandı. 42 hasta (%36.8) benign sebeplerden dolayı ve 72 (%63.2) hasta malign patolojiden dolayı opere edildi. 56 (%49.1) olgu primer kolon patolojisine bağlı akut mekanik intest inal obstrüksiyon (AMİO), 33 (%29) olgu primer kolon patolojisine bağlı içi boş organ perforasyonu sebebiyle opere edilmişti, 25 (%21.9) olgu kolorektal anastomoz kaçağı, iyatrojenik kolon perforasyonu, ateşli silah yaralanması ve diğer daha nadir sebepler ile ameliyat edildi. Hartmann prosedürü sonrası komplikasyon görülen 78 (%68.4) vakanın 22'inde tekrar ameliyat gereksinimi oldu. Ameliyat sonrası 53 hastada (%46.5) uzun dönem yoğun bakım ihtiyacı oldu. Malign Tm nedeniyle opere edilen hastaların 19'ü terminal dönem idi. Bunlardan 15'i inoperabl ve metastatik kolon Ca, 4'ü ise inoperabl endometrium ve/veya over Ca idi. Stoma kapat ılması 44 hastada (% 38.6) yapıldı. En erken kapatılan stoma 73 gün, en geç kapatılan ise 667 gün sonra idi. Mortalite % 26.3 (30 hasta) olarak saptandı. Ölüm sebepleri arasında en sık karşılaşılan sepsis, kalp hastalıkları gibi ek hastalıklar, ileri yaş tespit edildi.

Sonuç:
Hartman ameliyatı acil koşullarda yapıldığında halen yüksek morbidite ve mortalite oranları ile seyretmektedir. Hartmann prosedürünü uygularken özellikle yaşlı, komorbiteli ve kanserli hastalar için yapılmasının uygun olabileceği, yapıldıktan sonra da genellikle ostomi onarımı operasyonu düşünülmeden kalıcı bir işlem gibi kabul edilmesi gerekebileceği kanaatindeyiz.

SB-014
Kolorektal Cerrahi Sonrası Cerrahi Alan İnfeksiyonlarının Oluşmasına Neden Olan Faktörler

Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Mert Tanal, Evren Besler
Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Cerrahi alan infeksiyonları (SSİ), cerrahi hastalarında en sık görülen hastane kökenli enfeksiyonlardır.Artmış morbidite ve sağlık maliyetleri demektir.Taburcu olmayı geciktirir ve konforu düşürür.Hasta ve hekim için sıkıntılı bir durumdur.Bu çalışmanın amacı, kolorektal ameliyat geçiren hastalarda,cerrahi alan infeksiyonları için olası risk faktörlerine bakmaktır.

Gereç-Yöntem:
Tek değişkenli analiz, olası cerrahi alan enfeksiyonlarına katkıda bulunan değişkenleri karşılaştıran enfekte ve enfekte olmayan gruplar üzerinde yapıldı. Daha sonra yaş, ameliyat süresi ve ASA skorlarına göre düzeltme yapıldıktan sonra sonuçların hala önemli olup olmadığını belirlemek için önemli bulguların her birinde çok değişkenli analiz yapıldı. p değerinin <0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
2012 ve 2017 yılları arasında kolorektal cerrahi yapılan 740 hastanın 42 sinde (% 5.67) yara enfeksiyonu vardı. p'nin istatiksel olarak anlamlı olduğu durumlar şöyleydi:
Elektif açık cerrahi (n=341)
Acil cerrahi (n=210)
Ameliyat sırasında peritoneal kontaminasyon olması (n=55)
Stoma oluşturulması (n=260)
Cilt de dikiş yerine stapler kullanılması (n=300)
Bulunan oranlar yaş,ameliyat süreleri ve ASA açısından çok değişkenli olarak da anlamlı idi.

Sonuç:
Çalışmamızda, açık cerrahi, kontamine olmuş abdominal kaviteler, acil ameliyatlar ve stoma oluşturulması gibi yaygın olarak risk yaratması olası faktörlerin; bu hastalarda cerrahi alan enfeksiyonlarını olasılığını artırdığını göstermiştir.

SB-015
Santulli Prosedürü Ostomi Kapatılmasında da Avantajlı Bir Tekniktir

Özgen Işık, Burak Bakar, Tuncay Yılmazlar, Ersin Öztürk
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Amaç:
Genel cerrahi pratiğinde pek çok farklı nedenle stoma oluşturulmaktadır. Stoma kapatılması her ne kadar minör bir cerrahi işlem olarak değerlendirilse de ciddi komplikasyonlar ve uzun hastanede yatış süreleri ile ilişkili olabilmektedir. Bu çalışmamızda Santulli tekniği ve diğer teknikler ile oluşturulmuş ostomilerin kapatılması sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2008 ile Aralık 2016 tarihleri arasında kliniğimizde jejunal veya ileal seviyeli stoma oluşturulmuş 305 hasta çalışmaya dahil edildi. Santulli tekniği ile ostomi oluşturulan hastalar çalışma grubuna ve diğer tekniklerle stoma oluşturulan hastalar kontrol grubuna dahil edildi. Hastaların demografik verileri, stoma kapama tekniği, oral alım ve yatış süreleri değerlendirildi.

Bulgular:
Median yaşı 67 (17-83) olan 199 erkek ve 106 bayan hasta çalışmaya dahil edildi. Toplamda hastaların %76.7'sine loop ostomi, %11.8'ine bitişik ostomi, %6.2'sine santulli tekniği ile ve %5.3'üne end ostomi açılmıştı. Stomaların %24.7'si acil şartlarda oluşturulmuştu ve %5.2'si jejunal seviyedeydi. Ostomi açılmasından kapatılmasına dek geçen ortalama süre açısından iki grup benzerdi (24.9 ve 24.1 hafta, p=0.73). Ostomi kapatılmasında santulli grubunda stapler kullanımı daha sıktı (%63.2 ve %34.6, p= 0.01). Santulli grubunda ostomi kapatılması sonrası oral alım daha erken (2 ve 4 gün, p< 0.001) ve hastanede yatış süresi daha kısaydı (3 ve 6 gün, p= 0.001).

Sonuç:
Santulli tekniğinin özellikle proksimal seviyede stoma oluşturulması gereken olgularda iyi bir alternatif olduğu bilinmektedir. Santulli tekniğinin diğer tekniklere göre stoma kapatılması esnasında da daha avantajlı olduğu saptanmıştır.

SB-016
Sekonder Peritonit Nedeniyle Ameliyat Edilen Kolorektal Acil Olgularda Abdominal Hipertansiyon ve Biyokimyasal Parametrelerin Mortalite Üzerine Etkisi

Emrah Dadalı, Enver İlhan, Orhan Üreyen, Uğur Gökçelli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Apandisit, divertikülit veya divertikulite bağlı perforasyon, penetran veya künt abdominal travmalara bağlı kolorektal yaralanmalar, kolorektal tümör perforasyonu veya bir intraabdominal absenin perforasyonu gibi kolorektal hastalıklar sekonder peritonitin en sık nedenlerinin başında gelmektedir. Prognoz, altta yatan nedene bağlı olarak değişkendir. Kolon perforasyonlarına bağlı peritonit tüm peritonitlerin % 22'sinde görülür. Yaşlı hastalarda kolonik perforasyon olduğunda sepsis ve yandaş hastalıklarla birlikte mortalite ortalama % 40'lara kadar ulaşır. İntraabdominal hipertansiyon kavramı devamlı ya da tekrarlayan patolojik durumlarda 12 mmHg'nın uzerine çıkan intraabdominal basınç(IAB) icin kullanılan bir tanımdır. IAB değerine göre 4 aşama tanımlanır; Grade I: 12-15 mmHg, Grade II:16-20 mmHg, Grade III:20-25 mmHg, Grade IV:25 mmHg ve üzeri IAB değerleridir. Artmış IAB büyük damarlara basıya bağlı kardiyak debiyi düşürmekte, diyafragmanın yükselmesine neden olarak pulmoner oksijenizasyonu bozmakta ve dolaşım bozukluğu sonucunda renal yetersizliğe neden olabilmektedir. Sonuçta gelişen çoklu organ yetersizliği tablosu, yüksek oranda mortaliteye (%50-60) yol açabilen abdominal kompartman sendromu (AKS) olarak adlandırılmaktadır. Biz burada Sekonder peritonit nedeniyle ameliyat ettiğimiz kolorektal acil olgularda abdominal hipertansiyon ve biyokimyasal parametrelerin mortalite üzerine etkisini araştırdık.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Mayıs 2015 - Aralık 2016 arasında acil kolorektal hastalıklara bağlı gelişen sekonder peritonit nedeniyle ameliyat edilen ve IAB si 12 mmHg üzerinde olan hastalar yaş, cinsiyet, kan laktat düzeyi, kan Ph değeri ve abdominal perfuzyon basınçları(APB) yönünden incelendi. Abdominal hipertansiyon mesane yoluyla ölçüldü. Abdominal perfuzyon basıncı(APB) (ortalama arteryal basınç/3-IAB) da indirekt yolla hesaplandi. Veriler mortalite gelişen ve yaşayan olgular arasında karşılaştırıldı.

Bulgular:
Acil kolorektal hastalıklara bağlı sekonder peritoniti olan ve aynı zamanda IAB' si 12 mmhg üzeride olan 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 12(%70) si erkek, 4(%30) ü kadın idi. Yaş ortalaması 62(aralık 37-80)idi. Kan gazı Ph ortalaması 7,29(aralık 6,9-7,45), kan laktat düzeyi ortalaması 3,5mEq/L(aralık 1-9,6)idi. Üç(%19) hasta Grade I, 9(%55) hasta Grade II, 2 (%13)hasta Grade III ve 2(%13) hasta da Grade IV idi. APB ortalaması; 81mmHg(aralık 63-93) idi. Hastaların 5(%31,2)'i post operatif dönemde ex oldu. Mortalite görülen ve görülmeyen olguların parametrelerle ilişkisi Tablo 1 de gösterilmiştir.

Sonuç:
Acil kolorektal hastalıklara bağlı gelişen sekonder peritonit; abdominal hipertansiyonun da en sık nedenlerinden biri olmakla birlikte oldukça yüksek mortalite ile seyretmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda bu hastalarda derin asidozun, yüksek kan laktat düzeyinin, ileri abdominal hipertansiyon ve grade derecesinin mortalite ile ilişkisi bilinmektedir. Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumlu olup IAB ve APB değerlerinin mortalite tahminde önemli bir parametre olabileceğini düşünmekteyiz

Tablo 1: Mortalite görülen ve görülmeyen olguların parametrelerle ilişkisi

Parametreler	Mortalite görülen	Mortalite görülmeyen
Ph-ortalama değer	7,13	7,38
Laktat-ortalama değer	6,5 mEq/L	1,8 mEq/L
IAB-ortalama değer	20,8 mmhg	16,4 mmhg
APB-ortalama değer	72,4 mmhg	84,7 mmhg
yaş-ortalama değer	67	65,6
Grade I	1((%11)	8(%88)
Grade II	1(%50)	1(%50)
Grade III	1(%50)	1(%50)
Grade IV	2(%100)	0(%0)

Kısaltmalar: IAB: İntraabdominal basınç, APB: Abdominal perfüzyon basıncı

SB-017
Gebelik Döneminde Laparoskopik Apendektomi: Klinik Deneyimlerimiz

Mircelil Seyidov[1], Çağrı Büyükkasap[1], Saygın Altıner[1], Alp Yıldız[2], Sezai Leventoğlu[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç:
Apendektomi gebelerde en sık uygulanan gebelik dışı acil cerrahi girişimdir. Gebelerde tüm trimesterlarda laparoskopik apendektominin güvenle uygulanabileceği (level 2, grade B) kılavuzlarda bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı gebelerde laparoskopik apendektomi deneyimlerimizin paylaşılmasıdır.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2013 – Aralık 2016 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında laparoskopik apendektomi uygulanan 11 gebe hastanın prospektif hazırlanmış standart formları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, gebelikle ilişkili özellikleri, hastaların başvuru şikayetleri, preoperatif muayene, ultrasonografi ve lökosit değerleri irdelendi.

Bulgular:
Akut apandisit nedeni ile laparoskopik apendektomi uygulanan 256 hastanın 11'inde (%4.3) gebelik sırasında bu cerrahininin yapıldığı saptandı. Bunların 2'si ilk trimester (%18.2), 4'ü ikinci trimester (%36.4), 5'i ise 3. trimesterdı (%45.4). Hastaların 2'sinin ilk gebeliği (%18.2), 4'ünün ikinci gebeliği (%36.4), 5'inin ise üçüncü gebeliğiydi (%45.4). Hastaların 2'si rutin gebelik kontrolünde karın ağrısı olduğunu belirtmesi üzerine, 9'u karın ve/veya kasık ağrısı ile acil servise başvurduğunda tanı almıştı. Hastaların tamamında fizik muayene bulguları akut karın lehineydi. Ortalama lökosit değeri 15.452±2.870/mm3 idi. Hastaların hepsine USG yapılmış; 4'ü akut apandisit ile uyumlu değil iken, diğer 7 hastada uyumlu bulunmuştu. Ortalama ameliyat süresi 51±12.6 dakika, hastanede kalma süresi ortalama 1.9±1.2 gün olarak saptandı. Hastaların tamamı laparoskopik olarak tamamlandı. Patolojik incelemede 10 hasta akut apandisit ile uyumlu iken, 1 hastada apendiks normaldi. Maternal ve Fetal mortalite saptanmadı. Preterm eylem izlenmedi. Hastaların 4'ü normal doğum, 7'si sezaryen ile doğum yaptı. Ortalama doğum haftası 37.4 ± 1.44 hafta idi. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalama 3066.2 ± 562.4 gramdı. Bebeklerin mevcut takiplerinde herhangi bir komplikasyon, gelişmelerinde ek bulguya rastlanmadı.

Sonuç:
Laparoskopik apendektomi gebeliğin tüm trimesterlarında uygun tedbirler alınarak güvenle uygulanabilir. Ancak bunun randomize prospektif kontrollü çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

SB-018
Gebelikte Akut Apandisit Tanısında Prediktif Faktörler

Özgür Akgül[1], Metin Yalaza[1], Erdinç Çetinkaya[1], Ömer Özduman[1], Cem Emir Güldoğan[2], Sadettin Er[1], Mehmet Keşkek[1]
[1]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]Ankara Liv Hospital, Ankara

Amaç:
Gebelikte en sık görülen obstetrik olmayan acil cerrahi patoloji akut apandisittir (1,2). Gebe olup apandisit şüphesi bulunan hastalarda hasta fizik muayene bulgularının non-spesifik olabilmesi ve cerrahların daha konservatif bir tutum izlemeye meyilli olmaları hastaların tanı almalarında gecikmeye ve yüksek negatif laparotomi oranlarına yol açabilmektedir (3). Gebelerde akut apandisite bağlı perforasyon; erken doğum, abortus gibi fetüsle ilişkili fatal komplikasyonlara sebep olabildiğinden, akut apandisitin hızlı ve doğru tanısı çok önemlidir (3). Bu nedenle erken ve doğru tanı için anlamlı olan parametrelerin net olarak ortaya konulması yaşamsal öneme sahiptir. Çalışmamızda gebelerde patolojik olarak akut apandisit tanısı almış hastalar negatif laparotomi yapılan grupla karşılaştırılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Çalışmada Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2010-2016 yılları arasında akut apandisit öntanısı ile apendektomi yapılan tüm olguların kayıtları retrospektif olarak tarandı. Patoloji raporu sonuçları ile akut apandisit tanısı teyit edilen 22 gebe hasta ile negatif laparotomi yapılan 17 gebe bir çok kategorik ve sürekli değişken açısından karşılaştırıldı: Yaş, WBC, nötrofil sayısı-yüzdesi, lenfosit sayısı-yüzdesi, monosit sayısı-yüzdesi, trombosit sayısı, red cell distribution width (RDW), albumin, ultrasonografi bulguları olarak periapendiküler mayi olup olmaması ve apendiks kalınlığı, kronik hastalık olup olmaması, içinde bulunulan trimestr, gravida ve parite değerlendirildi. İstatistiksel Analiz: Akut apandisit açısından doğru tanı koymaya etkili risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada, tek değişkenli olarak sürekli değişkenlerin incelenmesi amacıyla bağımsız gruplarda t testi, kategorik değişkenler için ise kikare ve Fisher'in exact testi kullanılmıştır. Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre, etkisi anlamlı bulunan iki değişken çok değişkenli lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiş ve sonuçlar odds, %95 güven aralıkları ve p değerleri özetlenmiştir. Tek değişkenli analiz sonuçları ise ortalama±s. sapma, yüzde ve frekans dağılımları ile ifade edilmiştir.

Bulgular:
Patolojik olarak apandisit tanısı alanlarda lenfosit yüzdesi apandisit olmayanlara göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p=0.020). Apendiks kalınlıkları bakımından apandisit tanısı alan grupta apendiks kalınlığı istatistik olarak anlamlı şekilde büyük bulunmuştur (p=0.009). Kategorik ve sürekli değişkenlerin tek değişkenli analizleri yapılarak çok değişkenli lojistik regresyon modeline tek değişkenli analiz sonuçlarında anlamlı bulunan lenfosit yüzde ve apendiks kalınlık değişkenleri alınmıştır. ROC ya da İşlem Karakteristiği Eğrisi altında kalan alan bakımından Lenfosit yüzdesi parametresi Apandisit vakalarını ayırmada etkili bir marker olarak kullanılabilir. Eğri altında kalan 0.245 ve standart hatası 0.082 olarak bulunmuştur. (p=0.007) Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre apandisit tanısı alınmasına etkili risk faktörü olarak sadece apendiks kalınlığı bulunmuştur. Söz konusu değişkenin kendi birimi cinsinden 1 birim artışının patolojide apandisit tanısı alma riskini 5.13 kat arttırdığı gözlenmiş ve bu risk artışı istatistik olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.035).

Tartışma:
Hastanemize başvuran ve fizik muayene bulgularına göre akut apandisit düşünülen gebe hastalarda tam kan sayımı, biyokimyasal parametreler çalışılmış, ultrasonografi yapılmış ve kadın-doğum kliniğine konsulte edilmişlerdir. Literatürde bazı çalışmalarda akut apandisit şüphesi bulunan gebe hastalarda abdominal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) önerilse de (3) merkezimizde, Türkiye'nin birçok merkezinde olduğu gibi kolay ulaşılabilir olmaması ve radyolojik sonucun acil olarak elde edilememesi nedeniyle tüm gebe hastalarda rutin olarak kullanılabilir bir yöntem değildir. Çalışmamızda değerlendirdiğimiz parametreler tüm merkezlerde kolay ulaşılabilir ve rutin olarak değerlendirilen parametreler olduğundan, sonuçların daha değerli olabileceğini düşünmekteyiz. Değerlendirilen parametrelere göre ultrasonografik olarak apendiks kalınlığının 6,75 mm den yüksek olması akut apandisit tanısı için prediktif bir faktör olarak görülmektedir. Bu nedenle akut apandisit şüphesi ile hospitalize edilen hastalarda, ultrasonografik olarak akut apandisit tespit edilen hastalarda cerrahi girişim önermekteyiz. Gebelerde fizyolojik olarak beyaz küre yüksekliğinin olması akut apandisit tanısında beyaz küre yüksekliğini anlamsız kılmaktadır. Fakat tek değişkenli analizde lenfosit yüzdesinin düşük çıkması hasta yönetiminde lenfosit yüzdesini dikkate alabileceğimizi göstermektedir. Çalışmanın eksik yönleri, çalışmanın retrospektif olmasının ve yetersiz vaka sayısının getirdiği sınırlamalar aynı zamanda hasta tedavi sürecinde birçok hekimin rol almasıdır.

Sonuç:
Akut apandisit öntanısı ile hospitalize edilen gebe hastalarda ultrasonografik olarak ölçülen apendiks kalınlığının 6,75 mm den yüksek olması ve tam kan sayımında lenfosit yüzdesinin düşüklüğü akut apandist tanısında anlamlı bulunmuştur.

SB-019
Pilonidal Sinüs Hastalığının Tedavisinde Kristalize Fenol Uygulaması

Osman Köneş, Eyüp Gemici, Murat Çikot, Ahmet Sürek, Cemal Seyhun, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde kişiyi yatağa mahkum eden, geniş doku kayıplarına neden olan cerrahi yöntemler tanımlanmıştır. Çalışmamızda; gündelik hayatı neredeyse hiç etkilemeyen, poliklinik şartlarında gerçekleştirilebilen, minimal invaziv girişim, kristalize fenol uygulamasının etkinliğinin belirlenmesi hedeflendi.

Gereç-Yöntem:
2013-2015 yılları arasında daha önce herhangi bir cerrahi işlem geçirmemiş toplam 82 hastaya pilonidal sinüs tanısı ile kristalize fenol tedavisi uygulandı. Hastalar fenol uygulaması sonrası üçüncü gününde, onuncu günde ve birinci ayında kontrole çağrıldı. İlk bir ay içerisinde gereken hastalara yeniden fenol uygulaması yapılarak bildirilen takip süreleri içerisinde kontrole çağrıldı. Altıncı ayın ve birinci yılın sonunda olgular nüks açısından değerlendirildi. Olgulara ait yaş, cinsiyet, vücut kitle endeksi, meslek, sinüs sayısı, sinüsün yeri, şikâyet süresi, kaç kez fenol uygulandığı, işleme ait komplikasyonlar ve nüks verileri değerlendirildi.

Bulgular:
Olguların %86'sı erkek, %14'ü kadın idi. Ortalama yaş 26.4 idi. Ortalama vücut kitle endeksi 25.12 olarak hesaplandı. Ortalama sinüs sayısı 2.6 ve sinüslerin %74'ü orta hatta yerleşik idi. Olguların şikayetlerinin ortalama başlangıç süresi 3,6 ay idi. 82 olguya toplamda 156 kez kristalize fenol tedavisi uygulandı. 38 olguya 1 defa, 27 olguya 2 defa, 16 olguya 3 defa ve 4 hastaya da 4 defa kristalize fenol uygulandı. 8 hastada cerrahi alan enfeksiyonu ve 4 hastada ciltte yüzeyel yanık gelişti. Altıncı ay takiplerinde 3 olguda birinci yıl takiplerinde de toplam 7 olguda nüks gözlendi. Nüks gözlenen olguların altısı uzun süreli oturmayı gerektiren mesleklere sahip idi. Bir yıllık takip sonucunda başarı oranının %91,4 olduğu görüldü.

Sonuç:
Minimal invaziv bir işlem olan kristalize fenol uygulaması, poliklinik şartlarında lokal müdahale ile kolaylıkla uygulanabilen bir yöntemdir. Hasta konforunun yüksek olması, iş kaybına yol açmaması ve ucuz maliyetli olması tekniğin öne çıkmasına imkan tanımaktadır. Takip süresince nüks oranının düşük olması bir üstünlük olarak görülebilir. Ancak uzun takip süreleri ve daha geniş hasta serilerine ihtiyaç vardır.

SB-020
Enfekte Pilonidal Sinüs Tedavisinde Diren Kullanmaksızın Limberg Flep: Geç Dönem Sonuçları

Gökhan Demiral
Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Rize

Amaç:
Pilonidal sinüs hastalığı genç erişkinlerde sık olarak görülen bir hastalıktır. Tedavide pek çok yöntem geliştirilmiş olmakla birlikte günümüzde sıklıkla flep yöntemleri uygulanmaktadır. Enfekte pilonidal sinüs vakalarında hijyenik koşulların yoksunluğunda tedavi süreci uzamakta ve cerrahiye hazırlık aşaması güçleşmektedir. Çalışmamızda akut enfeksiyon safhasında Limberg flep uyguladığımız hastaların geç dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem:
Kasım 2009 tarihi ile Haziran 2010 tarihleri arasında akut pilonidal apse tansı ile ilk kez polikliniğe başvuran 24 erkek askeri personel çalışmaya dahil edildi. Olguların yaş,ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve normal işe dönüş süreleri kaydedildi. Tüm hastalara spinal anestezi eşliğinde Jack-knife pozisyonda metilen mavisi uygulanarak Limberg flep uygulandı. Diren kullanılmadı. Daha önce ameliyat olmuş nüks olgular çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular:
Olguların yaş ortalaması 25,2 (20-32) idi. Olguların hastanedeki kalış süresi 4.2 gün (3-6) idi. Olguların günlük aktivitelerine dönüş zamanı 6.8 gün idi. Ameliyat sonrası dönemde iki hastada hematom görüldü. İnsizyon hattından drenaj uygulandı. Üç hastada ise seroma gözlendi. Hematom gözlenen bir hastada postop 1. ay, diğerinde 3. ay nüks gözlendi ve tekrar opere edildi. Hastalar post op 1. ve 5. yıllarda telefon ile ulaşılarak nüks durumları sorgulandı. Nüks olan vakalardan birinde yeniden nüks olduğu, seroma gelişen vakalardan birinde nüks olduğu ve diğer hastalardan 4 tanesinin nüks nedeniyle değişik merkezlerde opere oldukları öğrenildi.

Sonuç:
Pilonidal sinüs cerrahi tedavisinde farklı yaklaşımlar mevcut olup, son yıllarda daha sık uygulanan flep yöntemleri ile intergluteal hattın düzleştirilmesi ve orta hatta oluşabilecek skar dokusunu azaltılması hedeflenmektedir. Özellikle kötü hijyenik ortamlarda çalışma ve yaşama zorunluluğunda ve askeri personellik hali gibi kişisel hijyenin sağlanmasından mahrum kalınan durumlarda enfeksiyon sürecinin hızlı yönetimi yanı sıra etkin cerrahi yöntem ihtiyacı daha da belirgin hal almaktadır. Enfekte pilonidal sinüs vakalarının elektif cerrahiye hazırlık aşaması uygun antibiyoterapi ve pansuman imkanı olmadığında günler sürmekte ve bazen mümkün olmamaktadır. Bu gibi hallerde akut apseli pilonidal sinüs cerrahisinde Limberg flep uygulaması hastanede kalış süresinin kısa olması, erken işe dönüş süresi, nüks ve komplikasyon oranlarının düşük olması açısından güvenilir ve uygulanabilir etkin bir metottur.

SB-021
Anal Fistül Tedavisinde Sıkı Prolen ile Gevşek İpek Seton Uygulamalarının 100 Hasta Üzerinde Karşılaştırılması

Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş:
Perianal fistüllerin tedavisinde seton uygulanması cerrahi bir seçenektir. Çalışmamızda anal fistüllerde sıkı prolen ile gevşek ipek seton uygulanmasının yaşam kalitesi ve nüks açısından karşılaştırma sonuçlarını inceledik.

Materyal-Metod:
Ocak 2012 ve Ocak 2017 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine anal akıntı şikayeti ile başvuran ve sadece anal fistül tanısı ile seton uygulama yöntemiyle opere edilen hastalardaki sonuçlarımızı yara iyileşmesi, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri, anal inkontinans, nüks kriterleri açısından karşılaştırmalı olarak geriye dönük inceledik.

Sonuçlar:
Sıkı prolen seton yapılan 50, gevşek ipek seton yapılan 50 hasta çalışmada değerlendirildi. Yara iyileşmesi süresi bakımından sıkı prolen seton yapılan 4.82 haftada, gevşek ipek seton yapılan 6.95 haftada iyileşme gösterdi ($p < 0.05$). Ameliyat süreleri sıkı prolende 25.3 dakika, gevşek ipekte 24.2 dakika idi ($p < 0.05$). Hastanede kalış süreleri sıkı prolende 1.68 gün, gevşek ipekte 1.32 gün idi. Sıkı prolende 6, gevşek ipekte 3 hastada nüks gelişti. Anal inkontinans sadece sıkı prolen yapılan 1 hastamızda gelişti.

Tartışma:
Araştırmamızın sonucu olarak sıkı prolen ile gevşek ipek seton uygulamasını karşılaştırdığımızda yara iyileşmesi sıkı prolen grubunda daha iyiydi. Gevşek ipek grubunda diğer parametreler daha üstün görüldü. Anal fistüllerin tedavisinde gevşek ipek seton, göreceli olarak sıkı prolen seton uygulanmasına göre daha kolay uygulanır, sonuçları hasta bazlı daha iyidir.

SB-022
Pilonidal Sinüsün Cerrahi Tedavisinde Dufourmentel Flep ile Limberg Flep Yöntemlerinin 100 Hasta Üzerinde Karşılaştırılması

Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç:
Pilonidal sinüs hastalığında cerrahi tedavide en önemli sorunlar postoperatif yara enfeksiyonu, yara ayrılması ve nükstür. Kliniğimizde opere edilen pilonidal sinüs hastalarında kullanılan farklı cerrahi teknikler arasındaki farklar çeşitli parametreler kullanılarak irdelenmiştir.
Bu çalışmanın amacı, Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğimizde yapılan Limberg ve Dufourmentel flep yöntemlerini karşılaştırmaktır.

Hastalar ve Yöntem:
Bu çalışma, Ocak 2015–Ocak 2017 yılları arasında polikliniğimize başvuran ve kronik pilonidal sinüs hastalığı tanısı konulan hastalar üzerinde yapılmış klinik bir çalışmadır. Olgular 50'şer hasta olarak iki gruba ayrıldı. Birinci gruptaki olgulara tedavide sinüs eksizyonu ve Limberg flep yöntemi uygulandı. İkinci gruptaki olgulara tedavide sinüs eksizyonu ve Dufourmentel flep yöntemi uygulandı. Nüks olgular, komplike pilonidal sinüs olguları çalışma dışında bırakıldı. Gruplar ameliyat sonrası erken ve geç dönem komplikasyonları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:
Enfeksiyon ve hematom Dufourmentel flep grubunda 2 (%4), Limberg flep grubuna 6 (%12) hastada görüldü. Seroma ve yara ayrışması Dufourmentel flep grubunda 3 (%6), Limberg flep grubunda 3 (%6) hastada görüldü. Hissizlik, ağrı, kaşıntı ve kozmetik kaygı açısından Dufourmentel flep grubunda 4 (%8), Limberg flep grubuna 5 (%10) hastada görüldü. Enfeksiyon ve hematom Dufourmentel flep, Limberg flep grubuna göre anlamlı olarak az görülürken, seroma ve yara ayrışması açısından gruplar arasında fark saptanmadı. Hissizlik, ağrı, kaşıntı ve kozmetik kaygı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Dufourmentel flep grubunda 3 (%6), Limberg flep grubunda ise 4 (%8) olguda nüks saptandı. Nüks gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Sonuç:
Pilonidal sinüsün tedavisinde çok çeşitli cerrahi ve cerrahi dışı yöntemler vardır. Hiçbir tedavi metodu nüksü kesin olarak engelleyememektedir. Literatürde en düşük nüks oranları primer eksizyon ve Rhomboid flep tekniği yöntemindedir. Dufourmentel flep yöntemi hastanede yatış süresi, geç komplikasyonlar ve nüks oranında anlamlı bir fark oluşturmaksızın düşük enfeksiyon ve hematom oranıyla pilonidal sinüs tedavisinde Limberg flep yöntemine bir alternatif olarak kullanılabilir.

SB-023
Kompleks Anal Fistül Tedavisinde Elastik (Yarı Gevşek) Seton Uygulaması Deneyimimiz

Hüseyin Kazim Bektaşoğlu, Enver Kunduz, Samet Yığman
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Anal fistüllerin büyük çoğunluğu basit fistül (intersfinkterik, aşağı seviyeli transsfinkterik fistüller) sınıfında olup sfinkterotomi ile tedavi edilebilmektedir. Kompleks anal fistülllerin (yüksek yerleşimli fistüller, multipl trakt içeren fistüller, at nalı fistüller gibi) tedavisinde ise seton uygulaması ile ilerletme flepleri kullanılabilmektedir. Özellikle sıkı seton uygulaması sık poliklinik kontrolü ve seton sıkılaştırma gereksinimi nedeniyle hasta için ağrı ve iş gücü kaybı, hekim için ise ek iş yükü getirmektedir. Bu nedenle, sıkı setona alternatif olarak yarı gevşek (hafif sıkı) bağlanan elastik seton uygulaması sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Anabilim Dalımızda Ocak 2015 - Aralık 2016 arasında kompleks anal fistül nedeniyle opere olan 48 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar pelvik MR ile görüntülenmişti. Kompleks fistül tanısı pelvik MR görüntüleme ve fizik muayene ile kondu. Hastalar litotomi pozisyonunda opere edilmişti. İç ağız bulunamayan ve drenaj uygulanan 4 hasta çalışma dışı bırakıldı. Kalan tüm hastalarda stile ile iç ağız bulunduktan sonra elastik damar askısı kullanılarak, yarı gevşek (hafif sıkı) olmak üzere seton uygulaması yapılmıştı. Demografik veriler (yaş, cinsiyet), eşlik eden enflamatuar barsak hastalığı öyküsü, apse varlığı, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, toplam operasyon sayısı, 1. ve 3. ay sonunda iyileşme oranları değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 44 hastanın 14 ü kadın (%31,8), 30 u erkekti (%68,2). Ortanca yaş 43,5 (18-83) idi. 19 (%43,2) hastada preoperatif apse varlığı tespit edildi. 5 hastada (%11,4) ise anal fistüle inflamatuar barsak hastalığı eşlik ediyordu. Operasyon süresi ortanca 22 dakika (11-50) olarak kaydedildi. Hastanede kalış süresi 2 hasta hariç diğer hastalarda 1 gündü. 2 hastada cerrahi dışı nedenlerle (Konjestif kalp yetmezliği ve Kronik böbrek hastalığı) yatış uzamıştır. 25 hasta (%56,8) 1. ayın sonunda tek seans ile iyileşmiştir. 18 hastada (%40,9) ikinci veya üçüncü seans operasyon gerekmiş olup bu hastaların 5 inde (%11,4) setonun yırtılması ve erken düşmesi nedeniyle, diğer 13 tanesinde (%29,5) ise gevşemesi nedeniyle reoperasyon gerekmiştir. 1 hastada ise 5 kez operasyon gerekmiştir. 3. ayın sonunda 40 hastada (%90,9) iyileşme görülmüştür. 3. ayın sonunda hiçbir hastada klinik olarak gaz veya gaita inkontinansı görülmemiştir.

Sonuç:
Elastik (yarı gevşek) seton uygulaması, kompleks anal fistüllerin tedavisinde sıkı setona alternatif olarak kullanılabilir. Hasta için sıkı setona göre daha az ağrılı olması, ağrılı sıkma seanslarına gereksinim duyulmaması, iş gücü kaybını engellemesi ve hekim için iş yükünü azaltması, bununla birlikte klinik başarısının iyi olması nedeniyle tercih edilebilir.

SB-024
Selim Anorektal Hastalıklar ile Yaşam Tarzı ve Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Aybala Tazeoğlu[1], Deniz Tazeoğlu[2], Cemile Çakmakçı[3], Fazıl Sağlam[2], Ali Alemdar[2]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beslenme ve Diyet Polikliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Beslenme ve Diyet Polikliniği, İstanbul

Amaç:
Hemoroid, anal fissür ve anal fistül gibi selim anal hastalıkların etyolojisinde beslenme ve yaşam tarzının ilişkisi olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı anal bölgenin selim hastalıkları nedeniyle hastaneye başvuran hastalar ile herhangi bir anorektal şikayeti olmayan kişilerin beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzını karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem:
Prospektif olarak dizayn edilen çalışmaya Agustos 2016-Aralık 2016 tarihleri arasında genel cerrahi polikliniğinde hemoroid, anal fissür veya anal fistül tanısı alan 18-80 yaş arası hastalar ile herhangi bir anorektal şikayeti olmayan başka problemler nedeniyle hastaneye başvuran yine 18-80 yaş arası toplam 130 hasta dahil edilmiştir. Hemoroid saptanan hastalar ilk grubu, anal fissür saptanan hastalar ikinci grubu, anal fistül saptanan hastalar üçüncü grubu ve herhangi bir anorektal şikayeti olmayan hastalar ise kontrol grubu olarak dördüncü grubu oluşturmaktadır. Tüm gruplardaki hastaların yaşları, boyları, ağırlıkları, BMI'ları, ek hastalıkları, hastalık süreleri, eğitim durumları, meslekleri, gelir durumları, sigara kullanım öyküleri, alkol kullanım öyküleri, fiziksel aktivite düzeyleri, beslenme ve tuvalet alışkanlıkları sorgulanmış ve gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Grup 1'deki hastaların (n: 38) ortalama yaşı 44.31±14.51 yıl, K/E oranı 14/24; Grup 2'deki hastaların (n: 28) ortalama yaşı 34.50±12.06 yıl, K/E oranı 12/16; Grup 3'deki hastaların (n: 34) ortalama yaşı 39.20±8.73 yıl, K/E oranı 3/31; Grup 4'deki hastaların (n: 30) ortalama yaşı 40.76±12.11 yıl olup, K/E ise oranı 8/22 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında öğrenim durumu, gelir durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken, kontrol grubundaki hastaların selim anal hastalığı olan hastalara göre istatiksel olarak anlamlı oranda daha fazla egzersiz yaptığı, 1. ve 2. derece akrabalarında daha az selim anal hastalık olduğu ($p<0.05$) gözlenmektedir. Hastaların beslenme ve dışkılama alışkanlıkları incelendiğinde kontrol grubundaki hastaların diğer gruptaki hastalara göre daha fazla su ve çay tükettiği, daha az sigara kullandığı, içeceklerinde daha az şeker kullandığı, daha düzenli yemek yediği, daha fazla ara öğün yaptığı, daha az abur cubur yediği, selim anal hastalıklar ile beslenme ilişkisinin daha fazla farkında olduğu ve daha fazla posalı gıda tüketmeye dikkat ettiği, daha sık gaita yapma alışkanlığına sahip olduğu, tuvalette daha az vakit geçirdiği, ev dışında daha çok tuvalete gitttikleri, gayta yaptıktan sonra tam boşalma hissinin daha fazla olduğu, daha az üriner- genital şikayeti olduğu ve daha düzenli dışkılama yaptıkları ($p<0.05$) görülmüştür.

Sonuç:
Selim anal hastalıkların sık görülmesine rağmen utanma vb. sebeplerden dolayı insidansı tam olarak bilinmemektedir. Literatürde yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları ile selim anal hastalıklar arasında sıkı bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda da selim anorektal hastalığı olmayan hastalar ile selim anorektal hastalığı olan hastaların yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bu bize yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesinin selim hastalıkları engelleyebileceğini düşündürmektedir.

SB-025
Pilonidal Sinüs Hastalığının Ters 'D' (Ɑ) İnsizyon Tekniği ile Cerrahi Tedavisi

Sami Doğan, Mehmet Fuat Çetin, Emin Sami Gürleyik
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerarahi Anabilim Dalı, Düzce

Giriş-Amaç:
Pilonidal sinüs cerrahi tedavisi için değişik teknik uygulanmalar ile farklı sonuçlar elde edilmektedir. Amaç en az yineleme oranı ile başarılı radikal tedavinin sağlanmasıdır. Bu çalışmanın amacı kronik pilonidal sinüs tedavisinde Ters 'D' (Ɑ) insizyon, eksizyon ve primer sütür uygulanan bir cerrahi tekniğin erken dönem sonuçlarını araştırmak ve tartışmaktır.

Gereç-Yöntem:
Prospektif planlanan çalışmaya kronik pilonidal sinüslü çok komplike olmayan hastalar alındı. Nüks olgular ve pediatrik hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışma toplam 59 olgu üzerinde gerçekleştirildi. Haziran 2014- Şubat 2017 tarihleri arasında cerrahi tedavi uygulanan hastaların kayıtları prospektif olarak tutuldu. Çalışmaya alınan tüm hastalara (Ɑ) insizyon ve primer sütür yöntemi ile cerrahi eksizyon tek%20,33niği uygulandı. Dren 2. günde, cilt dikişleri 7. günde alındı. Olgularda yaş, cinsiyet, aile hikayesi, hastalığın süresi, operasyon öncesi müdahale öyküsü, geliş şikayeti, sinüs ağzı sayısı ve lokalizasyonu, erken ve geç komplikasyon bulguları, hastanede kalış ve işe dönüş süreleri ve yineleme oranları araştırıldı. Olgular ortalama 17,5 (3-32) ay izlenerek bulgular sunuldu.

Bulgular:
Primer pilonidal sinüslü, ortalama 25,7 (17-60) yaşında (% 84,75) 59 olguya k,/ 50 erkek ve (% 15,25) 9 kadın) (Ɑ) insizyon tekniği ile cerrahi tedavi uygulandı. Aile öyküsü 15 (%25,42), hastalığın süresi 2,1 yıl, müdahale öyküsü 19 (%32,20), sinüs ağzı sayısı 2 (1-4), geliş şikayeti aralıklı akıntısı olan 41 (%69,50), şişlik 12 (%20,33), sürekli akıntısı 6 (%10,17) Hiçbir olguda genel komplikasyon görülmedi. Postoperatif erken dönemde lokal komplikasyon olarak; 1 olguda yara enfeksiyonu, 2 olguda hematom saptandı ve tedavi edildi. Hastanede kalış süresi ortalama 1,4 (1-3gün) ve normal faaliyetlere dönüş süresi ortalama 2,69 (2-4gün). İzleme döneminde nüks görülmedi.

Tartışma ve Sonuç:
Primer, komplike olmayan pilonidal sinüs olgularında Ters'D' (Ɑ) insizyon ve primer sütür yöntemi düşük cerrahi komplikasyon oranı ile uygulanabilir. Küçük insizyon ile daha kozmetik ve konforlu tedavi sağlanabilir. Hastanede kalış ve normal işleve dönüş süresi kısadır. Operasyon sırasındaki bulgulara göre diğer tekniklere dönüşüm yapılabilmesi ve erken dönem bulgularına göre yineleme olmaması önemli avantajlardır. Bu yöntem, pilonidal sinüs olgularında primer cerrahi tedavi olarak uygulanabilen basit ve etkili bir yöntemdir

SB-026
Perianal Sinüs Tedavisinde Press-Fit® (Doğal Kollajen Plug) Uygulaması

Burhan Hakan Kanat[1], Mustafa Girgin[2], Yavuz Selim İlhan[2], Ali Aksu[1]
[1]Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ
[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç ve Giriş:
Pilonidal sinüs, en çok sakrokoksigeal bölgede görülmekle birlikte, vücutta kılların penetre olabileceği her bölgede oluşabilir. Yıllardır birçok cerrahi ve konservatif tedavi yöntemi tariflenmiş olmasına rağmen hiçbir yöntemde ideal sonuçlara ulaşılamamıştır. İdeal tedavi yöntemi kolay uygulanabilir ve komplikasyon oranı ile nüks oranı düşük olmalıdır. Konservatif tedavi seçenekleri sklerozan madde enjeksiyonları, kriyocerrahi ve kollejenaz uygulamasıdır. Cerrahi tedavide ise eksizyon ve açık bırakma, marsupializasyon, insizyon ve küretaj gibi açık yöntemler; vertikal eksizyon ve primer kapama, oblik eksizyon ve primer kapama, Karydakis yöntemi, romboid eksizyon ve Limberg prosedürü ve plastik prosedürler gibi kapalı yöntemler kullanılmaktadır. Tedavide tartışmaların büyük çoğunluğu en sık görüldüğü bölge olan sakrokoksigeal alandaki hastalık içindir. Oysa vücudun birçok yerinde pilonidal sinüs tariflenmiştir. Perianal bölgede gelişen pilonidal sinüs 'endoanal' veya 'perianal pilonidal sinüs' olarak adlandırılır ve anal verge yakın komşuluktadır. Bu durum üç şekilde oluşabilir; yukarıdaki hastalığın aşağıya doğru ilerlemesi, perianal fistül traktı içine kıl girmesi ya da bizim hastalarda olduğu gibi tamamen sağlıklı cilt içine kıl yuvalanması şeklinde olabilir. Üç durumda da tedaviler farklı olabilir. Biz bu çalışmada esas kullanım amacı perianal fistül hastalığı olan "Doğal Kollajen Plug" uygulayarak tedavi ettiğimiz "perianal pilonidal sinüs" hastalarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Haziran-Aralık 2015 tarihleri arasında perianal pilonidal sinüs nedeni ile başvuran ve lokal anestezi altında küretaj sonrası "Doğal Kollajen Plug" uygulanan 4 hastanın verileri çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tedavi süreleri, komplikasyonlar ve nüks oranları incelendi. Hastalara lokal anestezi altında sinüs orifisleri mosquito clamp girecek kadar genişletildi. Ardından kıl temizliği yapılıp trakt kürete edildi ve daha sonra Press-Fit® (Doğal Kollajen Plug) tıpkı perianal fistüldeki gibi uygulandı. Ancak her iki orifis ağzı açık bırakıldı. Hastalar aynı gün eve gönderildi. İlk hafta 3 günde bir, daha sonra 5 günde bir kontrole çağırıldı. Akıntısı biten ve semptomları düzelen hastalar iyileşmiş olarak kabul edildi.

Bulgular:
Olgu sayısı az olduğu için hastalar tek tek incelendi. Hastaların yaş ortalaması 25.75 ± 3.5yıl olup tüm hastalar erkekti. Hastaların anamnezinde daha önce pilonidal sinüs öyküsü yoktu. Bir hastaya 2, üç hastaya 1 kez uygulandı. Sadece bir hastada komplikasyon olarak apse gelişti. Ortalama iyileşme süresi 27.5±3.3 gündü. Ortalama takip süresi 5.75±1.7 ay olup bu süre zarfında 1 nüks ve 1 tane de iyileşmeyen hasta vardı. İşlemin başarı oranı hasta sayısı az olmakla birlikte %50 idi.

Sonuç:
Perianal pilonidal sinüs hastalığı nadir görülmekle birlikte anal verge yakın olmasından dolayı tedavisi problem olmaktadır. Bu hastalarda da sakrokoksigeal bölgede kullanılan fenol ve gümüş nitrat gibi konservatif tedavi yöntemleri kullanılabilir. Ancak bu maddeler yakıcı özelliği olduğundan Perianal pilonidal sinüsün anal verge ve sfinkterlere komşuluğundan dolayı dikkatli kullanılmalıdır. Ancak plug kullanımının böyle bir yakıcı etkisi yoktur. Bu nedenle iyileşme süresi uzun ve başarı oranı görece daha düşük olsa bile bu hastalarda konservatif tedavi yöntemi olarak iyi bir kıl temizliği ve debritmandan sonra "Doğal Kollajen Plug" kullanılması düşünülebilir. Bu yöntem anal çevrede güvenle kullanılabilir.

SB-027
Pilonidal Apseli Olgularda "Unroofing-Curettage ve Sekonder İyileşme" Yöntemine "Nanova™ Therapy System" Kullanımının Etkisi

Burhan Hakan Kanat[1], Mustafa Girgin[2], Yavuz Selim İlhan[2], Ali Aksu[1]
[1]Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ
[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç - Giriş:
Pilonidal sinüs ilk olarak 1833 yılında Herbert Mayo tarafından bir kadın hastada sakrokoksigeal bölgede kıl içeren sinüs olarak tarif edilmiştir. Daha sonra 1880 yılında Hodges Latince kıl anlamına gelen 'Pilus' ve yuva anlamına gelen 'Nidus' kelimelerini birleştirerek 'pilonidal' kelimesini kullanmıştır. Hastalık genç erişkin yaştaki erkek popülasyonda daha sık görülmektedir. Apseli ve ağrılı akıntıdan, asemptomatik forma kadar yaygın bir şikayet ağına neden olabilir. Semptomlara göre sınıflandırıldığında; 1.Asemptomatik 2.Akut pilonidal apseli 3.Kronik fistülizan form ve 4.nüks tipler olmak üzere klinikte dört şekilde karşımıza çıkabilir. Klinikte en çok karşılaştığımız tablo kronik fistülizan form olmakla birlikte akut apseli olanlar da göz ardı edilemeyecek düzeydedir. Birçoğumuz poliklinik şartlarında lokal anestezi altında bu apseleri boşaltmakta ve akıbetini takip etmemekteyiz. Aslında iyi bir anamnez alındığında kronik fistülizan form ile başvuran hastaların birçoğunda şiddetli ya da hafif bir apse öyküsü mevcuttur. Asemptomatik, kronik fistülizan ve nüks formlarında bir tedavi şekli oturmuş olmakla birlikte apseli başvuran hastalarda nihai tedavinin ne zaman yapılması gerektiği konusunda fikir birliği yoktur. Daha önceki çalışmalarımızda apse ile başvuran hastalarda "unroofing-curettage ve sekonder iyileşme" ile "antibiyoterapi sonrası flep" yöntemlerini karşılaştırmış ve antibiyoterapi sonrası flep yöntemlerinin özellikle tedavi süresinin daha kısa olması nedeniyle tercih edilebileceğini bildirmiştik. Bu çalışmamızda ise unroofing-curettage yapılan hastalarda iyileşmeyi hızlandırmak için kullanılan "elektrik enerjisi gerektirmeyen negatif basınç yardımlı yara pansumanını" sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Haziran-Aralık 2015 tarihleri arasında pilonidal apse ile başvuran ve "unroofing-curettage ve sekonder iyileşme" ile birlikte "elektrik enerjisi gerektirmeyen negatif basınç yardımlı yara pansumanını" yapılan 5 hastanın

verileri çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tedavi süreleri, komplikasyonlar ve nüks oranları incelendi. Apse ile başvuran hastalara lokal anestezi altında drenaj işlemi yapıldıktan sonra unroofing-curettage yapıldı. Açık kalan alana ilk 3 uygulama 48 saatte bir, sonraki uygulamalar ise 72 saatte bir olmak üzere "Nanova™ Therapy System" kullanılarak pansuman yapıldı. Bu sistem elektrik enerjisi gerektirmeyen, el pompası yardımı ile negatif basınç uygulayan yara pansumanıdır. Her bir kapama aperatı 40-60 ml kadar mayii aspire edebilmektedir.

Bulgular

Olgu sayısı az olduğu için hastalar tek tek incelendi. Hastaların yaş ortalaması 33 yıl (28-38 yıl) olup tüm hastalar erkekti. Hastaların anamnezinde daha önce pilonidal sinüs öyküsü yoktu. Bir hastaya 3, üç hastaya 4 ve bir hastaya da 5 kez uygulandı. Ortalama uygulama sayısı 4 olarak saptandı. Sadece bir hastada komplikasyon olarak kanama gelişti. Ortalama iyileşme süresi 22.2±6.26 (16-32) gündü. Ortalama takip süresi 20.8±3.34 (16-24) ay olup bu süre zarfında nüks saptanmadı. İşlemin toplam maliyeti ortalama 250 dolar olarak hesap edildi.

Sonuç

Akut pilonidal apseli hastaların ne zaman ve ne şekilde tedavi edilmeleri gerektiği hala tartışmalıdır. Literatürde bu olguların bir kısmının drenaj sonrası ilerleyen zamanlarda kronikleşmediğini ve bu nedenle hepsine drenaj sırasında nihai tedavi yapılmamasını savunan yazılar olduğu gibi, drenaj-antibiyoterapi sonrası flep yöntemleri veya "unroofing-curettage sonrası sekonder iyileşme" gibi yöntemler tariflenmiştir. Negatif basınç yardımlı yara bakım yönetimi yaklaşık 50 yıldır kullanılmaktadır. Özellikle son yıllarda gelişmiş teknolojileri ile bu yöntemler günlük pratiğimizde daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntemlerde yarada emme-drenaj (vakum) sağlanır. Vakum ortamı yarada biriken sıvıyı etkili bir şekilde boşaltır ve drenaj sağlamış olur. Bu sistemlerde özellikli yara örtüsü ve bir bağlantı tüpü ile genellikle elektrikli pompa kullanılarak yaraya sürekli ya da aralıklı kontrollü subatmosferik basınç uygulanmış olur. Bu yöntemlerin yaradaki bakteri sayısını azalttığı, iyileşme süresini kısalttığı ve immün yanıtı normale çevirdiği belirtilmiştir. Lokal kan akımında artış sağlar, periferden yaranın merkezine doğru kontraksiyona neden olur. Çalışmamızda elektrik enerjisine ihtiyaç duymayan el pompası yardımı ile negatif basınç uygulayan yara pansumanı kullanılmıştır. Hasta sayısı az olduğundan istatistiki bir karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak daha önceki çalışmalarımıza kıyasla sekonder iyileşmeye bıraktığımız hastalarda vakum destekli pansumanın iyileşme süresini kısalttığını tespit ettik. Önceki çalışmalarda 34.7±3.3 gün olarak verile iyileşme süreleri çalışmamızda 22.2±6.26 gün olarak bulundu. Ortalama takip süresi 20.8±3.34 (16-24) ay olup bu süre zarfında nüks saptanmadı. Ancak olgu sayısındaki kısıtlılıktan dolayı bu veri yeterli değildir. Sonuç olarak tüm olgularda olmasa bile, özellikle drenaj esnasında nihai tedavisini olmak isteyen ve görece daha hızlı normal hayatına dönmek isteyen pilonidal apseli hastalarda "unroofing-curettage ve sekonder iyileşme" ile birlikte "elektrik enerjisi gerektirmeyen negatif basınç yardımlı yara pansumanı" uygulanabilir.

Hastaların Bulguları

	Yaş	Cinsiyet	Komplikasyon	Ek hastalık	İyileşme Süresi (gün)	Takip Süresi (ay)	Nüks
1	28	Erkek	--	HbsAg (+)	18	16	--
2	30	Erkek	--	--	16	20	--
3	32	Erkek	--	--	21	24	--
4	37	Erkek	Kanama	--	24	20	--
5	38	Erkek	--	--	32	24	--

SB-028
Pnömoperitonyum Sonucu Gelişen İntestinal İskemi Reperfüzyon Hasarına Karşı Sildenafil ve Dekspantenol'un Koruyucu Etkisi

Erkan Yıldız[1], Neriman Şengül[1], Ufuk Arslan[1], Yasemin Çinpolat[2], Esra Fidan[3], Seval Alkoy[4], Güler Buğdaycı[2]
[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Bolu
[3]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embrioloji Anabilim Dalı, Bolu
[4]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bolu

Amaç:

Bu çalışmanın amacı ratlarda pnömoperitonyum sonucu gelişen intestinal iskemi reperfüzyon hasarına karşı sildenafil ve dekspantenolun koruyucu etkisini araştırmaktır. Metod: Bu amaçla toplam 35 rat 5 gruba ayrıldı. Grup 1'de (K) sadece anestezi verildi. Grup II (PP), III (S), IV (D) ve V'de (D+S), İAB. 12 mmHg. olacak şekilde 60 dk. süreyle CO2 pnömoperitonyumu oluşturuldu. Grup III, IV, V'de, pnömoperiton oluşturmadan 30 dk. önce ratlara sırasıyla Sildenafil (1 mg/kg, PO), Dekspantenol (500 mg/kg, IP) ve Sildenafil+Dekspantenol verildi. Desuflasyondan 60 dk. sonra hayvanlar sakrifiye edildi. Pnömoperitonyuma bağlı gelişen oksidatif stres hasarını değerlendirmek için kan ve ince barsak, karaciğer, kolon ve peritondan doku örnekleri alındı. Plazmada Malondialdehit (MDA), Total Oksidan Seviye (TOS) ve Total Antioksidan Seviye (TAS) ölçüldü. Dokular histopatolojik hasar yönünden değerlendirildi. Tüm dokularda MDA, karaciğer ve kolon dokusunda TAS, TOS değerleri çalışıldı.

Bulgular:

Plazma TOS ve OSİ indeksi değeri, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında tüm pnömoperitonyum gruplarında anlamlı olarak yüksek bulundu (TOS: p=0.003, OSİ: p=0.004). Gruplar arasında plazma MDA değeri için anlamlı fark bulunamadı (p=0.69). Plazma TAS değeri, tüm gruplar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı istatiksel fark yokken, S+D grubunda S grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.007). Doku MDA değerleri, tüm pnömoperitonyum gruplarında artmasına rağmen kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında anlamlı istatiksel fark görülmedi (p>0.05). İleum MDA değeri, D grubunda PP grubundan anlamlı olarak düşük bulundu (p=0.004). Kolon TAS değeri, kontrol ve PP grubu arasında anlamlı fark yokken, D ve S+D grubunda PP grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.002, p=0.004). Pnömoperitonyuma bağlı oksidatif stres sonucu

oluşan karaciğer ve ince barsak histopatolojik hasar skoru kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında PP gruplarında anlamlı olarak yüksekti (p=0.001). PP grubuyla karşılaştırıldığında S, D ve S+D gruplarında karaciğer ve ince barsak histopatolojik hasar skorlarının anlamlı şekilde düşük olduğu görüldü (p<0.001). Kolon ve pariyetal peritonda anlamlı histopatolojik değişikliğe rastlanılmadı.

Sonuçlar:
Pnömoperitonyuma bağlı iskemi ve reperfüzyon hasarı aynı basınç ve sürede karaciğer ve ince barsakta belirgin iken kolon dokusunda daha güvenli görünmektedir. Öntedavi ajanı olarak ayrı ayrı yada eş zamanlı verilen sildenafil ve dekspantenolun intestinal organları pnömoperitonyuma bağlı gelişen oksidatif stres hasarından koruyucu etkisi vardır.

SB-029
Kalsiyum Dobesilat'ın İntraabdominal Adezyon Önleyici Etkisi: Deneysel Çalışma

Berkay Küçük[1], Salih Tuncal[1], Yılmaz Ünal[1], Yusuf Murat Bağ[1], Bülent Kılıçoğlu[1], Kemal Kısmet[1], Ertuğrul Ertaş[2]
[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Düzce Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

Amaç:
Kalsiyum Dobesilat'ın postoperatif intraabdominal adezyon oluşumunu önlemedeki etkinliğini deneysel çekal abrazyon modelinde göstermeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmada ağırlıkları 225 ± 25 g arasında değişen 30 adet Wistar Albino dişi rat kullanıldı ve ratlar randomize olarak 3 gruba ayrıldı. Sham grubundaki 10 rata laparotomi yapıldı, çekum batın dışına alındıktan sonra herhangi bir işlem yapılmadan batına konuldu. Kontrol grubundaki 10 rata çekal abrazyon ve periton rezeksiyonu sonrası herhangi bir işlem yapılmadı.Kalsiyum Dobesilat grubundaki 10 rata çekal abrazyon ve periton rezeksiyonu yapıldıktan sonra batın kapatıldı, sadece bu gruba 21 gün boyunca 100 mg/kg/gün dozunda orogastrik yolla kalsiyum dobesilat verildi. Bir gün önceden aç bırakılan bütün ratlar postoperatif 21. gün steril koşullar oluşturulduktan sonra yüksek doz ketamine anestezisi uygulanarak sakrifiye edildi. Adezyon değerlendirmesi, bir skorlama yöntemi kullanılarak yapıldı. Periton ve barsaktan alınan doku örnekleri inflamasyon ve fibrozis derecelerini belirlemek için histopatolojik incelemeye gönderildi. Ayrıca, biyokimyasal analiz için doku ve kan örnekleri alındı.

Bulgular:
Makroskopik adezyon skorunun Ca-Dob uygulanan sıçanlarda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (p=0.011). Kalsiyum Dobesilat uygulanan sıçanlarda inflamasyon skorunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (p= 0.001). Kalsiyum Dobesilat uygulanan sıçanlarda fibrozis skorunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede az olduğu görüldü (p=0.002). Doku MDA açısından; Ca-Dob grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede az olduğu görüldü (p=0,001). Doku FOÜ açısından; Ca-Dob grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede az olduğu görüldü (p=0,001). Doku Total SH açısından; sham grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p=0,006). Doku TOS açısından; Ca-Dob grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede az olduğu görüldü (p=0,005). Serum MDA açısından; Ca-Dob grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede az olduğu görüldü (p=0,014). Serum TOS açısından; Ca-Dob grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede az olduğu görüldü (p=0,021).

Sonuç:
Kalsiyum Dobesilat'ın çekal abrazyon modelinde inflamasyon ve fibrozis oluşumunu engellemede etkin olduğunu tespit ettik. Histopatolojik olarak gösterilen antiinflamatuvar etkinin yanı sıra, biyokimyasal olarak saptanan antioksidan etkinin, Kalsiyum Dobesilat'ın adezyon önleyici etkinliğinde rol oynadığı sonucuna varılmıştır.

Gruplara göre adezyon skor ortalamaları

GRUPLAR	ADEZYON SKOR ORTALAMALARI
Sham (n=7)	1,28 ± 0,61
Kontrol (n=9)	6,33 ± 1,80
Ca-Dob (n=8)	3,25 ± 0,84

Patoloji skor ortalamaları

	Fibrozis	İnflamasyon
Sham (n=7)	0,14 ± 0,06	0,71 ± 0,33
Kontrol (n=9)	1,44 ± 0,11	2,67 ± 0,48
Ca-Dob (n=8)	0,25 ± 0,08	1,00 ± 0,024

SB-030
Ratlarda İskemik Kolon Anastomozunun İyileşmesinde Dekspentanol ve Koenzim Q10'un Etkileri

Oktay Aydın[1], Faruk Pehlivanlı[1], Gökhan Karaca[1], Gülçin Aydın[2], Tuba Devrim[3], Hürü Duru[4], Çağatay Erden Daphan[1]
[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[3]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale
[4]Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Anastomoz kaçağı genel cerrahide sıklıkla karşılaşılan ve mortalite ile morbiditede artışa yol açan bir problemdir. Gastrointestinal sistem anastomozlarında en sık anastomoz kaçağı kolonda olmaktadır. Kolon anastomozlarının iyileşmesinde en önemli faktörlerden biri ise dokunun iskemik olmasıdır. Bu çalışmada amacımız antioksidan, anti inflamatuar özellikleri olan Dekspantenol ve Koenzin Q10'un iskemik kolon anastomozlarında kullanımının, kolon anastomozları ve iyileşmesi üzerine etkilerini incelemektir.

Gereç-Yöntem:
Çalışmaya 48 adet rat dahil edildi. Dört eşit grup oluşturuldu.
1 grup: Orta hat laparotomi sonrası iskemi oluşturulmaksızın anastomoz yapılan, herhangi bir ilaç uygulaması yapılmayan (standardizasyon amaçlı, çekumun yaklaşık 5 cm distalinden mezoya zarar vermeden tam kat kolon kesisi ve ardından tek kat üzerinden anastomoz yapıldı) sham grubu
2 grup: Orta hat laparotomi sonrası süperior mezenterik arterin 20 dk boyunca klemplenip, bu süre sonunda klemp açılarak çekumun yaklaşık 5 cm distalinden mezoya zarar vermeden tam kat kolon kesisi ve ardından tek kat üzerinden anastomoz yapılan grup, kontrol grubu
3. grup: Orta hat laparotomi sonrası süperior mezenterik arterin 20 dk boyunca klemplenip, bu süre sonunda klemp açılarak revaskülarizasyon sağlandıktan sonra çekumun yaklaşık 5 cm distalinden mezoya zarar vermeden tam kat kolon kesisi ve ardından tek kat üzerinden anastomoz yapılıp, postoperatif ilk üç gün süre ile günde tek doz intraperitoneal Dekspentanol (50 mg/kg/gün) uygulanan grup.
4.grup: Orta hat laparotomi sonrası süperior mezenterik arterin 20 dk boyunca klemplenip, bu süre sonunda klemp açılarak revaskülarizasyon sağlandıktan sonra çekumun yaklaşık 5 cm distalinden mezoya zarar vermeden tam kat kolon kesisi ve ardından tek kat üzerinden anastomoz yapılıp postoperatif ilk üç gün süre ile günde tek doz intraperitoneal Koenzim Q10 (1mg/100 g/gün) uygulanan grup.
Ratlara 0. gün laparatomi ardından planlanan cerrahi girişim uygulandı, 10. gün ratlar sakrifiye edildi ve laparotomi sonrası anastomoz hattını içeren kolon dokusu alındı. Anastomoz hattının 2cm proksimal ve 2 cm. distalinden rezeksiyon uygulandı. Çıkarılan parçanın distal ucu serbest olarak bağlandı, proksimal ucu ise daha önceden hazırlanan düzeneğe yerleştirilip bağlanarak patlama basıncı ölçüldü.
Patlama basıncı ölçümü işlemi tamamlandıktan sonra, onarım hattını içeren doku iki eşit parçaya ayrılarak patolojik değerlendirmeye alınacak olan parça formaldehit içerisinde saklandı, diğer parça hidroksiprolin ölçümü için ayrıldı.
Değerlendirme biyokimyasal olarak OH Prolin ölçümü, histopatolojik olarak kolon mukoza reepitelizasyonu, inflamatuar granülom ve granuloma oluşumu, intestinal kas yıkımı ve anastomozdaki inflamatuar inflamasyonunu içeren enflamasyon skoru ile ve fiziksel olarak da anastomoz patlama basıncı ile yapıldı.

Bulgular:
Çalışma sonucunda elde edilen Biyokimyasal, Histopatolojik veriler ve Patlama basıncı Tablo 1 ve 2 de özetlenmiştir.
Hidroksiprolin seviyeleri Dekspentanol grubunda en yüksek olup yüksekten düşüğe sırayla Dekspentanol, Sham, Koenzim Q10, Kontrol grubu şeklinde sonuçlandı. Hidroksiprolin seviyelerinin Sham grubu ile Kontrol grubu arasında Sham grubu lehine (p:0,005), Sham grubu ile Koenzim Q10 grubu arasında Sham grubu lehine (p:0,021), Kontrol grubu ile Dexpentanol grubu arasında Dekspentanol grubu lehine (p:0,000), Dekspentanol grubu ile Koenzim Q10 grubu arasında Dekspentanol grubu lehine anlamlı (p:0,007) daha yüksek olduğu görüldü.
İskeminin olmadığı Sham grubunda Patlama basıncı en yüksek olup, yüksekten düşüğe sırasıyla Sham grubu, Dekspentanol grubu, Koenzim Q10 grubu, Kontrol grubu olarak ölçüldü. Patlama basıncı Sham grubu ile diğer gruplar olan Kontrol grubu, Dekspentanol grubu, Koenzim Q10 grubu arasında Sham grubu lehine daha yüksek ölçüldü (sırasıyla p:0,005, p:0,015, p0,003). Dekspentanol ve Koenzim Q10 grupları patlama basıncı Kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olmakla beraber bu yükseklik istatistiksel olarak anlamalı değildi. Histopatolojik verilerde gruplar arası anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç:
Kontrol grubuna göre anlamlı OHP yüksekliği iskeminin kolon mukozası yara iyileşmesi üzerine azaltıcı etkisini ortaya koymaktadır. Dekspentanol grubunda OHP seviyesi en yüksek olup Sham grubu ile arasında anlamlı fark olmaması iskemik anastomoz iyileşmesine Dekspentanolün olumlu etkisi oluşturabileceğini göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber Koenzim Q10 grubundada Kontrol grubuna oranla OHP seviyesi yüksek bulunması Koenzim Q10 un iskemik kolon dokusu iyileşmesine olumlu etkisi olabileceğini göstermektedir. İskemi uygulanmayan grupta iskemi uygulanan gruplara kıyasla patlama basıncının anlamlı yüksek oluşu iskeminin anastomoz iyileşmesini negatif yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Diğer taraftan Dekspentanol ve Koenzim Q10 un, istatistiksel anlamlı olmasa dahi, iskemik şartlarda oluşturulan kolon anastomozundaki patlama basıncını artırıdığı ve yara iyileşmesini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. İskemi kolon anstomoz iyileşmesini bozmaktadır. Dekspentanol ve Koenzim Q10 un, Dekspentanolde daha anlamlı olmak üzere, iskemik kolon anastomozu iyileşmesi üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır.

Grupların Mean ve Std. Deviation değerleri

GRUPLAR	PATLAMA BASINCI	ENFLAMASYON	DOKU OHP
SHAM	267,00 ± 17,67	2,15 ± 0,64	1027,66 ± 997,82
KONTROL	221,25 ± 55,65	2,12 ± 0,64	573,06 ± 78,91
DXP	241,00 ± 20,63	2,00 ± 0,53	1039,09 ± 283,23
KOENZİM Q10	234,25 ± 20,10	2,12 ± 0,64	667,26 ± 130,49

Gruplar arası karşılaştırma sonuçları

GRUPLAR	PATLAMA BASINCI	ENFLAMASYON	DOKU OHP
SHAM / KONTROL	0,005	1,000	0,005
SHAM / DXP	0,015	0,721	0,959
SHAM / KOENZİM Q10	0,003	1,000	0,021
KONTROL / DXP	0,798	0,721	0,000
KONTROL / KOENZİM Q10	0,382	1,000	0,161
DXP / KONZİM Q10	0,382	0,721	0,007

Gruplar arası karşılaştırma sonuçları P değerleri

SB-031
Ozonla Ön Koşullamanın Preoperatif Radyoterapi Alan Ratlarda Kolon Anastomozu İyileşmesi Üzerine Etkisi

İlhan Taşdöven[1], Muzaffer Önder Öner[1], Ali Uğur Emre[2], Fatma Ayça Gültekin[2], Güldeniz Karadeniz Çakmak[2]
[1]Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği, Van
[2]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği, Zonguldak

Amaç:
Kolorektal kanserlerde uygulanan neoadjuvan radyoterapi anastomoz iyileşmesindeki mekanik ve biyokimyasal parametreleri olumsuz yönde etkilemektedir. Radyasyona bağlı hücresel hasar öncelikli olarak açığa çıkan serbest oksijen radikalleri (SOR) ile meydana gelmektedir. Yapılan çalışmalar, kontrollü ozon uygulamasının antioksidan enzim aktivitesini arttırdığını ve böylece SOR ile meydana gelebilecek hücresel hasarlanmayı önlemede yardımı olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada kontrollü olarak verilen ozonun preoperatif radyoterapi verilen ratlarda kolon anastomozu iyileşmesi üzerine ektileri incelendi. Radyoterapi sonrası oluşan hasarı önlemede ozon uygulanan sıçanlarda antioksidan kapasitede meydan gelen artış, anastomoz hattında inflamatuvar sürecin baskılanması ve histopatolojik değişikliklerin gösterilmesi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem:
Bu deneysel çalışma Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Deney Hayvanları Üretim ve Araştırma Laboratuvarında 2011-2012 yılları arasında gerçekleştirildi. Deneysel çalışmada Wistar Albino türü 48 Adet dişi sıçan kullanıldı. Ratlar (n=48) 6 gruba ayrıldı. Tüm gruplardaki ratlara sol kolon rezeksiyonu ve anastomozu uygulandı. Kontrol grupları(1 ve 2): İntraperitoneal 0.5 ml salin birbirini takip eden 5 gün boyunca verildi. Son dozun uygulanmasından sonra ratlarda sol kolon anastomozu yapıldı. Anastomozu takip eden 3. Günde(group 1) ve 7.günde (group 2) ratlar sakrifiye edildi. Salin+Radyoterapi(Salin+RT) Grupları (3 ve 4): İntraperitoneal 0.5 ml salin birbirini takip eden 5 gün boyunca verildikten sonra son dozun uygulanmasından 1 saat sonra tek doz 500 cGy pelvik ışınlama uygulandı. Işınlama sonrası 7. günde sol kolon düzeyinde anastomoz uygulandı. Anastomoz sonrası ratlar 3. Günde(Grup 3) ve 7. Günde (Grup 4) sakrifiye edildi. Ozon Ön Koşullanma+ Radyoterapi(Ozon+RT) Grupları (5 ve 6): İntraperitoneal 0.7 mg/kg ozon/ oksijen (O2/O3) gaz karışımı birbirini takip eden 5 gün boyunca verildi. Son dozun uygulanmasından 1 saat sonra tek doz 500 cGy pelvik ışınlama uygulandı. Işınlama sonrası 7. günde sol kolon düzeyinde anastomoz uygulandı. Anastomoz sonrası ratlar 3. Günde(Grup 5) ve 7. Günde (grup 6) sakrifiye edildi. Anastomoz patlama basınçları değerlendirildi. Anastomoz yapılan segmentte hidroksiprolin (HPO) düzeyi, myeloperoksidaz aktivitesi (MPO) ve malondialdehid (MDA) düzeylerine bakıldı ve histopatolojik değerlendirilme yapıldı.

Bulgular:
Gruplar patlama basıncı açısından değerlendirildiğinde; Radyoterapi alan gruplarda (Grup 3,4,5ve 6) kontrol gruplarına (Grup 1 ve 2) göre patlama basınçları düşük olduğu görüldü ($p<0.001$). Ozon+RT alan Grup 5 ve 6' nın patlama basınçları, Saline+RT alan Grup 3 ve 4'ün patlama basınçlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.001$).(Tablo1) Salin+RT alan Grup 3 ve 4 'ün doku HPO düzeyinin kontrol grubu Grup 1 ve 2 ile karşılaştırıldığında düşük olduğu izlenmiştir. ($p<0,05$). Ozon+RT alan Grup 5 ve 6' nın ise HPO değerlerinin Grup 3 ve 4'e göre istatiksel olarak yüksek olduğu görülmüştür. Radyoterapi alan gruplarda (Grup 3,4,5,6) MDA düzeylerinin, kontrol grubuna(Grup 1 ve 2)göre yüksek olduğu gözlenmiş, ancak sadece Grup 3'te istatiksel anlam bulunmuştur ($p=0.014$). Ozon+ RT (Grup 5 ve 6),MDA düzeylerinde azalma sağlarken, istatiksel olarak sadece Grup 5'te MDA düzeyinde anlamlı düşme izlenmiştir ($p=0.014$). Radyoterapi alan gruplarda (Grup3,4,5,6) MPO düzeylerinin, kontrol grubuna (Grup 1 ve 2) göre düşük olduğu, Ozon+RT (Grup 5ve 6) MPO düzeylerinde artış sağladığı izlenmiş olmasına rağmen, elde edilen sonuçların ancak klinik düzeyde anlamlı olduğu ve gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı sonuçlar olmadığı izlenmiştir. Salin+RT alan Grup 3 ve 4 'ün doku SOD düzeyinin kontrol grubu Grup 1 ve 2 ile karşılaştırıldığında düşük olduğu izlenmiştir ($p<0,05$). Ozon+ RT alan Grup 5 ve 6' nın ise SOD değerlerinin Grup 3 ve 4'e göre istatistiksel olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Grupların anastomotik yara iyilesmesi, granülasyon dokusu gelişimi ve lokal inflamatuar cevabın histolojik degisiklikleri 0-4 arasında skorlanarak incelendiğinde tüm gruplarda kontrol gruplarına oranla inflamatuar hücre infiltrasyonunun daha yoğun olduğu gözlendi. Gruplar arasında fibroblast proliferasyonunun benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Sonuç:
Çalışmamızda, radyoterapinin kolon anastomoz iyileşmesi üzerinde, erken dönemde olumsuz yönde etkileri olduğu izlenmiştir. Bu etki, radyoterapi alan gruplarda, düşük patlama basıncı ve hidroksiprolin düzeyleri tespit edilmesine neden olmuştur. Radyoterapiye bağlı hasar, oksidatif stres sonucu meydana gelirken, çalışma gruplarında oksidatif stres belirteçlerinden sadece 3 gün sakrifiye edilen salin-radyoterapi grubunda (Grup 3) MDA istatiksel anlam bulunmuş, diğer gruplarda MDA ve MPO değerleri açısından klinik anlam içeren ancak istatistiğe yansımayan değerler tespit edilmiştir. Çalışmamızda Ozonla ön koşullama ratlarda gerçekleştirilen kolon anastomozlarında, patlama basıncı ve hidroksiprolin değerlerinin yükselmesine neden olmuştur. Ozonun, anastomoz dokusunda açığa çıkan oksidatif belirteçler üzerine etkisi, yine istatiksel olarak sadece 3 gün sakrifiye edilen Ozon+RT (Grup 5) grubunda MDA düzeyinde düşme şeklinde izlenmiş, diğer gruplarda ise MDA ve MPO değerleri açısından klinik anlam içeren ancak istatistiğe yansımayan değerler tespit edilmiştir. Ozonla oksidatif ön koşullamanın radyoterapi sonrası yapılan anastomozlar üzerine olumlu etkisi gözlenmiştir. Sonuç olarak çalışmamızda, ozon özellikle kolorektal cerrahide preoperatif veya postoperatif radyoterapi sonrası anastomoz iyileşmesine destek oluşturabilir. Ancak, ozonun endojen antioksidan kapasite üzerine etkilerini ortaya koymaya yönelik çalışmaların yapılmasına gerek vardır.

Grupların Ortalama Patlama Basıncı Değerleri ve Standart Sapmaları

Gruplar	Ort. Pat. Bas.(PB, mmhg) ± std sap.
Grup 1	145,38 ± 12,716
Grup 2	149,63 ±37,489
Grup 3	50,75±18,722
Grup 4	74,13±25,737
Grup 5	86±19,479
Grup 6	140,88±31,832

SB-032
Zayıflatılmış Kolon Anastomozlarında Kök Hücre ve Trombositten Zengin Fibrinin Etkileri: Deneysel Çalışma

Burçin Doruk Oktay[1], Tugan Tezcaner[1], Yahya Ekici[1], Pelin Börcek[2], Çağrı Uysal[3], Gökhan Moray[1]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara
[3]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Kolorektal cerrahiler gastrointestinal sistem cerrahisi içerisinde başta kolorektal tümörler olmak üzere genel cerrahi alanında önemli bir yer teşkil etmektedir. Cerrahi işlemlerin hastalıkların tedavisinde yüz güldürücü sonuçları olmasına rağmen meydana gelen komplikasyonlar sorun oluşturmaktadır.Kolorektal kanserlerde neoadjuvan veya adjuvan kemoterapiler sonucu cerrahi sonrası yara iyileşmesi bozulmakta dolayısıyla anastomozda kaçak oranları artmaktadır. Anastomoz iyileşmesinde hedeflerden en önemlisi doku bütünlüğünü doğru tekniklerle koruyarak doku kanlanmasını arttırmak ve anastomoz sağlamlığını arttırmaktır. Trombositten zengin fibrin (TZF) dokulardaki biyolojik bütünlüğü sağlaması, endotelyal hücre göçünü kolaylaştırması ve içerdiği büyüme faktörleri ve sitokinler sayesinde anjiyogenez ve yara iyileşmesine etki ederek enfeksiyöz ve inflamatuar olayların regülasyonunda oldukça önemli trombosit konsantrasyonudur. Adipoz kökenli kök hücreler elde ediliş biçimleri ve çoklu dokulara farklılaşma özellikleri nedeni ile gündemdeki en potansiyel kök hücrelerden biridir. Adipoz doku kökenli kök hücre farklılaşarak yeni hücrelerine dönüşebildiği gibi yeni damar oluşumunu arttırdığı da birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı zayıflatılmış kolon anastomozunda iyileştirmeyi arttırmak amacı ile TZF ve adipoz kökenli kök hücre uygulamasının etkinliğini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem:
Çalışmada 90 adet Sprague-Dawley cinsi erkek sıçan kullanıldı. Kök hücre ve trombositten zengin fibrin eldesi için 10 adet sıçan kullanıldı. Tüm gruplardaki sıçanların inen kolonu tam kat kesilip rezeksiyon yapıldıktan sonra anastomoz yapıldı. Kontrol grubunda anastomoz sonrası intraperitoneal 3-5cc serum fizyolojik uygulandı, diğer üç gruptan 1.gruba anastomoz sonrası intraperitoneal 5-FU, 2.gruba anastomoz sonrası anastomoz çevresine trombositten zengin fibrin ve intraperitoneal 5-FU, 3.gruba anastomoz çevresine trombositten zengin fibrin+kök hücre ve intraperitoneal 5-FU uygulandı, 1 hafta boyunca kontrol grubu hariç diğer 3 gruba intraperitoneal 5-FU verilmeye devam edildi. Tüm sıçanlar işlemden sonraki 7. günde sakrifiye edildi. Anastomoz patlama basıncı, histopatolojik değerlendirme ve damarlanmanın anjiyografik olarak değerlendirilmesi planlandı. İmmünohistokimyasal olarak çalışma grubunda DiI ile işaretli adipoz kökenli kök hücrelerin takibi için floresan mikroskopta inceleme yapıldı.

Bulgular:
Karın içi yapışıklıklar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kontrol grubuna göre 5-Fu ve 5-Fu+TZF grubunda yapışıklık istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,007 ve p<0,001), 5-Fu+TZF grubunun yapışıklık derecesi 5-Fu ve 5-Fu+TZF+Kök hücre grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,039 ve p=0,005). Kontrol grubu ile 5-Fu+TZF+Kök hücre grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p=0,051), 5-Fu ve 5-Fu+TZF grubunda 5-Fu+TZF+kök hücre ve kontrol grubuna göre belirgin sekilde perforasyon, fistülizasyon, karın içi apse ve anastomoz ayrılması izlendi. Anastomoz patlama basınçları açısından karşılaştırma yapıldığında kontrol grubu ve TZF+5-Fu+kök hücre grubunda diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı, 5-Fu ve 5-Fu +TZF grubunda belirgin anastomoz ayrılması nedeniyle patlama basınç ölçümü yapılamadı. Kontrol grubunda patlama basıncı ortalaması 147,9 ± 20,02 mmHg, TZF+5 FU+kök hücre grubunda 150 ± 28,1 mmHg bu iki grup arasında istatiksel olarak fark saptanmadı. Anjiyografik değerlendirmede mm² düşen damar sayısı hesaplandı. Kontrol grubunda 25,3 ± 3,7 adet, 5 Fu grubunda 21,5 ± 4,2 adet TZF+5FU grubunda 18 ± 2,7 adet ve TZF+kök hücre+5 FU grubunda 22,9 ± 4,1 adet damar izlendi. Histopatolojik değerlendirmede ise reepitelizasyon (p=0.002), fibrozis (p<0,001), iskemik nekroz (p<0,001) ve inflamasyon, nötrofil, lenfosit ve dev hücre(p=0,177-p=0,562) anlamlı farklılık saptanmadı. Kontrol grubuna göre 5 Fu ve 5 Fu TZF+Kök hücre gruplarında arasında vaskülerproliferasyon istatistiksel anlamlı olarak (p=0,019) tespit edildi. Flöresanmikroskopi ile yapılan değerlendirmede kök hücrenin hem endotel hücresine dönüşümü hem de villöz yapılar arasında olduğu tespit edildi. Gruplar arasında mortalite oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup (p<0,001) kontrol grubuna göre 5-Fu ve 5-Fu +TZF grubunda mortalite oranı istatistiksel anlamlı olarak yüksekti (p=0,018 ve p=0,003), TZF+5-FU+kök hücre grubuna göre 5-Fu ve 5-Fu+TZF grubunda mortalite istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti (p=0,018 ve 0,003). Kontrol grubu ile TZF+5 FU+kök hücre grubu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç:
Çalışma sonucunda 5-Fu nuninflamasyonu arttırmasına rağmen epitelizasyonu azaltması anastomoz düzeyinde yara iyileşmesini bozmuştur. TZF'nin salgıladığı büyüme faktörleri ile, kök hücrenin endotel hücresine farklılaşarak ve sitokin salgısını arttırması anastomoz bütünlüğü sağlamıştır. Bu bütünlük 5-Fu'nun etkisiyle TZF tarafından korunamamıştır. Trombositten zengin fibrin (TZF) kök hücre olmadan sadece

5-Fu ile birlikte kullanıldığında ise büyüme faktörlerinin etkinliğinin oldukça az olduğu tespit edilmiştir. Histopatolojik olarak ve inflamasyonda anlamlı farklılık olmaması,TZF ve kök hücre sayesinde yedinci günde pik yapan büyüme hormonlarına ve sitokin salınımına bağlanmıştır. Kök hücre, cerrahi sonrası kullanılacak kemoteroptiklerin etkisi sonrası dokularda yara yeri iyileşmesinde anlamlı farklılık yaratmıştır.

SB-033
Radyasyon Rektiti Modelinde Ruscogeninin Profilaktik ve Teröpatik Etkisinin Değerlendirilmesi

Onur Olgaç Karagülle[1], Erkan Yavuz[1], Osman Bilgin Gülçiçek[1], Gülçin Ercan[1], Hakan Yiğitbaş[1], Rumeysa İlbar[1], Yüksel Altınel[1], Ramazan Kuşaslan[1], Elif Yaprak[2], Atilla Çelik[1]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*
[2]*İstanbul Üniversitesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç:
Radyasyon rektitinin tedavi modalitesinde medikal, endoskopik ve cerrahi tedaviler kullanılmakta olup altın standart bir yöntem yoktur. Bu nedenle deneysel akut radyasyon rektiti modelinde ruscogeninin anti-inflamatuar etkinliğini imumohistokimyasal belirteçler olan IL-1β, TNF alfa, HIF 1α; anjiyogenezi belirlemek için VEGF ve gelişen fibrozisi belirlemek için FGF2 antikorları kullanarak inceledik. Çalışmamızı histopatolojik bulgularla ve transmisyon elektron mikroskobik görüntüler ile destekleyerek ruscogeninin akut radyasyon rektiti üzerindeki tedavi edici ve koruyucu etkinliğini belirlemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmada 32 adet Sprague- Dawley rat 8'erli sham, kontrol (hasarlı), tedavi ve profilaksi grubu olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Profilaksi grubuna 14 gün boyunca 3mg/kg/gün ruscogenin oral gavaj olarak verildi. 14. günde kontrol ve tedavi grubu ile beraber pelvik bölgeleri rektumu da içerecek şekilde 2500 gray radyasyona maruz bırakıldı. Takiben tedavi grubuna 14. günden başlayarak 2 hafta boyunca oral gavaj olarak 3mg/kg/gün olacak şekilde ruscogenin başlandı. Kontrol grubuna ise ruscogenin verilmeyerek sadece 14. günde radyasyon uygulandı. 28. gün sonunda tüm denekler sakrifiye edilerek rektumları patolog eşliğinde mikroskobik, immunohistokimyal ve elektron mikroskobik değerlendirilme için çıkarıldı ve uygun solüsyonlara konuldu. Histopatolojik olarak lezyon ciddiyeti, lökositler tarafından kript epitelinde sızması (kriptit), kriptlerin bozulması (kript distorsiyonu), epitel hücrelerinin rejeneratif / onarıcı atipisi (reaktif atipi) ve mukoza kalınlığı gruplar arasında karşılaştırmalı olarak incelendi. İmmunohistokimyasal olarak inflamasyon markerları olan TNF-α, HIF-1α, IL-1β ve fibrozis markerı olan fibröz büyüme faktörü 2 (FGF-2) ve anjiogenez markerı olan VEGF proteinlerine karşı olan primer antikorlar kullanılarak antijenlerle pozitif immün işaretlenme gösteren hücreler skorlandı ve dokunun epiteli, kript ve stroması olarak üç bölgeye ayrılarak boyanma şiddeti ve boyanan hücre sayısı açısından semi-kantitatif olarak analiz edildi. Sayısal sonuçlar ortalama olarak ifade edildi. Kategorik sonuçlar ise bir sayı olarak ifade edildi. Ki-kare testi gruplar arasında kategorik değişkenlerin (inflamasyon, kriptte bozulma ve reaktif atipi) farklılıklarını karşılaştırmak için kullanıldı. H-SCORE ortalama değerleri varyansın tek-yönlü analizi (ANOVA) kullanılarak karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık için $P<0.05$ değeri olarak kabul edildi.

Bulgular:
Işık mikroskobik olarak ölçülen mukoza kalınlıklarında kontrol grubunda diğer gruplara nazaran anlamlı bir artış saptandı ($p<0.001$).
Dokularda kriptik apse, kriptit ve reaktif atipi açısından kontrol gruplarında sham gruplarına nazaran istatistiksel olarak anlamlı artışlar gözlenirken ($p<0.05$) tedavi ve profilaksi gruplarında anlamlı azalmalar görüldü. Kriptit distorsiyonu için tedavi grubunda kontrol grubuna nazaran anlamlı bir azalma izlendi.IL-1β için epitel ve stromada kontrol grubunda diğer gruplara nazaran anlamlı artışlar gözlendi ($p<0.05$) ve tedavi ve profilaksi gruplarında anlamlı düşüşler görüldü. FGF-2 için immünreaktivite açışından gruplar arası herhangi bir fark bulunmadı. TNF- α immünreaktivitesi sadece epitelde kontrol grubunda diğer gruplara nazaran anlamlı bir artış gösterdi ($p<0.01$) ve tedavi ve profilaksi gruplarında anlamlı düşüşler görüldü. Stroma ve kriptlerde böyle bir fark görülmedi.HIF-1α immünreaktivitesi için de epitel, kriptler ve stromada kontrol grubunda diğer gruplara nazaran anlamlı bir artış görüldü (epitel için $p<0.001$, kriptler için $p<0.01$, stroma için $p<0.05$) ve tedavi ve profilaksi gruplarında anlamlı düşüşler izlendi.VEGF için sadece stromada boyanan damar sayısı karşılaştırıldığında kontrol grubunda anlamlı bir artış görülürken ($p<0.01$) diğer gruplarda anlamlı düşüşler görülmüştür. Sham, tedavi ve profilaksi grupları arasında VEGF ile boyanan damar sayısı açısından fark gözlenmedi. Elektron mikroskobik bulgularımız, ışık mikroskobi ile paralel şekilde kontrol grubunda akut radyasyona bağlı histopatolojik değişimler gözlenmiştir. Bezlerde atrofi ve distorsiyon ile glanduler epitelin kısalmış ve yıpranmış; epitel hücrelerinde lümene göç eden nukleuslar ve intersellüler sınırların dilatasyonu görülmüştür. Goblet hücrelerinin sayılarında azalma, mukus salgılarında azalma ve hücrelerde küçülme ve bazı hasarlı kriptik kök hücreler de epitelde izlenmiştir. Epitel hücrelerinin mikrovillusların sayıca azalması ve kısalması ve hücrelerde apikal vakuolizasyon dikkati çekmiştir. Bazı bölgelerde mikrovillusların tamamen silindiğini, epitellerin nukleuslarının genişlediği, kromatin modellerinin farklılaştığı hatta bazılarının apoptotik görünümler kazandığı dikkati çekmiştir. Stromada fibrozise veya ödeme bağlı ekstrasellüler matrikste ve fibroblast sayısında artış görülmüştür. Özellikle lökosit hücrelerinden nötrofillerin kript duvarına göç ettiği görülmüştür. Apoptotik hücre kalıntılarına da stromada rastlanmıştır. Bazı alanlarda invaginasyon yapmış ve apoptotik hücreleri sindirmek üzere olan büyük makrofajlara rastlanmıştır. Bazı stromal bölgelerde inflamatuar infiltratlar ve submukozada fokal genişlemeler izlenmiştir. Lenfosit infiltrasyonu, mast hücre hiperplazisi, kriptik apselere bağlı tipik eozinofiller ve damarlarda mikrotrombi ve konjesyona bağlı eritrositik sızıntılar dikkat çekmiştir.

Sonuç:
Bu deneysel modelde akut radyasyon rektitinin profilaksi veya tedavisinde ruscogenin kullanımının histopatolojik ve

immünohistokimyasal ajan olarak etkili olduğu ve verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu veriler ışık ve elektron mikroskobisi görüntüleriyle desteklenmiştir. Ultrastrüktürel olarak hem tedavi hem de profilaksi gruplarında mukoza ve submukozada iyileşmeler görülmüş ve akut radyasyon rektitin hasarı büyük ölçüde giderilmiştir. Literatürde akut radyasyon rektit ile hasar oluşturulmuş rektumun ultrastrüktürü konusunda raporlar olmasına rağmen ruscogenin etkisini ultrastrüktürel olarak gösteren bir araştırma olmadığı için çalışmamış bu açıdan bir ilktir. Yine de klinik çalışmalarla ve özellikle biyokimyasal çalışmalarla bu verilerin desteklenmesi gerekmektedir. Bizim çalışmamız bu açıdan pilot bir çalışma olma özelliğindedir.

SB-034
Lokal İleri Rektum Kanserlerinde Klinik ve Patolojik Parametreler ile Neoadjuvan Radyoterapiye ve Kemoterapiye Yanıtın Öngörülebilirliğinin Değerlendirilmesi

Veysel Karahan[1], Mehmet Üstün[2], Levent Uğurlu[2], Tayfun Kaya[2], Mustafa Emiroğlu[2], Cengiz Aydın[2]
[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Bu çalışmada amaç rektum kanseri tanısı ile neoadjuvan tedavi alan hastalarda, yaş, cinsiyet, tanı anıdaki CEA (carsinoembriyonik antijen) düzeyi, tümörün anal kanaldan uzaklığı, patolojik diferansiasyon derecesi, nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (TLR), gibi bazı klinikopatolojik bulguların tedavi sonucunu öngörmede etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem:
Çalışmada Ocak 2008- Ocak 2015 tarihleri arasında S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde neoadjuvan radyoterapi ve kemoterapi tedavisi sonrasında opere edilen uzak metastazı olmayan 20-90 yaş arası orta ve distal rektum yerleşimli, rektum CA tanılı (T3, T4 veya lenf nodu tutulumu olan evre 2-3). 50 hasta yaş ve cinsiyetlerine göre sınıflandırıldı.Bu hastaların neoadjuvan tedavi öncesi tanı anında bakılan CEA düzeyleri ng/ml cinsinden tespit edildi.Tüm hastaların ilk tanı anında yapılan kolonoskopilerine göre tümörün anal kanaldan uzaklığı tespit edildi. Anal kanaldan 6 cm ve daha distalde yer alan tümörler distal rektum tümörü, 7-12 cm arasında yer alan tümörler orta rektum tümörü olarak sınıflandırıldı.Hastaların tanı sonrasında yapılan Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) lerine göre,T evresi ve N evresi belirlendi.Neoadjuvan tedavi alan tüm hastalar 6-8 hafta sonra opere edildi.Hastalar low anterior rezeksiyon veya miles operasyonu olarak iki gruba ayrıldı. Hastalar patolojik değerlendirmeye göre patolojik tip ve diferansiasyonu derecesi açısından sınıflandırıldı.Çalışmada yer alan taşlı yüzük hücreli adenokarsinom tanılı 1 hasta, müsinöz tip kanserlerin kötü prognostik özelliği nedeniyle kötü az diferansiye olarak kabul edildi.Hastaların tanı anıdaki nötrofil/lenfosit oranı (NLR) tespit edildi. Hastalar NLR <4 ve NLR >4 olarak iki gruba ayrıldı.Aynı zamanda hastaların neoadjuvan KRT öncesi trombosit/lenfosit oranı (TLR) tespit edildi.Patolojik evrelendirmeye göre T ve N evresi belirlendi. Neoadjuvan tedavi önce T ve N evresi ile kıyaslanarak neoadjuvan tedaviye yanıt veren ve yanıt vermeyen hastalar belirlendi.

Bulgular:
Olguların 23'ü (%46) patolojik olarak yanıt vermezken, 27'si (%54) yanıt vermekteydi.Yanıt verenlerin 18›i (%36) kısmi, 9'u (%18) ise tam yanıt vermişti. Kısmi yanıt verenlerin ise 12›si (%24) orta derece, 6›sı (%12) ise zayıf yanıt vermişti. Yanıt veren grup ile yanıt vermeyen grup arasında yaş ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p=0,360). Yanıt veren grup ile yanıt vermeyen grup arasında cinsiyet dağılımı istatistiksel olarak benzer bulundu (p=0,665).Yanıt veren grup ile yanıt vermeyen grup arasında medyan anal kanal mesafesi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p=0,589). Yanıt veren grup ile yanıt vermeyen grup arasında anal kanal mesafesinin dağılımı yönünden de istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p=0,777). Yanıt veren grup ile yanıt vermeyen grup arasında medyan CEA düzeyi de istatistiksel olarak benzer bulundu (p=0,195). Gruplar arasında patoloji dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,451). Yanıt veren grup ile yanıt vermeyen grup arasında pre-op T evresi ve N evresi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p=0,322 ve p=0,321).Yanıt veren grup ile yanıt vermeyen grup arasında Diferansiasyon derecesinin dağılımı da istatistiksel olarak benzer bulundu (p=0,061). Gruplar arasında operasyon türlerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,200).Yanıt veren gruba göre yanıt vermeyen grupta NLR>4 olanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001). Gruplar arasında TLR düzeyi açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,704). Yanıt veren ve yanıt vermeyen grupları ayırt etmede anal kanal mesafesinin istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyiciliğinin olmadığı görüldü(p=0,592) Başka bir ifade ile yanıt veren ve yanıt vermeyen grupları ayırt etmede CEA düzeylerinin de istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyiciliğinin olmadığı görüldü.(p=0,196).Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda yanıt veren ve yanıt vermeyen grupları ayırt etmede etkili olan veya etkili olabileceği düşünülen olası tüm risk faktörlerinin birlikte etkileri çoklu değişkenli lojistik regresyon analiziyle incelendi. Çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda NLR›nin CEA, diferansiasyon derecesi ve operasyon türünden bağımsız olarak yanıt üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir belirteç olduğu görüldü. Diğer olası risk faktörlerine göre düzeltme yapıldığında NLR<4 olan olgulara göre NLR>4 olan olgularda yanıt vermeme ihtimali istatistiksel anlamlı olarak 11,337 kat (%95 Güven Aralığı: 2,043 - 62,915). artmaktaydı (p=0,005)

Sonuç:
Lokal ileri kolorektal kanserli hastaların preoperatif kemoradyoterapiye patolojik yanıtın öngörülmesinde, kan NLR düzeyinin ucuz, kolay ulaşılabilir bir belirteç olarak kullanılabileceğini söyleyebiliriz. Hasta sayısının daha fazla olduğu ve uzun dönem takip sonuçlarının da değerlendirildiği çalışmalarla NLR değerinin total survi ve yüksek riskli hastaların belirlenerek tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde bir belirteç olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda değerlendirilen ve birçok çalışmada prediktif faktör olarak ortaya konmuş olan CEA düzeyi, tümörün anal kanaldan uzaklığı, diferansiasyon derecesi, TLR oranı gibi faktörler açısından anlamlı sonuçlar bulunmamış olup, çalışmanın retrospektif olması ve hasta sayısındaki azlık, sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

SB-035
Kombine Abdominal ve Perineal Yaklaşımlarla İlgili Anatomik, Cerrahi ve Klinik Değerlendirmeler

Ali Naki Yücesoy
Batı Bahat Hospital, İstanbul

Amaç:
Özellikle alt rektum kanser cerrahisinde son dönemlerde giderek artan bir ilgiyi üzerinde toplayan kombine abdominal ve perineal yaklaşımlarla ilgili anatomik, cerrahi ve klinik değerlendirmeler yapmak.

Gereç-Yöntem:
Kombine abdominal ve perineal yaklaşımlarla ilgili olarak yayınlanan vaka sonuçları toplanarak değerlendirildi.

Bulgular:
Alt rektum anseri için kombine abdominal ve perineal yaklaşımlar kullanılarak gerçekleştirilmiş toplam 83 vaka değerlendirildi. Ortamala wexner kontinens skoru 5.5. Persistent perineal fistüla, her nekedar ikincil girişimlerle %5 civarına düşürülsede, postoperatif dönemde ortama%9-10 arasında görülmektedir.

Sonuç:
Her ne kedar kombine abdominal ve perineal yaklaşımlar intersphincterik disseksiyon tekniği ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranlarda komplikasyonlar ile karşılaşıldığı görülsede, ameliyatların extrasfinkterik planda gerçekleştiriliyor olması, özellikle lokal tümöral nüksü riskini ileri derecede azalaktadır.

SB-036
Rektum Kanser Nüksünde R0 Rezeksiyon Her Zaman Yapılabilir mi?

Sezai Demirbaş[1], Semra Doğan[1], Mustafa Tahir Özer[2], Hüseyin Sinan[2], Nail Ersöz[2], Salih Erpulat Öziş[1], Hatim Yahya Uslu[1], Salih Müjdat Balkan[1]
[1]Tıp Fakültesi, TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Ankara
[2]Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş:
Rektum kanser cerrahisi sonrası nüks yeni yaklaşımlar ile %3-10 civarına düşse bile özellikle pelvik nüks çözülmesi gereken bir sorundur.

Amaç:
Kliniklerimizde veya dış merkezlerde rektum kanseri tanısıyla cerrahi tedavi olmuş ve abdomino-pelvik nüks gelişen hastalarda re-rezeksiyonun tipine ve yapılabilirliğine etki eden faktörlerin bu seride ortaya konulmasıdır.

Çalışmanın Planlaması; İki akademik merkezde çalışmaya rektum kanser cerrahisi sonrasında pelvis ve abdomende nüks ile başvuran hastaların alınması planlandı. Kohort için retrospektif çalışma planı uygulandı. Her iki refere merkeze başvuran hastalar çoklu disipliner yaklaşım ile değerlendirildi.

Hastalar:
Aynı veya dış merkezde rektum kanseri nedeniyle ameliyat edilmiş ve fakat abdomino-pelvik nüks gelişmiş, ASA <=3 olan, yaşı <=76 olan hastalar çalışmaya alındı. Metod; 2010 yılından 2016 yılına kadar başvuran hastaların klinik kayıtlarından nüks rektum kanseri tanısı alanların dosyaları incelendi. Hastalarda nüks tanısı çift (venöz fazı da içeren) kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) ve Pozitron Emisyonlu Tomografi (PET-BT) çekilerek konuldu. Gereken vakalar için pelvik Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yapıldı. Her hastaya fleksibl rektosigmoidoskopi yapıldı. Hastalardan biyopsi alındı. Hastaya pre-post operatif olarak gerekli kan tetkikleri yapıldı. Her hasta için ASA sınıflaması ve performans durumu tespit edildi. Görüntüleme tetkikleri çoklu disiplinli olağan toplantıda tartışıldı. Pelvis nükleri için lokalizasyon tespit edildi. Çıkarılacak yakın organ ve dokular işaretlendi. Gerekli klinikler ile işbirliği yapıldı. Hasta ve hasta yakınlarına hastalığın durumu açıkça anlatıldı. Çalışmaya dahil edilen 57 hasta demografik bulgular, yapılan ameliyat şekli, hastalık tipi, lokasyonu ve patolojisiyle alakalı parametreler ile klinik parametreleri ve takip süresi incelenerek karşılaştırıldı.

Sonuçlar
Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 60,7 yıldı. Bunların %70,2'si 65 yaşın altındaydı. Hastaların % 3,3'ü ASA 1, % 45,6'sı ASA 2, % 21,1'i ise ASA 3 olarak değerlendirildi. Hastaların ilk ameliyatlarından sonra nüks gelişme süresi olarak 28,1 ay olarak tespit edildi. Otuzsekiz hastaya (%66,6) ilk ameliyat olarak sfinkter koruyucu cerrahi 19 hastaya ise rezeksiyon ve kalıcı stoma yapılmıştı. Yirmiüç hasta (%40,4) başvuruları sırasında asemptomatikti. Nüksler 17 hastada (%29,8) pelviste santral-anteriorda, 2 hastada (%3,5) posteriorda, 9 hastada (%15,8) lateral-bilateral ve 29 hastada vasküler/uzak organlarda yerleşim göstermekteydi. Hastaların 25' inde (%43,9) tümörde lenfovasküler ve perinöral invazyon tespit edildi. 14 hastanın (%24,6) tümör karakteristiği high grade idi. Hastaların preoperatif CEA değerleri ortalaması 66,5 olarak bulundu. Ameliyat edilen hastaların 48'inde (%84,2) R0-R1 rezeksiyon yapılabildi. Rezeksiyon-2 yapılabilen 9 hastada (%15,8) marjin tutulumu varken diğerlerinde temiz cerrahi sınır sağlandı. Rezeksiyon dikkate alındığında R2 yapılan hastalarda preoperatif kemoterapi, barsak tıkanıklığı, perforasyon (olan yada geçirilmiş) olma durumu istatistiki olarak anlamlı değilken, rezeksiyon sınırı tutulu olması ($p<0,001$), nüks lokasyonu ($p=0,029$), ASA sınıflaması ($p<0,001$) ve hidronefroz var olma durumu ($p=0,022$) anlamlı farklı bulundu. Postoperatif CEA seviyesi ortalama 5,36 idi.

Çalışmanın eksikleri; Yayına hazırlanan kohort örneklem sayısı olarak yetersiz ve retrospektif olarak sonuçlandırılmıştır. İlk ameliyatları itibari ile hastaların bir kısmı kontrolsüzdür. Durum hastalara anlatıldığında organ kaybetmek istemeyen hastalar da çalışmaya dahil edildikleri için hem rezeksiyon

hem de seçim biası göz ardı edilemez.

Tartışma:
Nüks rektum kanseri tanısının konulmasını takiben nüksün özellikle pelvis bölgesinde yerleşim lokalizasyonu tam olarak ortaya konulmalıdır. Buna göre cerrahi plan yapılmalı ve cerrahi plan yapılırken hastanın performans durumu ve özellikle ASA kriterleri değerlendirmeye alınmalıdır. Bu hastalar için amaç R0-R1 rezeksiyon yapılmasıdır. Sunulan çalışmada rezeksiyon kısıtlayıcı olarak cerrahi marjin pozitifliği, nüks lokasyonu, hastanın ASA sınıflaması ve hidronefroz olması belirgin olmuştur.

Sonuç:
Rektum nüksü için cerrahi planlanmadan önce görüntüleme yöntemleri en iyi şekilde kullanılmalı ve cerrahi planlaması çoklu disipliner toplantılarda alınmalıdır. Hastalar için ameliyat olma isteği ve performansının iyi olması kadar tümörün yerleşim yeri cerrahi için önemlidir.

SB-037
Küratif Amaçlı TME Uygulanan Lokal İleri Rektum Kanserlerinde Kemoradyoterapi ve Operasyon Zamanlamasının Hastalık Rekürrensi ve Sağkalımlara Etkisi

Zekeriya Erhan Akgün[1], Mevlüt Tekin[1], Cemil Çalışkan[1], Tayfun Yoldaş[1], Bülent Karabulut[2], Serdar Özkök[3], Murat Sezak[4], Timur Köse[5]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Bilim Dalı, İzmir
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir
[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, BİyoistatistikveTıbbi Bilişim Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Lokal ileri rektum kanserinde (LARC) preoperatif uzun-dönem kemoradyoterapi ile postoperatif kemoradyoterapiyi karşılaştıran 2 prospektif randomize çalışma mevcut olup, lokoregional-recurrence (LR) ve sağ kalım sonuçları çelişmektedir. Ayrıca kemoradyoterapi sonrası operasyon zamanlaması tartışmalıdır. Çalışmamızın temel amacı LARC'da preoperatif versus postoperatif kemoradyoterapi ve operasyon zamanlamasının hastalık rekürrensi ve sağkalımlara etkilerini karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem:
Klinik olarak LARC tanısı alan 336 hasta prospektif olarak preoperatif veya postoperatif (177 vs 159 hasta) kemoradyoterapi gruplarına ayrıldı. Preoperative gruptaki hastalara total 50.4 Gy (28 fraksiyon) radyoterapi ve 2 siklus eş zamanlı KT yi (5-florourasil- lökoverin) takiben, farklı zamanlarda (8 haftadan önce veya sonra, randomly) küratif TME uygulandı. Postoperatif gruba operasyondan 4 hafta sonra benzer protokol verildi. Gruplara 4 kür adjuvant kemoterapi eklendi.

Bulgular:
Ortalama 60,4 ay takip sonrası, LR'nin 5 yıllık kümülatif insidansı preoperatif grupta % 7.4 ve postoperatif grupta % 13.4 idi (p = 0.021). 5 yıllık kansere özgü sağkalım preoperatif grupta % 87.5, postoperatif grupta % 80 idi (p = 0.022). Genel sağkalım % 74.7›ye karşılık % 74.7 (p = 0.064), hastalıksız sağkalım (DFS) % 64.8 (p = 0.062), şiddetli geç toksisite sırasıyla % 7.4 ve %13.2 idi (p = 0.002). Operasyon için uzun süredir beklenen grup patolojik tam yanıt (PCR), LR ve sağkalımlar avantajlı bulundu ve PCR sağlanan hastalarda DFS artmıştır (p = 0.018). Tedaviye uyum preoperatif grupta yüksektir (p <0.001).

Sonuç:
Preoperatif kemoradyoterapi, postoperatif kemoradyoterapi ile karşılaştırıldığında, lokal kontrol, tedavi uyumluluğu, kansere özgü sağkalım ve geç toksisiteyi belirgin olarak iyileştirdi. Sonuçlar aynı zamanda,preoperatif tedavi için genel ve hastalıksız sağkalıma fayda öneriyordu. DFS anlamlı oranda artmaktadır.

Table -1 çalışmaya alınma kriterleri

Alınma kriterleri
1) Clinic stage II-III cancer (T3- T4 tm or/and N(+) disease)
2) Patients with histologically confirmed adenocarsinoma of the rectum
3) Tumor distal border located within 15 cm. from anal verge (as measured by rigid rectoscopy)
4) Standardized TME surgery
5) Tumor must be clinically resectable with curative intent (R0 resection must be most likely)
6) Elective operation
7) The patient must consent to be in the study and the informed consent must be signed

hariç tutulma kriterleri:
1) Clinic stage I and IV cancer disease
2) Patients with malignant disease of the rectum other than adenocarsinoma
3) Palliative resection (R2)
4) Recurrent rectal cancer
5) Emergency cases (MBO, perforation)
6) ASA >3 patients
7) Other previous or concurrent malignancies
8) Any contraindication for radiochemotherapy
9) Previous chemotherapy or radiotherapy to the pelvis
10) Tumor has arisen from chronic inflammatory bowel disease or hereditary polyposis disease

SB-038
Uzun Dönem Neoadjuvan Kemoradyoterapi Sonrası Klinik Tam Yanıt Alınan Hastalarda Organ Koruyucu Cerrahinin Zamanı Geldi mi?

Cemil Burak Kulle[1], Metin Keskin[1], Adem Bayraktar[1], Yılmaz Önal[2], Mine Güllüoğlu[3], Dursun Buğra[4], Emre Balık[4], Ali Akyüz[1], Türker Mehmet Bulut[1]
[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[4]Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Proktektomi ameliyatları sonrası görülen yüksek morbidite ve hayat kalitesindeki düşme göz önüne alındığında seçilmiş hasta gruplarında minimal invaziv yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızın amacı neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası patolojik tam cevap alınan hastalarda uygulanan standart cerrahi yaklaşımın uzun dönem sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem:
Çalışmamıza Ocak 2006-Aralık 2015 tarihleri arasında lokal ileri evre distal rektum kanseri (T3Nx veya TxN+) tanısıyla neoadjuvan kemoradyoterapi alan, abdominoperineal rezeksiyon (APR) veya intersfinkterik rezeksiyon (ISR) gibi küratif rezeksiyon uygulanan iki yüz dokuz hasta alınmıştır. Yalnızca tümör yerleşimi dentat çizgiden 0-6 cm mesafede olan, yani distal rektal kanser tanısı olan hastalar dahil edilmiştir. 209 hasta Dworak tümör regresyon derecelendirme sistemi'ne (TRG) göre sınıflandırılmıştır ve her grup metastatik lenf nodu sayısına temel alınarak sağkalım oranlarına göre analiz edilmiştir. Patolojik tam cevap alınan hastaların kemoradyoterapi öncesi ve tedavi bitiminden 8 hafta sonra çekilen pelvik manyetik rezonans (MR) görütüleri deneyimli bir radyolog tarafınca tekrar değerlendirilmiştir.

Bulgular:
İkiyüzdokuz hastadan 166 hastaya APR, 43 hastaya ise ISR uygulandı. Operasyonların %84'ü laparoskopik olarak yapıldı. Patoloji raporlarına göre, TRG 0 grubunda 5 hastadan 3'ünde, TRG 1 grubunda 37 hastadan 15'inde, TRG 2 grubunda 57 hastadan 22'sinde, TRG 3 grubunda 29 hastadan 17'sinde ve TRG 4 grubunda 47 hastadan 2'sinde (%4.3) metastatik lenf nodu saptandı. En uzun 5 yıllık sağkalım oranı ve en uzun hastalıksız 5 yıllık sağkalım oranı TRG 4 grubunda 38 hastada (%81.5) 56.7 ± 1.4 ve 37 hastada (77.8%) 51.9 ± 3.2 ay olarak anlamlı bulundu (p= 0.002 ve p= 0.007). Tam regresyon elde edilen 47 olgunun hastane kayıt sistemindeki arşivleri incelenerek ameliyat öncesi (neoadjuvan tedavi sonrası) çekilmiş olan MR görüntülemeleri yeniden değerlendirmeye alındı. 22 hastanın batın MR görüntüleri hastane radyoloji arşivinden elde edildi. Bu olguların elde edilen görüntüleri hastaların patolojik sonuçlarından habersiz olan deneyimli bir radyolog tarafından yeniden yorumlandı. Radyolog tarafından yapılan bu değerlendirmede, TRG 4 grubundaki 22 hastanın 20'sinde radyolojik olarak patolojik lenf nodu (metastaz) tespit edilmediği belirtildi. İki olguda metastaz açısından yüksek şüpheli lenf nodu görüldü. Bu sonuçlar patoloji sonuçları ile karşılaştırıldığında radyolojik yorumlarının patoloji sonuçları ile benzer olduğu görüldü.

Sonuç:
Bu veriler ışığında, özellikle uzun dönem neoadjuvan tedavi (kemoradyoterapi) sonrası yeterli endoskopik ve anorektal muayene sonucunda klinik olarak tam cevap elde edildiği düşünen olgularda, kaliteli yapılmış bir MR görüntüleme ve bu MR'ın deneyimli bir radyolog tarafında yorumlanması mezorektum içinde patolojik lenf nodlarının varlığını ortaya koyabilmektedir. MR incelemesinde mezorektum içinde patolojik lenf nodu tespit edilememiş olan ve klinik olarak tama yakın cevap elde edilen olgularda, hasta yaşam kalitesini belirgin bozan APR veya İSR yerine, lokal eksizyon yapılması uygun bir alternatif seçenek olabileceği düşündürmektedir. Ancak, lokal eksizyonun distal rektal kanser tanılı özenle seçilmiş kısıtlı bir hasta grubunda birincil tedavi yaklaşımı olabilmesi için daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

SB-039
Rektum Kanseri Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Evreleme ve Sonrası Takipte FDG Pozitron Emisyon Tomografi/Bilgisayar Tomografinin Yeri (Retrospektif klinik değerlendirme)

Naıl Omarov[1], Adem Bayraktar[1], Cemil Burak Kulle[1], Metin Keskin[1], Gözde Özkan[3], Sena Azamat[2], Sümer Yamaner[1], Emre Balık[4], Türker Bulut[1]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nükleer Anabilim Dalı, İstanbul
[4]Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Rektum tümörü tedavisi sürecinde, ameliyat öncesi tümörün evrelendirilmesi ve ameliyat sonrası takiplerde yapılmış olan pozitron emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografinin (FDG PET/BT) sonuçları, klinik takip ve tedavi üzerine etkinliğini belirlemek amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu›ndan gerekli izinlerin alınmasını takiben (Etik kurul onay no: 2016/912), Genel Cerrahi Anabilim dalında Eylül 2005 ile Ekim 2013 tarihleri arasında rektum kanseri tanısıyla ameliyat edilen 710 hastanın verileri geriye doğru (retrospektif) olarak incelenerek, içinden ameliyat öncesi veya ameliyat sonrası takiplerinde yapılmış Pozitron emisyon tomografi/Bilgisayarlı tomografi, Bilgisayarlı tomografi, Manyetik rezonans görüntülemelerine ulaşılan 154'ü çalışmaya dahil edildi. Elde edilen görüntüler Nükleer Tıp Anabilim Dalı ve Radyoloji Anabilim Dalı tarafında yeniden yorumlandı. Hastalar yaş, cinsiyet, tümörün yerleşimyeri, neoadjuvantedavi, adjuvan tedavi, cerrahite davive patoloji sonuçlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası çekilen pozitron emisyon tomografi/ bilgisayarlı tomografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntülemelerinin sonuçları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışmaya dahiledilen 154 hastanın 101'i (%65.5) erkek, 53'ü (%34.4) kadındı. Ortanca yaş 62.27 (31-89) yıl olarak saptandı. Tümörün yerleşim yeri olguların yaklaşık % 75'inde ortave distal rektumdu. Yüzyirmi hastaya (%77.9) neoadjuvantedavi (kemoradyoterapi veya kısa dönem radyoterapi) uygulanmıştı.
Ameliyat Öncesi Evreleme
Hastaların 43'ne (%27.9) ameliyat öncesi FDG PET/BT, toraks ve batın bilgisayarlı tomografi, ancak 17'sine (%11.03) batın manyetik rezonans görüntüleme çekilmiş olduğu saptandı. Ameliyatöncesi 43 hastayaçekilenFDG PET/BT›nintamamında primer kansertespit edildi. Hastaların 9'unda (%20.9) karaciğer metastazı (duyarlılık: %100, özgünlük: %100) ve akciğer metastazı (duyarlılık:%100, özgünlük: %100), 10'unda (%23.2) patolojiklenf nodu tutulumu (duyarlılık:% 83.3, özgünlük: %94.4) saptandı. Ameliyat öncesi çekilen toraks ve batın bilgisayarlı tomografi'de hastaların 9'unda (%20.9) karaciğer metastazı (duyarlılık:%100, özgünlük: %100), 9'unda (%20.9) akciğer metastazı (duyarlılık:%100, özgünlük: %100), 3'de (%6.9) patolojik lenf nodu (duyarlılık: %42.9, özgünlük: %100) saptanmıştır. FDG PET/BT de metastatik görünen, ancak BT'de saptanmayan metastatik lenf nodlarının (n=7) ikisinin ekstrapelvik tutulum olduğu, üçünün mezorektum içi lenf nodu tutulumu olduğu, ikisinin ise metastatik olmadığı patolojik sonuçlarla doğrulandı. Batın manyetik rezonans görüntüleme çekilmiş hasta sayısı yeterli olmadığından istatistiksel değerlendirme yapılmadı.
Ameliyat sonrası takip
Ameliyat sonrası takipte FDG PET/BT çekilen 127 (%82.46) hastaya batın ve toraks BT de çekilmiş olduğu görüldü. Ek olarak 54 (%35.06) hastaya batın manyetik rezonans görüntülemesi yapılmıştı. Ameliyat sonrası takiplerde 127 hastanın çekilen FDGPET/BT'sinde 29 (%22.83) hastada karaciğer metastazı(duyarlılık:%100, özgünlük: %100), 41 (%32.2) hastada akciğer metastazı(duyarlılık:%100, özgünlük: %100), 48 (%37.7) hastada patolojik pelvik lenf nodu tutulumu(duyarlılık: %100 özgünlük: %88.8), 15 (%11.8) hastada lokal nüks olduğu gösterildi. Bu olguların toraks ve batın bilgisayarlı tomografilerinde 29 (%22.83) olguda karaciğer metastazı (duyarlılık:%100, özgünlük: %100), 41'inde (%32.2) akciğer metastazı (duyarlılık:%100, özgünlük: %100), 23'ünde (%18.1) patolojik pelvik lenf nodu (duyarlılık: %60.5 özgünlük: %87.6) saptandı. Ameliyat sonrası MR çekilen hasta sayısının istatistiksel değerlendirme için yetersiz olduğu tespit edildi.

Sonuç:
Rektum tümörü tedavisinde ameliyat öncesi çekilen FDG PET/BT ile bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme sonuçları karşılaştırıldığında, akciğer ve karaciğer metastaz açısından anlamlı fark saptanmadı. Ameliyat öncesi çekilen FDG PET/BT'nin metastatik lenf nodu saptanmasında, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemeye göre daha üstün bulundu. Pozitron emisyon tomografi'in primer kanserin tamamını tespit ettiğini de dikkate alırsak ameliyat öncesi rektum tümörü evrelendirilmesinde seçilmiş vakalarda FDG PET/BT kullanılabilir. Bu vakalar lokal ileri ve metastaz düşünülen (T3N0, T3N1 ve/veya T4N1) vakalar olabilir. Ameliyat sonrası takiplerde görüntüleme amaçlı FDG PET/BT ile bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme karşılaştırıldığında karaciğer ve akciğer metastazlarının belirlenmesinde anlamlı farklılıklar saptanmadı. Loka lnüks izleminde ise FDG PET/BT'nin bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemeye göre kesinliği daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın bir bulgusu da MR incelemesinin gerek cerrahlar gerek onkolog tarafından çalışmanın yapıldığı dönemde sık kullanılmadığını ortaya koymuştur.

SB-040
Rektum Kanserinde TME Yapılan Hastalarda Uzun Dönemde Lokal Nüks Üzerine Etkili olan Faktörlerin Değerlendirilmesi

Çağrı Büyükkasap[1], Mircelil Seyidov[1], Aydın Yavuz[2], Kürşat Dikmen[1], Hasan Bostancı[1], Osman Yüksel[1]
[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*
[2]*Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*

Amaç:
Rektum kanserlerinde Total Mezorektal Eksizyon (TME) standart bir tekniktir. Hastanın preoperatif evrelemesi, tümörün distal cerrahi sınıra ve çevresel cerrahi sınıra uzaklığı, alınan neoadjuvan tedavi vb. gibi bir çok faktörün lokal nüks açısından önemli olduğu görülmüştür. Bu çalışmada kliniğimizde 2011 - 2014 yılları arasında TME yapılan 75 hastada lokal nüks üzerine etkili olan faktörler araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2011-2014 yılları arasında TME yapılan 75 olguda lokal nüks, lokal nükse etkili olan faktörler, mortalite oranları ve patolojik özellikler karşılaştırıldı.

Bulgular:
Olguların 13'ünde uzun dönemde lokal nüks saptandı (%17.3). Distal cerrahi sınıra uzaklık 2 cm ve altında olan olgularda lokal nüks oranı %20 iken, 2 cm üstü olanlarda %17 olarak saptandı (p: 0.75). Çevresel cerrahi sınıra uzaklık 0.1 mm ve altı olan olgularda lokal nüks oranı %40 iken, 0.1 mm üstü olanlarda %17 olarak belirlendi (p: 0.17). Lokal nüks oranı N0 olan grupta %9.8, N1 olan grupta %28.6, N2 olan grupta %40 olarak saptandı (p:0.03). T0, T1, T2 gruplarında lokal nüks saptanmazken, T3 grubunda %24.2, T4 grubunda %83.3 olarak belirlendi (p<0.001). Lokal nüks saptanan grupta anjiolenfatik invazyon %38.4, perinöral invazyon %23.07, mezorektumda tümör depositi oranı %38.4 olarak hesaplandı. Tümörün tipinin lokal nüks üzerine etkisi açısından anlamlı fark saptanmadı. Rezeksiyon sırasında mezorektum bütünlüğü bozulan hastalarda lokal nüks %20, bozulmayanlarda %16.3 olarak saptandı (p:0.760). Neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası operasyon için 8 haftadan kısa süre beklenen hastalarda lokal nüks %12.5, 8 hafta ve daha uzun süre beklenenlerde %26.1 olarak saptandı (p:0.19). Lokal nüks olmayan grupta 24 aylık takipte mortalite %9.7 iken, lokal nüks grubunda %76.9 olarak saptandı (p<0.001).

Sonuç:
Çalışmada lokal nüks oranları yüksek olarak bulunmuştur. Bu yükseklikte tümörün özellikleri yanında TME tekniğindeki

eksikliklerin sorumlu olabileceği düşünüldü. Tümörün distal cerrahi sınır ve çevresel sınıra olan uzaklığı lokal nüks üzerinde önemli parametrelerdir. Bizim çalışmamızda oransal olarak anlamlı olmasına rağmen istatistiki olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu da vaka sayısının azlığı ile açıklanabilir. Bu çalışmada özellikle literatür bilgilerinin aksine neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası bekleme döneminin uzamasının lokal nüks üzerine etkili olduğu görülmüştür. Bu bekleme süresi uzadıkça cerrahinin zorluğu, TME'nin optimum yapılmaması vb. ile açıklanabilir.

SB-041
Rektum Kanserinde Laparoskopik ve Açık Cerrahi Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi: Retrospektif Olgu Kontrol Çalışması

Hüseyin O Aydın[1], Yahya Ekici[1], Feza Y Karakayalı[1], Tugan Tezcaner[1], Gonca Özgün[2], Sedat Yıldırım[1], Gökhan Moray[1]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Rektum kanserlerinin cerrahi tedavisi her zaman zorlu olmuştur. Özellikle minimal invaziv cerrahinin yaygın olarak kullanılmasıyla onkolojik sonuçların karşılaştırılması gerekliliği doğmuştur. Günümüzde yapılan çok merkezli çalışmaların sonuçları göstermektedir ki laparoskopik ve açık cerrahi arasında yaşam süresi ve rekürrens açısından anlamlı farklılık yoktur. Çalışmamızda rektum kanserinde tedavi yaklaşımımızı değerlendirmek ve sonuçlarımızı gözden geçirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2006 ile Ocak 2016 tarihleri arasında merkezimizde rektum karsinomu nedeniyle ameliyat edilen hastaların sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, ek dahili hastalık, ameliyat öncesi ve sonrası hemoglobin, beyazküre, C-reaktif protein ve tümör marker değerleri incelendi. Ameliyat öncesi dönemde tomografi bulguları, lokal ileri evre hastalık olması ve ameliyat sonrası dönemde anastomoz kaçağı, cerrahi komplikasyon, patolojik değerlendirmede cerrahi sınır, çıkartılan lenf nodu sayısı yönünden incelendi. Hastaların takiplerinde nüks ya da metastaz görülme süreleri ve buna etki eden faktörler araştırıldı. Hastalara açık cerrahi ve laparoskopik cerrahi olarak iki gruba ayrılarak incelendi. İstatistiksel değerlendirme için SPSS 21.0 programı kullanıldı. İki grubun karşılatırılmasında student's testi, hastalıksız sağkalım değerlendirilmesinde Kaplan Meier testi kullanıldı. Karşılaştırma sonucunda $p<0.05$ olan değer istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Bu tarihler arasında rektum kanseri için ameliyat uygulanan hastaların 84'ü erkek olmak üzere toplam 121 hasta çalışmaya dahil edildi. 50 hastaya açık, 71 hastaya laparoskopik cerrahi tercih edildi. Açık cerrahi uygulanan hastaların 9'u abdominoperineal rezeksiyon, 41'ine low anterior rezeksiyon uygulandı. Hastalar ortalama 42.9 ay (SD ± 20.9) takip edildi. Hastaların 39'u erkek, 11'i kadın, ortanca yaş değeri ise 70 (min: 24; max: 90) idi. Rezeksiyon sonrası patolojik değerlendirmede çıkartılan ortalama lenf nodu sayısı 14.5 (SD ± 6.6), metastatik lenf nodu sayısı 2.3 (SD ± 4.8) olarak hesaplandı. 36 hastaya anastomoz uygulandı ve 1 hastada anastomoz kaçağı tespit edildi. Hastaların ortalama hastanede yatış süresi 7.2 gün (SD ± 4.3) olarak hesaplandı. 3 hastada (% 6) lokal rekürrens, 6 hastada (% 12) uzak organ metastazı görüldü. Laparoskopik cerrahi uygulanan hastaların 45'i erkek, 26'sı kadın idi. Hastaların ortanca yaş değeri 64 (min: 25; max: 85). Hastaların takip süreleri 45.8 ay (SD ± 16.7) olarak hesaplandı. 65 hastaya low anterior rezeksiyon, 6 hastaya abdominoperineal rezeksiyon uygulandı. Hastaların 49'una diversiyon ostomisi açıldı. Anastomoz 65 hastaya yapıldı ve 5 hastada (% 7) kaçak tespit edildi. 5 hastada yara yeri enfeksiyonu, 1 hastada intraabdominal kanama görüldü. Hastaların hastanede ortalama yatış süresi 5.8 gün (SD ± 1.7) olarak hesaplandı. 4 hastada (% 5.6) lokal nüks, 7 hastada (% 9.9) uzak metastaz tespit edildi. Laparoskopik ve açık cerrahi gruplar karşılaştırıldığında ameliyat sonrası dönemde hemoglobin, CRP ve albümin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$). Patolojik değerlendirmede her iki grupta da çıkartılan lenf nodu sayısı benzer özellikteydi ($p>0.05$). Hastanede yatış süresi laparoskopik cerrahi uygulanan gruptan açık cerrahiye göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p<0.05$). Açık cerrahi grupta hastalıksız izlem oranı %74, laparoskopik grupta ise % 82.5 olduğu görüldü ve her iki grubun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$).

Sonuç:
Rektum kanserinin tedavisinde bilinmektedir ki laparoskopik ve açık yaklaşım arasında komplikasyon ve rekürrens açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çalışmamızda laparoskopik cerrahi uygulanan hastalarda hastanede kalış süresi açık cerrahiye oranla istatiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. Her iki grup arasında komplikasyon ve rekürrens oranları benzer idi. Rektum kanserli olgularda hastanın uygunluğu ve cerrahın tecrübesine göre laparoskopik ya da açık cerrahi seçenekleri değerlendirilebilir.

SB-042
Sfinkter Koruyucu Cerrahide Klinik Deneyimimiz ve Erken Dönem Sonuçları

Mustafa Arısoy[1], Bülent Gürbüz[1], Serkan Zenger[1], Emre Balık[2], Dursun Buğra[2]
[1]Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Distal yerleşimli rektum tümörlerinde seçilmiş vakalarda uygun neoadjuvan tedavi sonrası total mezorektal eksizyon altın standarttır. Neoadjuvan tedaviler distal yerleşimli rektum tümörlerinde sfinkter koruyucu cerrahiyi daha mümkün kılmaktadır. Anal fonksiyonların korunması, kalıcı stomadan kaçınma, daha geniş radiyal cerrahi sınır ile eksizyona olanak tanıması intersfinkterik rezeksiyonu ön plana çıkarmaktadır. Distal yerleşimli rektum tümörü nedeniyle intersfinkterik rezeksiyon, koloanal anostomoz uyguladığımız hastaların ameliyat sonrası erken dönem sonuçlarını değerlendirdik.

Gereç-Yöntem:
VKV Amerikan hastanesinde 2011-2016 yılları arasında aynı cerrah tarafından laparoskopi yardımlı intersfinkterik rezeksiyon uygulanan distal rektum tümörlü 27 hastanın demografik verileri, ameliyat öncesi tedavi protokolleri, ameliyat verileri, ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonları ve patolojik verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
18 erkek (66,6%), 9 kadın (33,4%) hastanın yaş ortalaması 53.5 yıl, BMI ortalaması 27,8 kg/m2 idi. Hastaların 23'ü (85,1%) neoadjuvan tedavi aldı. Hastaların tamamına Laparoskopik intersfinkterik rezeksiyon, koloanal elle anostomoz, koruyucu ileostomi uygulandı. İki hastaya (7,4%) eş zamanlı karaciğer metastazektomisi de yapıldı. Ortalama ameliyat süresi 206 dakika olarak bulundu. Ameliyat sırasında hiçbir hastaya kan transfüzyonu yapılmadı ve hiçbir hastada major komplikasyon gelişmedi. Ameliyat sonrası izlemde hastaların 1 tanesinde ameliyat sonrası MI nedeniyle, 1 tanesinde de anostomoz kaçağı ve sepsis nedeniyle yoğun bakım takibi gerekli oldu. Total mortalite oranı 0%, morbidite oranı %7,4 olarak hesaplandı. Hastaların ortalama yatış süresi 8 gündü. Histopatolojik incelemede ortalama 20,3 (11-36) lenf nodu çıkarılan hastaların hiçbirinde radiyal cerrahi sınırda tümör bulunmazken, 4'ünde radiyal cerrahi sınır 0-1 mm arasında bulundu. Distal cerrahi sınırlarda hiçbir hastada tümör saptanmadı. Tüm hastaların koruyucu ileostomileri kapatıldı. Takip süresince 2 hastada lokal nüks nedeniyle abdominoperineal rezeksiyon uygulandı. Anal inkontinans Wexner skoru ile değerlendirilen hastaların 4 'ü (14,8%) tam inkontinans olarak değerlendirildi.

Sonuç:
Total mezorektal eksizyon prensiplerinden vazgeçilmeden anal fonksiyonların korunması yaşam kalitesini artırmaktadır. Cerrahi tecrübenin artması ile lokal nüks ihtimalini artıran radiyal sınır pozitifliği azalmaktadır. Ancak bunda ameliyat öncesi evrelendirmedeki hassasiyet ve neoadjuvan tedavilerdeki gelişmenin de etkisinin olduğu unutulmamalıdır. İntersfinkterik rezeksiyon koloanal elle anostomoz tekniğinin üstünlüğü ya da dezavantajlarını ortaya koymak için daha fazla hasta sayısı ile yapılan çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

SB-043
Desmoid Tümörler: 7 Yıllık Deneyimimiz

Barış Gültürk[1], Abdullah Böyük[1], Ahmet Bozdağ[1], Ali Aksu[1], Nizamettin Kutluer[1], Cemil Göya[2], Tamer Gündoğdu[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ
[2]Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç:
Desmoid tümörler(DT) fasya veya muskuloaponörotik yapılardan gelişen fibröz neoplazmlardır. DT›ler nadirdir çünkü tüm tümörlerin sadece % 0,03›ünü ve yumuşak doku tümörlerinin ise % 3›ünden daha azını oluştururlar. Sporadik veya kalıtsal bir sendromun, sıklıkla Familyal Adenomatöz Polipozis(FAP)'in bir parçası olarak ortaya çıkarlar. DT›lerin yaklaşık% 80›i sporadiktir ve vücudun herhangi bir yerinde görülebilir. En sık olarak karın duvarında görülürler. Yüzeyel (fasyal) ve derin (muskuloaponörotik) veya ekstraabdominal, abdominal duvar ve intraabdominal olarak sınıflandırılırlar. Bu tümörler diffüz infiltratif olup lokal nükse çok yatkındırlar. DT'lerde tam rezeksiyondan sonra (tümör-free cerrahi sınır) dahi lokal nüks oranı % 40 civarındadır. Cerrahi kontrolü zor olduğundan majör morbidite ve mortalite sebebi olabilirler. Desmoid tümörler gittikçe büyüyen ağrısız kitle şeklinde prezente olurlar. Uzak metastaz yapmazlar ancak lokal invazivdirler. Komşu organ ve nörovasküler yapıların invazyonu ve bu yapılara kompresyon sonucu semptom verirler. Desmoid tümörlerin tedavisi tümör-free cerrahi sınır ile tam rezeksiyondur. Nonrezektabl ve agresif nüks vakalarda medikal tedavi uygulanır. Medikal tedavide antiproliferatif ve sitotoksik kemoterapötik ajanlar kullanılmaktadır. En çok kullanılan nonsitotoksik ilaç grubu anti-östrojenler ve nonsteroidal anti-inflamatuar (NSAİD)'lardır.
Bu çalışmada DT nedeniyle ameliyat edilen 16 hastanın sonuçlarını sunmayı amaçladık

Gereç-Yöntem:
Bu çalışmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Kliniklerinde Ocak 2010 ile Ocak 2017 yılları arasında DT nedeniyle ameliyat edilen 16 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
On altı hastanın 12'si(%75) kadın, 6'sı(%25) erkek olup yaş ortalaması 42.87±12.24 (24-65) idi. Lokalizasyon olarak; 11 hastada tümör karın duvarında, 3 hastada intraabdominal bir hastada pelvik(retrorektal) ve bir hastada perianal yerleşimli idi. En sık başvuru şikayeti karın duvarında ele gelen ağrısız kitle idi. Ortalama tümör çapı 7.56 (2-18) cm idi. Dört hastada daha önce geçirilmiş ameliyat öyküsü vardı (İkisinde sezeryan, birinde kolesistektomi ve birinde FAP nedeniyle total proktokolektomi). Hastanede ortalama kalış süresi 5 gün idi. Dört hastada nüks oluştu. Bu dört hastanın birinde tümör daha önce karın duvarında iken sonra intraabdominal

bölgede ortaya çıktı. Nüks oluşan intraabdominal yerleşimli 2 hastada ikinci rezeksiyon sonrası tekrar nüks meydana geldi. Bu hastalara medikal tedavi uygulandı ancak tümör kontrolü sağlanamadı ve bu iki hasta eks oldu.

Sonuç:
Desmoid tümörler genellikle yavaş büyüme eğilimindedirler. Karın duvarında ele gelen ağrısız kitle ile başvuran hastalarda akılda bulundurulmalıdır. Tümör metastaz yapmaz ancak lokal olarak ilerleyerek çevre organlara bası ve bu organlarda fonksiyon kaybına neden olabilir. Tedavisi tümör-free cerrahi sınır ile tam rezeksiyondur. Tam rezeksiyondan sonra dahi lokal nüks oranı yüksektir. Yüksek nüks riskinden dolayı hastalar ameliyat sonrası uzun dönem takip edilmelidirler.

SB-044
Alt Gastrointestinal Sistem Kanamalı Olgularda Acil Kolonoskopi Sonuçlarımız

Ahmet Sürek, Eyüp Gemici, Ali Kocataş, Bahadır Kartal, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmamızda, hastanemiz acil servisine rektal kanama şikayeti ile başvuran hastaların, kliniğimiz endoskopi ünitesinde yapılan kolonoskopi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
2010-2016 yılları arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniği endoskopi ünitesinde, rektal kanama şikayeti ile acil servise başvuran 202 hastanın kolonoskopi sonuçları retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, kanama etyolojisi ve yapılan kolonoskopik müdahaleleri incelendi.

Bulgular:
Hastaların 93'ü (%46) kadın, 109'u (%54) erkek idi. Yaş ortalaması 63,4(19-93) idi. Yapılan acil kolonoskopilerde, 96 hastada alt gastrointestinal sistem kanama bulgusuna rastlanmadı. 32 hastada divertiküler kanama, 15 hastada inflamatuar barsak hastalığı, 12 hastada hemoroidal kanama, 10 hastada rektum kanseri, 8 hastada kolon kanseri, 8 hastada kolit, 8 hastada anjiodisplazi, 7 hastada anal fissür, 2 hastada iskemik kolit, 3 hastada kanamalı polip, 1 hastada rektumda dieulafoy lezyon izlendi. Anjiodisplazisi olan 8 hastaya enjeksiyon tedavisi, kanamalı polibi olan 3 hastaya polipektomi yapıldı. Grade 3 internal hemoroidi olan 3 hastaya band ligasyon uygulandı. Dieulafoy lezyonu olan 1 hastaya klip konularak kolonoskopik müdahaleler yapıldı.

Sonuç:
Literatür ile uyumlu olarak 60 yaş üzeri ve altı erişkin hastalarda alt gis kanama nedeni olarak divertiküler hastalık bizim serimizde de en sık rastlanan etyolojik faktör olmuştur. 60 yaş üzeri hastalarda malignite en sık ikinci alt gastrointestinal sistem kanama nedeni olarak karşımıza çıkmıştır. Genç erişkinlerde de yine literatür ile uyumlu olarak inflamatuar barsak hastalığı en sık alt gastrointestinal sistem kanama nedeni olarak tespit edilmiştir.

SB-045
Peritoneal Metastaz Kompleksite Skorlaması

Selman Sökmen[1], Naciye Çiğdem Arslan[2], Tayfun Bişgin[1], Cihan Ağalar[1], Funda Obuz[1], Aras Emre Canda[1], Sülen Sarıoğlu[1], Cem Terzi[1], Mehmet Füzün[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]İstinye Üniversitesi Liv Hospital Ulus, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
'Cynefin' bilgi modeline göre bilinen, bilinebilen, kompleks ve kaotik özgül bilgi vardır. Kompleks özgül bilgi içeren hadiseler açık olarak öngörülemez. Peritoneal metastaz(PM) tanı ve tedavi süreci de komplekstir ve standart öngörücü faktörlerden çok özgül tecrübe birikiminin tayin edici olduğu bir süreçtir. Bu nedenle 'Cynefin bilgi modeli' kavramı esas alınarak geliştirilen bir kompleksite skorlama sistemi PM tedavisinde onkolojik sonuçları öngörmede yararlı olabilir.

Gereç-Yöntem:
Ekim 2007-Temmuz 2015 arasında merkezimizde küratif sitoredüktif cerrahi (SRC) ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HİPEK) yapılan 241 hastanın prospektif olarak kaydedilmiş verileri analiz edildi. Serimizde komplikasyonlar ve sağkalımla ilişkisi gösterilmiş hasta temelli (yaş, vücut kitle indeksi, albümin düzeyi, ASA, koagülopati, sigara, neoadjuvan kemoterapi, tam olmayan debulking/SRC girişimi, nüks PK, HİPEK öyküsü, primer tümör) ve cerrahi temelli (geç tanı/zamanında yapılmayan girişim, radyoterapi öyküsü, geçirilmiş abdominal cerrahi, stoma varlığı/gereksinimi, çıkarılan organ sayısı, GİS/GİS dışı boşlukların açılması, anastomoz sayısı, sitoredüktif cerrah deneyimi, sentetik materyal kullanımı, peritoneal karsinomatoz indeksi[PKİ], yoğun bakımda kalış, kan ürünleri transfüzyonu, sitoredüksiyon tamlığı ve operasyon süresi) faktörler puanlandırılarak elde edilen Peritoneal Karsinomatoz Kompleksite Skoru (PMKS) ile cerrahi ve onkolojik sonuçların ilişkisi araştırıldı. Hastalar düşük (PMKS<10) ve yüksek (PMKS>=10) kompleksite grubu olmak üzere ikiye ayrılarak postoperatif morbidite, mortalite, ve sağkalım sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular:
Hastaların 177'si kadın, 64'ü erkekti. Medyan yaş 55(20-86)'ti. Etiyoloji 87(%36.1) hastada kolorektal kanser, 82(%34)'sinde over kanseri, 23(%9.6)'ünde apendiks tümörleri, 19(%7.9)'unda mezotelyoma, 11(%4.6)'inde mide kanseri ve 19(%7.8) hastada diğer malignitelerdi. Medyan PKİ 14'tü (3-28). Komplet sitoredüksiyona(CC-0) 179(%74.3) hastada ulaşıldı. Postoperatif mortalite oranı %5.4'tü (n=13). Median izlem 17(0-80) ay, minimum izlem süresi 6 aydı. İki ve 5 yıllık genel sağkalım(GS) oranları sırasıyla %77.6 ve %55.2'ydi. Düşük PMKS grubunda 137(%56.8), yüksek PMKS grubunda 104(%43.2) hasta vardı. Postoperatif ölüm oranları düşük ve yüksek PMKS gruplarında sırasıyla %1.5 ve %10.6'ydı (p=0.002). Düşük PMKS grubundaki hastalarda postoperatif morbidite oranı %27 iken yüksek PMKS grubunda %60.6'ydı (p<0.001). Beş yıllık GS düşük PMKS grubunda %67.3 iken yüksek PMKS grubunda %40.9'du (p<0.001). Düşük PMKS grubundaki hastaların %40.7'inde intraabdominal ve/veya uzak nüks gelişirken bu oran yüksek PMKS grubundaki hastalarda %68.8'di (p<0.001).

Tartışma ve Sonuç:
Yüksek PMKS artmış morbidite-mortalite ve kötü onkolojik sonlanımlarla birliktedir. PM tedavisi gibi kompleks çok faktörlü süreçlerin yönetimi özelleşmiş merkez disiplini, sorunlara uyumu ve deneyimi gerektirmektedir. Standart veya en pratik tedavi yaklaşımı gibi öneriler kompleks özgül bilgi isteyen sistemlerde geçerli değildir.

SB-046
Sporadik Kolorektal Kanserlerde MSI

Seçil Ak Aksoy[1], Berrin Tunca[1], Ersin Öztürk[2],
Tuncay Yılmazlar[2], Ömer Yerci[3], Fuat Aksoy[2], Özkan Kanat[4],
Gülşah Çeçener[1], Ünal Egeli[1]
[1]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Bursa
[2]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa
[3]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa
[4]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Bursa

Amaç:
Mikrosatellitler, genom içerisinde belli bölgelerde, bir ya da daha fazla bazın yüz defaya kadar tekrar etmesi sonucunda oluşan bölgelerdir. DNA replikasyonuna bağlı hatalar sonucunda bu bölgelerde delesyon ya da insersiyonlar meydana gelmekte ve ilgili bölgenin uzunluğu değişmektedir. Replikasyon hataların tanımlanmasında ve düzenlenmesinde MSH2, MSH6, MLH1, MSH3 ve PMS2 gibi birçok DNA tamir geninin (MMR) görev aldığı mismatch tamir mekanizması rol oynamaktadır. MSI, DNA mismatch tamir genlerinin metilasyon ya da somatik mutasyonlar ile inaktivasyonu sonucunda oluşmaktadır. Kolorektal kanserlerin %15' i MSI mekanizması ile meydana gelmektedir ve bu şekilde oluşan tümörlerin %11-12' si sporadik, %2-3' ü ailesel olup Lynch sendromu (HNPCC) ile ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızın amacı, Türk populasyonunda MSI yolağı ile gelişen sporadik kolorektal kanserlerinin tümör lokalisazyonuna bağlı sıklığını belirlemektir.

Gereç-Yöntem:
Çalışmamızda Uludağ Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalında kolorektal kanser tanısı alan ve ailede kanser öyküsü bulunmayan 100 hastanın tümör ve normal dokularından DNA izolasyonu yapılarak Bethesda kriterlerine göre belirlenen MSI bölgeleri (D2S123, D5S346, D17S250, BAT25, BAT26) PCR ile çoğaltılarak Beckman Coulter Otomatik Sekanslama cihanzında Fragment analizleri gerçekleştirildi. Hastalara ait patolojik veriler ile değerlendirilen tümörlerin MSI statüleri arasındaki ilişki istatistiki olarak incelendi.

Bulgular:
100 hastanın 58'i kadın 42' si ise erkektir. Tümör 33 bireyde sağ kolonda, 47 bireyde sol kolonda, 20 bireyde ise rektumda lokalizedir. 24 hastada 2 bölgede (MSI-L), 9 hastada 3 bölgede (MSI-H), 2 hastada ise 5 bölgede (MSI-H) değişim belirlendi. 20 rektum adenokarsinomun tümü olmak üzere toplamda 65 hasta MSI negatif (MSS) olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, tümör çapı, invazyon durumu ile MSI arasında herhangi bir ilişki saptanmazken MSI pozitifliği ve sağ kolon lokalisazyonu arasında anlamlılık belirlendi (P = 0.1258). Hastaların bir kısmı yeni tanı aldığından dolayı survi analizleri yapılamamıştır.

Sonuç:
MSI, sporadik kökenli kolorektal tümörlerin oluşumunda etkili olan mekanizmalardan biri olmasına rağmen günümüzde hala çoğunlukla HNPCC' li vakalarda analizi yapılmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar MSI mekanizması ile oluşan sporadik tümörlerin iyi prognoza sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca literatürde MSI-H tümörlere sahip hastaların 5-FU tabanlı kemoterapiye karşı direnç gösterdiğini de belirtilmektedir. Bu nedenle sporadik vakalarda MSI durumunun bilinmesi hastaların ilaç rejimlerinin belirlenmesinde ve prognozlerının öngörülmesinde rol gösterici olacaktır.

SB-047
Aile Öyküsü Bulunan Poliposiz Koli Tanılı Vakalarda *APC* Gen Mutasyonlarının Önemi

Berrin Tunca[1], Seçil Ak Aksoy[1], Ersin Öztürk[2],
Tuncay Yılmazlar[2], Abdullah Zorluoğlu[3], Özgen Işık[2],
Fuat Aksoy[2], Gülşah Çeçener[1], Ünal Egeli[1]
[1]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Bursa
[2]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa
[3]Acıbadem Hastanesi, Genel Cerrahi, Bursa

Amaç:
Familyal adenomatöz poliposiz (FAP), adenomatöz poliposiz koli (*APC*) geninde meydana gelen mutasyonlar sonucu oluşan, otozomal dominant geçiş gösteren, kolon ve rektumda 100 ve daha fazla polip oluşumu ile karakterize bir sendromdur. FAP' ta görülen polipler adenomatöz yapıdadır ve çoğunlukla puberteden itibaren görülmeye başlar. Çalışmada, kalıtsal *APC* mutasyonlarınının analizlerini gerçekleştirilerek FAP olarak tanımladığımız ailelerde non-semptomatik bireylerin mutasyon açısından taranarak koruyucu cerrahiye yönlendirilebilmeleri amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
Çalışmamızda 2005-2016 yılları arasında poliposiz koli tanısı almış en az bir olgu içeren 44 aile ve bu ailelerde yer alan ancak henüz tanı almamış 10 birey olmak üzere toplamda 54 kişi değerlendirildi. Ailelere ait pedigriler çizildi. Bireylerin kan materyalinden DNA dizi analizi yöntemi kullanılarak *APC* geninin 15. ekzonuna ait D,E,F,G segmentlerinin analizleri gerçekleştirildi. Bulunan değişimler web-tabanlı bir program olan ensembl ait veri tabanından yararlanılarak değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmamızda değerlendirilen 44 aileden 9'una ait probantlarda patojenik *APC* mutasyonu belirlendi ve bu ailelere genetik olarak FAP tanısı kondu. Dokuz ailenin birinde probantta ve semptom taşımayan yakınında *APC* geninin 15. Ekzonunun F segmentinde frameshift tipte c.1172delT saptandı. Diğer sekiz ailede *APC* geninin 15. Ekzonunun G segmentinde frameshift tipte olan c.1309delAAAGA mutasyonu saptandı. Bu değişimin saptandığı bir ailede probant dışında 2 bireyde, bir ailede probant dışında 1 bireyde, bir ailede de probant dışında 1 bireylerde daha aynı mutasyon bulundu. Probant dışında mutasyon bulunan bireylerin hepsi semptom taşımamaktadır. Mutasyon belirlenen semptom taşımayan bireylerin tümünde gerçekleştirilen kolonaskopi sonucu polip varlığına rastlanması sebebi ile koruyucu cerrahi uygulandı.

Sonuç:
FAP tanılı ailelere ait bireylerde oluşan ve kolon ya/ya da rektumu kaplayan poliplerin rezeksiyon planlanmadığında adenokarsinomaya dönme riski %100' dür. Çalışma sonucunda henüz semptom görülmeyen ancak *APC* mutasyonu belirlenen bireylerde gerçekleştirilen kontrol kolonoskopisi sonucu saptanan polipler sebebi ile bu vakalara rezeksiyon planlaması yapılmıştır. Çalışmamız *APC* gen mutasyonlarının araştırılması kolorektal kansere genetik duyarlılığın belirlemesinde ve FAP sendromunun tanımlanarak tümör oluşumunun öngörülmesi için oldukça önemli olduğunu desteklemektedir.

SB-048
Yaş Kolorektal Kanser Peritoneal Metastazlarında Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi için Bir Engel mi?

Tayfun Bişgin[1], Naciye Çiğdem Arslan[2], Cihan Ağalar[1], Aras Emre Canda[1], Aziz Karaoğlu[3], Funda Obuz[4], Cem Terzi[1], Selman Sökmen[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]İstinye Üniversitesi Liv Hospital Ulus, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Sitoredüktif cerrahi (SRC) ve hipertermik intraperitoneal kemoterapinin (HİPEK) yaşlı hastalardaki sonuçları peritoneal karsinomatozis (PK) tedavisinde henüz görüş birliğine varılamayan bir konudur. Gerek agresif cerrahi ve HİPEK'le ilişkili risklerin yaş nedeniyle artış göstermesi gerekse bu hastalardaki yaşam beklentisi ve maliyet-etkinlik ilişkisi bu tedavilerin yaşlı hastalardaki sonuçlarını ortaya koymayı gerektirmektedir.

Gereç-Yöntem:
Merkezimizde 2007'den günümüze küratif SRC ve HİPEK yapılan 247 hastanın prospektif olarak kaydedilmiş verileri gözden geçirildi. Minimum izlem süresi 24 ay olan kolon ve rektum kanserli 100 hasta analize dahil edildi. Yandaş hastalıklar Charlson Komorbidite İndeksi'yle (CKİ), hasta performansı ECOG Performans Skalası'yla, hastalığın şiddeti Peritoneal Karsinomatoz İndeksiyle (PKİ), ve sitoredüksiyon tamlığı Rezidüel Tümör Skorlaması ile puanlandı. Postoperatif komplikasyonlar ve HİPEK'e bağlı toksisite Common Terminology Criteria for Adverse Events V4.0'a göre değerlendirildi. Hastalar genç (<65 yaş) ve yaşlı (>=65 yaş) olmak üzere iki gruba ayrılarak postoperatif morbidite, mortalite, nüks ve sağkalım açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:
Toplam 290 hastanın 100'ü analize dahil edildi. Medyan yaş 56(20-86), 56 hasta kadın, 44 hasta erkekti. Primer tümör 77 hastada kolon, 33 hastada rektumdu. Altmış beş yaş altı hasta grubunda 69, 65 yaş üstü grupta 31 hasta vardı. Cins, primer tümör, CKİ, ECOG performans skorları, önceki kemoterapi öyküsü, PKİ, operasyon süresi, sitoredüksiyon tamlığı, çıkarılan organ sayısı, stoma ve gastrointestinal anastomoz oranları her iki grupta benzerdi. Hastanede kalış <65 yaş grubunda 17±11.8 gün, >=65 yaş grubunda 16.8±14.3 gündü (p=0.937). Genç ve yaşlı gruplarda 26 (37.6%) ve 9 (29%) hastada postoperatif morbidite gelişti (p=0.272). Postoperatif mortalite genç hasta grubunda 5 (%7.2), yaşlı hasta grubunda 4 (%12.9) hastada gerçekleşti (p=0.287). Medyan izlem 25 (2-112) aydı. Uzak ve/veya lokal nüks genç hasta grubunda 30 (%43.4), yaşlı hasta grubunda 9 (%29) hastada görüldü (p=0.169). İki yıllık hastalıksız sağkalım oranları genç ve yaşlı hasta gruplarında sırasıyla %67.1 ve %74'tü (p=0.713).

Tartışma ve Sonuç:
SRC ve HİPEK yaşlı hastalarda morbidite ve mortalitede artış olmadan genç popülasyonla benzer onkolojik sonuçlar sunmaktadır.

SB-049
Elektif ve Acil Kolorektal Cerrahilerde Lenf Nodu Tutulumu ve Uzak Organ Metastazı

Gülay Özgehan[1], Turgut Anuk[2]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars

Giriş:
Kolorektal kanserler (KRK), en sık görülen kanser tiplerindendir. KRK semptomları, tümör lokalizasyonu, evre ve tanı sırasında oluşabilecek komplikasyon varlığına bağlıdır. Çalışmamızda KRK nedeniyle acil ve elektif şartlarda opere edilen hastalarda lenf nodu tutulumu ve uzak organ metastazı farklılıklarını ortaya koymayı amaçladık.

Materyal ve Metod:
Ocak 2013 – Aralık 2016 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanelerine, kabızlık, karın ağrısı, rektal kanama ve dışkılama alışkanlığında değişiklik şikayetleri ile başvurarak, kolorektal kanser tanısı konularak elektif ve acil şartlarda opere edilen hastaların dosyaları retrospektif incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, karaciğer metastaz varlığı, lenf nodu tutulumu, tümörlü kolon segmenti, ve TNM evrelemeleri incelendi. KRK tanısı ile opere edilen hastalar acil opere edilenler (Grup 1) ve elektif opere edilen hastalar (Grup 2) olarak 2 gruba ayrıldı. Dosya kayıtlarında eksiklik olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

İstatistiksel Analiz:
Verilerin analizi SPSS 21 paket programı yardımıyla yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov Z testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Chi Square testi, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile incelendi. ile incelendi. P<0,05değeri için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 267 hastanın yaş ortanca değeri 62 (24-88) olup, erkek/kadın oranı 1.64 idi. Hastaların 34'ü (%12.7) acil şartlarda opere edilmişken, 233'ü (%87.3) elektif şartlarda

opere edilmişti. Histopatolojik evrelemede en sık Evre 2A (n=67), Evre 2B (n=65) ve Evre 3B (n=50) tespit edildi. Lenf nodu tutulumu 111 (%41.6) hastada gözlenirken, 27 hastada (%10.1) karaciğer metastazı saptandı. Acil şartlarda opere edilen hastalardaki yaş median değerinin anlamlı şekilde elektif opere edilen hastalardan daha yüksek olduğu gözlendi (p:0.026). Grup 1'de lenf nodu tutulum oranı 21/34 iken, bu oran Grup 2'de 90/233 olup, Grup 1'de lenf nodu tutulumu anlamlı şekilde daha yüksek saptandı (p:0.011). Karaciğer metastaz varlığı gruplar arasında incelendiğinde de, acil oopere edilen hastalarda uzak organ metastazı saptanma riskinin daha fazla olduğu gözlendi (p<0.001).

Sonuçlar:
Kolorektal kanserler tüm dünyada 3. en sık görülen kanserlerdir. Semptomlar, tümörün yerleşim yeri ve evresine göre değişmekle birlikte, özellikle tıkayıcı tipte ileusla acile başvuran hastalar, tümör ileusu tanısıyla operasyona alınmaktadır. Bu tipte, acil şartlarda opere edilen hastalar, genelde lenf nodu tutulumu ve uzak organ metastazının saptandığı ileri evre kanser olma özelliği taşımaktadır.

SB-050
Kolorektal Kanserlerde Tümörlü Kolon Segmentinin Nörovasküler Tutulum, TNM Evre ve Diferansiasyon Üzerine Etkisi

Şahin Kahramanca[1], Turgut Anuk[2], Gülay Özgehan[3]
[1]Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars
[2]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars
[3]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş:
Kolorektal kanserler (KRK), dünyada en sık görülen 3. kanser tipidir. KRK prognozu direkt evre ile ilişkilidir. Evrelemede, lenf nodu tutulumu, nörovasküler invazyon, tümör büyüklüğü ve uzak organ metastazı gibi faktörler kullanılmaktadır. Klinikse daha çok evre ve tümörlü kolon segmentine bağlıdır. Sağ kolon tümörleri daha çok kanama, anemi ve kilo kaybıyla karşımıza çıkarken, sol kolon tümörleri obstrüktif bulgular verir. Çalışmamızda, KRK nedeniyle opere edilen hastalarda tümörlü kolon segmentiyle, TNM evresi, nörovasküler invazyon ve diferansiasyon dereceleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Materyal ve Metod:
Ocak 2013 - Aralık 2016 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi ve Kars Devlet Hastanelerine, kabızlık, karın ağrısı, rektal kanama ve dışkılama alışkanlığında değişiklik şikayetleri ile başvurarak, kolorektal kanser tanısı konularak opere edilen hastaların dosyaları retrospektif incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, tümörlü kolon segmenti, histopatolojik değerlendirmedeki TNM (tümör, lenf nodu, uzak organ metastazı), karaciğer metastaz varlığı, lenf nodu tutulumu, nörovasküler tutulum ve diferansiasyon dereceleri incelendi. Hastalar tümörlü kolon yerleşim yerine göre, sağ kolon, transvers kolon, sol kolon ve rektum yerleşimli olarak 4 ana gruba ayrılarak gruplar arasında karşılaştırmalar yapıldı. Dosya kayıtlarında ve patoloji raporlarında yetersizlik olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

İstatistiksel Analiz:
Verilerin analizi SPSS 21 paket programı yardımıyla yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov Z testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği One Way Anova testi, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskall Wallis H testi ile incelendi. ile incelendi. P<0,05değeri için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 184 hastanın yaş ortanca değeri 62 (26-91) olup, erkek/kadın oranı 1.59 idi. Histopatolojik evrelemede en sık Evre 2B (n=53), Evre 3C (n=38) ve Evre 3B (n=33) tespit edildi. En sık tümör yerleşim yeri rektum (n=86), sol kolon (n=49), sağ kolon (n=41) ve transvers kolon (n=7) idi. Lenf nodu tutulumu 94 hastada (%51.1) gözlendi. On altı hastada karaciğer metastazı saptandı. Gruplar arasında hastaların yaş ve tümör boyutları açısından farklılık saptanmadı (p:0.539 ve p:0.612). Vasküler tutulum, nöral tutulum, diferansiasyon ve TNM evreleri açısından da gruplar arasında farklılık tespit edilmedi (p:0.857, p:0.700, p:0.965 ve p:0.736).

Sonuçlar:
Kolorektal kanserler tüm dünyada 3. en sık görülen kanserlerdir. Semptomlar, tümörün yerleşim yeriyle direkt ilişkilidir. Tümör yerleşim yerinin, TNM evresi, nörovasküler tutulum ve diferansiasyon üzerine etkisini incelediğimiz çalışmamızda, yerleşim yerinin baktığımız parametreler üzerine bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaştık.

SB-051
Kolorektal Cerrahide Floresan Görüntüleme ile Perfüzyonun Değerlendirilmesi

Onur Bayram[1], Orhan Ağcaoğlu[1], Gözde Türkmenoğlu[2], Derya Salim Uymaz[1], Dursun Buğra[1], Emre Balık[1]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri, İstanbul

Amaç:
Kolorektal anastomoz kaçakları, vakaların %5 - %40'ında görülmekte olup, en korkulan komplikasyonların başında gelmektedir. Anastomoz kaçağı etiyolojisinde, cinsiyet, ek hastalıklar, cerrahi teknik, gerginlik, perfüzyonunun yetersiz olması ameliyat sonrası dönemde anastomoz ayrışmasına neden olmaktadır. Floresan özellikli ışık kaynağının indosiyanin yeşili (ICG) ile birlikte kullanılması anastomozu oluşturacak intestinal yapıların mikrosirkülasyonunun anastomozu oluşturmadan önce görülmesini sağlamakta, cerraha uygun kanlanması olan alanları bulmasında yardımcı olmaktadır.

Gereç-Yöntem:
Son yıllarda ameliyat boyunca kamera sistemi kullanılan laparoskopik ve robotik cerrahide floresan görüntüleme teknolojisi de bu sistemlere eklenmiştir. Ameliyat sırasında

intravenöz olarak verilen indosiyanin yeşili sistemik dolaşıma geçmekte ve intestinal yapıların venöz sistemini boyamaktadır. Kullanılan ışık kaynağının floresan modu kullanılarak ışık tipi ve dalga boyu değiştirilir, kameranın bu farklı dalga boyunu algılayacak moduna geçilerek venöz yapıların içerisinde bulunan indosiyanin yeşili görüntülenir. Bu sayede intestinal yapıların perfüzyonu değerlendirilerek iskemik alanların rezeksiyonuna daha doğru karar verilebilir. Hem mezenter oklüzyona veya strangülasyona bağlı segmentlerin değerlendirilmesinde hem de anastomozu oluşturacak ansların değerlendirilmesinde bu yöntem başarılı olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Bulgular:
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Ocak 2015 – Aralık 2016 tarihleri arasında ameliyat edilen hastaların 36 tanesinde intestinal perfüzyon, indosiyanin yeşili floresan görüntüleme ile değerlendirilmiştir. Hastaların median yaşı 69, vücut kitle indeksi 26,5 olarak bulunmuştur. Hastaların birinde (%2.7) ameliyat sırasında yapılan ICG anjiografi sonucunda beslenme yeterli bulunmamış, anastomoz revizyonu gerekli görülmüştür. Ameliyat sonrası erken dönemde toplam 3 (%8.3) hastada anastomoz kaçağı izlenmiş, iki konservatif takip edilmiş, birinde saptırıcı stoma yapılarak takibe devam edilmiştir. Vakaların ikisinde (%5.4) iskemik ans değerlendirilmiş, minimal perfüzyon görülerek takip kararı verilmiş, sonrasında ise herhangi bir komplikasyon yaşanmamıştır.

Sonuç:
Floresan görüntüleme ile ICG kullanımı kolorektal cerrahide perfüzyonun değerlendirilmesi için güven sağlamakla birlikte komplikasyonları önleyecek etkisini ortaya çıkarmak için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-052
Robotik Kolorektal Cerrahideki Erken Dönem Sonuçlarımız

Bülent Çalık, Gökhan Akbulut, Cengiz Aydın
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç:
Minimal invaziv kolorektal cerrahi konusunda mevcut literatür, laparoskopik yaklaşımların uygulanabilir olduğu ve açık cerrahiye göre daha iyi kısa dönem sonuçları ve eş değer onkolojik sonuçlar gösterdiğini bildirmektedir. Yine mevcut raporlar robotik cerrahi ile laparaskopik cerrahideki bazı zorlukların üstesinden gelinebileceğini göstermektedir. Bu çalışmadaki amacımız Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde robot yardımlı kolorektal cerrahi uygulanan hastaların erken dönem sonuçlarını değerlendirmekti.

Gereç-Yöntem:
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2015-2017 yılları arasında kolorektal kanser nedeniyle robot yardımlı cerrahi gerçekleştirilen, yaşları 30 ile 76 arasında, 3'ü kadın 8'i erkek, toplam 11 hastanın sonuçları değerlendirildi.

Bulgular:
Dört hastaya low anterior rezeksiyon, 2 hastaya ultra low anterior rezeksiyon, 2 hastaya anterior rezeksiyon, 3 hastaya sol hemikolektomi uygulandı. Ultra low anterior rezeksiyon yapılan 2 hastaya saptırıcı ileostomi açıldı. Morbidite olarak bir hastada pnömoni, bir hastada trokar yerinde incebarsak etrangülasyonuna bağlı ileus gelişti. Mortalite görülmedi. Ortalama robotik ameliyat süresi 223 dk, ortalama anestezi süresi 304 dk, ortalama docking süresi 5.14 dk idi. Hiçbir hastada açığa geçiş olmadı. Ortalama kanama miktarı 36 cc idi. Ortalama yatış süresi 7.5 gündü. Rektum kanseri nedeniyle opere edilen 6 hastanın hepsinde negatif çevresel cerrahi sınırla total mezorektal eksizyon gerçekleştirildi. Tüm hastalarda distal, proksimal ve çevresel cerrahi sınırlar negatifti. Çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 14.5 olarak bulundu. Ortalama distal marjin mesafesi 4.4 cm idi.

Sonuç:
Robot yardımlı kolorektal cerrahi onkolojik prensiplerden ödün vermeden güvenle yapılabilir.

Tablo 1

Değişken	Oran/Aralık
ameliyatın tipi	
Low anterior rezeksiyon	4(%36.4)
Ultra low anterior rezeksiyon	2(%18.2)
Anterior rezeksiyon	2(%18.2)
Sol hemikolektomi	3(%27.3)
Docking süresi(dk)	5.14 (1.5 - 10)
Robotik süre(dk)	223 (105-460)
Anestezi süresi(dk)	304 (185-520)
Kanama miktarı(cc)	36 (0-100)
Yatış süresi(gün)	7.5 (4-20)
Açığa dönüş	0

Ameliyat verileri

Tablo 2

Değişken	Oran/Aralık
T0 (patolojik tam yanıt)	1 (%9)
T1	1 (%9)
T2	1 (%9)
T3	8 (%72.7)
Çıkarılan lenf nodu sayısı	14.5 (6-28)
Distal marjin (cm)	4.4 (2.4-12)
Pozitif çevresel marjin	0
Pozitif distal marjin	0

Histopatolojik veriler

SB-053
Robotik "Modifiye Kraniokaudal, No-Touch İsolation" Tekniği ile Sağ Komplet Mezokolik Eksizyon

İsmail Hamzaoğlu[1], Volkan Özben[1], İpek Şapcı[2], Erman Aytaç[1], Afag Aghayeva[1], İsmail Ahmet Bilgin[1], İlknur Erenler[1], Bilgi Baca[1], Tayfun Karahasanoğlu[1]
[1]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç:
Kolon kanseri cerrahisinde genişletilmiş sağ hemikolektomi ile komplet mezokolik eksizyonun birlikte yapılmasını gerektiren durumlar, tekniğin uygulanmasında eşlik edebilecek komplikasyon risklerini ve onkolojik olarak uygun rezeksiyonun gerçekleştirilebilmesi açısından potansiyel zorlukları beraberinde taşır. Bu çalışmada genişletilmiş sağ hemikolektomi ameliyatında tümör manipülasyonu olmadan damarların erken kontrolünü sağlayan robotik ''modifiye kraniokaudal (MKK), no-touch isolation'' tekniğinin rolünü ve erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmaya Nisan 2015 ve Ocak 2017 tarihleri arasında distal çıkan kolon, hepatik fleksura veya proksimal transvers kolon kanseri nedeniyle genişletilmiş sağ hemikolektomi ameliyatı yapılan toplam 10 hasta dahil edildi. Ameliyatlar komplet mezokolik eksizyon ve ''no-touch isolation'' tekniklerinin temel prensipleri uygulanarak yapıldı. MKK tekniği iki aşamada gerçekleştirildi; İlk aşamada mezokolik diseksiyona kraniyalden başlandı. Gastokolik ligaman açıldıktan sonra sağ gastroepiploik ven diseke edildi. Bu venin trasesi izlenerek önce gastrokolik trunkus daha sonra mid-kolik ven ve arter pankreasın alt sınırından ortaya kondu ve transekte edildi. İkinci aşamada, ileokolik alana geçildi ve diseksiyon yukarıya doğru devam edilerek sırası ile ileokolik ve varsa sağ kolik damarlar bağlandı. Sonrasında ameliyat, rezeksiyon, intrakorporeal anastomoz ve piyesin suprapubik transvers insizyondan karın dışına alınması ile tamamlandı.

Bulgular:
Hastaların 7'si erkek ve 3'ü kadındı. Ortalama yaş 63.0 ± 17.9 yıl ve vücut kitle indeksi 24.8 ± 2.9 kg/m2 idi. Tüm ameliyatllar laparoskopi veya açık cerrahiye geçiş olmadan tamamlandı. Ortalama ameliyat süresi ve kanama miktarı sırası ile 288.1 ± 89.7 dk ve 99.0 ± 70.8 ml idi. Histopatolojik incelemede mezokolik, intramezokolik ve muskülaris propiya planı sırası ile 7, 2 ve 1 piyeste saptandı. Tümör ile santral damar ligasyonu arasındaki ortalama uzaklık 11.9 ± 3.9 cm ve çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 44.5 ± 12.0 (ortanca: 40, aralık: 31 - 62) idi. Ortalama hastanede yatış süresi 7.5 ± 4.8 gündü. Ameliyat sonrası dönemde bir hastada paralitik ileus ve bir hastada atelektazi olmak üzere toplam iki hastada (%20) komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonlar medikal tedavi ile geriledi. Ortalama 7.9 ± 6.3 ay takip sürecinde hiçbir hastada nüks ya da ek uzun dönem komplikasyon saptanmadı.

Sonuç:
Genişletilmiş sağ hemikolektomi gerektiren sağ kolon kanserinde robotik MKK ve ''no-touch isolation'' tekniği kabul edilebilir morbidite ile güvenle uygulanabilir. MKK tekniği ile transvers mezokolon köküdeki damarların santral ligasyonu daha kolay yapılabilir ve sonuçta çıkarılan piyes kalitesini arttırabilir.

SB-054
Sağ Kolon Kanseri Cerrahisinde Robotik Komplet Mezokolik Eksizyon

Volkan Özben[1], Deniz Atasoy[1], Turgut Bora Cengiz[2], İlknur Erenler[1], Onur Bayraktar[1], Erman Aytaç[1], Bilgi Baca[1], Tayfun Karahasanoğlu[1], Süha Göksel[3], İsmail Hamzaoğlu[1]
[1]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul
[3]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Sağ kolon kanseri cerrahisinde komplet mezokolik eksizyon (KME) tekniğinin onkolojik sonuçları iyi yönde etkilediği bilinmektedir. KME'nin kompleks bir teknik olması ve potansiyel komplikasyonları bu tekniğin yaygın olarak uygulanmasını engellemektedir. Robotik cerrahi laparoskopiye kıyasla sahip olduğu potansiyel avantajları ile minimal invazif cerrahinin kalite ve uygulanma alanını arttırabilir. Biz bu çalışmada robotik cerrahinin KME tekniğinde uygulanabilirliğini ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Şubat 2015 and Ocak 2017 tarihleri arasında sağ kolon kanseri nedeni ile robotik kolektomi ameliyatı olan toplam 26 hastanın verileri prospektif olarak kaydedildi ve veriler retrospektif incelendi. Tüm ameliyatlar KME tekniğinin temel prensipleri uygulanarak yapıldı. Perioperatif klinik veriler ve onkolojik sonuçlar analiz edildi.

Bulgular:
Hastaların 14'ü erkek ve 12'si kadın, ortalama yaş 64.4 ± 15.1 yıl ve vücut kitle indeksi 27.5 ± 6.1 kg/m2 idi. Ortalama ameliyat süresi 274.6 ± 73.0 dk ve kanama miktarı 67.9 ± 58.6 ml idi. Histopatolojik incelemede tüm cerrahi sınırlar negatif saptandı. Mezokolik, intramezokolik ve muskülaris propiya planı sırası ile 22 (85%), 3 ve 1 piyeste saptandı. Çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 41.4 ± 11.9 (ortanca: 39, aralık: 25 - 62) idi. Tümör ile santral damar ligasyonu arasındaki ortalama uzaklık 12.2 ± 3.2 cm idi. Ameliyat sonrası ilk defekasyon için geçen süre 3.6 ± 2.6 ve hastanede kalış süresi 6.5 ± 3.2 gün idi. Toplam 4 hastada (%15) komplikasyon gelişti (paralitik ileus, nozokomiyal pnömoni, atelektazi ve yüzeyel yara enfeksiyonu). Ortalama 9.4 ± 6.5 aylık takip sürecinde herhangi bir nüks veya mortalite saptanmadı.

Sonuç:
Sağ kolon kanseri cerrahisinde robotik KME tecrübeli ellerde az morbidite ve yeterli onkolojik sonuçları ile güvenle uygulanabilir. Robotun sağladığı avantajlar sayesinde damar diseksiyonu daha kolay ve santral ligasyon daha etkili yapılabilmektedir. Ayrıca, robotik yaklaşım ile çıkarılan lenf nodu sayısı ve piyes kalitesi dikkat çekici seviyede yüksektir.

SB-055
Kolorektal Kanserde Minimal İnvaziv Cerrahi Deneyimlerimiz

Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş:
Bu çalışmada Ocak 2014 – Ocak 2017 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik girişim yapılan 78 olgunun sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Metod:
Olgular patolojik inceleme, mortalite ve morbidite nedenleri, hastanede kalış süreleri, açığa geçiş oranları, vücut kitle indeksi, gıda başlama süreleri ile retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgu:
Hastaların yaş ortalamalası 61 (33-91) idi. Hastaların 42'si (%53.8) erkek, 36'sı (%46.2) kadındı. Yerleşimlerine göre sol kolon 45 (%57), sağ kolon 32 (%42), multisentrik 1(%1) idi. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 26.40 (19.4-41) idi. Sağ hemikolektomi 31 (%39), anterior rezeksiyon 35 (%45), sol hemikolektomi 10 (%13), total kolektomi-proktokolektomi 2 (%3) hastaya uygulandı. Hastaların gaz pasajı ortalama 2 günde (1-8), gaita pasajı 3 günde (1-12) gerçekleşirken; oral alımlarına ortalama 3 (1-14) günde başlanılmıştır. Hastanede kalış süresi ortalama 7 gün iken, 48 (% 11) olguda açığa dönüldü. Erken dönemde mortalite olmayıp, genel morbidite oranı %13.9' (n=59) du. Major komplikasyon (anastomoz kaçağı, batın içi abse, batın içi kanama, vs) 3 (%3.8) olguda görülmüştür. Piyeslerin ortalama uzunluğu 31 cm (13-146) iken ortalama tümör çapı 4.4 cm (1 – 10.2), diseke edilen lenf nodu sayısı ortalama 24 adet (4-87) olarak saptanmıştır. Uzun dönem takiplerimizde 3 (%3.8) hastada lokal nüks, 8 (%10.2) hastada uzak nüks tespit edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç:
Laparoskopik kolon cerrahisindeki erken ve geç dönem sonuçlarımız gerek teknik açıdan gerekse de onkolojik yeterlilik açısından literatür verileriyle örtüşmektedir. Erken dönem sonuçları umut verici ve yüz güldürücü olan laparoskopik teknik kliniğimizde başarı ile uygulanmaktadır.

SB-056
Rektum Kanserinde Transanal Total Mesorektal Eksizyon (TaTME) Ait Teknik Detaylar ve ilk 11 Vakanın Erken Dönem Sonuçları

Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dinçer Özgör, Emrah Şahin
İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç:
Rektum kanseri erkek hastalardaki dar ve derin pelvik alanının, TME operasyonu esnasında tümör negatif çevresel ve distal cerrahi sınır elde edilmesini zorlaştırdığı bilinmektedir. Çok yakın zamanda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada derin ve dar pelvis olan rektum kanserli hastalarda laparoskopik ve açık cerrahi sonrası %10 çevresel cerrahi sınır (ÇCS) pozitifliği olduğu gösterildi. Aynı çalışmada sadece distal rektum kanserleri değerlendirildiğinde ÇCS pozitifliği % 22'lere kadar çıkmaktadır. Son yıllarda laparoskopik aletlerle yapılan, Transanal TME (TaTME) operasyonları rektum kanserlerinde negatif ÇCS elde etme konusunda umut vaat etmektedir. Bu çalışmanın amacı, orta ve distal rektum kanser hastalarında yeni başladığımız laparoskopik abdominal cerrahiyi tamamlayıcı TaTME operasyon ait erken dönem sonuçlarımızı paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2016- 2017 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi Kliniğinde, orta ve distal rektum kanseri nedeni ile TaTME yapılan 11 vakanın prospektif toplanan verileri incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, fizik muayene ve radyolojik bulguları, neoadjuvant terapi verileri, tümör lokalizasyonu, operasyon süresi, patoloji raporları, hastanede ve yoğun bakımda yatış süresi ve cerrahi morbidite gibi veriler kayıt edildi. Ameliyat Tekniği; Ters litotomi pozisyonunda önce 4 portla batına girilerek, rektum anteriorda rektovesikal yapılar görülene kadar diseksiyon yapıldı. Posteriorde sakrum distaline, yanlarda rektum yan bağlarına kadar inildi. Tümör distal rektumda ise direk görüş ile dentat line seviyesinde koter ile internal anal sifinkter üzerinden dairesel tam kat rektum diseke edildi. Rektumun distali cevresesi dairsel diseksiyonla en az 4-5 cm serbestlendikten sonra, distal rektuma hava geçirmez şekilde 2 /0 prolen ile tam kat purse-string sütür kondu. Daha sonra anal port (single port SILS veya Gelpoint path) anüse yerleştirildi. Tümör orta rektumda ise anüse anal port direk yerleştirildi ve 15-20 mmHg basınç altında, 5 mm 300 skop ve laparoskopik aletlerle tümörden 2-3 cm distale purse-string sütür kondu. Rektum mukozası hook koter ile sirküler şekilde işaretlenip tam kat diseke edildi. Daha sonra mezorektuma posteriorden presakral fasyada gözeli doku yanlara doğru diseksiyonla Levtor ani kası görüldü. Yanlardan antriora doğru diseksiyonla prostatın posterior yüzü görülüp yukarıda peritona ulaşıldı. Prostatın saat 5 ve 7 hizasındaki yağ yastıkçıkları korunarak rektum lateral bağları kesildi, mezorekal planda, anetriorda ve yanlarda batından yapılan diseksiyonuna ulaşıldı. Pfannenstiel insizyon yapılılarak yara korucu yardımı ile piyes dışarı çıkarıldı. Tüm hastalara koruyucu loop ileostomi açıldı.

Bulgular:
On bir olgunun hepsi erkekti ve ortanca yaş 59 yıl (40-76) idi. Vücut kitle indeks (VKİ) median 26 (22-33) idi. Median operasyon süresi 270 dakika (200-410) idi. Tümörün anal grimden uzaklığı median 4 cm (3-8) idi. TaTME sırasındaki teknik güçlük nedeni ile bir hastada açığa dönüldü. Yedi hasta neoadjuvant uzun dönem fraksiyone kemoradioterapi (KRT) aldı. Bu hastalardan birinde intaraoperatif prostatik yüzde urethra açıldı ve onarıldı. Quirke sınıflamasına göre tam mesorektal bütünlük 7 hastada gözlendi, 3 hastada ise tama yakın bütünlük görüldü. Hastaların tümünde distal ve CCS tümör negatif olup, median distal cerrahi sınır (DCS) uzaklık 1 cm (0.3-3), median CCS 0.5 cm (0.2-2) idi. Tümörün T everesi 6 hastada T3, 3 hastada T2, neoadjuant KRT alan bir hastada ise tam yanıt neden ile T0 idi. Ayıklana lenf nodu median

sayısı 15 (8-46) idi. İki hastada anostomoz kaçağı gelişti. Bir hastada anaotomoz kaçağı drenle kontrol alına alındı, ikici hastada pelvik sepisis nedeni ile end kolostomi açıldı. Median takip süresi 177gün (45-452).

Sonuç:
Laparoskopi ve robotik-yardımlı laparoskopik TME operasyonları maalesef derin ve dar pelvisli hastalarda, anetrior ve distal yerleşimli iri tümör gibi faktörlerin yarattığı teknik güçlüklerin üstesinden gelemedi. Bu yüzden cerrahi onkolojik sonuçları iyileştirmek, temiz ÇCS elde etmek için geliştirilen TaTME tekniği 2013 yılında yayınlanan çalışmalar sonrası büyük ilgi gördü. TaTME tekniğinin seçilmiş hasta grubuna uygulanıyor olması, güçlü bir teknik alt yapıya ihtiyaç duyması, en az iki deneyimli ve eğitim almış cerrah gereksinimi gibi dezavantajlarına rağmen, dar pelvisli, tümörü anetrior yerleşimli erkek hastalarda trans anal yolla temiz distal ve ÇCS elde edilmesi için güvenilir bir yöntem olarak umut vaat etmektedir.

Tablo 1

Vaka Sayısı =10	Median	Range
Yaş (yıl)	59	40-76
VKİ	26	22-33
Tümörün anal grimden uzaklığı (cm)	4	2-8
Tümörün DCS uzaklığı (cm	1	0,5-3
Tümörün ÇCS uzaklığı (cm)	0.5	0,2-2
Ayıklanan lenf nodu sayısı	15	8-46
Operasyon süresi (dk)	270	270-410

Cerrahi veriler

Tablo 2

Vaka Sayısı =10	Tam	Tama Yakın
Mesorektal Cerrahi Kalite (Quirke sınıflaması)	7 (%70)	3(%30)

Mezorektal kalite

SB-057
Tek Kesiden Laparoskopik Cerrahi Portu (SILS port) Kullanarak Transanal Kitle Eksizyonu: Vaka Serisi

Abdullah Şişik, Ali Kılıç, Fatih Başak, Hakan Çakıt, Feyza Aşıkuzunoğlu, Fikret Ezberci
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Rektum yerleşimli geniş tabanlı polipoid lezyonların tedavisinde endoskopik girişimlerden geniş cerrahi rezeksiyonlara kadar değişen yelpazede tedavi yaklaşımları mevcuttur. Transanal direkt yaklaşımla eksizyonu mümkün olmayan rektal lezyonlarda transanal endoskopik operation (TEO) uygulamaları hastaları daha invaziv ve daha fazla morbidite oranına sahip cerrahi girişimlerden koruyarak tedavi imkanı sağlamaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde son 1 yılda uygulamış olduğumuz TEO olgularımızı sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Rektumda kitle tanısı olan endoskopik olarak eksize edilemeyen hastalar çalışmaya dahil edildi. İşlem rektumdan yerleştirilen SILS porttan (covidien, ABD) yapılan CO2 insuflasyonunu takiben lezyonun sınırlarının belirlenmesi ve laparoskopik el aletleri ve mühürleyici enerji cihazları yardımıyla eksizyonu şeklinde uygulandı. Hastaların demografik özellikleri, kitlelerin anal girime olan mesafeleri, boyutları, histopatolojik özellikleri kaydedildi.

Bulgular:
Ocak 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında 10 hastaya SILS port ile TEO uygulandı. Yaş ortalaması 61,3 (43-77) saptandı. 6 erkek, 4 kadın hastaya işlem yapıldı. Lezyonların anal girimden mesafesi ortalama 8,5 (5-12)cm idi. 5 cm mesafedeki 2 lezyon mesafenin kısa olmasından dolayı SILS port ile denedi, mümkün olmayınca LoneStar ekartör yerleştirilip transanal eksize edildi. Ayrıca 3 hastaya laparoskopik girilip sigmoid kolon askıya alınıp rektumda yeterli distansiyonun oluşması sağlandı. Lezyonların en uzun çaplarının uzunluğu 1-7 cm aralığındaydı. Patolojik incelemede 3 hastada villöz adenom, 5 hastada villöz adenom ve Tis AdenoCA komponenti, 1 hastada villöz adenom ve T1 AdenoCA, 1 hastada da nöroendokrin tm saptandı. Nöroendokrin tm gelen hastanın preoperatif endoskopik biyopsi sonucu da nöroendokrin tm ile uyumluydu.

Sonuç:
SILS port kullanılarak rektumda bulunan geniş tabanlı lezyonların eksizyonu hastaları aşağı anterior rezeksiyon gibi hastaya daha fazla cerrahi yük getiren ve morbiditesi nisbeten yüksek olan prosedürlere gereksinimden kurtarmaktadır.

Tablo 1: SILS port ile kitle eksizyonun uygulanan hastalar

Hasta	Yaş	Anal girime mesafe (cm)	Boyut (cm)	Ek özellik	Patoloji
1	56	8	6*5		Villöz adenom+Tis AdenoCA
2	76	10	4*4		Villöz adenom
3	60	8	7*6	Laparoskopi hibrit	Villöz adenom+Tis AdenoCA
4	69	7	4*4		Villöz adenom+Tis AdenoCA
5	62	5	5*4	SILS başlanıp transanal direkt eksizyon	Villöz adenom+Tis AdenoCA

6	63	5	6*4	SILS başlanıp transanal direkt eksizyon	Villöz adenom
7	77	10	4*3		Villöz adenom+Tis AdenoCA
8	52	12	3*2	Laparoskopi hibrit	Villöz adenom+T1 AdenoCA
9	43	10	1*1	Laparoskopi hibrit	Nöroendokrin tm T1
10	55	10	3*2		Villöz adenom

Tablo 2: SILS port ile kitle eksizyonu uygulanan hastaların demografik özellikleri ve patoloji sonuçları

Yaş	61,3 (43-77)
Cinsiyet E/K	6/4
Ort mesafe (cm)	8,5 (5-12)
Boyut (en uzun çap)	1-7 cm
Patoloji	
Villöz adenom	3
Villöz adenom + Tis AdenoCA	5
Villöz adenom + T1 AdenoCA	1
Nöroendokrin Tm	1

SB-058
Rektumda Yerleşmiş Büyük Hacimli Polipler için Çözüm; TAMİS Olabilir mi?

Semra Doğan[1], Sezai Demirbaş[1], Mustafa Tahir Özer[2], Hüseyin Sinan[2], Salih Erpulat Öziş[1], Hatim Yahya Uslu[1], Oğuz Hançerlioğlu[3], Salih Müjdat Balkan[1]
[1] TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[3]Özel Hastane

Giriş:
Transanal Minimal İnvaziv Cerrahi uygulaması (TAMIS) özellikle büyük çaplı poliplerin parçalamadan ve patolojik bütünlüğü bozulmadan, varsa sapı ile birlikte çıkarılabilmesini sağlayan bir cerrahi yaklaşımdır.

Amaç:
2 yıldan uzun süredir takip edilen TAMİS uygulanmış kohort'da, bu prosedürün büyük çaplı polipler için (>3,5 cm) uygun bir yaklaşım olduğunu göstermektir.

Çalışma planlaması:
Hastalar rektal kanamalı veya gastroenteroloji kliniğinden gönderilen, çıkarılamayan rektal polipleri olan kişilerdi. Hastalar TAMIS deneyimi 7 yıl olan cerrah tarafından değerlendirilerek ameliyat edildi. Çalışma prospektif olarak kayıt altına alınan hastalar arasından, verilerin retrospektif değerlendirilmesiyle uygulandı.

Hastalar:
Çalışma kohortunu 22-81 yaş arasında rektum kanaması veya ıkınmak ile zaman zaman dışarıya çıkan kitle tanısı almış ya da yapılan endoskopi sonunda rektal polib tespit edilen hastalar ve ailesel hikayesi nedeniyle kolorektal polipleri takip altında bulunan kişiler oluşturdu.

Çalışma Metodu:
2010 yılından beri çalışma için takip edilen 51 hastadan 29'u TAMİS yöntemi ile ameliyat edildi. Tüm hastalar başka bir çalışma ana grubunu oluşturduğundan seçim ve takipleri prospektif olarak yapılmaktaydı. Bu ana grup içinden TAMİS uygulaması yapılanların bilgisine dosyalarının geriye dönük taramaları ile ulaşıldı. Her hastaya ameliyat öncesinde Dijital rektal muayene (DRM), Endoanal ultrasonugrafi (EAUS), fleksibl rektosigmoidoskopi (FS) yapıldı. Gereken hastalar için pelvik manyetik rezonans görüntüleme de yapıldı. DRM de hareketli, EAUS de M. Propria ilerlemesi göstermeyen, ve FS de fibrinli büyük yara krateri olmayan lezyonlar seçilerek cerrahi uygulandı. Cerrahi prosedür için laparoskopik tek port uygulama aparatı (SILS-Port-Covidien) kullanıldı. Hastaların demografik bulguları, polip yerleşimleri, polibin büyüklüğü, cerrahinin süresi, hastanede kalma süresi, ağrı, barsak hareketlerini geri dönmesi, komplikasyonlar ve nüks durumu takip edilen süre içinde kayıt edildi. Cerrahi uygulanan her hasta için polip büyüklüğü (1.grup <3,5 cm ve 2. Grup >=3,5 cm büyüklüğünde polibi olanlar) referans alınarak iki grup oluşturuldu ve yukarıdaki parametreler karşılaştırıldı.

Sonuçlar:
Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 55,7 yıldı. Kohortun %55,2 si erkekti. Rektum yerleşimli poliplerin ortalama çapı 4,5 cm iken hastaların %79,3 nde polip çapı 3,5 cm den daha büyüktü. Böylece hastalar polip çapı 3,5 cm den büyük olanlar ve küçük olanlar olarak iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı. Ameliyat öncesi hastaların %34,5 inde farklı komorbidite tespit edildi bunlar içinde en sık karşılaşılan hipertansiyon (%24,1) idi. Tümör çapı nedeniyle karşılaştırılan hastalar için polibin yerleşim yeri, ameliyat süresi, oral alım ve ilk gaz çıkarım zamanı, hastanede yatış süresi, ameliyat sonrası ağrı hissi, görülen komplikasyonlar ile anal fonksiyon değerlendirmesi arasında fark bulunmadı. Fakat temiz cerrahi sınır elde etme durumu (p=0,041) ile görülen nüks (p=0,005) açısından hastalar arasında anlamlı istatistiki fark tespit edildi. Hastaların %90 ında temiz cerrahi sınır sağlanmıştı. Her iki grup içinde en sık görülen komplikasyon idrar yolu enfeksiyonu ve cilt altında krepitasyon (%6,9) idi. Çalışma grubunda toplam komplikasyon oranı %20,7 oldu. Tüm hastalar için takip süresi 29,7 ay idi. Bu zaman içerisinde hastaların %6,9 unda nüks görüldü. En sık karşılaşılan patoloji adenomatöz polip, yüksek derece displazi (%55,2) idi. Çalımanın eksik yönü; Birkaç sınırlayıcı ve eksiklik vardı. Çalışma yeterli örnek hacmine hemüz ulaşmamıştır. Ne kadar prospektif yapılan çalışma olsa bile veriler geriye dönüktür. Seçilen hastalar için bias göz ardı edilmemelidir. Endoskopik olarak "snaping" yapılarak üstesinden gelinmeyen polipli hastalar kabul edilmiştir. Bu durum çalışma seçimini etkileyebilir.

Tartışma:
Polip rektum yerleşimli olduğunda kanser gelişme riski önemlidir. Rektum yerleşimli tümörler için lokal eksizyon yıllardır bir tedavi yoludur. Ama uygulanan yöntemler ya temiz cerrahi sınır sağlamamakta veya cerrahın görüşünü kısıtlayıcı prosedürler olmakta ya da anal kanal fonksiyonunu kötü yönde etkilemektedir. 2010 yılından beri uygulanan minimal invaziv girişimler rektum poliplerini tam kat olarak ve anal kanal fonksiyonuna zarar verici etki yaratmadan tedavi edilmesini sağlamıştır. Fakat yine de anorektal kanal lümeninin büyük kısmını kapatan büyük çaplı polipler sorundur. Bu nedenle çalışmamızda özellikle büyük çaplı poliplerin cerrahi tedavisinde TAMİS'in kullanılmasının uygun olduğu fakat yine de temiz cerrahi sınır elde etme ve buna bağlı nüks görülmesinin sıklığının birbiriyle alakalı olduğunu tespit ettik. Sonuç; Büyük çaplı rektal polipler için tam kat rezeksiyon ve iyi bir patolojik değerlendirme TAMİS ile daha uygun olsa bile temiz cerrahi sınır ve buna bağlı nüks durumu bir sorun olarak devam etmektedir.

SB-059
Obezitenin Robotik Sfinkter Koruyucu Rektum Kanseri Cerrahisi Sonuçlarına Etkisi

Onur Bayraktar, Erman Aytaç, Volkan Özben, Deniz Atasoy, İsmail Ahmet Bilgin, İlknur Erenler, Bilgi Baca, İsmail Hamzaoğlu, Tayfun Karahasanoğlu
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanser cerrahisindeki teknik zorlukları arttırdığı düşünülen obezite, tüm dünyada hızla yaygınlaşan ciddi bir sağlık sorunudur. Literatürde, obezitenin robotik rektum cerrahisi ve sonuçları üzerine etkilerini gösteren kısıtlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmada, robotik sfinkter koruyucu rektum kanseri cerrahisi uygulanan hastalarda obezitenin etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:
Aralık 2014 ve Ocak 2017 tarihleri arasında, rektal kanser için uygulanan robotik sfinkter koruyucu rektum cerrahisi olguları retrospektif olarak incelendi. VKİ >30 kg/m2 olan hastalar obez, <30 kg/m2olanlar obez olmayan grup olarak kabul edildi. Perioperatif ve postoperatif erken dönem verileri değerlendirilerek iki grubun sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular:
Toplam 101 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 30'u obez ve 71'i obez değildi. Cinsiyet [Kadın: 25 (%35) ile 11 (%37), p=0,89], yaş (60±11 ile 61±9, p=0,47) ASA skoru [2 ile 2, p=0,41], neoadjuvan kemo-radyasyon [28(%39) ile 7 (%23), p=0,12], ve geçirilmiş karın cerrahisi [20 (% 28) ile 7 (%23), p=0,62] sırasıyla obez olmayan ve obez gruplar arasında karşılaştırıldı. Açık cerrahiye geçiş [2(3 %) ile 0; p=1], stoma açılması [31 (%44) ile 16 (%53), p=0,37], anastomoz seviyesi [8±4 ile 6± 4, p=0,30], ameliyat süresi (311± 100 ile 332± 156 dk, p=0,01), yaklaşık kanama miktarı (93±80 ile 121±105 ml, p=0,41), flatus zamanı (2 ± 1 ile 2 ± 1, p=0,36), genel komplikasyon oranı [19(%27) ile 7(%23), p=0,72], ve hastanede kalış süresi (6±3 ile 7±4, p=0,10) gruplar arasında benzerdi. Her iki grupta da inkomplet total mezorektal eksizyon yoktu.

Sonuç:
Rektum kanserinin robotik cerrahisi, obez hastalarda ameliyat süresini uzatması dışında ek morbiditeye yol açmadan güvenle uygulanabilir.

SB-060
Robotik Proktosigmoidektomide Öğrenme Eğrisinin Değerlendirilmesi: Pilot Çalışma

Deniz Atasoy, Afag Aghayeva, Erman Aytaç, Onur Bayraktar, İlknur Ergüner, Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoğlu, Bilgi Baca
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Robotik kolorektal cerrahide öğrenme eğrisi ile ilgili veri henüz kısıtlıdır.
Bu pilot çalışmada kolorektal kanser tedavisi için uygulanan robotik proktosigmoidektomide öğrenme eğrimizi kısa dönem sonuçlar ile birlikte değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Tekmerkezliolarak,Aralık2014-Temmuz2016tarihleriarasında sigmoid ve rektum kanseri için robotik proktosigmoidektomi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Klinik ve patolojik sonuçlar prospektif olarak tutulan hasta kayıt programından retrospektif olarak incelendi. Açığa geçilen vakalar ve senkron rezeksiyon uygulananlar, çalışma dışı tutuldu. Öğrenme eğrisi, CUSUM (cumulative sum) yöntemiyle hesaplandı. Ameliyat süreleri tarihe göre kronolojik olarak sıralandı. İlk vakanın ameliyat süresinin CUSUM değeri hesaplanırken tüm vakaların ortalama ameliyat süresi ile arasındaki farkı hesaplandı. İkinci vakanın CUSUM'u hesaplanırken bu vakanın ameliyat süresi ile ilk vaka eklenerek elde edilen ortalama ameliyat süresi arasındaki fark saptandı. Bu işlem son vaka hesaplanana kadar sürdürüldü. Öğrenme eğrisinin dönemleri arasında karşılaştırma yapıldı. Toplam ameliyat süresi ve docking süresi ayrı ayrı incelendi. Erken dönem (<30 gün) komplikasyonlar bu çalışmada değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya 51 hasta dahil edildi. Hastaların 34'ü erkek 17'si kadındı. Ortalama yaş 60 yıl ve vücut kitle indeksi 27 kg/m2 idi. Ortalama ameliyat süresi ve kan kaybı sırasıyla 342±114 dk ve 82±128 mL idi. CUSUM analizi sonucunda öğrenme eğrisinin iki dönemden oluştuğu saptandı. CUSUM grafiğinde iki dönem arasındaki geçiş yeri, eğrinin ilk düşüşten sonra ilk yükselişe geçtiği nokta olarak seçildi. İlk 16 hasta birinci dönemi ve sonraki 35 hasta ikinci dönemi oluşturmaktaydı. Dönemler arasındaki karşılaştırmalar Tablo 1'de gösterilmiştir. Dönemler arasındaki karşılaştırmalarda cinsiyet (p=0,019), cerrahi işlemler (p=0,021), tümör çapı (p=0,016), mezorektal bütünlük (p=0,02) ve defekasyon zamanı (p=0,026) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Ayrıca neoadjuvan kemoradyoterapi alan hastaların oranı ikinci dönemde anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,003). Docking süresine bakıldığında birinci döneme göre ikinci dönemde sürenin anlamı olarak daha kısa olduğu görüldü (7,5±3,8 dk'ya karşılık 4,6±1,3 dk, p=0,011).

Sonuç:
Kolorektal kanser tedavisi için uygulanan robotik proktosigmoidektomide ilk 20 olgu öğrenme eğrisi içinde değerlendirilmelidir. Stoma ve neoadjuvan tedavi gerekliliği gibi kritik kararlar bu bilgi göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Öğrenme dönemi tamamlandığında robotik teknik ile daha komplike olguların ameliyatları gerçekleştirilebilir.

Robotik proktosigmoidektomide hastaların demografik ve perioperatif verilerinin öğrenme eğrisi dönemlerine göre karşılaştırılması

	Dönem 1, (1.-16. hastalar), n=16	Dönem 2, (17.-51. hastalar), n=35	P
Tümör yerleşimi, n Rektum Sigmoid Rektosigmoid	7 6 3	24 10 1	0,06
Cerrahi işlem, n (%) APR (ikisi ekstralevator) AR LAR	0 8 (50) 8 (50)	5 (14,3) 12 (34,3) 18 (51,4)	0,02
Tümör çapı (cm), ortalama±SS	4,9±1,97	3,31±2,31	0,02
Mezorektal bütünlük (Mandard sınıflaması) Grad 1 Grad 2 Grad 3	1 6 1	1 7 16	0,02
Neoadjuvan tedavi, n (%) Evet Hayır	1 (6,2) 15 (93,8)	17 (50) 17 (50)	0,003
Çıkarılan LN, ortalama±SS	30,63±11,31	22,40±9,29	0,08
LN metastazı, ortalama±SS	1,81±3,6	0,63±1,35	0,47
Distal cerrahi sınır (cm), ortalama±SS	2,82±2,90	3,07±2,55	0,53
Docking süresi (dk), ortalama±SS	7,5±3,8	4,6±1,3	0,01
Ameliyat süresi (dk), ortalama±SS	308±64	351±108	0,11
Kan kaybı (mL), ortalama±SS	58,75±44,7	71,49±107,21	0,51
Defekasyon (gün), ortalama±SS	2,88±1,02	2,21±1,2	0,03
Erken (<30 gün) dönem komplikasyonlar, n	1	6	0,41
Hastanede kalış süresi (gün), ortalama±SS	6,38±1,71	6,74±2,82	0,99

SS: standart sapma, VKİ: vücut kitle indeksi, APR: abdominoperineal rezeksiyon, AR: anterior rezeksiyon, LAR: aşağı anterior rezeksiyon, LN: lenf nodu.

SB-061
Kolorektal Cerrahide Aydınlatılmış Onam Elastisitesi ve Yetkili Vekil Kararları

Volkan Doğru[1], Muhittin Yaprak[2], Okan Erdoğan[2]
[1]*Palandöken Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Erzurum*
[2]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya*

Amaç:
Tıbbi müdahaleler için hastanın rızasının alınamayacak olduğu durumlarda hekimin uyması gereken kurallar hasta hakları yönetmeliğinde açıklanmaktadır. Aydınlatılmış onam kavramında elastisiteye sebep olan ve son derece kırılgan sonuçlar doğurabilecek bu tür zorluklara karşı tüm hekimler hazırlıklı olmalıdır. Klinik pratikte de, kolorektal cerrahi müdahele gereken ancak cerrahın hastadan onam alamadığı durumlarla sık karşılaşılabilmektedir. Bu gibi durumların mercek altına alınması kolorektal cerrahide etik gerekliliklerin karşılanmasına yardımcı olurken hasta ve hekimin hukuki koruyuculuğunun sağlanmasına da katkı sağlayacaktır.

Gereç-Yöntem:
Mart 2011 ve Şubat 2017 tarihleri arasında karşılaştığımız 18 yaş üzeri, kolorektal girişim planlanan ancak kendisinden onam alınamayan hastalar, retrospektif olarak ele alınmış ve kırılganlık riskine göre 5 düzeyde gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Hastanın bilincinin kapalı olduğu veya eşlik eden hastalık nedeniyle ifade gücünün olmadığı ve en az bir organ kaybı veya organın fonksiyon göremez hale gelmesini önlemek maksadıyla yapılan acil operasyonlar en az kırılgan hasta grubu olarak kabul edilmiş ve elastisitede 1. düzey olarak tanımlanmıştır. Aynı özellikteki hastalarda yine benzer sebeplerle yapılacak elektif operasyonlar 2. düzey kapsamına alınmıştır. Hastanın rıza verdiği bir cerrahi müdahale sürecinde hasta anestezi altında iken rutin sürecin parçası olmayan ikincil girişimlere ihtiyaç duyulması halinde hasta yakınlarından (varsa yetkili vekilinden) alınan aydınlatılmış onamlar 3. düzey olarak kabul edilmiştir. Aynı özellikteki hastalardan yakınları arasında anlaşmazlık olanlar 4. düzey kapsamına alınırken hastanın yasal temsilcisinin cerrahi girişimi kesin reddi 5. düzey olarak tanımlanmıştır.

Bulgular:
Her bir aydınlatılmış onam elastisite düzeyi için grubunu en iyi temsil ettiği düşünülen 3 hasta seçilmiştir. 1. düzey için motorsiklet kazası sonrası anal sfinkter yaralanması olan entübe hasta, kolon anostomozu kaçıran yoğun bakımda yatan entübe hasta ve sigmoid volvulusa bağlı mekanik intestinal obstrüksüyon kliniği olan ağır psikotik ataklar geçirme öyküsü olan remisyonda şizofreni hastası. 2. düzeyde yaygın intestinal bridlere bağlı subileus kliniği olan Alzheimer hasta, insizyonel herni nedeniyle opere olacak mental retarde hasta, grade III internal hemoroid nedeniyle opere olacak şizofreni hastası. 3. düzeyde akut apandisit nedeniyle tanısal laparoskopide apendiks kanseri şüphesi ile açığa dönülerek sağ hemikolektomi yapılan hasta, laparoskopik kolesistektomi ve umblikal herni onarımı için opere edilen ancak Sister Mary Joseph lenf düğümü ve uterusa invaze rektosigmoid kolon kanseri saptanan hasta ile a. apandisit ön tanısıyla tanısal laparoskopide PİD›ye sekonder pelvik abse saptanan hasta. 4. düzeyde kadın doğum

tarafından endometriozis nedeniyle opere edilen hastada gelişen iatrojenik kolon yaralanması, radyasyon enterekolitine bağlı ostomi ihtiyacı olduğu anlaşılan hasta, flegmonlu perfore apendisit nedeniyle opere edilen çıkan kolon duvarında nekrotik görünüm izlenen hasta. 5. düzeyde uterus invazyonlu kolon kanseri olan hastanın histerektomiyi kabul etmeyen yakını, Alzheimer pseudokolonik obstrüksüyon hastada kolostomiyi kabul etmeyen hasta yakını ve yakının tanısal laparotomiyi reddettiği ileus kliniği olan tomografide omental kek görünümü saptanan, primeri bilinmeyen peritonitis karsinomatoza ön tanılı Alzheimer hasta belirlenmiştir. Neticede, olgular hasta bazında karşılaştırılarak kolorektal cerrahi uygulamaları için hasta hakları yönetmeliğine paralel çıkarımlarda bulunulmuştur.

Sonuç:
Hasta hakları yönetmeliğine göre; (1) Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. (2) Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir. (3) Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

SB-062
Pilonidal Sinus Cerrahisinde Bölgesel Anestezi Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Prospektif Randomize Klinik Çalışma

Turgut Donmez[1], Adnan Hut[2], Vuslat Muslu Erdem[5], Duygu Ayfer Erdem[5], Doğan Yıldırım[2], Sinan Uzman[4], Oğuzhan Sunamak[3], Muzaffer Akıncı[2], İbrahim Halil Özata[1]
[1]Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
[4]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[5]Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç:
Genel anestezi altında eğilimli pozisyona bağlı zorluklardan dolayı pilonidal sinüs cerrahisinde genel anesteziye bölgesel anestezi teknikleri tercih edilebilir. Spinal anestezi ve epidural anestezinin peroperatif ve postopetatif yan etkiler ve postoperatif ağrı düzeyleri açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
2015 Temmuz -2016 Mart tarihleri arasında yapılan prospektif randomize çalışmada 100 erişkin hastaya pilonidal sinüs cerrahisi uygulandı. Hastalar randomize olarak spinal anesteziye (SAG, n = 50) karşı epidural anesteziye (EAG, n = 50) bölündü. Hastalar yaş,vucut kitle indeksi, ASA sskorları, peroperatif ve postoperatif yan etkiler, komplikasyanlar, hastanede kalış süreleri kayıt edildi. Anesteziye bağlı perioperatif ve postoperatif yan etkiler ve postoperatif ağrı düzeyi gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular:
İlk denemede tüm anestezi prosedürleri gerçekleştirildi. Blok maksimum duyusal yüksekliği açısından anlamlı fark vardı (EAG için L1-L3 ve SAG için T7-T11, p <0.001). Duyusal blok süresi, EAG›de (290 ± 23 dakika) SAG›ye göre (215 ± 6 dakika) anlamlı derecede daha uzun idi. Epidural anestezi ile motor blok gelişen hiç kimse yoktu. SAG›da motor blok süresi 156 ± 6 dk idi. Gruplar arasındaki yan etkiler açısından anlamlı bir farklılık yoktu. Her iki grubun herhangi birinde bradikardi ve postoperatif bulantı / kusma gözlenmedi. Üriner retansiyon, cerrahiden sonra bölgesel anestezi ile ilişkili en sık görülen yan etki idi (EAG›da dört hasta ve SAG›da 7 hasta, p = 0.525). EAG›de baş ağrısı gelişen hasta yokken, dört hasta SAG›da baş ağrısı çekmişti (p = 0.117). İki hastada EAG ve SAG›da sırasıyla bir hastada hipotansiyon gözlendi (p> 0.999). Ameliyat sonrası ağrı düzeyleri postoperatif kurtarma odasında ve ameliyattan 6, 12 ve 24 saat sonra görsel analog skala (VAS) ile değerlendirildi (tablo 1). Her iki gruptaki hastaların hiçbirinde ameliyattan sonraki ilk 6 saat boyunca analjezik tedavi gerekli değildi. Postoperatif cerrahi ağrı, EAG›de 6. saatte SAG›ye göre anlamlı derecede daha düşüktü. Fakat klinik olarak küçük bir fark vardı.

Sonuç:
Postoperatif ağrı kontrolü ve motor bloğun bulunmaması nedeniyle spinal anesteziye epidural anestezi tercih edilebilir

1

	EAG n:50	SAG n:50	p value
VAS 0	0-1	0-3	<0.001
VAS 6.saat	5-8	3-8	0.091
VAS 12.saat	2-5	2-6	0.043
VAS 24.saat	1-4	1-5	0.016

VAS(Visual Analog skala) skoru

SB-065

Bildiri Yazarları Tarafından Geri Çekilmiştir.

SB-066
Kronik Anal Fissürde Subkutan Lateral Internal Parsiyel Sfinkterotomi Sonuçlarımız: 100 Olguluk Seri Sunumu

Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş:
Kronik anal fissürlü 100 hastaya uyguladığımız lateral internal parsiyel sfinkterotomi (LİPS) tekniği ve sonuçları bildirilmiştir.

Metod:
Ocak 2014-Ocak 2017 arasında 100 hastaya litotomi pozisyonunda, spinoepidural anestezi altında subkutan LİPS yapıldı. Operasyon esnasında 11 hastaya tromboze hemoroid nedeniyle drenaj yapıldı. Hastalara preoperatif lavman ve perine traşı yapılmadı, postoperatif dönemde analjezik ve sıcak su oturma banyosu tavsiye edildi. Hastalar ameliyattan sonraki ilk hafta poliklinikte, 1., 3. ve 6. aylarda telefonla aranarak kontrolleri aynı hekim tarafından yapıldı.

Bulgu:
Hastaların 64 tanesi (‰64) erkek, 36 tanesi (%36) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 44,7 ± 11,2, median 38 (19-71 arası) idi. Bütün hastalarda ortak şikayet defekasyon sırasında başlayıp sonrasında devam eden ağrı idi. Ameliyat sonrası 60 (‰60) hastanın ağrı şikayeti geçti. 6 hastaya (‰6) tekrarlayan ağrı nedeniyle ilk bir ay içinde tekrar LİPS yapıldı. En çok görülen komplikasyon defekasyon sonrası yanma ve ağrı hissi idi (19 hasta, ‰19). 4 hastada kaşıntı (‰4), 3 hastada kanama şikayetleri oldu ancak birinci aydan sonra geçti. Gaz kaçırma şikayeti olmadı.

Tartışma ve Sonuç:
Cerrahi tedavi anal fissürlü bir hastada ilk seçenek olmamalıdır. Akut fissürlerde konservatif tedavi ile büyük oranda iyileşme sağlanmaktayken asıl sorun hastalığın 8 haftadan sonra da sebat etmesi sonucu ortaya çıkan kronik fissürlerdir. Lateral internal sfinkterotomi ile %95 oranında fissürde iyileşme sağlanmaktadır ve bu oran anlamlı derecede medikal tedavi sonuçlarından yüksektir.

SB-067
Transsfinkterik Fistüllerde, Fistülektomi ve Primer Sfinkter Rekonstruksiyonu

Bülent Gürbüz[1], Serkan Zenger[1], Burçak Abbas Kabaoğlu[1], Mustafa Arısoy[1], Osman Krand[3], Tunç Yaltı[2]
[1]VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Onkoloji Hastanesi, İstanbul

Giriş:
Anal fistül, anorektal absenin kronik bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilen, anal bölgede akıntı ve ağrı semptomları ile seyir göstererek hastanın günlük yaşam kalitesini azaltan kronik bir hastalıktır. Anal fistül için uygun cerrahi tedavi anal sfinkterleri ve kontinansı koruyarak, fistül traktının ve kronik enflamasyonun ortadan kaldırılması ve nüksün önlenmesidir. Fistül traktının yüksek yerleşimli olduğu durumlarda hem sfinkterlerin korunması, hem de nüksün en az olduğu cerrahi seçenekler gözönünde bulundurulmalıdır. Bir tarafında inkontinans, diğer tarafında nüksün olduğu bu 2 ucu keskin süreçte uygun cerrahi yöntem için çeşitli yöntemler mevcuttur. Basit ve distal fistüllerde fistülotomi gibi cerrahi işlemler başarılı sonuçlar verebilse de, komplike ve yüksek yerleşimli fistüllerde daha kompleks cerrahi girişimlere gereksinim duyulmaktadır.

Amaç:
Bu çalışmada 2005-2015 yılları arasında Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirilen, fistülektomi ve primer sfinkter rekonstrüksiyonu ile ameliyat edilen 168 transsfinkterik fistüllü hasta değerlendirildi. Takipleri yapılamayan 26 hasta çalışma dışı tutuldu. Hastalar, ameliyat sonrası 1. ve 2.haftada fizik muayene ile takip edildi. 3. 6. ve 12. aylarda hastalar nüks oranları, iyileşme hızı ve kontinans durumu açısından değerlendirildi. Kontinans durumu Wexner kontinans skorlama sistemine göre değerlendirildi (Tablo 1).

Bulgular:
Değerlendirilen toplam hasta sayısı 142 idi. Bunların 83'ü erkek, 59'u kadın idi. Fistül yerleşimi 85 hastada yüksek transsfinkterik yerleşimli, 57 hasta da alçak transsfinkterik yerleşimli idi. 142 hastanın 16'sının daha önceden (3'ü alçak yerleşimli transsfinkterik fistül, 13›ü yüksek yerleşimli transsfinkterik fistül) uygulanmış fistül cerrahisi öyküsü vardı. Ortalama takip süresi 43.2 ± 17.2 ay idi. Rekürrens oranı %3.52(5 hasta) olarak tespit edildi. 80 hastada (%56.3) tam kontinans, 59 hastada (%41.5) hastada ise skorlama 4 'ün altında saptanarak minimal inkontinans oranları mevcut idi. 3 hastada (%2.1) ise inkontinans gelişti. Bu 3 hastanın daha önce fistül cerrahisi için ameliyat öyküsü olan hastalar olduğu tespit edildi ve inkontinans için biofeedback, diyet gibi tedavi yöntemleri seçildi.

Sonuç:
Transsfinkterik fistüllerde, fistülektomi ve primer sfinkter rekonstrüksiyonu yöntemi, düşük rekürrens oranı ve düşük inkontinans dereceleri nedeni ile akılda tutulması gereken ve bizim sonuçlarımıza göre de önerdiğimiz bir cerrahi yöntemdir.

WEXNER kontinans değerlendirme skalası

İnkontinans tipi	Asla	Nadir	Bazen	Genellikle	Sürekli
Katı	0	1	2	3	4
Sıvı	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Ped kullanımı	0	1	2	3	4
Yaşam tarzı değişikliği	0	1	2	3	4

0= Mükemmel, Nadir: <1/ay, Bazen < 1/hafta, Genellikle<1/gün, Sürekli > 1/gün, 20 = komplet inkontinans

SB-068
Spinal Anestezi Altında Selim Anorektal Cerrahi Hastalarında Postoperatif Başağrısı, Belağrısı Ve İdrar Retansiyonunun Değerlendirilmesi

Mehmet Buğra Bozan[1], Burhan Hakan Kanat[1], Ahmet Bozdağ[1], Ali Aksu[1], Nizamettin Kutluer[1], Barış Gültürk[1], Zeynep Özkan[1], Ayşe Azak Bozan[2], Abdullah Böyük[1]
[1]Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ
[2]Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Elazığ

Amaç:
Selim anorektal hastlıklar Genel Cerrahi pratiğinde yaygın olarak yapılan ameliyatlardır. Cerrahi prosedürde işlem için farklı anestezi tipleri tercih edilebilmektedir. Spinal anestezi altında opere edilen hastalarda postoperatif başağrısı, idrar retansiyonu ve bel ağrısı şikayetlerinin oranları değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
1 Ocak 2016 ila 1 Ocak 2017 tarihleri arasında kliniğimizde benign anorektal hastalıklar (Hemoroidal hastalık, pilonidal sinüs, anal apse, anal fissür ve fistül, anal polip) nedeniyle spinal anestezi altında opere edilen hastalarda postoperatif başağrısı, idrar retansiyonu ve bel ağrısı şikayetlerinin oranları değerlendirildi.

Bulgular:
Benign anorektal hastalıklar nedeniyle bir yıl süre içerisinde 302 opere edilen hastanın 242'si spinal anestezi (%80.1), 56'sı lokal anestezi (%18.5), 4'ü genel anestezi (%1,3) altında opere edildi. Spinal anestezi uygulananlarun 152'si(%62,8) pilonidal sinüs, 29'u(%12) hemoroid, 41'i (%16,9) anal fistül, 5'i (%2,1) anal fissür, 2'si (%0,8) anal polip ve 13'ü (%5,4) anal apseydi. Spinal anestezi uygulanan hastaların 6'sında (%2,5) başağrısı izlenirken 3'ü(%50) tekrar yatış gerektirdi. Tüm hastalar konservatif (Sıvı replasmanı, kafein, steroid yapıda olmayan anestezikler) olarak tedavi edildi. 6 hastada (%2,5) idrar retansiyonu izlendi ve geçici idrar kateterizasyonu ile tedavi edildi. Kalıcı idrar retansiyonu izlenmedi. Hiçbir hastada bel ağrısı şikayeti izlenmedi (%0).

Sonuç:
Benign anorektal hastalıkların cerrahisinde spinal anestezi düşük komplikasyon oranları ile uygulanabilen bir anestezi tekniğidir.

SB-069
Lateral İnternal Sfinkterotomi de Sfinkterotomi Seviyesi Ayarlanabilir mi? Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma

Kevser Tavukçu[1], Hüseyin Göbüt[3], Alp Yıldız[3], Sezai Leventoğlu[2], Bülent Menteş[4], Bülent Aytaç[2]
[1]Sivas Kangal Devlet Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği, Sivas
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[3]Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
[4]Ankara Memorial Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç:
Bu çalışma basınç kontrollü lateral internal sfinkterotomi ile fissür apeksine kadar yapılan klasik sfinkterotominin sonuçlarının prospektif randomize olarak karşılaştırıması üzerine tasarlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem:
Fissür apeks grubunda sfinkterotomi fissür apeksine kadar, basınç kontrollü grubunda ardı ardına küçük sfinkterotomiler maksimum istirahat basıncı normal değer aralığına (40-60 mmHg) düşünceye kadar yapıldı. Ardışık kronik anal fissür şikayeti olan ve cerrahi kararı verilen 63 hasta çalışmaya alındı. Hastaların operasyon tipine karar vermek için randomizasyon zarf çekme usulü ile yapıldı. Fissür Apeks Grubu (FAG), Basınç Kontrollü Grup (BKG) olarak adlandırıldı. Hastalar postoperatif 7., 28. gün, 2. ve 6.ayda önceden hazırlanmış standart formlarda değerlendirildi. Preoperatif ve intaoperatif maksimum istirahat basıncı (MIB), maksimum sıkma basıncı (MSB) (mmHg), postoperatif ağrının geçtiği zaman (gün), objektif iyileşme (postoperatif 28.gün, 2. ay), postoperatif MIB –MSB (mmHg) (7., 28.gün, 2. ve 6.ay) ve 6.aydaki iyileşme oranları değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi, tekrar ölçümlerde varyans analizi, grupların tedavi öncesi ve sonrası değerlerini karşılaştırmada eşleştirilmiş student's t testi, nitel verilerin karşılaştırılmalarında Pearson's kikare testi, fisher's exact test, Mann WhitneyU testi kullanıldı. Sonuçlar mean +/ standart deviasyon (SD) olarak verildi. $p< 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular:
Hastaların tamamı altı ayını doldurdu. Gruplar arası yaş, cinsiyet, VKI, semptom süreleri, arasında fark saptanmadı ($p< 0.05$). Ortalama postoperatif anal kanal MIB değeri FAG 'da daha yüksek saptandı (sırasıyla... +/-... ve 60.9+ 13.7, $p=0.11$). Özellikle postoperatif 2. ve 6. aylarda BKG lehine olmak üzere MIB değerleri arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0.006$, $p=0.003$). Eksternal sfinkter fonksiyonunu gösteren preoperatif ve postoperatif MSB değerleri karşılaştırıldığında MSB de anlamlı düşüş saptanmadı. İki grup arasındaki postoperatif MSB değerlerindeki düşüklük 6. aya kadar devam eden izlem süresince BKG lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.048$). Her iki grup arasında postoperatif 1. hafta, 28.gün, 2. ve 6.ayda anal inkontinans skorunda BKG lehine yani inkontinens yaratmadığı saptandı (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.0001$, $p=0.024$, $p=0.043$). Postoperatif ağrının BKG'de 3.4+2.2 gün olarak FAG' dan daha kısa sürede geçtiği ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı

izlendi (5.7+5.4 gün, p=0.181). Objektif iyileşme 28. günde BKG de %96.9 olarak saptanırken postoperatif 2. ayda bu oran %100'e çıkmıştır. FAG'da ise postoperatif 28. günde %93.6 olarak görülen objektif iyileşmede 2. ayda da değişiklik saptanmamıştır. Postoperatif 6. ayda BKG da bir hastada nüks saptanırken (%3.1), FAG da 2 hastada iyileşmeme, 4 hastada nüks izlendi ve FAG'da tedavi başarısızlığı %19.3 olarak saptandı.

Sonuç:
Kronik anal fissürün tedavisinde altın standart yöntem olan lateral internal sfinkterotomide sfinkterotomi seviyesine bağlı anal inkontinens ve de nükslerin engellenmesinde basınç kontrollü sfinkterotomi güvenle uygulanabilir bir yöntemdir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen basınç kontrollü sfinkterotomi sonrası hastaların postoperatif anal ağrı semptomu hızla azalmaktadır.

SB-070
Yaşlılık Robotik Rektal Kanser Cerrahisinin Sonuçlarını Nasıl Etkiler?

İlknur Erenler, Erman Aytaç, Onur Bayraktar, İsmail Ahmet Bilgin, Afag Agayeva, Bilgi Baca, Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoğlu
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Günümüzde rektum kanserinde robotik cerrahinin ameliyat ve onkolojik verileri araştırılmaktadır. Yaşlılarda robotik cerrahinin riskleri ve faydaları iyi bilinmemektedir. Bu çalışma ile rektum kanseri nedeni ile opere edilen yaşlı ve yaşlı olmayan hastaların perioperatif ve kısa dönem sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:
Aralık 2014 ve Eylül 2016 arasında rektum kanseri nedeni ile Da Vinci Xi® Robotik sistem ile radikal rezeksiyon yapılan hastalar değerlendirildi. Dünya Sağlık Örgütünün tanımına gore 65 yaş ve üzeri hastalar yaşlı olarak kabul edildi. Uzak organ metastazı olan, kanser geçmişi ya da eş zamanlı başka bir kanseri olan, cerrahi veya medikal kanser tedavisi uygulanmış olan,aynı seansta başka cerrahi işlem yapılanlar, Si platformu ile robotik cerrahi yapılanlar ve çocuklar değerlendirme dışında tutuldu. Yaşlı ve yaşlı olmayan hastaların demografik ve perioperative verileri, kısa dönem sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışma kriterlerini karşılayan 97 hasta mevcuttu. Cinsiyet [Kadın: 30 (47%), erkek 10(30 %), p= 0.613], ASA skoru 2 vs 2, p= 0.176], VKİ (28±4 vs. 27±4, p=0.461), neoadjuvan kemo-radyasyon 23 (36%) vs. 14(42%), p=0.533] ve geçirilmiş karın cerrahisi [17 (27%) vs. 8 (24 %), p=0.805] sırasıyla obez ve obez olmayanlar arasında karşılaştırıldı. İntraoperatif komplikasyonlar; üretra (n=2), aorta (n=1), mesane (n=1) ve sol renal arter (n=1) yaralanması idi. Açık cerrahiye geçiş [2 (3%), 1(3%), p= 0.734], ameliyat süresi (310±112 vs. 314±130 dk, p=0.870) yaklaşık kanama miktarı (104±100 vs. 140±120 ml, p=0.176), flatus zamanı (2±1 vs. 2±1, 0.331), ve hastanede kalış süresi (6±2 vs. 8±5, p=0.279) gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Her iki grupta da inkomplet total mezorektal eksizyon yoktu. Tek tek bakıldığında komplikasyon oranları benzer iken tüm komplikasyon oranı yaşlılarda daha yüksek idi.

Sonuç:
Yaşlılarda da rektum kanseri için robotik radikal cerrahi etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Yaşlılarda robotik cerrahi kararı artmış postoperative morbidite gözönünde tutularak alınmalıdır.

SB-071
Crohn Hastasında Gelişen Kolo-Enterik Fistül

Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Emre Ballı, Ogün Erşen, Sezgin Yılmaz
Afyon Kocatepe Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon

Amaç:
İnflamatuar bağırsak hastalığı olan crohn,oldukça komplike bir hastalıktır. En sık komplikasyonu gastrointestinal fistüllerdir. Farklı çalışmalarda %20-40 gastrointestinal fistül gelişimi bildirilmiştir. Bu fistülleri %15-25 oranında spontal internal fistüller oluşturmaktadır. Bu olguda crohn hastasında gelişen kolo-enterik fistül›ün cerrahi tedavisi irdelenmiştir.

Olgu:
59 yaşında erkek hasta genel cerrahi polikliniğine ara ara olan karın ağırısı, şişkinlik ve ishal şikayetiyle başvurdu. hastanın laboratuar değerleri ve ayakta direk batın grafisi normal olarak saptanıyor. hastaya çekilen batın tomografisinde;›› intestinal anslarda genişleme ve sigmoid kolon, çekum ve terminal ileum birbirine yapışmış,fistülüze olmuş.›› şeklinde yorumlandı. Hastaya yapılan kolonoskopide sigmoid kolon seviyesinde fistül ağzı görülüyor. Fistül ağzından safralı içerik gelmesi üzerine kolo-enterik füstül düşünülerek hastaya cerrahi kararı verildi. Anestezi hazırlığı ve bağırsak temizliği sonrası yapılan cerrahide,batın içinde mayi saptanmadı. Sağ alt kadranda sigmoid kolon,çekum ve terminal ileum un birbirine multiple fistülize olduğu görüldü
Hastaya ileo-çekal rezeksiyon, ileo-kolik anastomoz ve sigmoid kolon primer onarım yapıldı. Hastaya postop3. gün rejim başlanyor. 5. gün ise drenleri çekilerek taburcu edildi

Sonuç:
inflamatuar bağırsak hastalıklarının komplikasyonu olarak ortaya çıkan spontal internal gastrointestinal fistüllerin tanısı ve tedavisi oldukça zordur. Komplike olan hastaların önemli bir çoğunluğunun(%80-90) tedavisi cerrahidir. Cerrahi karar vermeden önce fistülün anatomik özelliğini saptamak amacıyla endoskopik ve görüntüleme yöntemlerini etkin bir şekilde kullanmak gerekir.

SB-072
İnsidental Apendiks Neoplazileri

İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Mustafa Fevzi Celayir, Uygar Demir, Hakan Köksal, Mehmet Mihmanlı
S.B.Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş:
Akut apandisit, apendiksin en sık görülen hastalığıdır. Fizik muayene ve klinik bulguları destekleyen lökosit artışı, ultrasonografi ve bazen tomografi yardımı ile tanı konulur. Apendiks neoplazileri nadiren görülür ve benign veya malign olabilirler.

Amaç:
Akut apandisit şüphesi ile ameliyat edilen hastalarda karşılaşılan insidental apendiks neoplazilerinin irdelenmesi amaçlandı.

Materyal-Metod:
Ocak 2007- Ocak 2017 tarihleri arasında S.B.Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde, akut apandisit tanısı ile apendektomi yapılmış 4938 hastada, insidental apendiks neoplazisi saptanan 36 hastanın bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:
36 hastanın yaş ortalaması 44,2 (16-78) idi. Hastaların 24 (%66,6)'ü erkek, 12 (%33,3)'ü kadın idi. Çalışamaya alınan tüm hastalar apendektomi uygulanmış olan hastalardı. Patoloji raporları incelendiğinde 17 (%47,2) hastada karsinoid tümör, 11 (%30) hastada apendiks mukoseli (müsinöz kistadenom ve müsinöz kistadekarsinom), 4 (%11,1) hastada adenokarsinom, 3 (%0,8) hastada nöroendokrin tümör, 1 (%0,2) hastada taşlı yüzük hücreli karsinom saptandı. 7(%19,4) hastaya apendektomi sonrası genişletilmiş bir ameliyata gerek duyulduğu belirlendi. Ortalama yatış süresi 5,8 (1-23)gün idi. Perioperatif mortalite gözlenmedi.

Sonuç:
Apendiks neoplazmlarına akut apandisit nedeniyle opere edilen hastaların çok az bir kısmında rastlanılmaktadır. Ameliyat öncesi ve ameliyat esnasındaki bulgular iyi değerlendirilmelidir. Postoperatif patoloji sonuçlarına göre gerebilecek genişletilmiş ameliyatlar planlanmalıdır.

SB-073
Crohn Hastalığı'nın Nadir Görülen Komplikasyonu, Duedonokolik Fistül

Gül Bora, Bilgehan Çağdaş Sonbahar, Nejdet Özalp
Medical Park Ankara Hastanesi - Ankara

Amaç:
Crohn hastalığı(CH) gastrointestinal kanalın herhangi bir yerinde görülebilen kronik inflamatuar bir hastalıktır. İnflamasyon striktür, hemoraji, apse, fistül ve perforasyona yol açabilir. Pek çok hastada hayatları boyunca çeşitli sebeplerle cerrahi bir girişime ihtiyaç duyulabilir. Fistül oluşumu CH›da sık görülmesine rağmen duodenokolik fistüller çok nadirdir.Kilo kaybı, karın ağrısı ve ishal bu hastalarda görülen nonspesifik semptomlar iken fekaloid kusma ve kötü kokulu geğirme karakteristik semptomlardır. Biz burada geçirilmiş cerrahi operasyona sekonder ortaya çıkan duodenokolik fistüllü bir crohn hastasını ve tedavisini sunmayı amaçladık.

Olgu:
31 yaşında erkek hasta kliniğimize Ekim 2016 da ishal, kilo kaybı, karın ağrısı, fekaloid kusma ve kötü kokulu geğirme şikayeti ile başvurdu. 14 yıldır CH tanısıyla takip edilen hasta aktif olarak sigara içiyordu. Hastanın özgeçmişinde 1995 de kist hidatik nedeniyle bir operasyon ve 2012 de ileoçekal valvde striktür nedeniyle sağ hemikolektomi operasyonu vardı. 2014 yılında ortaya çıkan şikayetler nedeniyle yapılan tetkiklerde gastrokolik fistül tanısı almış ve medikal tedavi (salazoprin ve azotiopürin) ile takip edilmiş. 2015 yılında adalumimab tedavisine geçilmiş ancak ortaya çıkan nöropati nedeniyle tedavi kesilmiş. Başvuru anında hastanın kilosu 60kg olarak ölçüldü fakat son altı ayda 50kg kaybettiği bilgisi kaydedildi. Vital bulgularında patoloji yoktu. Fizik muaynede önceki operasyona ait orta hat kesi izi vardı. Palpasyonda rebound, defans, hassasiyet yoktu. Laboratuvar testlerinde serum C-reaktif protein düzeyi yükselmiş (0.86 mg/dl; normal değerler 0-0.3 mg/dl) ve serum hemoglobin düzeyi azalmış (12.4 g/dl; normal değerler 13.7-17.5 g/dl) olarak saptnadı. Diğer laboratuar parametreleri normaldi. Hastaya ilk olarak tanı amacıyla BT(Bilgisayarlı tomografi), MRG(Manyetik rezonans görüntüleme) ve baryumlu grafi yapıldı. Radyolojik görüntüleme ile fistül varlığı saptandı ancak lokalizasyonun tam olarak nerede olduğu saptanamadı. MRG ve BT de dilate barsak ansları dışında patoloji saptanmadı. Bu sebeple hastaya üst gis (gastrointestinal sistem) endoskopik incelemesi yaptık. Üst gis endoskopisinde duodenum 3.kıta ile ileotransversal anastomoz arasında yaklaşık 3 cm çapında fistüle ait orifis izlendi. Hasta Kasım 2016 da opere edildi. Yapılan intraoperatif eksplorasyonda duodenum 3.kıta ile ileotransversal anastomoz arasında fistül traktı ve anastomozdan 30 cm önceki terminal ileumda striktür olduğu görüldü. Stirktür içeren ileal segment ve anastomozu içine alan fistül bölgesi lineer stapler ile rezeke edildi. Fistülün duodenal komponentide ezmez pens ile wedge şeklinde rezeke edildikten sonra 3cmlik defect 60 mm orta-kalın doku üç sıra zımba atan stapler ile kapatıldı. Terminal ileum ile transvers kolon arasında yeniden anastomoz yapıldı. Dekompresyon için duodenum içine nazogastrik tüp yerleştirildi. Anastomoz ile duodenum arasına omentum getirildi. Loja 1 adet dren yerleştirildi. 2 gün sonra nazogastrik sonda çekildi. 3. Gün oral başlandı. 8. Gün hasta komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Patoloji spesmeninde ileotransversal anastomoz hattında rekürren CH olduğu görüldü. Hasta şu anda 4. Ayında ve sağlıklı. Ameliyattan sonra 15 kg aldı.

Sonuç:
Enteroduodenal fistüllerin pek çoğu ileokolik anastomoz sonrası yeni ileal anstaki rekürren hastalıktan köken alır. CH›da fistüller internal ya da eksternal olabilir. İnternal fistüller barsak ve çeşitli organlar arasında oluşurken, eksternal fistüller ciltte sonlanır. İnternal fistül nonspesifik semptomlara yol açtığı için

ortada apse, perforasyon gibi bir komplikasyon yoksa tanısını koymak zordur. BT, MRG, baryumlu grafi tanıda yardımcı olabilir ancak endoskopik değerlendirme de çok önemlidir. Bizim hastamızda da tanı amacıyla BT, MRG ve baryumlu grafi yapıldı ancak lokalizasyonun tam olarak saptayamadık. Gastroskopi fistülün lokalizasyonunu göstermede çok daha fazla yardımcı oldu.
Fistüllerin tedavisinde medikal veya cerrahi tedavi uygulanabilir. Geçtiğimiz dekadlarda fistül tedavisinde immünsupresif ajanlar ve anti TNF-α kullanılmıştır. Medikal tedavi daha çok eksternal fistüllerde başarılıdır. Cerrahi tedavi semptomatik internal fistülü olan hastalarda tercih edilir. Bizim hastamızda ishal, fekal içerikli kusma, kötü kokulu geğirme ve ciddi kilo kaybı gibi semtomlar olduğu ve daha önceden medikal tedaviye cevap vermediği için cerrahi rezeksiyona karar verildi. Fistül cerrahisinde debridman, primer kapatma, duodenojejenostomi veya rezeksiyon-primer kapatma gibi yöntemler kullanılmaktadır. Defektin primer kapatılmasının kaçak gibi komplikasyon oranları yüksektir. Bizim vakamızda duodenum wedge rezeksiyonu ve ileotransversal anastomoz rezeksiyonu yapıldı. Duodenal defekt primer kapatıldı. İleotransversal anastomoz yeniden oluşturuldu. Herhangibir komplikasyon olmadan hasta tabucu edildi. Duodenal fistüllerde en önemli şey fistülün oluşumunu önlemektir. Bu fistüller sıklıkla sekonder olarak ve duodenum 3.kıtada ortaya çıkar. Fistülden aktif kolonik CH ve yapışıklıklar sorumlu tutulmaktadır. Bu sebeple ileotransversal anastomoz duodenumdan mümkün olduğu kadar uzak olmalı ve araya omentum getirilmelidir. Duodenal fistülle ilişkili şiddetli semptomları olan hastalarda cerrahi rezeksiyon güvenle yapılabilir. İntraoperatif duodenum duvar kalınlığı artmış olsa bile doku kalınlığına uygun stepler defekti kapatmakta güvenle kullanılabilir.

SB-074
Crohn Hastalığı ile Birlikte Görülen İnce Barsak Adenokarsinomu

Emine Özlem Gür, Yusuf Kumkumoğlu, Turan Acar, Salih Can Çelik, Serkan Karaisli, Osman Nuri Dilek
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
İnce barsak adenokarsinomu (İBA) nadir görülen bir tümördür ve ince barsak Crohn hastalığının (CH) da nadir bir komplikasyonu olarak görülebilir.. Kolonik CH olan hastalar kolorektal kanser riski taşırlar. İnce barsak adenokarsnom tanısı zordur ve prognozu kötüdür. Bu yazıda CH İBA gelişen bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
47 yaşında erkek hasta ateş, karın ağrısı ve distansiyon nedeniyle polikliniğe başvurdu. Hasta 12 yıldır CH nedeniyle tedavi altındaydı. Daha önce karına ait bir operasyonu yoktu. Hastanın tetkiklerinde intraabdominal apse saptandı. Operasyon öncesinde perkutan apse drenajı uygulandı. İleal darlığı da olan hasta operayona alındı. Operayonda ileumda darlık olan gato oluşturan kısmına ileal rezeksiyon velineer stapler ile yanyana anastomoz uygulandı. Patoloji sonucu ileumda cerrahi sınırları salim iyi diferensiye adenokarsinom olarak rapor edildi. Postoperatif morbidite ve mortalite gelişmeyen hastaya postoperatif kemoterapi başlandı. Hastanın 1. Yıl takibinde lokal nüks ya da uzak metastaz saptanmadı.

Sonuç:
İBA tanı konulması zor olan ve nadir görülen bir hastalıktır. Uzun süredir tıbbi tedavi altında olan CH'nın bir komplikasyonu olarak görülebilir ve akut enflamutuvar darlık veya benign fibrotik darlıktan ayrımlanamayabilir. İBA'larının CH tedavisi ve takibi sırasında klasik tanı yöntemleriyle saptanması güç olduğundan uzun süredir tıbbi tedavi altındaki CH hastalarında akla getirilmelidir.

SB-075
Loop İleostomi Kapatılması Öncesinde Pasaj Grafisi Yerine İleostomiden İrrigasyon Yapmak Yeterli midir?

Wafi Attaallah, Mümin Coşkun, Şakir Karpuz, Abdulla Taghiyev, Cumhur Yeğen
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Saptırcı ileostomiyi kapatmadan önce klasik yöntem olarak pasaj grafisi çekilerek pasajin açık olup olmadığı kontrol edilmektedir. Pasaj grafisi işlemi uzun süren, radyasyon maruziyeti ve teknik donanım gerektiren bir işlemdir. Bu çalışmada tek merkezde yapılan pasaj grafisi çekilmeden ileostomiden irrigasyon yönteminin etkinliği araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Bu çalışma retrospektif olarak planlanmıştır. Hastanemizde kullandığımız yöntem; hasta ameliyattan bir gün önce hastaneye yatırılıyor, hastaya rektal muayene yapılıyor ve muayenesinde anastamoz darlığı veya nüks bulgusu ekarte edildikten sonra hastalara 2 adet fleet enema uygulanıyor. Hasta sırt üstü yatırılarak loop ileostomi götürücü ansından foley kateter gönderiliyor. Kateterden 1-2 litre serum fizyolojik gönderiliyor. İrrigasyon sırasında hastanın klozete oturması isteniyor. Makattan serumun rahat gelmesi halinde hastanın pasajı normal olarak değerlendiriliyor. Bu yöntemin uygulandığı üniversite hastanemizde Ocak 2011 ile Eylül 2015 arasında ileostomisi kapatılan hastaların hastane kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile birlikte cerrahi sonrası erken postoperatif ileus, anastomoz kaçağı ve reoperasyon açısından incelendi.

Bulgular:
Ocak 2011 ile Eylül 2015 arasında loop ileostomisi kapatılan 43 hastanın hastane kayıtları incelendi. Hastaların ortanca yaşı 58 (24-84) ve 34'ü (%79) erkekti. Yirmi bir hasta (%49) kolorektal kanser nedeni ile opere olmuştu. Diğer hastalar benign hastalıklar nedeni ile opere edilmiş idi. İndeks operayon açısından 6 (%14) hastada laparoskopik cerrahi uygylanmıştır. İleostomi kalma süresi ortanca 6 (2-36) ay olarak bulundu. İleostomiyi kapatmadan önce kontrol kolonoskopi işlemi 12 (%28) hastada yapılmış olduğu izlenmiştir ve bu hastalarda ileostomi kalma süresi 10 (2-36) ay bulunurken kontrol kolonoskopi yapılmayanların ortanca süresi 5 (2-34) ay olarak bulunmuştur ancak bu fark

statistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.18). İleostomi kapatılmasından önce kolonoskopi ile kontrol edilen grupta indeks operasyon öncesi primer tanı olarak 9 (%75) hastanın kolorektal kanser tanısı almış olduğu saptanırken kontrol kolonoskopi yapılmayanlarda 12 (%39) hastanın kanser tanısı almış olduğu saptanmıştır ve bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0.03). İleostomi kapatıldıktan sonra erken postoperatif ileus toplam 17 (%40) hastada gelişmiştir. Preoperatif kontrol kolonoskopi yapılan grupta ileus tablosu 4 (%33) hastada gelişirken yapılmayan grupta 13 (%42) hastada gelişmiştir ve bu fark statistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.73). Kontrol kolonoskopi yapılan grupta ileostomi kapatıldıktan sonra postoperatif ileus nedeni ile 1(%8) hastada, yapılmayan grupta da 1 (%3) hastada reoperasyon yapılmıştır (p=0.49). Tüm hastalarda ileostomi kapatıldıktan sonra anastomoz kaçağı sadece 1 (%2) hastada izlenmiştir ve o hastada indeks operasyon olarak total kolektomi+ J pouch yapılmış ve ileostomi kaptılmasından önce yapılan preoperatif muayene ile ileoanal anastomoz açık olduğu izlenmişti.

Sonuç:
Bu çalışmada loop ileostomi kapatılması öncesinde pasaj grafisi çekilmeden ileostomiden irrigasyon yapılması ve gerekirse kolonoskopi ile pasajın kontrol edilmesi yeterli görünmektedir.

SB-076
J-Poş Anal Anastomoz Yapılan Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Aydın Yavuz[1], Çağrı Büyükkasap[2], Saygın Altıner[2], Kürşat Dikmen[2], Hasan Bostancı[2], Osman Yüksel[2]
[1]*Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

Amaç:
Proktokolektomi sonrası yapılan ileal poş anal anastomoz, ülseratif kolit (ÜK) ve familyal adenomozis polipozis (FAP) gibi hastalıklarda sıklıkla kullanılan bir tedavi seçeneğidir. Günümüzde en sık uygulanan poş tipi J-poştur. J-poş uygulaması; yeterli bir rezervuar sağlaması, kısa sürede oluşturabilmesi vb. gibi avantajlarından dolayı daha sık tercih edilmektedir.

Gereç-Yöntem:
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2007-Aralık 2016 yılları arasında restoratif proktokolektomi ve J-poş anal anastomoz yaptığımız hastaları inceledik.

Bulgular:
Hastaların 7'si erkek, 12'si kadındı. Ortalama yaş 43.1 idi. Ortalama hastanede kalış süresi 10 gündü. Hastaların 12'si FAP, 7'si ÜK idi. FAP hastalarının 4'ünde rektum veya kolon tümörü, ÜK hastalarının 3'ünde rektum veya kolon tümörü vardı. Tüm hastalara J-poş anal anastomoz ve koruyucu ileostomi uygulandı. ÜK hastalarından rektum kanserli 1 hasta nüks nedeniyle tekrar opere edilerek hastaya abdominoperineal rezeksiyon ve end ileostomi yapıldı. Hastaların 3'ü dehidratasyona bağlı ABY ile tekrar başvurdu. 1 hastada poş fistülü, 1 hastada poşit, 1 hastada da takipleri sırasında anastomoz darlığı tespit edildi. Ani defekasyon ihtiyacı, gün içinde ve gece gaita kaçırma, gün içinde ve gece ped kullanımı sorgulandı. Sadece 2 hastada gaita kaçırma şikayeti olduğu öğrenildi. Ortalama gün içinde 5 dışkılama olduğu, 5 olguda da 1 defa olan gece dışkılaması tespit edildi. Üriner veya cinsel disfonksiyon saptanmadı. 1 hastanın poş anal anastomoz sonrası 2 kez gebe kaldığı ve sezaryen ile doğum yaptığı öğrenildi.

Sonuç:
Restoratif proktokolektomi poş-anal anastomoz düşük morbidite oranları ile yapılabilir. Hastalığın tam olarak tedavisinin yanında fonksiyonel sonuçlarının da en iyi olması gerekmektedir.

SB-077
İleal Poş-Anal Anastomoz Kaybı Gelişen Hastalarda 3-Basamaklı Transabdominal Poş Kurtarma Cerrahisi

Hande Aydınlı[1], Erman Aytac[2], Feza Remzi[1]
[1]*New York Üniversitesi Langone Tıp Merkezi İnflamatuar Bağırsak Hastalıkları Merkezi, ABD*
[2]*Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç:
İleal poş - anal anastomoz (İPAA) cerrahisi komplekstir ve yapılan poşların %3 ile % 15 arasında değişen miktarı biyolojik ya da mekanik nedenlere bağlı olarak başarısız olur. Bu durumda tek sfinkter koruyucu transabdominal ameliyat seçeneği reoperatif İPAA'dur. Çalışmamızda 3 aşamalı transabdominal İPAA kurtarma cerrahisi deneyimimizin sunulması amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
2008 ve 2015 yılları arasında tek cerrah tarafından 3-basamaklı transabdominal ileal poş kurtarma cerrahisi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hasta demografik bilgileri, preoperatif, operatif risk faktörleri ve postoperatif erken (30 gün) ve geç dönem (son takip) sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. 3-basamaklı transabdominal poş kurtarma cerrahisi üç ayrı seansta gerçekleştirilen ameliyatlardan oluşmaktadır; ilk basamakta hastaya saptırıcı ileostomi açılması, ikinci basamakta reoperatif poş cerrahisi ve son basamakta da ileostominin kapatılması.

Bulgular:
Çalışmaya yaşları 36,5 ve vücut kitle indeksleri 22,6 olan 154 hasta dahil edildi. Hastalara 144'u ülseratif kolit, 9'u Crohn hastalığı ve 1'i ailesel adenomatöz polipozis tanılarıyla indeks İPAA cerrahisi yapılmıştır. Reoperatif poş cerrahi endikasyonları sıklık sırasıyla kaçak/fistül (%49), mekanik obstrüksiyon(%25), poş disfonksiyonu(%18) ve pelvik/perianal apse (%8) olarak saptanmıştır. Hastaların yüzde 60'ında yeni bir poş yapılırken, yüzde 40'ında mevcut poş yeni IPAA için kullanılmıştır. Ameliyat sonrası erken dönem 30 gün süresindeki anastamotik kaçak oranı %4,6 iken toplam morbidite oranı %53' tü. Hastanede kalış süresi ortalama 8 gündü. Hastaların %14,9'unda (n:23) uzun dönem takipte (ortalama takip süresi:34,8 ay) reoperatif poşu kaybı gelişti. Bu hastaların 8 tanesinde poş eksizyonu, 8 tanesinde transanal

poş revizyonu, 4 tanesinde minor revizyon yapıldı ve 3 tanesinde uç ileostomi açıldı.

Sonuç:
3-basamaklı transabdominal poş kurtarma cerrahisi sonuçlarının indeks poş cerrahisiyle benzer bulunması sebebiyle poş kaybı gelişen hastarda bağırsak devamlılığını sağlar ve tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir. Reoperatif poş cerrahisi öncesinde saptırıcı ileostomi açılmasının hastaların rehabilitasyonuna çok büyük katkı sağladığını düşünüyoruz.

SB-078
Primer İnce Barsak Lenfomaları

Cengiz Tavusbay, Haldun Kar, Erdinç Kamer, Emine Özlem Gür, Mustafa Atahan Acar, Oğuzhan Özşay, Mehmet Hacıyanlı
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç:
Bu çalışmada primer ince bağırsak lenfoması nedeniyle opere edilen toplam 11 hastaya ait tüm veriler, klinik özellikleri, tedavi ve klinik sonlanımlarına ait verileri literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2006-Aralık 2016 yılları arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi kliniğinde primer ince barsak lenfoması nedeniyle opere edilen toplam 10 hastanın dosyası geriye yönelik incelendi. Hastalara ait klinik özellikler, uygulanan tedaviler ve hastaların sonlanımlarına ait veriler, analiz edildi.

Bulgular:
Hastaların 7' si erkek, 4'ü kadın olup, tanı esnasında ortalama yaş 64.7 (30-90) idi. Akut karın tanısı ile 9 hasta acil şartlarda opere edildi. B hücreli lenfoma en sık görülen tip idi (n=6). Toplam 5 hasta (45.4), erken postoperatif dönemde kaybedildi.

Sonuç:
Primer ince barsak lenfoması nadir görülür. Serimizde yer alan hastaların önemli bir kısmında acil cerrahi tedavi uygulanmış olup, prognozları kötüdür.

SB-079
Cerrahi Dışı Akut Travmatik Perianal Yaralanmalar

Murat Çakır, Mehmet Aykut Yıldırım, Ahmet Tekin, Celalettin Vatansev
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş:
Fekal inkontinans sosyal ve ekonomik etkileri olan ve yaşam kalitesini bozan bir durumdur. Fekal inkontinansın tam bir tanımını yapmak zordur. Ancak barsak içeriğinin uygun zaman ve yerde, anal yoldan çıkışının kontrol edilememesi şeklinde tanımlanabilir. Fekal inkontinansın sıklığı, tanı ve tedavi yöntemleri net olarak belirlenmemiştir. Tanı ve tedavide uygulanan birçok yöntem zaman içinde değişime uğramıştır. Fekal inkotinans tanısı zor ve karmaşıktır. Fekal inkontinansın en önemli nedenleriden biri perianal bölgede oluşan travmadır. Bu travmanın en önemli nedeni doğum travmasıdır. Hastaları değerlendirmek ve yapılacak tedaviye karar vermek zordur. Sfinkter hasar derecesi ve perianal bölgedeki organlarda oluşan yaralanma cerrahi yöntemi belirler. Perianal bölgede oluşan akut yaralanma nedeniyle sfinkter tamiri yapılan olgularımızı incelemek istedik.

Hasta ve Yöntem:
Necmettin Erbakan üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği 2010-2015 yılları arasında başvuran perianal bölge yaralanması olan 15 hastanın verileri retrospektifi olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, yaralanma şekli, yaralanma derecesi, ilk müdahale zamanı, onarım şekli, yara problemleri ve postoperatif komplikasyonları değerlendirildi. Uzun dönem sonuçları incelendi. Çalışmada dışlanma kriteri olarak bir haftadan daha geç gelen olgular ile intraabdominal organ yaralanması olan hastalar çalışma dışı tutuldu.

Bulgular:
Hastaların 5'i erkek ve 10' u kadındı. Kadınların 9'u doğum travması, biri ise cinsel ilişki esnasında yaralanma gelişmişti. Erkek hastaların yaş ortalaması 36 (25-45) yaşında olup hastaların tamamında yüksekten düşme sonrası tip 4 yaralanma mevcuttu. Olguların birinde yaralanma sağ inguinal bölgeye kadar uzanmaktaydı. Kadın hastalarının yaş ortalaması 24 (9- 36) idi. Kadın hastaların 3' ünde tip 4 yaralanama, 2' sinde tip 3a, 2'sinde tip 3b ve 3' ünde tip 3c yaralanma izlendi. Kadın hastaların 6'i ilk doğum ve 5'i 4000gr üzeri bebek doğumu olmuştu. Hastaların 6'sına epizyotomi yapıldı. Üç hastaya epizyotomi yapılmadı. Hastaların 6'sında vakum yardımlı müdahale uygulandı. Erkek hastalar ortalama olaydan 8 saat (3-15saat) sonra cerrahiye alınmıştı. Kadın hastaların onuna ilk 10 (1-18) saat içinde müdahalesi yapıldı. Bir hastaya dış merkezde ilk müdahelesi yapılmış ve yara ayrılması olması üzerine 3. günde merkezimize başvurdu. Hasta tekrar opere edildi. Hastaların tamamına sfinteroplasti yapıldı. Hastaların 10'una levatoroplasti yapıldı. Kadın hastaların tamamına vajinoplasti yapıldı. Kadın hastaların tümünde onarım sonrası rektovajinal septum 2cm den daha kalındı. Tüm onarımlarda 3/0 Polyglactin kullanıldı ve tek tek onarım yapıldı. Tüm hastalara dren yerleştirildi. Kadın hastalara sık değiştirilen vajinal tampon uygulandı. Operasyon esnasında tüm hastalara kolorektal irrigasyon yapıldı. Hiçbir hastaya kolostomi açılmadı. Medikal ileus oluşturuldu. Altı gün parenteral beslenme yapıldı. Hastalara üçüncü kuşak sefelasporin ve flagyl başlandı. Beşinci günde oral alım sağlandı ve 7 ile 10 günde taburcu edildi. Kadın hastaların 3 ay boyunca cinsel ilişkiden uzak durması belirtildi. Sonraki doğumlarında vajinal doğum yapmaması önerildi. Tüm hastalara 1 ay boyunca gaita çıkışını kolaylaştırmak ve kabızlığı engellemek için laksatif başlandı. Bu süre kronik kabızlığı olan hastalarda daha uzun tutuldu. Tüm hastalar 1. ayında kontrol edildi. Hastaların hiçbirinde yara yeri patolojisi gelişmedi. Anal manometrik basınç ölçümü 3. ayında yapıldı. Ortalama istirahat basınçları 45 (30-70) mmHg, sıkma basınçları 66 (50-120) mmHg ve ortalama sıkma süresi 30 (20-56) sn, öksürme refleksi 74 (54-110) mmHg idi.

Dört hastada 6. ayında gaz inkontinansı gelişti. Bu hastalara görüntüleme tetkiklerinde tam bir sfinkter hasarı görülmemesi üzerine 2 ay boyunca biofeed-back uygulandı. İki ayın sonunda şikayetleri geriledi. Hastalar ortalama 3 yıldır takip edilmekte ve inkontinans şikayetleri yok.

Sonuç:
Onarım deneyimli merkezlerde ve koloprogtoloji uzmanı denetiminde sfinkter onarımı yapılmalıdır.
Her doğumdan sonra sfinkter hastarı oluşabileceği akılda tutulmalıdır.
Takiplerde hastanın inkontinans sorunu yaşayabileceği belirtilmelidir.
Cerrahi müdahelenin doku ödemi gelişmeden yapılmasının önemli olduğu kanatindeyiz.

SB-080
Obstetrik Travma Sonrası Geç Dönem Anal Sfinkter Onarımı için Yeni Bir Onarım Tekniği; Sfinktero-Vajino-Perineoplasti

Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dincer Ozgör, Burak Kılcı, Zeki Ögüt
İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç:
Anal inkontinesin kadınlarda en sık nedeni operatif vajinal doğum nedeni ile gelişen yaralanmadır. Genel olarak obstetrik anal sfinkter yaralanması bütün vajinal doğumların %1'inde görülmektedir. Primar kadınların doğum eyleminin % 2.5' da, multipar %0,8' de III. ve IV. derece sfinkter hasarı gelişir. Bu hastaların % 40'da hayat kalitesini ciddi şekilde bozan anal inkontinens gelişir. Sfinkteroplasti (yan yana, overlapping), perineorafi, yapay anal sfinkter, pelvik taban tamiri, kas transpoziyonları ve grasiloplasti gibi anal inkontinansın cerrahi girişimlerinin uzun dönem soncuları ne yazık ki tatminkar değildir. Bu cerrahi tekniklerin hepsi izole anal sfinkterin onarımı odaklı olup, anal sfinkterle birlikte kontinense katkısı olan Transvers superfasicalis perinea, Perineal body, Bulbosupongios kas gruplarına ait hasarın teknik olarak göz ardı edildiği kanaatindeyiz. Bu neden ile obstetrik anal travmaya ait geç dönemde anal sfinkter onarımına odaklı konvensiyonel tekniklerin başarı oranları düşüktür. Bu çalışmada obstetrik tarvma sonarsı gelişen sfinkter hasarı sonrası, vajinal, perineal, anal sfinkter kaslarının kombine onarımı yapılan olgularımızın sonuçları ile birlikte ilk defa yapılan bu ameliyatın tekniğinin detaylarını paylaştık.

Gereç-Yöntem:
Şubat 2015- Aralık 2016 yılları arasında, vajinal doğum sonrası anal inkontinans tanısı ile sekonder onarım yapılan olgular çalışmaya dâhil edildi. Hastaların ameliyat öncesi endoanal ultrasonografi (EUS) ile sfinkter defektinin derecesi ölçüldü. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası Wexner inkontinans skoru (WİS), postoperatif komplikasyonlar ve takip süreleri kaydedildi. Tüm hastaların ameliyat öncesi menstüreal siklus tarihleri dikkate alındı ve ameliyat sonarsı progesteron preparatları ile adetleri geciktirildi. Anal kanal ve vajen mukozasına ait doku kaybı (Cloaca benzeri deformite) olan hastaya koruyucu ileostomi açılıp, 2 ay sonra onarım yapıldı. Ameliyat tekniği (sifniktero-vajino-pernioplasti); Bütün hastaların spinal anestezi altında litotomi pozisyonunda ameliyat edildiği. Anal sfinkter iz düşümüne gelecek şekilde semisirküler ilk insizyon yapıldı. Daha sonra labia minusun alt commissure üzerinde yanlarda yukarı doğru ve bulbuspingios kas izdüşümü boyunca ikinci insizyon ''U'' şeklinde yapıldı (Resim 1). Vajen mukozası 5-6 cm derinliğe yanlarda bulbospongioz ve puborektal kaslar ve altta perineal body görülene kadar diseksiyon yapıldı. Anorektal mukoza sfinkter kaslarından diseke edilerek ortalama 5 cm derinliğe kadar serbestleştirildi. Anal sfinkterler en az 4 cm derinlik elde edilecek şekilde serbestlenip, retrakte uçlar 3 /0 PDS ile overlap dikildi.. Daha sonra her iki bulbospongioz kas serbest uçları 2-3/0 PDS ile uç-uca eksternal sifinter üstünde perineal bady oluşturacak ve anüsü santralize edilecek şekilde dikildi. Cilt altı penrose diren konup, anoderm, vajen, perineal cilt absorbabl sütür ile kapatıldı. Vajen ve anüs arasında cilt defekti olan hastalarda V-Y ilerletme flebi yapıldı. Postoperatif 3 ay süreyle hastalara cinsel ilişki yasaklandı.

Bulgular:
Sekonder onarım yapılan 6 olgunun median yaşı 37.5 (23 - 42) yıl ve median doğum sayısı 3 (2 -6) idi. Median vücut kitle indeksi 27.3 (24-30,4) idi. Tüm hastaların vajinal doğum hikayesi olup, şikayetlerinin ilk vajinal zor doğumdan sonra başladığı, diğer doğumları takiben arttığı öğrenilmiştir. Hastalarda median inkontinans hikayesi 36 (6-120) aydı. Hastaların hepsinde vajinal doğum sonra şikayetlerin geliştiği, median vajinal doğum sayısı 3 (1-6) idi. EUS 'de 5 hastada tam eksternal anal sfinkter (EAS), kısmi yada tam internal anal sfinkter (İAS) kas hasarı, 1 hastada ise sadece EAS hasarı gözlendi. Defekt boyutu hiçbir hastada 130 derce geçmemişti. Cloaca benzeri pernie-vajinal defekti olan olan 1 hastaya, koruyucu ileostomi açıldı. Hastaların 1›ünde gaz-sıvı, 5›inde ise gaz-sıvı-katı gaita inkontinansı vardı. Postopertif 3. ayda erken dönemde katı gaita inkontinansı olan hastaların % 100›de düzelme sağlandı. Hastaların ameliyat öncesi median WİS'u 15 (13 -17), ameliyat sonrası 3.ayda median WİS' u 2 (1-3) olup bu düzelme istatiksel olarak anlamalı (P=0.027) idi (Wilcoxan Signed Ranks Test). Beş hastada (%83.3) yara ayrışması, apse, hematom gelişti, bu hastaların ikisinde v-y ilerletme flebi, 1 hastada ise de cilt serbest flebi uygulandı (Resim). Median takip süresi 10 ay (3-23) idi.

Sonuç:
Obstetrik travmalar sonrası gelişen anal sifinkter hasarının sekonder onarımlarının başarı oranı düşük olup, buna gerekçe olarak sfinkterlerin aşırı diseksiyonu ve sinir hasarı öne sürülmüştür. Literatürde anal sifinkter yaralanmasının sekonder onarımında anal sfinkter kaslarının overlap ya da yan yana onarımına odaklı cerrahi teknikler mevcuttur. Oysaki anal sfinkterlerin yanı sıra obstetrik travmada hasara uğrayan ve kontinense önemli katkıları olan bulbospongios kas, perineal body, transvers superfasicalis perinea kaslarının da kombine rekonstriksiyonu gereklidir. Bu kombine onarım tekniğinin erken dönem sonuçlarının yanı sıra gece dönem sonuçlarının da iyi olacağı kanaatindeyiz.

SB-081
Obstrüktif Defakasyon Sendromlu Hastalarda ve Normal Bireylerde Anal Sfinkter Morfometrik Ölçümlerin Karşılaştırılması

Mustafa Ateş[1], Abuzer Dirican[1], Dincer Ozgör[1], Hüseyin Kocaaslan[1], Mahmut Çay[2], Evren Kose[2]
[1]İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya
[2]İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Anatomi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç:
Konsitpasyonun bir alt grubu olan obstrüktif defekasyon sendromunun (ODS) sebepleri olarak anal sfinkter ve pelvik kaslar arasında koordinasyon bozukluğu yada aşırı kontraksiyon gösterilmiş olsa da patofizyoloji hala tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, defekasyon sıkıntısı olmayan normal bireyler ile ODS'li hastaların anal sfinkter kaslarının kalınlıklarının endoanal ultrasonografi (EUS) ile ölçülerek karşılaştırılması amaçlandı

Gereç-Yöntem:
Turgut Özal Tıp Merkezi, Proktoloji Ünitesine, Ocak 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında başvuran defekasyonu bozukluğu olmayan normal bireyler (Grup A) ile ODS'lu hastalar (Grup B) çalışmaya dahil edildi. ODS tanısı, defekografi, kolonik transit time ve anal monometri ile kondu. Bu hastalar hale hazırda kliniğimizde biofeedback tedavisi alan hastalardı. Anal sfinkter kalınlıklarını ölçmek için üç boyutlu endoanal ultrasonografi kullanıldı. İAS ve EAS kalınlıkları EUS'in 3D ve 2D modun da ölçülerek kaydedildi.

Bulgular:
Grup A'da yaş ortalaması 29,77±9,56 yıl olan 11 kadın vardı. Grup B'de yaş ortalaması 29,63 ± 9,42 yıl olan 11 kadın vardı. Grup A'ya ait İAS kalınlık ortalaması 2,42±0,58 mm (1,44-3,42 mm), EAS kalınlık ortalaması ise 3,77±0,61 mm (3,09 -4,96 mm) idi.. Grup B'ye ait İAS kalınlık ortalaması 3,14±1,22 mm (2,24-5,9 mm), EAS kalınlık ortalaması ise 5,16±1,56 mm (3,33-9,37 mm) idi. İki grubun sfinkter kalınlıkları Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırıldı. Gruplar arası İAS kalınlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$), ancak ODS'lu hasatların EAS kalınlıkları normal bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha kalın bulundu ($p<0.05$).

Sonuç:
ODS hastalarda pelvik taban kasları ve anal sfinikterlerin özellikle İAS'in otonomik aktivitensin dominanat olduğu bozukluk nedeni ile semptomların meydana geldiği düşünülmektedir. Bu çalışmada ise ODS nedeni ile defekasyon zorluğu çeken bireylerin sağlıklı kişilere göre daha kalın EAS'a sahip olduğunu, ancak İAS kalınlıkları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığını belirlendi. ODS gelişmiş hastalarda EAS kalınlığındaki artış defakasyon bozukluğunun gelişimine katkı sağlayabilir. Ancak neden-sonuç ilişkisi için çalışmalara gereksinim vardır.

SB-082
Rektosele Bağlı Kabızlık Hastasına Cerrahi Önerelim mi ?

Semra Doğan[1], Salih Erpulat Öziş[1], Hatim Yahya Uslu[1], Mustafa Tahir Özer[2], Hüseyin Sinan[2], Salih Müjdat Balkan[1], Sezai Demirbaş[1]
[1]TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara
[2]Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş:
Kabızlık tanısı olan kadın hastaların %18-23 ünde neden rektoseldir. Bu durum doğum sayısı ve yaş ilerledikçe artmaktadır.

Amaç:
Rektosel nedeniyle ameliyat edilen hastaların şikayet nedenlerini ve yaşam kalitelerinde meyadana gelen değişiklikleri uzun süren takip sonunda bildirmektir.

Planlama:
Hastalar; Bu geriye dönük olarak planlanmış çalışmada veriler hasta dosyalarından elde edildi. Yaşam kalitesi değerlendirme anketi için hastalara telefonla ulaşıldı.

Çalışma metodu:
2007 - 2016 arasında kabızlık nedeni ile başvuran ve rektosel tanısı konulan 56 kadın hasta çalışmaya alındı. Hastalar uzun süre farklı polikliniklerde tedavi almış ve laksatif/pürgatif kullanmış kişilerdi. Rektosel tanısı konulması için her hastaya dijital rektal muayene (DRM) ve defekografi yapıldı. Gerekli görülen hastalara kolon transit zamanı (KTZ) ve rektosigmoidoskopi yapıldı. Her hasta Rome-2 kriterleri ile değerlendirildi ve kabızlık skorlaması ile derecelendirildi. Defekografide 4 cm ve daha ileri protrüzyon görülen hastalara cerrahi tedavi önerildi kabul edenlere yapıldı. Hastalar belirli aralıklar ile takip edildi. Ameliyat edilen 56 hastadan 31'ine (%55,4) telefon ile ulaşıldı. Ulaşılan hastalara yaşam kalitesini araştırmak için 5 seçenekli bir derecelendirme anketi uygulandı. Çalışmaya alınan hastalar iki grupta toplandı. Değerlendirmeler hastaların dosya bilgilerinin ameliyat öncesi ve sonrası seçilen parametrelerin ve yaşam kalitesini araştıran derecelendirme anketi değerlendirmesi üzerinden yapıldı.

Sonuçlar:
Hastaların hepsi ortalama yaşı 47,2 yıl olan kadınlardı. Yaklaşık 10,5 yıldır kabızlık yakınması olan hastaların ortalama defekasyon sayısı 2,4/hafta idi. Ameliyat öncesi KTZ hastaların %75 inde normalden (63-93 s) daha uzundu. Hastalar arasında aile hikayesi, çocuklukta kabızlık ve kabızlığın sosyal yaşamı üzerine etkileri arasında tedavi öncesi ve sonrası fark tespit edilmedi. Çalışmada hastaların değerlendirilmesi 3 farklı parametreler grubu ile yapıldı. Rome-2 kriterleri, hastanın beslenme biçimi ve yaşam kalitesindeki değişiklik değerlendirildi. İlk grup bulgular içerisinde; tuvalete çıkma sayısı, yapılan gaita miktarı, şiddetli ıkınma ihtiyacı, dışkıda kan görülmesi ve makat ağzının kapanma hissi yakınmalarında düzelme istatistiki olarak anlamlıydı. Ikınma süresi, tam boşalamama hissi, dışkılama biçiminde değişme ve dışkılama için parmakla yardım etme paramaetreleri için istatistiki fark tespit edilmedi. Hastaların

kabızlık skorunda iyileşme yönünde istatistiki fark tespit edildi (p<0.001). Hastanın beslenmesinde posalı yiyeceklerin artışında anlamlı (p=0,01) fark tespit edilirken su tüketiminde bir fark bulunmadı. Laksatif kullanımı, karın ağrısı ve şiddetinde de anlamlı bir fark tespit edilmedi. Tedavi öncesi ve sonrası ulaşılan hastaların yaşam kalite anketi sonuçlarında ise anlamlı fark görülmedi (p=0,713).

Çalışmanın eksiklikleri:
Bazı eksiklikler vardır. Geriye dönük ve örneklem hacmi küçük bir çalışmadır. Aynı zamanda yalnız rektosel hastalarının alınması nedeni ile tüm kabızlık tipleri için gösterge olması düşünülmemelidir. Klinik seçim sırasında pelvik taban total prolapsusu tam olarak değerlendirilmemiştir. Hasta seçimi için bias yaratabileceği bilinmelidir. Rektosele bağlı kabızlık için perineal mesh takviyesi ile onarım ameliyatı yapılan çalışmadaki tüm hastalar için sonuç diğer cerrahi yapılanlara yol gösterici olamaz.

Tartışma:
Rektosel tedavisi olarak transperineal yaklaşımlı mesh ile onarım cerrahisi hasta grubunda uygulandı. Hastaların tuvalete çıkma sıklığı ve gaita miktarı artmış, tuvalette şiddetli ıkınma ihtiyacı, dışkıda kan görülmesi ve makatın tıkanma hissi şikayetleri azalmış olsa da ıkınma süresi, tam boşalamama hissi ve dışkılama için parmakla yardım düzelmemiştir. Hastaların beslenmelerinde posalı diyete dikkat etmelerine rağmen, sıvı tüketimleri, laksatif kullanım htiyaçları ve karın ağrılarında değişiklik olmamıştır. Kabızlık skoru düzelen hastalar için yaşam kalitesinin istenilen düzeyde iyileşmediği yaşam kalitesi derecelendirme anketinin sonucu ile (%55,4) ortaya konulmuştur..

Sonuç:
Rektosel tedavisi için transperineal cerrahi tedavi seçeneği uygulanacak hastanın uzun dönem takibi sonrasında semptomlarında düzelmenin erken dönem sonuçları kadar başarılı olmadığı bilinmeli, hastaların tedavi öncesi bazı alışkanlıklarını devam ettirdikleri veya en küçük kabızlık probleminde laksatife sığındıkları göz önünde bulundurulmalı ve hastaya ameliyat öncesinde durum anlatılmalıdır.

SB-083
Komplike Pelvik Organ Prolapsuslarında Laparoskopik Ventral Mesh Rektopeksi

Fatma Ayça Gültekin, Selçuk Özkan, Ali Gençoğlu, Sezgin Mutlu, Eray Turan Seven, Yücel Karadere
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç:
Pelvik organların izole prolapsusları ilgili bölümler tarafından çeşitli tekniklerle onarılırken, birden fazla pelvik organ prolapsusunun tedavisinde sorunlar mevcuttur. D'Hoore tarafından tariflenen laparoskopik ventral mesh rektopeksi (LVMR), arka ve orta kompartman prolapsuslarının tedavisinde özellikle Avrupa'da yaklaşık 10 yıldır kullanılmaktadır. Bu çalışmanın izole komplike pelvik organ prolapsuslarında LVMR'nin etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem:
Şubat 2014-Şubat 2017 tarihleri arasında, arka ve orta kompartmanın izole ve komplike prolapsusları nedeni ile LVMR yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalar klinik olarak değerlendirilmiş, inkontinansı olan hastlara Wexner İnkontinans, konstipasyonu olan hastalara da Wexner konstipasyon skorları pre ve postoperatif 3. ayda sorulmuştur. Radyolojik görüntüleme yöntemi olarak MR-defekografi kullanılmıştır. Postopertif erken ve geç komplikasyonlar değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Ortalama 17,6 ay (3ay -34 ay) takip süresi ile çalışma periyodu içinde 26 hastaya (erkek=4) LMVR yapılmıştır. Ortalama yaş 55,7 yıl ve vücut kitle indeksi ise 30,2 kg/cm^2 olarak değerlendirilmiştir (Tablo 1). Hastaların fizik muayene sonucunda aldıkları tanılar ve MR-defekografi tanıları Tablo 2'de verilmiştir. Hastaların preoperatif değerlendirilmesinde ortalama ASA skoru II, 6 tanesinde de daha önce geçirilmiş pelvik organ prolapsus cerrahisi olduğu tespit edilmiştir. Preoperatif Wexner İnkontinas ve Konstipasyon skorları ortalaması sırasıyla; 14.8 (±3.2) ve 19.8 (±4.3) olarak hesaplanmıştır. Ortalama operasyon süresi 118 (±41.6) dakika, hastanede kalış süresi 4.4 gün (±1.2) olarak ölçülmüştür. Hastalarda takip süresi içerisinde postoperatif erken ve geç komplikasyon gelişimi izlenmemiştir. Postoperatif Wexner İnkontinas ve Konstipasyon skorları ortalaması sırasıyla; 5.8 (±1.4) ve 6.6 (±3.8) olarak hesaplanmıştır (Tablo 1). Pre- ve postoperatif skorlar karşılaştırıldığında hem inkontinans (p<0.001) hemde konstipasyon (p<0.001) skorlarında ciddi düzelme olduğu izlenmiştir.

Sonuç:
LVMR komplike pelvik organ prolapsuslarında güvenli ve fonkisyonel sonuçları ile değerlendirildiğinde etkili bir cerrahi tekniktir.

Tablo 1:Hastaların demografik özellikleri, pre-postopertif skorları, operasyon ve hastanede kalış süreleri, postoperatif erken ve geç komplikasyonları

Cinsiyet (e/k)	4/22
Ortalama Yaş (yıl) (min-max)	55.7 (19-82)
Vücut Kitle İndeksi (kg/cm²) (min-max)	30.2 (19.8-42.4)
Geçirilmiş pelvik organ prolapsus cerrahisi olan hasta sayısı (n)	6
Ortalama ASA* Skoru	2
ASA I (n)	3
ASA II (n)	13
ASA III (n)	7
ASA IV (n)	3
Ortalama preoperatif Wexner İnkontinans Skoru (min-max)	14.8 (10-20)
Ortalama preoperatif Wexner Konstipasyon Skoru (min-max)	19.8 (14-26)
Ortalama operasyon süresi (dakika) (min-max)	118.8 (80-300)
Ortalama hastanede kalış süresi (gün) (min-max)	4.4 (3-8)
Postoperatif komplikasyonlar	
Erken	-
Geç	-
Ortalama potoperatif Wexner İnkontinans Skoru (min-max)	5.8 (4-8)
Ortalama postoperatif Wexner Konstipasyon Skoru (min-max)	6.6 (3-19)

** ASA: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezistler Derneği)*

Tablo 2: Hastaların fizik muayene ve MR-defekografi tanılarının karşılaştırılması

Hasta No	Fizik Muayene Tanısı	MR-Defekografi Tanısı
1	Rektal prolapsus	-
2	Rektal prolapsus	-
3	Rektosel	Rektosel+enterosel
4	Rektal prolapsus	-
5	Rektosel	Rektosel+enterosel
6	Rektosel	Rektosel+perineal desensus
7	Rektosel	Rektosel
8	Rektal prolapsus	-
9	Rektosel+vajinal vault prolapsusu	-
10	Rektal prolapsus	-
11	Rektosel+uterovajinal prolapsusu	-
12	Rektosel	Rektosel+enterosel
13	Rektosel	Rektosel+sigmoidosel
14	Rektosel	Rektosel+enterosel
15	Rektosel	Rektosel+perineal desensus
16	Rektosel	Rektosel+enterosel
17	Rektosel+perineal desensus	-
18	Rektosel	Rektosel
19	Rektosel	Rektosel+sigmoidosel
20	Rektosel+perineal desensus	-
21	Rektal prolapsus	
22	Normal	Rektal intususepsiyon+perineal desensus
23	Rektosel	Rektosel+perineal desensus
24	Rektal prolapsus	-
25	Rektal prolapsus	-
26	Rektosel	Rekosel

- Fizik muayene tanıda yeterli bulunmuş MR-defekografi çekilmemiştir.

SB-084
Rektal Prolapsus Tedavisinde Altemeier Prosedürü Deneyimimiz

Murat Kendirci, İbrahim Tayfun Şahiner, Settar Bostanoğlu
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çorum

Amaç:
Rektal prolapsus ciddi fonksiyonel ve sosyal sorunlara yol açan bir durumdur. Tedavisi konusunda tam bir görüş birliğine varılamamış olup, gerek perineal gerekse abdominal birçok yaklaşım mevcuttur. Altemeier›s prosedüründe perineal yaklaşımla rektosigmoidektomi uygulanmaktadır. Çalışmamızda perineal yaklaşımla bu prosedürü uyguladığımız 12 hastanın erken ve geç dönem sonuçlarını sunmaktayız.

Gereç-Yöntem:
Rektal prolapsus tanısı ile servise yatırılan ve Altemeier›s prosedürü uygulanan 12 hastanın demografik verileri, fizik muayene bulguları, ASA skorları, uygulanan anestezi yöntemi, hastanede yatış süreleri, komplikasyonları ve takip süreleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Kadın/erkek oranı 9/3, ortalama yaş:65.0 idi. Hastaların tamamı gaz ve gaita inkontinansı, makattan sarkma ve ıslanma şikayetleri ile başvurmuştu.Preoperatif değerlendirme sonucuna göre 8i ASA3, 4ü ASA4 idi.9 hasta spinal, 1 hasta epidural geri kalan 2 hasta ise genel anestezi altında opere edildi. Preop 7 hastada anal tonus yok iken 5 hastanın tonusu çok azalmıştı. Postoperatif 3. ay değerlendirmesinde 8 hastada tonusun operasyon öncesine göre arttığı, bunların 7 sinde inkontinans şikayeti kalmamıştı. 9 hastada hiçbir komplikasyon gelişmezken 1 hastada yara enfeksiyonu, 1 hastada anostomoz hattında mukozal kanama gelişirken bir hasta postoperatif 2. günde proflaktik antiokoagulan tedaviye rağmen gelişen masif pulmoner emboli sonucu ex oldu. Hastalar ortalama 5,9 gün hastanede yatırıldı ve ortalama 6,1 ay takip edildi. Hiçbir hastada uzun dönem komplikasyonu veya nüks gelişmedi.

Sonuç:
Rektal prolapsusun cerrahi tedavisinde Altemeier›s prosedürü nüks oranlarının düşüklüğü, riskli hasta grubunda güvenli cerrahi uygulama imkanı sağlaması, abdominal cerrahiye gereksinim duyulmaması nedeni ile tercih edilebilecek bir yaklaşımdır. Riskli hasta grubunda uygulandığı unutulmamalı ve komplikasyonlar gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Literatürde bu hususta geniş seriler olmamakla birlikte çoklu hasta gruplarında randomize klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-085
Anal İnkontinansın Cerrahi Tedavisi: 12 Yıllık Retrospektif Analiz

Sefa Ergün, Ozan Akıncı, Fadime Kutluk, Asiye Perek
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş:
Anal inkontinans, anal sfinkter mekanizması ile katı, sıvı dışkı veya gaz çıkarılmasının kontrol yeteneğinin azalması ya da kaybı olarak tanımlanır. Toplumda görülme sıklığı %2-7 arasında bildirilmiştir (1,2). Anal inkontinans, yaşam kalitesini bozan, depresyona kadar gidebilecek sosyal ve psikolojik yetersizlik hissine neden olan önemli bir sorundur. Obstetrik travma başta olmak üzere perianal girişimler, konjenital anomaliler, ileri yaş, rektal prolapsus, diyabet gibi çok sayıda etyolojik faktör sıralanabilir. Tanıda rektal tuşe, endoanal ultrasonografi (EAUS), pelvik MR, anal manometri, defekografi ve elektromyografiden(EMG) yararlanılabilir.

Gereç-Yöntem:
2005-2016 yılları arasında kliniğimizde anal inkontinans nedeniyle opere edilen 57 olgu retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, etyolojik faktör, operasyon tekniği, hastane yatış ve takip süresi hasta dosyalarından araştırılıp; operasyon öncesi ve sonrası inkontinans değerlendirmesi hastalar ile konuşularak Cleveland Clinic İncontinence Score(CCIS) skorlama sistemi kullanılarak değerlendirildi. Olguların yaş ortalaması 42 idi. 51'i kadın 6'sı erkekti. Etyolojik faktör olarak 33 olguda obstetrik travma, 15 olguda perianal girişimler, 3 olguda travma (düşme), 2 olguda lomber disk hernisi operasyonu saptandı. 4 olguda ise inkontinans nedeni belirlenemedi. 40 olguda overlapping sfinkter tamiri, 8 olguda Thiersch tekniği ile tamir, 3 olguda grasiloplasti, 3 olguda primer tamir, 1 olguda ise otolog yağ injeksiyonu uygulandı. 2 olguda sfinkter tamiri uygun bulunmayarak yalnızca diversiyon kolostomisi açıldı. Hiçbir hastada perioperatif komplikasyon izlenmedi. Ortalama hastanede yatış süresi 6.1 gündü. Takip süresi 6 ay-12 yıl (ortalama 5.8 yıl) arasında değişen hastaların preoperatif CCIS puanları ortalama 17, postoperatif dönem puanları ortalama 7 olarak hesaplandı.

Tartışma-Sonuç:
Anal inkontinans psikolojik ve sosyal yıkıma yol açan bir durumdur. İnkontinans, gaz kaçırmadan katı dışkı kaçırmaya kadar değişik derecelerde olabilir. Konjenital ve edinsel birçok nedeni vardır. Tedavisinde medikal ve cerrahi çok sayıda alternatif yöntem tarif edilmiştir. Sfinkter defektinin gösterildiği olgulara sfinkteroplasti yapılması rasyonel ve en çok tercih edilen uygulamadır (3).Kliniğimizde en sık uygulanan cerrahi teknik etkili ve kolay uygulanabilen bir yöntem olan overlapping sfinkter tamiridir.

Kaynaklar:
1-Perry S, Shaw C, McGrother C, et al. Prevalance of fecal intinence in adults aged 40 years or more living in the community. Gut 2002;50(4): 480-4.
2-Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Fecal incontinence in adults. Lancet 2004; 364(9464): 621-2.
3-Nallely Saldana Ruiz, Andreas M Kaiser. Fecal incontinence - Challenges and solutions. World J Gastroenterol. 2017 Jan 7; 23(1): 11–24.

SB-086
Travmatik Sfinkter Yaralanmalarında Sfinkteroplastinin Etkinliği

Tahsin Çolak, Özgür Türkmenoğlu, İsmet Han, İlter Kırmızı, Giray Akgül, İhsan Gündüz, Mustafa Berkeşoğlu
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Amaç:
Travmatik nedenlere bağlı gelişen fekal inkontinansta sfinkteroplasti tercih edilen yöntemlerden birisidir. Bu çalışmada fekal inkontinansı olan ve tamir için sfinkterplasti tercih edilen hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
2006-2015 yılları arasında fekal inkontinans tanısıyla MEÜ Tıp Fakültesi Kolorektal Ünitesine başvuran ve sfinkteroplasti operasyonu yapılan 50 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, wexner inkontinans skorları,memnuniyet dereceleri değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların yaş ortalaması 44.6±15.1 ve K/E oranı 36/14 idi. Hastaların 43'ünde tam ve 7' sinde parsiyel inkontinans olduğu tarif ediliyordu. Preoperatif Wexner skoru 15.5±3.2 idi. Hastaların ortalama yatış süresi 4.0 ± 4.6 gündü, hastaların 11'inde ek hastalık mevcuttu ve hastaların 12'si aktif olarak sigara içiyordu. Sfinkter yaralanması ile operasyon arasında ortalama 5.6 ± 8.2 yıl vardı. Tüm hastalara sfinkteroplasti yapıldı. Ortalama 60.2 ± 30.0 aylık takipte postoperatif Wexner skoru 3.9 ±5.3 olarak tespit edildi. Preoperatif Wexner skoruyla karşılaştırıldığında postoperatif skorun anlamlı derecede düzeldiği görüldü (p=0.0001). Başarıyla operasyon zamanlamasının ters orantılı olduğu tespit edildi (p=0.003). Wexner skoru düştükçe memnuniyetin arttığı görüldü (p=0.0001). Hastaların menuniyeti 8.1 ±2.5 idi.

Sonuç:
Travmatik sfinkter yaralanmalarında sfinkteroplasti iyi bir seçenektir ve travma sonrası erken rekonstrüksiyon başarıyı arttıran önemli bir faktördür.

SB-087
Fekal İnkontinansı Olan Hastalarda Tibial Sinir Stimülasyonu Deneyimimiz

Hızır Nuhoğlu[1], Derya Salim Uymaz[1], Onur Bayram[1], Gözde Türkmenoğlu[2], Dursun Buğra[1], Emre Balık[1]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri, İstanbul

Amaç:
Perkütan tibial sinir stimülasyonu (PTSS) ile sakral sinir stimülasyonu, fekal inkontinans tedavisinde kullanılan nöromodülatör bir yöntemdir. Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan perkütan tibial sinir stimülasyonunun kısa dönem sonuçları ortaya konmuştur.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimize Ocak 2015 – Aralık 2016 tarihleri arasında fekal inkontinans şikayeti ile başvurmuş kriterlere uygun görülerek sinir stimülasyonu yapılmış 28 vaka çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi gibi demografik verilerinin yanında, inkontinansa neden olan etyoloji, tedavi öncesi ve sonrası inkontinans skorları, seans sayısı, endoanal ultrasonografi ve anal manometri sonuçları gibi değerler de retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular:
Tibial sinir stimülasyonu tedavisine başlanılan 35 hastanın yaş ortalaması 48.54 ve %57.14'ü kadındır. Hastaların %94.28'i (n=33) inkontinans, %5.72'si (n=2) konstipasyon nedeni ile tedaviye başlamıştır. İnkontinans tedavisine başlanılan hastaların %60.6'sında (n=20) cerrahi, %15.15'inde (n=5) travma sonrası, %24.24'ünde (n=8) idiyopatik nedenlerle inkontinans görülmüştür. İnkontinanslı toplam 33 hastada tedaviye başlamadan önce ortalama Wexner skoru 15.43'tir. Tedavisi biten 28 hastanın ortalama Wexner skoru 6.85'tir.

Sonuç:
PTSS seçilmiş vakalarda hem inkontinans skorlarında iyileşme hem de hayat kalitesinde artma sağlamaktadır. Düşük maliyet, komplikasyon riskinin olmaması, yatış gerektirmemesi ve kolay uygulama sayesinde gün geçtikçe daha çok hastada tercih edilen bir yöntem olmaya başlamıştır.

SB-088
Kompleks Perianal Fistüllerde Sfinkterotomi + Primer Sfinkter Rekonstrüksiyonu

İhsan Gündüz, Tahsin Çolak, İsmet Han
Mersin Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Amaç:
Perianal fistülün cerrahi tedavisinde fistül tipine göre çeşitli prosedürler mevcuttur. Eksternal sfinkteri içine alan kompleks fistüllerde uygulanabilen sfinkterotomi ve uç uca primer sfinkter rekonstrüksiyonu Parkash ve arkadaşları tarafından 1985'de tanımlanmış olmakla beraber cerrahlar arasında sfinkterotomiye halen endişe ile yaklaşılmaktadır. Çalışmanın amacı kompleks perianal fistüllerde sfinkterotomi ve uç uca primer sfinkter rekonstrüksiyonunun kontinans açısından güvenilirliğini ve orta dönem sonuçlarını ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem:
Temmuz 2007'den Mayıs 2016'ya kadar 3.basamak bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilen 30 sfinkterotomi ve primer sfinkter rekonstrüksiyonu vakasından ulaşılabilinen 19›unun takip sonuçları değerlendirildi. İnkontinans, Wexner skalası kullanılarak tanımlandı. Ayrıca hastanın cerrahi prosedürden olan memnuniyeti subjektif skorlama ile değerlendirildi.

Bulgular:
Ulaşılan 19 hastanın yaşları 24 ile 65 arasında değişmekte idi (ortalama 44.5). Hastaların 16'sı (%84.2) erkek, 3'ü (%15.8) kadındı. Hastaların % 78.9'unda (15 hasta) post-operatif dönemde Wexner skorunda pre-operatif skora göre artış izlenmezken %21.1 hastada skorda ortalama 3/20 birim artış izlendi. Pre-operatif Wexner skoru ortalama 1.37 iken, post-operatif dönemde ortalama 1.74 olduğutespit edildi. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.376).

Hasta memnuniyeti ortalama 7.37 (0-10) olarak tespit edildi. 3 hastada (%15.7) postoperatif erken dönemde abse gelişti. 2 hasta (% 11) ise ilk 1 yıl içinde gelişen nüks fistül nedeni ile re-opere edildi. Multivaryant analizde erken operasyon zamanlaması ile menuniyet arasında anlamlı (p=0.013) ilişki tespit edildi.

Sonuç:
Sfinkterotomi ve primer sfinkter rekonstrüksiyonu kompleks perianal fistüllerde tecrübeli cerrahlarca kontinans üzerinde olumsuz etkisi olmaksızın ve yüksek başarı oranları ile güvenle uygulanabilecek bir cerrahi prosedürdür.

SEÇİLMİŞ POSTER BİLDİRİLER

SP-001
Vajinal Doğum ve Yaşlanmanın Anal Sfinkter Anatomisi ve Fonksiyonuna Etkisinin Üç Boyutlu Endoanal USG ve Anal Manometri ile Değerlendirilmesi

Mahmut Çay[1], Aymelek Çetin[1], Evren Kose[1], Deniz Şenol[1], Dincer Ozgör[2], Mustafa Ateş[2], Davut Ozbağ[1]
[1]İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Malatya
[2]İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç:
Anal sfinkterlerin fonksiyonunun bozulmasında çok sayıda etken sayılmaktadır. Özellikle kadınlarda, anal sfinkter disfonksiyonundaki en önemli nedenin doğum ve doğuma bağlı komplikasyonlar olduğu bildirilmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda vajinal doğum sonrası anal sfinkterlerin anatomik yapısında bozulmaların meydana geldiği ve fonksiyonel etkilerinin azaldığı ya da tamamen kaybolduğu belirtilmektedir Bu çalışmada, vajinal doğumun ve yaşın, anal sfinkterlerin anatomisi ve fonksiyonuna nasıl bir etki oluşturduğunu anlamak için vajinal doğum yapmış ile hiç doğum yapmamış kadınların anal sfinkterlerini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi Proktoloji Ünitesine başvuran 30 kadın hasta araştırmaya dahil edildi. Çalışmamız 3 grup halinde gerçekleştirilmiştir. Grup I, 18 – 50 yaş arasında hiç gebe kalmamış asemptomatik 10 kadından oluşmaktadır. Grup II, 18 – 50 yaş arasında olup sadece vajinal doğum gerçekleştiren asemptomatik 10 kadından oluşmaktadır. Grup III ise 50 yaş üzeri sadece vajinal doğum gerçekleştirmiş asemptomatik 10 kadından oluşmaktadır. Tüm hastaların anal manometri ile anal kanal basınçları ve üç boyutlu endoanal ultrasonografi (EUS) ile midanal kanal seviyesinde İnternal anal sifinkter (İAS) ve eksternal anal sfinkterin (EAS) radial çapları ölçüldü.

Bulgular:
Gruplar arasında dinlenme basıncı (DB) ve sıkma basıncı (SB) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadı. Grup I ve Grup II arasında hem İAS hem de EAS kalınlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirledik. Grup I ile grup II arasında ve grup II ile grup III arasında İAS ve EAS kalınlıklarının istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiğini tespit ettik ($p<0.05$). Tüm gruplar için yaş ile anal sfinkter kalınlıkları arasında yapılan Spearman korelasyon analiz sonucuna göre yaş ile İAS ve yaş ile EAS kalınlığı arasında pozitif yönlü kuvvetli bir korelasyon olduğunu belirledik. İAS ve EAS kalınlıkları ile basınç bulguları arasında; sadece grup 3'te SB ile EAS kalınlığı arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğunu tespit ettik.

Sonuçlar:
Sonuç olarak, vajinal doğum yapan asemptomatik kadınlarda, vajinal doğumun anal sfinkterlerin anatomik ve fonksiyonel yapısı üzerine anlamlı şekilde etki etmediğini belirledik. Fakat yaşlanmayla birlikte kadınlarda İAS ve EAS kalınlıklarının pozitif yönde kuvvetli olarak değiştiğini tespit ettik.

SP-002
Derin İnfiltratif Endometriozis Tedavisinde Multidisipliner Cerrahinin Önemi

Bülent Gürbüz[1], Serkan Zenger[1], Mustafa Arısoy[1], Burçak Abbas Kabaoğlu[1], Tunç Yaltı[2], Emre Balık[2], Aydın Alper[2], Dursun Buğra[2]
[1]VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Endometriozis, uterin boşluğun dışındaki endometrial bezlerin varlığı ile tanımlanan kronik bir hastalıktır ve nadiren gastrointestinal sistemi de etkileyebilmektedir. Bu yazımızda jinekolojik bir hastalık nedeni ile gastrointestinal sistem cerrahisine gereksinim duyulan hastaları değerlendirdik.

Gereç- Yöntem:
Arlaık 2011-Aralık 2016 yılları arasında VKV Amerikan Hastanesi genel cerrahi kliniğinde derin infiltratif endometriozis nedeniyle genel cerrahların dahil olduğu toplam 20 vaka çalışmaya dahil edildi. Veriler geriye dönük olarak analiz edildi. Cerrahi teknik, postoperatif sonuçlar ve komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışma döneminde değerlendirmeye alınan hastaların ortalama yaşı 40,5 (26-56) yıl idi. Çalışmaya alınan olguların 12›si primer olarak jinekologlar tarafından ameliyata alınırken, peroperatif konsültasyon sonucu genel cerrahlar ameliyata dahil olmuşlardı. Olguların 8›i ise mekanik barsak tıkanıklığı nedeni ile primer olarak genel cerrahi uzmanları tarafından ameliyata alındı. Olguların %45.1›ine aşağı anterior rezeksiyon, %30›una anterior rezeksiyon,%15›una appendektomi, 1 vakaya total kolektomi, 1 vakaya ise kısmi ince barsak rezeksiyonu uygulanmıştır. Major rezeksiyon yapılan hastaların sadece bir tanesine stoma ihtiyacı gerekmiştir. Ortalama hastanede kalış süresi 7 (2-17) gün idi. Hiçbir hastada ameliyat sonrası komplikasyon ve mortalite gözlenmedi.

Sonuç:
Derin infiltratif endometriozis nedeni ile yapılacak cerrahi işlemler aynı zamanda kolon cerrahiside gerektirebilmektedir. Bu nedenle derin infiltratif endometriozis nedeni ile jinekologlar tarafından cerrahi planlanan hastalar, ameliyat öncesi dönemde mutlaka genel cerrahi ekibi ile birlikte değerlendirilmeli ve ameliyata hazırlanmalıdır. Gerekebilecek bir gastrointestinal cerrahi için ameliyat öncesi dönemde hasta yapılabilecek cerrahi işlemler hakkında bilgilendirilmeli, onamı alınmalı, barsak temizliği, profilaktik antibioterapisi, tromboemboli profilaksisi düzenlenmelidir. Derin pelvik infiltratif endometriozis, bazen mekanik intestinal obstrüksiyona yol açabilen, bazen de jinekologlar tarafından perop konsültasyon istenebilen, genel cerrahlar tarafından akılda tutulması gereken jinekolojik bir hastalıktır.

SP-003
Total Kolonoskopi Sırasında Topikal Anestezinin Hasta Konforu Üzerine Etkisi

Turgut Anuk[1], Şahin Kahramanca[2], Ali Cihat Yıldırm[2], Mahmut Can Yağmurdur[1]
[1]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars
[2]Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars

Amaç:
Kolonoskopi, alt gastro intestinal sistem (GİS) hastalıkları tanısı ve bir kısmının da tedavisinde, altın standart yöntem olarak gün geçtikçe klinik kullanımda yerini almaktadır. Ancak, sosyo kültürel düzeyi düşük toplumlarda, hastalar işlem sırasında ağrı hissedebileceği korkusuyla kolonoskopi işlemini yaptırmamakta ve olası yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip hastalıklar atlanabilmektedir. Çalışmamızda, sedo-analjezi altında total kolonoskopi yapılan hastalarda ilave olarak topikal uygulanan %10 lidokoin spreyin, işlem sırasında ve işlem sonrası oluşan ağrı üzerine etkisini, vizüel ağrı skalası (VAS) kullanarak, sadece sedo-analjezi uygulanan hastalarla karşılaştırmaya çalışacağız.

Gereç-Yöntem:
Çalışmamız, Haziran 2014 – Kasım 2016 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kars Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniklerine karın ağrısı, rektal kanama ve dışkılama alışkanlığında değişim şikayetleri ile başvurarak total kolonoskopi yapılan hastaları kapsamaktadır. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksleri (VKİ), işlem sırasında ve işlemden bir saat sonra doldurulan VAS değerleri retrospektif olarak kaydedildi. İşlemden 20 dakika önce intramusküler yolla 50 mg Petidin hidroklorür ve işlem sırasında intravenöz yolla 2 mg Midazolam uygulananlar Grup1 ve bunlara ilave olarak işlem sırasında topikal yolla %10 lidokain sprey ugulanan hastalar Grup 2 olarak ayrıldı ve VAS gruplar arası karşılaştırıldı.

İstatistiksel analiz:
Verilerin analizi SPSS 21 paket programı yardımıyla yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov Z testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Chi square testi ile, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann-Whitney test ile incelendi. Bağımsız faktör etkisi lineer regresyon analizi ile yapıldı. P<0,05değeri için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 184 hastada yaş için median değer 55 (18-88) olup, erkek/kadın oranı 1 idi. Hastaların 84'üne sadece sedo-analjezi, 100'üne ise sedo-analjezi + topikal anestezi uygulanmıştı. Gruplar arası cinsiyet ve yaş dağılımı homojen idi (p:0.554 ve p:0.958). Gruplar arasında işlem anında değerlendirilen VAS değerleri Grup 1'de 7.4±0.9, Grup 2'de 5.3±1.1 olup Grup 2'de anlamlı şekilde ağrı daha az idi (p<0.001). İşlem sonrası VAS değerleri incelendiğinde de Grup 2'deki ağrı düzeyinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu görüldü (p<0.001). Yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi ile grupların VAS değerleri üzerine ortak etkisi incelendiğinde topikal anestezi uygulamasının hem işlem sırasında hem de işlem sonrası VAS değerlerini azalttığı tespit edilmiştir (P<0.001).

Sonuç:
Total kolonoskopinin uygun hastalarda tarama yöntemi olarak kullanımının yaygınlaşması ile birçok kolorektal bölge hastalığında mortalite ve morbidite oranları giderek azalmaktadır. Hastalara sedo-analjezi yanında topikal anestezi uygulamasının işlem sırasında ve sonrasında oluşacak ağrıyı azaltması nedeni ile klinik kullanımda faydalı olabileceği sonucuna ulaştık.

SP-004
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Kolorektal Kanser Tarama Amacı ile Yapılan Kolonoskopi Sonuçlarımız

Giray Yavuz, Dursun Özgür Karakaş, Ali Alemdar, Cemal Ulusoy, Fazıl Sağlam, Emre Sivriköz, Hakan Güven
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanserler dünyada ve ülkemizde en sık görülen kanserler arasında 3. sırada olup, tüm kanser kökenli ölümlerinin %10'nundan sorumludur. Kolorektal kanserlerin prekürsor lezyonlardan gelişiyor olması toplum tabanlı taramalar ile hastalığın erken evrelerde tanınabilmesine olanak sağlamakta ve bu da hastalığa bağlı ölümlerde %10 luk anlamlı bir azalmayı sağlamaktadır. Ülkemizde 2012 yılından bugüne toplum tabanlı kolorektal kanser tarama çalışmaları sürdürülmektedir. Ülkemizdeki tarama yöntemi; 50-70 yaş arası populasyona 2 yılda bir gaitada immunokimyasal yöntemle gizli kan testi (GGK) ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması şeklinde uygulanmaktadır. GGK testi, Toplum Sağlığı Merkezlerinde Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinde ve Aile Hekimliklerinde yapılmakta, sonuçları (+) bulunan bireyler bağlı bulundukları Eğitim Araştırma ve Üniversite hastanelerine kolonoskopi tetkiki için sevk edilmektedirler. Burada Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitemize sevk edilmiş kolonoskopi yapılan hastaların sonuçları geriye dönük değerlendirmekteyiz.

Gereç-Yöntem:
01 Ocak 2016- 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kanser Tarama Polikliniğine gaitada gizli kan pozitifliği nedeni ile sevk edilip kolonoskopi uygulanan hastaların dosyaları yaş, cinsiyet, kolonoskopi bulguları geriye dönük değerlendirildi.

Bulgular:
01 Ocak 2016- 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kanser Tarama polikliniğine GGK (+)'liği nedeni ile başvuran 520 hastadan kolonoskopi yapılan toplam 241 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların yaş ortalaması 59,23 ± 6,59 (50-72 yıl) yıl olarak saptandı. Hastaların % 40,6'sını (n=98)

erkekler, % 59,4'ünü (n=143) kadınlar oluşturmaktadır. 241 hastaya yapılan kolonoskopiden 147'si (%61) normal (%70 kadın, %30 erkek), 89'unda (%37) polip (%59,5 erkek, %40,5 kadın), 5'inde (%2) kanser (%60 erkek, %40 kadın) saptandı. 89 hastada toplam 190 adet polip saptandı bunlardan 179'una polipektomi işlemi yapıldı. Poliplerin boyutlarının ortalaması 8.71 ± 6.05 mm (3-30 mm) olarak saptandı. En sık çıkan kolonda (%24) polip görülürken en az ise çekumda (%11) polip saptandı. En sık gözlenen patoloji tubuler adenom (%61,5) olarak saptanırken, %81,5'inde düşük dereceli displazi saptandı (Tablo 1). Gaitada gizli kan pozitif saptanan hastalardan 39'unda (%16) divertikül, hemoroid veya inflamasyon gibi benign nedenler saptandı. Kanser saptanan hastaların 4'ünde (%80) rektosigmoid bölgede adenokarsinom saptanırken 1 (%20) hastada çıkan kolonda intramukozal karsinom saptandı.

Sonuç:
Kolorektal kanserlerde tarama; prekürsör lezyonların olması ve erken tanı ile mortalite ve morbiditenin azalması ve sağkalımın artması nedeni ile önemlidir. Öncelikle kolorektal kanser taramasında hastaların bilgilendirilmesi, gaita testinin pozitif çıkması sonrası yapılacak kolonoskopi işleminin anlatılması gerekmektedir. GGK (+) olan hastalara kolonoskopi yapılacak endoskopi ünitelerinde hastalar bilgilendirilmeli, kaygıları giderilmeli ve randevuya gelmeleri sağlanmalı ki etkin bir tarama programı yapılabilsin. Ülkemizdeki kolorektal kanser taraması için yapılan kolonoskopi sonuçlarından ziyade rutin kolonoskopi sonuçları ile karşılaştırıldığında rutin kolonoskopilerde kadın erkek eşitliği varken çalışmamızda %59,4 ile kadın üstünlüğü vardır. Rutin kolonoskopide yaş ortalaması 54.7 ±14.83 iken çalışmamızda 59,23 ± 6,59 olarak saptanmıştır. Normal kolonoskopi sayısı rutinlerde %33-76 civarında iken çalışmamızda %61 olarak saptanmıştır. Polip rutin kolonsokopide %11,4-20 saptanırken çalışmamızda %37 polip saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada rutin kolonoskopide poliplerin %38,5 ile en sık rektumda, %24,9 inen kolon, %12,7 sigmoid kolonda gözlenirken çalışmamızda %24 ile en sık çıkan kolonda, %23 sigmoid kolonda, %16 rektumda gözlenmektedir. Kanser ise rutin kolonoskopilerde %3,5-6,11 oranında saptanırken çalışmamızda %2 olarak saptanmıştır. Görülme yeri olarak benzer şekilde rektosigmoid bölgede dah sık rastlanmıştır. Sonuç olarak kolorektal kanser taraması, prekürsör lezyonların saptanıp eksizyon ile tedavi edilmesi ve kanserlerin erken dönem saptanarak morbidite, mortalite ve maliyeti azaltıp sağ kalımı artırmaktadır. GGK (+) hastaların yeterli bilgilendirilmesi, kolonoskopi yapılması için cesaretlendirilmesi ve ikna edilmesi daha etkin bir tarama sağlayacaktır. Çalışmamız; rutin kolonsokopilere göre daha fazla polip saptanması, polipektomi ile tedavi edilmesi ve rutin takibe alınması kolorektal kanserden korunmada daha faydalı olduğunu, rutine göre çıkan kolonda daha fazla oranda polip görülmesi; taramada kolonoskopinin sigmoidoskopiden daha üstün olduğu ve çekum tabanına kadar gözlenmesinin yeterli tarama için gerektiğini değerlendirmekteyiz.

Polipektomi Sonuçları

	n	%
Yerleşim Yeri		
Çekum	21	11
Çıkan Kolon	45	24
Transvers Kolon	24	12.4
İnen Kolon	26	13.6
Sigmoid Kolon	44	23
Rektum	30	16
Polip Patolojisi		
Tübüler Adenom	110	61.5
Tübülovillöz Adenom	14	7.8
Benign Patoloji	55	30.7
Polip Displazi Derecesi		
Düşük Derece Displazi	101	81.5
Yüksek Derece Displazi	23	18.5

SP-005
Serum DR-70 ve CEA Düzeyleri ile Kolorektal Kanserlerdeki pTNM Evresi Arasındaki İlişki

Ramazan Sarı[1], Ahmet Gürer[1], Çağatay Salim Çifter[2], Engin Küçükdiler[2], Mustafa Ömer Yazıcıoğlu[1]
[1]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
CEA(karsino embriyonik antijen)'dan sonra kolerektal kanser izleminde US FDA onayı alan ilk invitro kanser tanı testi AMDL-ELİSA DR-70 testidir. Biz bu çalışmamızda kolonoskopi yapılarak biyopsi sonucu kolon kanseri tanısı almış hastalarda serum CEA ve DR-70 düzeyleri ile kanserin pTNM evresi arasında ilişki olup olmadığını, hem ayrı ayrı hem de her ikisini birlikte değerlendirerek ortaya koymaya çalıştık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmaya; Kasım 2015 ile Mayıs 2016 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran, kolonoskopi yapılan ve biyopsi sonucu adenokarsinom tanısı almış, toplam 80 hasta dahil edildi. Ardından hastaların tümü, operasyon öncesinde çalışma hakkında bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı. Serum DR-70 ve CEA düzeyleri bakılması amacıyla kan örnekleri toplandı. Elde edilen sayısal değerler ve hastaların patoloji spesmenlerinden saptanan pTNM evresi ilişkilendirilmeye çalışıldı.

Bulgular:
Çalışmaya alınan 80 hastanın 54'ünü erkek 26'sını kadınlar oluşturmaktaydı. Hastaların yaşları 24 ile 85 aralığında değişmekte olup ortalama yaş 62 idi. Tüm hastalar için ortalama CEA değeri 14,45 ng/ml (min:0,6-max:88,11), ortalama DR-70 değeri 1,34 ug/ml (min:0,4-max:8,4) olarak ölçüldü ve bu değerler normalin üstündeydi. pTNM evrelemesindeki T değeri yüksekliği ile CEA arasında anlamlı bir ilişki bulunurken (ρ =.401, $p<.05$), DR-70 arasında ilişki bulunamamıştır (ρ =-.029, $p>.05$). Metastatik Lenf Nodu

sayısının fazlalığı ile CEA düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunurken (ρ =.318, p<.05), yine Metastatik Lenf Nodu sayısının fazlalığı ile DR-70 düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (ρ =.017, p>.05). Metastaz olmayan hastalarla metastazı olan hastaların CEA değerlerinin ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunurken (U= 94.50, p<.05), DR-70 ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=378.50, p>.05). Fakat ortalama değerlere bakıldığında, metastazı olan hastalarda hem CEA hem de DR-70 düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Toplam 80 hastanın patoloji raporları ve görüntüleme tetkikleri incelendiğinde pTNM evrelendirilmesine göre bu hastaların 6 tanesi evre 0, 15 tanesi evre 1, 18 tanesi evre 2, 29 tanesi evre 3 ve 12 tanesi evre 4 hastalığa sahipti. İstatistiksel analiz sonucunda evreye artışı ile CEA ortalamaları arasında paralel bir ilişki olduğu sonucu elde edilirken χ^2 (sd= 4, n= 80) = 22.07, p<.05), DR-70 ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır χ^2 (sd= 4, n= 80) =.959, p>.05). DR-70 ile CEA arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (ρ=-.019, p>.05).

Sonuç:
Kolorektal kanserlerde sağkalım, yüksek oranda tanı anındaki evreye bağlıdır. Bu yüzden erken tanı çok önemlidir. Bazı tümör belirteçleri tanı amacıyla kullanılmış olup; kolorektal kanserlerde en sık çalışılan tümör belirteci CEA'dır. CEA, ameliyat sonrası dönemdeki takipte, asemptomatik hastalarda rekürrensin önemli bir belirtecidir. Bazı yayınlarda eğer evreleme ve cerrahi tedavi planında yardımı olacaksa, ameliyat öncesi dönemde de CEA düzeylerine bakılabileceği belirtilmiştir. Fibrin ve fibrin yıkım ürünlerinin konsantrasyonlarının; kanser varlığı, kanserin evresi, progresyonu ve prognozu ile ilişkili olduğu yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. AMDL-ELİSA DR-70, serumda fibrin ve fibrin yıkım ürünlerini ölçen yeni bir testtir. Wu ve arkadaşları; akciğer, mide, meme, kolon, rektum, karaciğer, over vb. kanserli 136 hastalık çalışmalarında, kanser taraması amaçlı DR-70 testi çalışmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda; 13 farklı kanser tipinde de kontrol grubuna göre; DR-70 düzeyleri yüksek çıkmıştır. Bunun sonucunda kanser taramasında DR-70'in özellikle, akciğer ve mide kanserlerinde yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu, diğer kanser tiplerinde de tarama testi olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda gis kanserlerinde DR-70 düzeyinin kanser belirteci olarak kullanılabileceği kanısı oluşmuştur. Bizim çalışmamızda da literatürü destekler şekilde DR-70 düzey ortalamaları her evredeki hastada normal aralığının üzerinde ölçülmüştür. Yine benzer şekilde CEA değerleri de kolorektal kanser tanısı almış hastaların tamamında normal popülasyona göre yüksek bulunmuştur. Fakat hastalar evreye göre değerlendirildiklerinde serum DR-70 düzeyi yüksekliği ile evre yüksekliği arasında herhangi bir korelasyon olmadığı görüldü. Bu çalışma bize tanı anında bakılan CEA düzeyi ne kadar yüksekse hastanın pTNM evresinin de benzer şekilde ileri olduğunu gösterdi ve bu ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulundu. Sonuç olarak daha fazla sayıda benzer çalışmalar yapılması gerektiği bilinmekle birlikte DR-70 düzeyinin normal aralıkların üzerinde bulunması olası kolorektal malignite açısından kuşku uyandırmalıdır. Fakat sayısal yüksekliğin derecesinin mevcut hastalığın evresiyle ilgili tahminde bulunmada faydası olmadığı gerçeği de unutulmamalıdır. Kolorektal kanser tanısı almış hastalarda ameliyat sonrası dönemde erken nüksü ve metastazı saptamada değerli bir belirteç olan CEA'nın pre-op dönemde de post-op evreyi öngörmede değerli olabileceği sonucuna varılmıştır.

Evreye Göre Elde Edilen CEA ve DR-70 Değerleri

Evre	Sayı	Ortalama CEA	Ortalama DR-70	Medyan CEA	Medyan DR-70	Minimum CEA	Minimum DR-70	Maksimum CEA	Maksimum DR-70
0	6	3,31	0,97	3,25	0,95	1,27	0,40	5,58	2,00
1	15	5,84	1,37	2,90	1,30	1,10	0,40	45,15	3,8
2A	15	7,92	1,19	4,22	1,10	1,19	0,50	32,40	2,10
2B	3	7,16	0,90	6,46	0,50	3,31	0,50	11,70	1,70
3A	1	2,17	1,90	2,17	1,90	2,17	1,90	2,17	1,90
3B	15	11,21	1,35	8,18	1,10	1,61	0,40	31,40	3,80
3C	13	15,02	1,40	5,04	0,90	0,60	0,40	54,87	4,10
4	12	45,22	1,67	55,90	0,80	2,52	0,40	88,11	8,40

SP-006
Laparoskopik Kolorektal Cerrahide İndosiyanin Yeşili Kullanımı

Serkan Zenger[1], Mustafa Arısoy[1], Bülent Gürbüz[1], Erman Sobutay[1], Çağrı Bilgiç[2], Emre Balık[2], Dursun Buğra[2]
[1]V.K.V. Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş:
Kolorektal cerrahide anastomoz kaçağı önemli bir sorundur. Anastomoz yapılırken kanlanması uygun olan bağırsak segmentinin kullanılması kaçak riskini azaltmaktadır. İntraoperatif İndosiyanin yeşili (ICG) kullanımı, bağırsak perfüzyonunu keskin sınırlarla göstererek anastomozun daha güvenli şekilde yapılmasına yardımcı olmaktadır. Kliniğimizde ICG kullanılarak anastomoz uygulanan hastalarımızın verilerini paylaşmak istedik.

Metod:
Ocak 2014 ile Aralık 2016 tarihleri arasında ICG kullanılarak kolorektal anastomoz yapılan 43 hastanın yaş, cinsiyet, ameliyat şekli ve komplikasyon oranları retrospektif olarak incelendi. Ameliyat esnasında, 3 cc sulandırılmış İCG intravenöz yoldan verildikten sonra perfüzyonun iyi olduğu bağırsak segmentine klip konarak işaretlendi. Alexis uygulanmasının ardından piyes karın dışına alındı. Klip ile işaretli proksimal barsak segmenti kesildi ve bu kısmın kanlanmasının yeterli olduğu gözlendikten sonra laparoskopik kolorektal anastomoz tamamlandı.

Bulgular:
Ortalama yaşı 59,7 olan hastaların 29'u (%67,4) erkek, 14'ü (%32,6) kadın idi. ICG kullanılan hastaların 20'sine (%46,5) laparoskopik anterior rezeksiyon, 17'sine (%39,5) laparoskopik aşağı anterior rezeksiyon, 4'üne (%9,3) laparoskopik intersfinkterik rezeksiyon-koloanal anastomoz (İRKA) ve 2'sine (%4,7) de laparoskopik sol hemikolektomi yapıldı. 14 (%32,5) olguya saptırıcı ileostomi, 2 (%4,7) olguya ise ghost ileostomi uygulandı. İRKA yapılan ve saptırıcı

ileostomisi olan 1 (%2,3) hastada, karın ağrısının artması, ateş ve CRP değerinin yükselmesi üzerine tüm abdomen bilgisayarlı tomografi ve rektoskopi ile anastomoz kaçağı tespit edildi ve cerrahiye gereksinim olmadan tedavi edildi

Sonuç:
Kolorektal cerrahide anastomoz kaçağı, mekanik sebeplerle olabileceği gibi bağırsağın perfüzyon problemine bağlı da olabilir. Anastomoz yapılacak bağırsak segmentini belirlemek oldukça önemlidir. Bu nedenle kullanılan ICG'nin bağırsak perfüzyonunu göstermek ve daha güvenli anastomoz yapmak için yararlı bir yöntem olduğu düşüncesindeyiz.

SP-007

Bildiri Yazarları Tarafından Geri Çekilmiştir.

SP-008
Sağ Kolon Kanserlerinde Komplet Mezokolik Eksizyon - Yüksek Vasküler Ligasyon Tekniği ile Yapılan Laparoskopik Sağ Hemikolektomi Deneyimimiz

Süleyman Utku Çelik, Burak Kutlu, Serhat Özdoğan, Barış Hazır, Cihangir Akyol
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Modern cerrahide meydana gelen ilerlemelerle birlikte minimal invaziv yaklaşımlar tüm dünyada yaygın ve öncelikli olarak uygulanan yöntemler haline gelmiştir. Laparoskopik kolon cerrahisi de bu gelişmelerle ortaya çıkan; kısa ve uzun dönem sonuçları açısından uygulanabilir, güvenli ve etkili bir yaklaşım olarak popülerlik kazanmıştır. 2009 yılında Hohenberger ve ark. tarafından sağ ve sol kolon tümörleri için tanımlanan komplet mezokolik eksizyon (KME) – yüksek vasküler ligasyon (YVL) tekniğinin rutin kolorektal cerrahi pratiğine girmesi ile beraber anlamlı oranda sağ kalımda uzama ve lokal rekürrenste azalma olduğu kanıtlanmıştır. Aynı zamanda bu tekniğin laparoskopik olarak da uygulanabilirliği hem onkolojik olarak avantaj sağlarken hem de azalmış analjezi gereksinimi, düşük yara yeri enfeksiyonu riski, barsak fonksiyonunun hızlı dönüşü ve hastanede kalış sürelerinin kısalması gibi avantajlar ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmada amacımız KME - YVL tekniği ile yapılmış 19 serilik laparoskopik sağ hemikolektomi deneyimimizi bilimsel veriler ışığında paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem:
Prospektif olarak dizayn edilen çalışma, Ocak 2016 - Şubat 2017 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda gerçekleştirildi. Çalışmaya toplam 19 hasta dahil edildi ve tüm hastalar preoperatif olarak rutin hemogram, biyokimya, akciğer grafisi, elektrokardiyogram, total kolonoskopi ve tarama maksatlı torako-abdomino-pelvik bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Tüm hastalara KME – YVL tekniği ile laparoskopik sağ hemikolektomi yapıldı. Çekum ve çıkan kolon tümörlerinde ileokolik ve sağ kolik artere süperior mezenterik artere giriş noktasından, orta kolik artere ise sağ dalını verdiği noktadan ligasyon yapıldı. Hepatik fleksura ve proksimal transvers kolon tümörlerinde ise ek olarak orta kolik arterin santral ligasyonu ile gastroepiploik damarların orjinlerinden kesilip subpilorik nodlar ve 10-15 cm'lik omentum çıkarılması işlemleri yapıldı.

İstatistiksel Değerlendirme:
Hastaların demografik özellikleri ile birlikte intraoperatif ve postoperatif veriler kayıt altına alınarak SPSS 20.0 paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede parametrik yöntemler kullanıldı ve değerler aritmetik ortalama ± standart sapma olarak ifade edildi. Gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığı Student's t testi ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi $p< 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular:
Hastaların 8'i kadın iken 11'i erkek, yaş ortalamaları 60 ± 15 idi. Vücut kitle indeksleri ortalama 24,2 ± 3,5 kg/m2 olarak hesaplandı. Hastaların 6'sı (% 31,6) ASA-I, 10'u (% 52,6) ASA-II ve 3'ü (% 15,8) ASA-III riski ile opere edildi. % 26,3 hastanın daha önce başka bir sebeple geçirilmiş laparoskopik veya açık karın cerrahisi öyküsü vardı. Tüm hastalardaki cerrahi endikasyon sağ kolon tümörü idi. Tümörlerin yerleşim yerlerinin 8 hastada çekum, 7 hastada çıkan kolon ve 4 hastada fleksura olduğu görüldü. Vakalardan 3 tanesinde anastomoz intrakorporeal olarak yapılırken, diğerlerinde ekstrakorporeal olarak yapıldı. Ortalama ameliyat süresi 200 ± 41 dakika olarak hesaplandı. Tümör lokalizasyonu ve geçirilmiş karın cerrahisi ile ameliyat süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Vakaların sadece 2'sinde (% 10,5) ve kanama sebebi ile açığa geçildi. Hastaların ortalama yatış süresi 7,2 ± 2,2 gündü (Tablo 1). Patolojik değerlendirmede; 11 adenokarsinom (% 57,9), 5 müsinöz adenokarsinom (% 26,3), 2 nöroendokrin tümör (% 10,5) ve 1 adenoskuamöz karsinom (% 5,3) raporlandı. Tümör boyutu ortalama 4,6 ± 1,8 cm ve çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 28,5 ± 15,5 olarak hesaplandı (Tablo 2). Histopatolojik değerlendirmede hastaların büyük çoğunluğu grade 2 (% 76,9), Dukes B (% 68,4) ve evre IIA (% 68,4) kolon tümörü idi. Patoloji spesmenlerin hiçbirinde cerrahi sınır pozitifliği saptanmadı. Postoperatif dönemde 15 hastada (% 78,9) herhangi bir komplikasyon görülmezken 2 hastada uzamış ileus görüldü. Hiçbir hastada anastomoz kaçağı meydana gelmedi.

Sonuç:
Laparoskopik sağ hemikolektomi, her ne kadar laparoskopik sol hemikolektomiye göre daha yavaş bir hızla cerrahi pratiğine girmiş olsa da, sıklıkla ve güvenle yapılan bir cerrahi prosedürdür. Özellikle KME – YVL tekniğinin ortaya çıkışı ile beraber tüm dünyada daha olumlu onkolojik sonuçlar elde edilmektedir. Bu 19 hastalık çalışma ile elde edilen veriler mevcut literatür verilerine benzer olarak bulunmuştur. Daha anlamlı veriler elde etmek için artan hasta sayısı ile kısa ve uzun dönem onkolojik sonuçların açık cerrahi ile kıyaslandığı prospektif randomize kontrollü çalışmaların yapılması zorunludur.

Tablo 1. Demografik özellikler ile intraoperatif ve postoperatif veriler.

Cinsiyet	.
- Kadın	8 (% 42)
- Erkek	11 (% 58)
Yaş	60 ± 15
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	24,2 ± 3,5
ASA skoru	.
- ASA-I	6 (% 31,6)
- ASA-II	10 (% 52,6)
- ASA-III	3 (% 15,8)
- ASA-IV	-
Eski karın cerrahisi	5 (% 26,3)
Ameliyat süresi (dakika)	200 ± 41
Açığa geçme	2 (% 10,5)
Tümörün lokalizasyonu	.
- Çekum	8 (% 42,1)
- Çıkan kolon	7 (% 36,8)
- Fleksura	4 (% 21,1)
Postoperatif yatış süresi (gün)	7,2 ± 2,2
Komplikasyon	.
- Yok	17 (% 89,5)
- Uzamış ileus	2 (% 10,5)

Tablo 2. Patolojik değerlendirmeler ile elde edilen veriler.

Patolojik tanı	.
- Adenokarsinom	11 (% 57,9)
- Müsinöz adenokarsinom	5 (%26,3)
- Nöroendokrin tümör	2 (% 10,5)
- Adenoskuamöz karsinom	1 (% 5,3)
Eksize edilen lenf nodu sayısı	28,5 ± 15,5
Ortalama tümör boyutu (cm)	4,6 ± 1,8

SP-009
Peritoneal Karsinomatozis Nedeniyle Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Sarkopeni Mevcudiyetinin Sağkalıma ve Komplikasyonlara Etkisi

Cihan Ağalar[1], Selman Sökmen[1], Naciye Çiğdem Arslan[3], Canan Altay[2], Işıl Başara[2], Aras Emre Canda[1], Funda Obuz[2], Mustafa Cem Terzi[1], Mehmet Füzün[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[3]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Sarkopeni, kas kitlesi, kas gücü ve kas fonksiyonlarındaki azalma olarak tanımlanmaktadır. Son 2 dekadda, sarkopeninin hem yaşlı popülasyonda hem de mide, karaciğer, pankreas, kolorektal ve over kanserli hastalarda genel morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesinde peritoneal karsinomatozis (PK) nedeniyle sitoredüktif cerrahi(SRC) ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi(HİPEK) yöntemiyle tedavi edilen hasta grubunda sarkopeni mevcudiyetinin sağkalıma ve komplikasyonlara etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem:
Çalışma prospektif olarak doldurulan veri tabanının retrospektif olarak incelenmesiyle oluşturuldu.. Hastaların preoperatif dönemde çekilen Bilgisayarlı Tomografilerinde (BT) L3 seviyesindeki Psoas kasları, Paraspinal kaslar (M. Erector Spinae, M. Quadratus Lumborum) ve karın ön duvarı kaslarının (M. Abdominus Externus, İnternus, Transversus ve M. Rectus Abdominis) toplam kas hacimleri, iş istasyonunda yağlı alanlar çıkarılarak sadece kas hacimlerini içerecek şekilde cm² cinsinden hesaplandı. Hastaların preoperatif boy ve kiloları kullanılarak, Vücut Kitle İndeksi (VKİ), Mostellar formülü kullanılarak m² cinsinden vücut yüzey alanı hesaplandı. Sarkopeni değerlendirmesinde Prado ve arkadaşlarının 2008 yılında tanımladığı yöntem ve sınır değerler kullandıldı, erkek hastalarda 52.4 cm2/m2 altı, kadın hastalarda 38.5 cm2/m2 altı değerlere sahip olanlar sarkopenik olarak sınıflandı.

Tam sitoredüksiyon sağlanamayan hastalar, perioperatuvar dönemde (0-90 gün) ölenler, preoperatif BT'lerine ait verileri hastane radyolojik değerlendirme sisteminde bulunmayanlar, L3 seviyesinde karın duvarı defekti ya da stoması bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Morbiditeler Clavien-Dindo (CD) sınıflamasına göre gruplandı.

Bulgular:
Kliniğimizde 2008 ve 2015 yılları arasında PK nedeniyle CC-0 SRC ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi (HİPEK) uygulanan 110 hastanın (80 kadın(%73), 30erkek(%27)) verileri çalışmaya alındı. Hastaların 40'ı (%36) kolorektal kanser, 44'ü (%40) over kanser kaynaklı PK tanılı iken, 26'sının (%24) primeri liposarkom, mezotelyoma ve apendiks idi bu hastalar diğer primerli hastalar olarak gruplandı. 8 erkek (%27), 19 kadın (%24) toplam 27 hasta sarkopenik

olarak değerlendirildi. Sarkopeni ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Fisher Exact test; p= 0.80). Kolorektal, over ve diğer primerli hastalar arasında sarkopeni görülmesi açısından anlamlı fark saptanmadı (Pearson Ki-kare test; p= 0.40). Ortalama izlem süresi 33.2 ± 20.5 ay olarak bulundu. 60 hastada (%54) komplikasyon görülmezken, 15 hastada CD grade I, 16 hastada CD grade II, 14 hastada CD grade III, 4 hastada CD grade IV morbidite görüldü. Morbidite ile sarkopeni arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmedi (Pearson Ki-kare test; p= 0.44). Ortalama sağkalım 42 ±3.8 ay olarak hesaplandı. 1, 3 ve 5 yıllık sağkalımlar sırasıyla %79, %53 ve %40 idi. İzlem süresinde sarkopenik hastaların 19'u (%70) ex olurken, sarkopenik olmayan hastaların 39'u (%47) ex oldu. (Pearson Ki-kare test; p= 0.03). Ortalama sağkalım sarkopenik grupta (38.5±5.9 ay), non-sarkopenik gruba göre daha kısa olmasına karşın (52.6±4.4) istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (K-M; p=0.11). Sarkopenik ve non sarkopenik hasta grupları arasında yoğun bakımda kalma süresi, hastanede kalma süresi, toksisite gelişmesi, reoperasyon, uzak metastaz ya da nüks gelişmesi açısından anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç:
Sarkopeni genel olarak daha kötü beslenme düzeyi, ileri yaş ve obezite ile ilişkilendirilmekle birlikte malignitesi olan hastalarda morbidite ve mortalite için önemli bir öngörü aracı olarak ilgi çekmektedir. Hasta grubunda sarkopenik hasta oranının literatürdeki çalışmalara göre daha az olması SRC ve HİPEK uygulanacak hastaların seçimlerinde genel durumu iyi olan, majör cerrahiyi tolere edebilecek hastaların seçilmesiyle açıklanabilir. Tüm hastaların preoperatif dönemde beslenme ve genel durum açısından değerlendirilmesi ve anoreksik olarak görülen hastalara ameliyat öncesi dönemde beslenme desteği sağlanması da sarkopenik olan ve olmayan hastalar arasında morbidite ve reoperasyon açısından fark bulunmamasını açıklayabilir. Bizim çalışmamızda da literatürü destekler şekilde sarkopenik hastaların daha kısa sağkalım sanşları olduğu gösterilmiştir. Ameliyat öncesi dönemde sarkopenik olarak değerlendirilen hastalara beslenme desteği sağlanması, fiziksel aktivitelerin artırılması, katabolik süreçlerin yavaşlatılmaya çalışılması daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

SP-010
Kolorektal Adenokarsinomlarda MACC1' in İnvazyon Üzerine Etkisi

Fuat Aksoy[1], Nesrin Uğraş[2], Ömer Yerci[2], Seçil Ak Aksoy[3], Berrin Tunca[3], Ersin Öztürk[1], Tuncay Yılmazlar[1], Gülşah Çeçener[3], Ünal Egeli[3]
[1]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa
[2]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa
[3]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç:
Kolorektal adenokarsinoma, tüm dünyada kansere bağlı ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır. Bu kanserde hastaların en sık mortalite sebeblerinden biri karaciğer, akciğer gibi organlarda uzak metastaz gelişmesidir. Kolorektal karsinoma tanı ve tedavisinde kullanılabilecek klinikopatolojik biyobelirteçler yetersiz kalmaktadır. Mevcut çalışmada, kolorektal adenokarsinoma tanılı olgularda metastaz oluşum mekanizmasını belirleyebilmek amacıyla invazyonu tetikleyen tümör mikroçevresindeki değişiklikler ile MACC1 gen regülasyonu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
2006 - 2013 yılları arasında birimimizde rezeksiyon materyallerinden kolorektal adenokarsinoma tanısı almış, ailelerinde kanser öyküsü bulunmayan, neoadjuvan kemoterapi ve radyoterapi almamış, tanı sırasında evre I ve evre II (T1-3N0M0) tümörlere sahip 68 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların normal ve tümör dokularına ait parafine gömülü materyal örneklerinden RNA izolasyonuna uygun ticari kit kullanılarak prosedüre uygun şekilde RNA izolasyonu gerçekleştirildi ve RT-qPCR yöntemi ile MACC1 gen ekspresyonu analiz edildi. Ayrıca, hematoksilen eosin kesitler tümör tomurcuklanması, intratümöral ve peritümöral enflamasyon ve desmoplazi paterni açısından değerlendirildi.

Bulgular:
68 olgunun histopatalojik özellikleri sırasıyla, tümör tomurcuklanması: % 51,47; intratümöral infiltrasyon: lenfoplazmositer iltihabi: %23,5; mikst tipte iltihabi: %39'7; peritümöral infiltrasyon: lenfoplazmositer iltihabi: %39,7; mikst tipte iltihabi: %60,3; desmoplastik patern: % 30,8 ve parmak benzeri patern: % 38,2 olarak belirlendi. MACC1 ekspresyonunun tümör dokularda normal dokulara göre 34 kat arttığı belirlendi (student T Testi, p< 0.001). Yüksek MACC1 ekspresyonunun tümör tomurcuklanması ve ağsı desmoplazi paterni ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu gözlendi (bağımsız T Testi, p< 0.001).

Sonuç:
İleri çalışmalar ve validasyon gerekmekle birlikte mevcut bulgularımız kolorektal adenokarsinoma hastalarında yüksek MACC1 ekspresyonunun tümör tomurcuklanması ve ağsı desmoplazi paterni ile birlikte, olası metastaz potansiyelini ortaya koymaya aday birer biyobelirteç olabileceklerini ortaya koymaktadır.

SP-011
Kolorektal Kanserli Hastalarda ilk Başvurudan Adjuvan Tedaviye Kadar Geçen Sürelerin Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma

Enver İlhan[1], Orhan Üreyen[1], Semra Bağrıaçık Altıntaş[2], İsmihan Çalışkan[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, İzmir
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemşireliği, İzmir

Amaç:
Bütün kanserlerin içinde kolorektal kanser, dünyada anlamlı şekilde artmaktadır. Amerikan Kanser Birliği 2016 ve Türkiye Kanser İstatistikleri 2016'nın raporuna göre kolorektal kanserler dünyada ve ülkemizde hem kadınlarda hem de erkeklerde en sık görülen 3. kanserdir. Tanı ve tedavi yöntemlerine ulaşmada gecikme kolorektal kansere bağlı hastalıksız ve genel sağkalımı olumsuz yönde etkilemektedir. İleri evre tümörlerde mortalite artmakta, konservatif yaklaşımlar yerini daha agresif tedavilere bırakmaktadır. Primer tümörün çıkarılmasının ardından mikrometastazların sayısında ve anjiogenezis yeteneklerinde artma ve zamanla, mikrometastazların kemoterapotik ajanlara dirençli hale gelmesi, tedavi gecikmelerinin mortalite üzerindeki olumsuz etkisini açıklayan faktörler arasındadır. Çalışmamız Bu gecikmelerin süresini belirlemek için hastanemizdeki kolorektal kanserli hastaların hastalıklarını ilk fark ettikleri tarihten tanı ve tedavi yöntemlerine ulaşana kadar geçen zamanı ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimize Ocak 2011- Aralık 2016 tarihleri arasında başvuran, kolorektal kanser tanısı konulan ve tedavisi planlanan 87 hastanın verileri retrospekif olarak incelendi. Sayı ve yüzde hesaplaması kullanılarak veri hesaplamaları yapıldı. Çalışmaya tüm tanı ve tedavi yöntemlerine ulaşılabilen, histopatolojik olarak teyit edilen, kolorektal kanserli hastalar dahil edildi.

Bulgular:
Hastaların ortalama yaşı 58 ± 11.2 (44–86), olarak belirlendi. Hastaların % 28'i uzun süren kabızlık, %36'sı anemi, %18'i kilo kaybı, %18'i diğer şikayetler (halsizlik, yorgunluk, kusma, rektal kanama, vb) nedeniyle doktora başvurmuş ve 44 yaş ve üzeri hastaların %47'sine tanı konulana kadar kolonoskopi ya da herhangi bir görüntüleme yöntemi uygulanmamıştı. Hastaların sağlık kuruluşuna ilk başvurusundan kolonoskopi yapılana kadar geçen süre ortalama 21.15 ± 5.67 gün, kolonoskopi yapıldıktan sonra- histopatolojik sonuç çıkana kadar geçen süre ortalama 10.93 ± 3.42 gün, histopatolojik sonuç çıktıktan sonra -ameliyat olana kadar geçen süre arası ortalama 18.24 ± 5.10 gün, ameliyat sonrası nihai histopatolojik sonuç çıkana kadar geçen bekleme süresi ortalama 19.17 ± 4.82, ameliyat olduktan adjuvan tedavi başlanana kadar geçen süre ortalama 19.51 ± 8.76 gün idi. Polikliniğe başvuru anı ile aduvan tedavi başlanana kadar geçen süre ortalama 68.28 ± 5.67 gün olarak belirlendi.

Sonuç:
Adjuvan tedavideki gecikmelerin hastalık seyri üzerine olan etkileri çeşitli çalışmalarla değerlendirilmiştir. kolorektal kanserli hastaların tanıdan tedaviye kadar geçen sürenin üç ay ve daha uzun süreli olmasının hastalığın evrelerinin ilerlemesine neden olduğunu ve sağ kalımı kısalttığı bildirilmektedir. Çalışmamızda başvurudan biyopsi, ameliyat ve sistemik tedaviye kadar geçen toplam zaman gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında yakın sonuçlar bulunmuştur. Bu bekleme sürelerinin sağ kalımı etkilemesinden dolayı hastane yönetim sistemlerince en aza indirilmesi önerilmektedir. Ayrıca hastaların çoğunun tanı zamanına kadar herhangi bir görüntüleme yöntemine başvurmaması ülkemizde kolorektal kanser farkındalığının halen daha düşük olduğunu düşündürmektedir. Toplumun kolorektal kanser ve belirtileri yönünden, birinci basamak sağlık hizmetlerince taranması, erken tanı ve tedavi farkındalığı yaratması açısından önemlidir.

SP-012
T4N0 Kolon Kanseri Nedeniyle Rezeksiyon Yapılan Hastalarda Uzun Dönem Sonuçlarımız

İlker Ermiş[1], Çağrı Büyükkasap[1], Mircelil Seyidov[1], İlkin İsmayilov[2], Aydın Yavuz[3], Mahir Nasirov[1], Osman Yüksel[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gence İnternational Hospital Genel Cerrahi Bölümü, Ankara
[3]Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç:
T4N0 kolon kanserleri diğer evrelere göre nadir görülmektedir. Evre IIB ve IIC olarak kabul edilen T4N0 kolon kanserlerinde 5 yıllık sağkalım %63 olarak bildirilmiş iken Evre III olarak kabul edilen T3N1 olgularda %69 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada kliniğimizde T4N0 kolon kanseri nedeniyle R0 rezeksiyon yapılan hastalarımızın uzun dönem sonuçları irdelendi.

Gereç-Yöntem:
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2008-2016 yılları arasında kolonda kitle nedeniyle opere edilen, patoloji sonucu T4N0 olarak raporlanan 32 olgu değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların 12'si kadın (%37.5), 20'si erkekti (%62.5). Hastaların ortalama yaşı 63 ±15 idi. Yerleşim yeri olarak tümör en sık sigmoid kolondaydı (%46.87). Tümör tipi olarak en sık orta derece diferansiye adenokanser görüldü (%59.37). Hastaların %31.25'inde anjiolenfatik invazyon saptandı. Hastaların %18.75'inde perinöral invazyon görüldü. Hastalarda ortalama 25 ± 10.08 lenf nodu çıkarılmıştı. Ortalama tümör çapı 6.58 ± 3.15 cm idi. Hastaların ortalama takip süresi 26.19 ± 23.09 aydı. 1 yıllık takipte lokal nüks oranı %9.52, 2 yıllık takipte %12.5, 5 yıllık takipte %80 olarak saptandı. 1 yıllık sağkalım %89.65, 2 yıllık sağkalım %79.31, 5 yıllık sağkalım %55.55 olarak hesaplandı.

Sonuç:
T4N0 hastaların kötü prognozu agresif biyolojik davranış, lenf nodu metastazı negatif olmasına rağmen anjiolenfatik invazyon oranındaki yükseklik, sayı olarak yeterli olmasına rağmen doğru lenf nodu istasyonlarının çıkarılmamış olması

ve T4 tümörlere bağlı tümör hücrelerinin peritoneal boşluğa mikroskopik olarak dökülmüş olması olabilir. Sonuç olarak T4N0 olan olgulardaki düşük sağkalım oranları etkin adjuvan tedavi, peritoneal yıkamanın ilk ameliyatta uygulanması ve gerekirse adjuvan tedavi sonrası second-look yapılması vb. yöntemlerle arttırılabilir.

SP-014
Evre III Hemoroidal Hastalık için Stapler Hemoroidopeksi ile Transanal Hemoroidal Dearterilizasyon Yöntemlerinin Kısa Dönem ve Orta Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Tugan Tezcaner, Dilşah Ersöz, Yahya Ekici, Feza Y Karakayalı, Gökhan Moray
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Hemoroidal hastalık çok sık karşılaşılan tıbbi sorunlardan biridir ve hastaların yaklaşık %10-20›si cerrahi müdahaleyi gerektirir. Hemoroidal hastalık her yaşta rastlanılan ve her iki cinsiyeti de ilgilendiren bir hastalıktır. Çok çeşitli yöntem tedavi için geliştirilmiştir ve uygulanmaktadır. Cerrahi olarak farklı yöntemler bulunmakla beraber günümüzde en çok kabul gören iki yöntem; Milligan- Morgan (açık yöntem) ve Ferguson tekniğidir (kapalı yöntem). Her iki yöntemde de ameliyat sonrası ağrı ciddi bir sorundur. Ayrıca yara iyileşmesinin geç olması nedeniyle hastaların hastanede kalış sürelerinin uzaması veya normal aktivitelerine dönüşün uzaması gibi olumsuzlukları vardır.Stapler hemoroidopeksi (SH) Longo tarafından geliştirilen bir dairesel zımbalama cihazı ile gerçekleştirilmektedir ve yaygın kullanılan bir alternatif haline gelmiştir.Transanal hemoroidal dearteriyalizasyon (THD), ilk önce Morinaga ve ark. Tarafınca 1995›te sunulmuştur. Bu yöntem ile süperior rektal arterin tüm terminal dallarını tanımlanarak bağlanması; böylece hemoroidal dokularda dekonjesyon ve içlerinde yeni bağ doku oluşumu ile iyileşme amaçlanmıştır.Bu iki yöntemi karşılaştıran yeterli sayıda çalışma mevcut değildir.Bu çalışmada;merkezimizdeki üçüncü derece hemoroidal hastalık cerrahisinde THD ile SH arasındaki kısa vadeli sonuçları karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmaya merkezimizde Ocak 2011-Ocak 2016 yılları arasında evre III hemoroidal hastalık için SH ve THD yapılanhastalar dahil edildi.Biz bu çalışmada hastaların demografik özelliklerini,seçilen ameliyat yöntemini,ameliyat sonrası erken dönem sonuçlarını,ameliyat sonrası 1. ve 7. günlerdeki ağrı düzeyi,normal aktivitelerine dönüş süresi,ameliyat sonrası 1. haftadaki analjezik ihtiyaçlarını ve nüks oranlarını retrospektif olarak değerlendirdik.Komplike hemoroidal hastalığı olanlar,antikoagülan tedavi alanlar,anal fissür-anal fistül gibi eşlik eden perianal bölge hastalığı olanlar, inflamatuvar barsak hastalığı olanlar çalışma dışında bırakıldı.

Bulgular:
Bu tarihler arasında ameliyat edilen ardışık toplam 58 hasta çalışmaya dahil edildi. 32 hastaya (% 55.2) THD,26 hastaya (%44.8) SH yapıldı.THD yapılan gruptaki hastaların 25 ‘i erkek (%78.1) olup yaş ortalaması 49.88¬ ±13.9’tü. SH yapılan gruptaki hastaların 10’u erkek(%38.5) olup yaş ortalaması 53.31¬ ± 13.4’tü. THD grubundaki 20 hastaya (%62.5) genel anestezi,12 hastaya (%37.5) spinal anestezi uygulandı.SH grubundaki 5 hastaya (%19.2) genel anestezi, 21 hastaya (%80.8) spinal anestezi uygulandı. Ameliyat sonrası birinci gündeki vizüel analog skoru (VAS1)THD grubunda ortalama2.84±0.92, yedinci günde vizüel analog skoru (VAS2) ortalama 1.72 ±0.88‘di. SH grubunda VAS1 ortalama 1.35±0.48, VAS2 ortalama 1.08±0.27‘ydi.SH grubunda VAS 1 anlamlı olarak düşüktü (p<0.001) ve yine SH grubunda VAS2 anlamlı olarak düşüktü (p =0.001). SH grubunda daha az analjezik ihtiyacının olduğu gözlendi (p<0.001). THD grubunda 6 hastada (%18.8),SH grubunda 3 hastada (%11.5) komplikasyon gözlendi; her iki grupta komplikasyon oranları benzerdi(p =0.495). THD grubunda 2 hasta(%6.3),SH grubunda 1 hasta (%3.8) bir günden fazla hastanede yattı (p=1.000). THD grubunda normal aktivitelere dönüş süresi ortalama 7.8±2.55gün iken SH grubunda ortalama 5.4±1.476gündü (p=1.000). THD grubunda 3 hastada (%9.4),SH grubunda 9 hastada (%35) yeniden yakınmalar gözlendi (P 0.012).

Sonuç:
THD, SH ile karşılaştırıldığında başarılı nüks oranları ve tatmin edici erken dönemdeki hasta konforu ile etkin ve güvenilir bir yöntemdir. Diğer yöntemleri bir arada karşılaştıran daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

SP-015
Kolorektal Cerrahide Ghost İleostomi Yöntemi

Serkan Zenger[1], Bülent Gürbüz[1], Mustafa Arısoy[1], Ender Anılır[1], Uğur Can[1], Emre Balık[2], Dursun Buğra[2]
[1]V.K.V. Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Rektum cerrahisinde yüksek oranda görülen anastomoz kaçakları ve pelvik sepsisin engellenmesi için saptırıcı stoma kullanılması birçok hastada uygulanan bir yöntemdir. Ancak stomanın gerek fizyolojik ve gerekse de psikolojik yan etkileri hastalar üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta ve de morbiditeyi arttırmaktadır. Bu amaçla son yıllarda ghost ileostomi (hayalet ileostomi) uygulaması popüler hale gelmiştir. Bu çalışmamızda kolorektal cerrahi sonrası ghost ileostomi uygulama yöntemimizi ve ghost ileostomi yapılan olguların sonuçlarını paylaşmak istedik.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2014 – Aralık 2016 tarihleri arasında Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği’nde rektum kanseri nedeniyle 87’si anterior rezeksiyon (AR) ve 53’ü aşağı anterior rezeksiyon (AAR) olmak üzere toplam 140 ameliyatın 14’üne (%10) ghost ileostomi uygulandı. Bu 14 olgunun 10’una laparoskopik, 4’üne ise açık cerrahi işlem ile birlikte ghost ileostomi yapıldı. Kolorektal anastomoz tamamlandıktan sonra ileoçekal valvin 20 cm proksimalindeki ileal ansın mezenterinde bir açıklık oluşturulup damar askısı bu açıklıktan geçirildi ve askı sağ alt kadrandan karın dışına alınıp cilde tespit edildi.

Bulgular:
AAR sonrası ghost ileostomi yapılan hastalardan 1'inde anastomoz kaçağı ve sepsis olması üzerine acil laparoskopik eksplorasyon yapıldı. Batın içi yıkama tamamlandıktan sonra ghost ileostomi loop ileostomiye çevirilip olgunlaştırıldı. Diğer 13 olguda ise herhangi bir anastomoz kaçağı semptomu görülmedi. Anastomoz kaçağı şüphesi ortadan kalkınca ortalama 7. günde damar askısının bir ucu kesilip askı çıkarıldı.

Sonuç:
Kolorektal cerrahi sonrasında önemli bir sorun olan anastomoz kaçağı riskini azaltmak için birçok yöntem uygulanmaktadır. Bu yöntemlerden biri olan ve son yıllarda uygulanma sıklığı artan ghost ileostominin, anastomoz kaçağı açısından orta riskli hastalarda uygulaması kolay, komplikasyon oranı düşük uygun bir yaklaşım olduğu kanaatindeyiz.

POSTER BİLDİRİLER

P-001
Anal Stenozun Cerrahi Tedavisinde Yeni Bir Metod: Bilobe Lokal Deri Flebi

Hedef Özgün, Eyüp Murat Yılmaz
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın

Amaç:
Anal stenozun cerrahi tedavisinde yeni bir metod olarak bilobe lokal deri flebinin tanıtılması

Olgu:
Hemoroidektomi ameliyatı sonrası anal stenoz gelişmiş iki olgunun ameliyattan 4 yıl ve 25 yıl sonra bilobe lokal deri flebi ile cerrahi tedavisi yapıldı. İlk olguda yalnız anal werge bölgesinde özellikle anterior kısımda fibrozis ve deride plileşme mevcuttu. Önce lateral internal sfinkterin stenoza sekonder defekasyonda zorlanma sonucu oldukça gergin olduğu belirlendi. Lateral internal sfinkterotomi uygulandı. Ardından iyileşme sonrası yeniden fibrozis ve darlık oluşumunun önlenmesi için LİS yapılan alanın lateralinden deri ve deri altı yağlı doku kasa dek hazırlanarak bilobe lokal flep yapıldı. sfinkterotomi kesisi yapılan mukokutanöz bölgeye deri kaydırıldı. Z plasti şeklinde deri açıklığı kapatıldı. Anal kanal ağzından serçe parmağı genişliğinde iken işaret parmağı rahatça girecek kadar genişlik sağlandı. İkinci olgu 25 yıl önce hemoroidektomi ameliyatı sonrası birkaç ameliyat geçirmişti. Muayene bulgularında anal stenoz, fibrotik skar dokusu, aynı alanda anal fissür ve basit fistül traktı vardı. Anal fistül traktı fistülektomi ile fibrotik doku ile birlikte çıkarıldı. LİS uygulandı. Ardından bilobe lokal deri flebi çevrildi. Z plasti şeklinde deri açıklığı kapatıldı. Preop serçe parmağı dahi giremezken postop dönemde serçe parmağı rahatça geçebilmektedir.

Sonuç:
İlk olgu postop 5.ayda ikinci olgu postop 6.yıldadır. Her ikisi de şikayetlerinin geçtiğini, defekasyonda zorlanmadıklarını bildirmektedirler. İlk olguda anal kanal açıklığı işaret parmağından geniştir. İkinci olguda ise serçe parmağı geçecek kadar genişlemiştir. Defekasyon güçlüğüne ait belirtilerden herhangi birini tarif etmemektedirler.

P-002
Spontan Rektovajinal Fistül; Olgu Sunumu

Ali Tardu[1], Mert Mahsuni Sevinç[2], Zeliha Türkyılmaz[1]
[1]*Edirne Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Edirne*
[2]*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Amaç:
Rektovajinal fistüller çeşitli etyolojik nedenlerle ortaya çıkabilirler ancak spontan rektovajinal fistül oldukça nadir bir durumdur.

Olgu:
Dahiliye kliniğinde genel durum bozukluğu ve hipernatremi nedeni ile yatan ve femur başı fraktürü nedeniyle protez konmuş, 79 yaşındaki immobil kadın hasta rektovajinal fistül ön tanısı ile konsülte edildi. Uzun zamandır kabızlık öyküsü olan hastanın son 15 gündür vajenden gayta gelmeye başlamış. hastaya yapılan kolonoskopide füstül orifisi bulunamadı fakat insuflasyon ile vajenden hava kabarcığı geldiği görüldü. vajen mukozası ile vulva endüre ve vajende dışkı artıkları mevcuttu. Hastaya diversif loop kolostomi planlandı. Laparoskopik explorasyon yapıldı. Sol alt kadrandan sigmoid loop kolostomi yapıldı. Postoperatif birinci günde oral gıda başlandı. Dördüncü günde gaz-gayta deşarjı oldu. Hastanın vajinal akıntısı kesildi ve vulvadaki endurasyon geriledi. Hasta postoperatif yedinci günde Dahiliye servisine nakledildi.

Sonuç:
Spontan rektovajinal fistül ender görülen bir klinik antitedir. Literatürde çok az sayıda vaka bildirilmiştir. Yatalak hastalarda kabızlık ve fekal sertleşme durumları ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

P-003
Erişkin Çağda Multipar Kadın Hastada Anorektal Malformasyonun Kolostomisiz Rekonstrüksiyonu

Yurdakul Deniz Fırat, Muhammed Doğangün, Hasan Çantay, Bülent Özçetin, Deniz Tihan, Hüseyin Ayhan Kayaoğlu
T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Anorektal malformasyonlar (ARM) hindgut, allantois ve Müllerian kanalın oluşturduğu ürorektal septumun bir kısmının yada tümünün anormal gelişiminden kaynaklanan bir konjenital anomaliler topluluğudur. Bu anomaliye sıklıkla diğer sistemlerden kaynaklanan başka anomalilerde eşlik eder (1). Genelde yenidoğan ve çocukluk çağında tespit ve tedavi edilen bu hastalar nadirde olsa erişkin yaşta da görülmektedir. Çeşitli anorektal malformasyonlar tanımlanmış olup sıklığı yaklaşık 5000 canlı doğumda birdir ve erkeklerde 1,5 kat kadar daha sık gözlenmektedir.(2) Malformasyonun düzeltilmesi için çeşitli cerrahi teknikler denenmiş olsada 1982 yılında Pena ve de-vires tarafından tanımlanan posterior sagittal anorektoplasti (PSARP) tekniği ile bu hastaların tedavisinde oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiştir (3). Sınıflandırma «Wingspread» sınıflaması ile rektumunun kapalı sonlandığı ucunun levatör kaslar ile olan seviyesine göre yapılır (Tablo 1, 4). Bu tanımlamaya göre uygulanacak cerrahi tedavi değişiklik göstermektedir ve çeşitli algoritmalar tariflenmiştir.

Olgu:
26 yaşında evli ve 2 çocuklu kadın hasta polikiniğimize makat deliğinin olmaması, dışkının vajen içinden gelmesi, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve jinekolojik enfeksiyonlar ve cinsel ilişki sırasında ağrı ve rahatsızlık şikayetleri ile başvurdu. Bu durumun doğuştan itibaren olduğunu ailesi ve kendisi tarafından bilindiğini belirtti. Doğumlarını mecburen sezaryen ile yaptığını söyleyen hastanın hastanın yapılan fizik muayenesinde vajen hemen inferiorunda vestibüler alana açılan anal kanal ve rektum gözlendi (Resim 1,2). Hastanın yapılan MR görüntülemesinde Wingspread sınıflamasına göre infralevator anovestibüler fistül ile uyumlu görüntü izlendi (Resim 3,4). Kolonoskopi yapılan hastada ek patoloji saptanmadı (Resim 5). Hastaya cerrahi rekonstrüksiyon amacı ile anterior anal

transpozisyon uygulandı (Resim 6). Kolostomi açılmadı. Postoperatif dönemde inkontinans olmayan hastanın takiplerinde problem olmadı ve postop 10. günde taburcu edildi (Resim 7,8).

Sonuç:
Oldukça nadir olsa da anorektal malformasyonlar çeşitli sosyo-ekonomik nedenlerle erişkin yaşlara tedavisiz ulaşabilmektedir. Bizim hastamızda inkontinans gelişmediği için kolostomi açılması gerekmemiştir, ancak komplike anorektal malformasyonlarda kolostomi uygulanabilinir.

Wingspread Sınıflaması

Tip	Kız	Erkek
Supralevator (yüksek)	Fistülsüz rektal atrezi Rektovajinal fistül	Fistülsüz rektal atrezi Rektoprostatik fistül
İntermediate (Orta)	Fistülsüz anal agenezi Rektovajinal fistül Rektovestibüler fistül	Fistülsüz anal agenezi Rektobulbar fistül
İnfralevator (Alçak)	Anal stenoz Anokütanöz fistül Anovestibüler fistül	Anal stenoz Anokütanöz fistül
Diğer	Kloakal malformasyon Nadir malformasyon	Nadir malformasyon

P-004

İnkarsere Rektal Prolapsuslu Olguda Altemier Prosedürü Uygulanması

Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Ogün Erşen, Emre Ballı, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş:
Rektal prolapsus rektumun tüm katlarıyla beraber anüsten çıkması ile karakterize nadir görülen bir durumdur. Çeşitli kaynaklarda sliding herni olarak kabul gören hastalığın toplumdaki gerçek sıklığı bilinmemekle beraber erken yaşlarda erkek popülasyonda daha sık görülürken erişkin çağlarda kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu olguda spinal travmaya bağlı nörolojik sekeli bulunan inkarsere rektal prolapsuslu hastaya uygulanan altemier prosedürü ve koruyucu loop kolostomi ameliyatı sunulmaktadır.

Olgu Sunumu:
25 yıl önce geçirdiği travma sonrası her iki alt ektremitede kas gücü ve duyu azalması olan 72 yaşında kadın hasta yaklaşık 6 aydır defekasyon sırasında ortaya çıkan ve redükte edilemeyen anal bölgede kitle ve ağrı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğimize başvurdu. Anal bölge muayenesinde 25 cm'lik rektum ve sigmoid kolon ansının tam kat prolapsusu mevcuttu. Prolabe olan segment ödemli ve hiperemikti. Yer yer yaklaşık 3-4 cm'lik ülsere alanlar mevcuttu. Karında hassasiyet, defans ve rebound bulgusu yoktu. Nörolojik muayenede her iki alt ekstremitede baldır ve bacak kasları orta-ileri derecede atrofikti. Her iki alt ekstremitede manuel kas gücü muayenesinde 2/5 kas kuvveti vardı. Laboratuvar incelemede değerler normal seviyede idi. Yeterli intravenöz analjezi ve sedasyon sağlandıktan sonra prolabe olan segment manuel redükte edilmeye çalışıldı fakat başarısız olundu. Hasta spinal anestezi altında, litotomi pozisyonunda ameliyata alındı. Rektum, dentat çizginin yaklaşık 1 cm proksimalden koter yardımı ile sirküler olarak tam kat kesildi. Mezo diseksiyonu ligasure ile yapıldı. Sigmoid kolon ve rektum büyük arter ve venleri 2/0 vicryl sütürler ile bağlanıp kesilerek mezo diseksiyonu tamamlandı. Sigmoid kolon da sirküler tarzda anal vergeden 3 cm proksimalden koter ile kesilerek rezeksiyon tamamlandı. Mukozal kanama kontrolü yapıldı. Dışta anal kanal, içte sigmoid kolon olmak üzere iki adet iç içe geçmiş halka şeklinde anastomoz hattı ortaya konuldu. Anastomoz 2/0 prolen ile devamlı dikişlerle tek kat üzerinden yapıldı. Anastamoz hattı spontan redükte oldu. Rektal tuşede anastomoz hattı anal vergeden 5 cm proksimalde hissedildi. Karın sol umblikus hizasından yaklaşık 3 cm çapında dairesel insizyon ile cilt ve cilt altı yağ dokusu eksize edildi. İnen kolon splenik fleksura yakınlarından insizyon üzerine çekildi. Koruyucu loop kolostomi tekniğine uygun olarak açıldı. Hastanın ameliyat sonrası takiplerinde problem yaşanmadı. Postop aynı gün kolostomiden gaita gelişi mevcuttu. Oral gıda alımına başlandı. Uygun yara iyileşmesi sağlandıktan sonra, ostomi bakımı eğitimi verilerek postop 4. gününde taburcu edildi. Loop kolostomi 8.haftada kapatıldı, postop 3.günde taburcu edildi. Patolojik durum ile karşılaşılmadı.

Tartışma ve Sonuç:
Genel populasyonda eksternal prolapsus görülme sıklığı %0,5'den azdır. Rektal prolapsus hastalarının %80-90'ı 50 yaş üzeri ve kadın hastalardır. Rektal prolapsusun etiyolojisi net olarak bilinmemesine karşın fazla sayıda doğum yapmak, ileri yaş, kronik psikiyatrik hastalık, Ehler-Danlos tip IV sendromu gibi durumlarda görülme sıklığı artmaktadır. Ameliyat seçimi sırasında hastaya ve cerrahi tecrübeye göre karar vermek gerekmektedir. Altemier prosedürünün spinal anestezi ile de uygulanabilir olması ameliyat tercihinde avantaj sağlamaktadır. Nüks oranı abdominal yaklaşımlı rektal prolapsus ameliyatlarına göre yüksek olmasına rağmen, inkarsere rektal prolapsusta, özellikle rezeksiyon gereken strangüle rektal prolapsus olgularında, debil, yaşlı, komorbid hastalığı bulunan, genel anestezinin kontrendike olduğu hastalarda perineal rezeksiyon tercih edilebilir cerrahi seçenektir.

P-005

Anismus Hastalarında Endoanal Ultrasonografi Eşliğinde Pubrektal Kasa Yüksek Doz Botulium Toksin Enjeksiyonun ait Başarısızlığımızın Muhtemel Nedenleri: 2 Olgu

Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dincer Ozgör, Ertugrul Karabulut
İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç:
Anismus pelvik taban kaslarının dissinerjik oluşu neden ile gelişen bir defekasyon bozukluğudur. Anismusun konservatif tedavisinde Botlium norotoksin kullanımı ait çalışmalarda doz ve uygulama yeri ve başarısı konusunda hala fikir birliği olmayıp bu konuda literatürdeki sonuçlar ne yazık ki yetersizdir. Bu çalışmada, uzun sure konservatif tevdilerle

birlikte biofeedback terapiye yanıt alınamamış 2 anismus hastamıza, Endoanal Ultrasonografi (EUS) yardımı ile yüksek doz Botulinum Toksin enjeksiyonunun teknik detayları ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Olgu:
Yavaş geçişli kolonik inerşia ön tanısı ile laparoskopik total kollektomi yapılmış iki kadın hastanın (33 ve 28 yaşında) 6 ay yapılan biyofeedback, diyet, pelvik, egzersiz, tuvalet eğitimi, psikiyatrik tedaviye rağmen (birincisi 41, diğer 27 ay sonra), devam eden parmak yardımlı defekasyon güçlüğü, tuvalet de uzun kalma, tenesmus, pelvik ağrı ve huzursuzluk semptomları düzelmemiştir (Roma III konsitpasyon kriterleri). Hastalara yapılan defakagrafi de, 4 cm den küçük rektosel, anaorektal açının genişlemediği, puborektal kas ve anüsün gevşemediği için opak madenin % 90 dan fazlasının 15 dakikalık efora rağmen çıkarılamadığı gözlendi. Anal monmetride rektal maksimum tolere edilebilir volümün 180 cc altında olduğu, ıkınma esnasında internal anal sfinkter basıncında gevşeme yetersiz, balon eksplusyon testinde 15 dakikaya rağmen atılımın olmadığı tespit edildi.

Sonuç:
Hastaların, mens bitimininden sonrasına işlem planlandı. Birinci olguya sedasyon altında jack-nife pozisyonunda, diğerine spinal anestezi altında litotomi pozisyonunda EUS probu anüse konduktan sonra, puborektal kas görüntülendi (Resim 1). Spinal iğne ile anal grimden 4 cm lateralden sağ-sol ve posteriorden puborektal kas hedeflenerek girildi, iğnenin hiperkeoik efeketi görüldü ve 3D moduna geçildi. Spinal iğnenin uçunun doğru yerde olduğu 3D modun da teyit edildikten sonra, tekrar 2D real time modu ile 300 ünite Botulium toksin type A (BTX-A) (BOTOX®, Allergan, Irland) enjeksiyon yapılıp, enjeksiyon sahasının hipoekoik görüntüsü elde edildi (Resim 2). Hastaların 5.,10., 20. gün ve 1. ay kontrolü sözlü ve anal muayene ile yapıldı. Hastalarda ilk yirmi gün defekasyon sırasında ve sonrasında sırta vuran şiddetli ani kısa sureli analjeziklere cevap veren ağrı gelişti. Hastaların anismusa ait semptomlarında düzelme olmadı. Anismus, obsturiktif defekasyon sendorumunun subalt grubu olup, erişkin toplumun yaklaşık % 7 etkilemektedir. Güçlü norotoksin olan BTX-A presinaptik asetilkolin salınımını inhibe ederek özellikle çizgili kaslarda paralizye neden olmaktadır. BTX-A enjeksiyon şekli ise EMG yardımlı yada yardımsız perkutan enjeksiyon veya EUS yardımlı enjeksiyon şeklinde yapılmasına karşın ideal yöntem konusunda fikir birliği yoktur. BTX-A enjeksiyonu dozu 6 -100 ünite olarak rapor edilmiştir. Bu doz farklılığa rağmen erken dönemde başarı %40-78 arasında olup, 6 ay ve daha uzun dönemde başarı %25 ve altındadır. Tüm konservatif tedavilerin başarı oranı oldukça düşüktür, uzun dönem sonuçlar ise % 33 oların altındadır. Bu çalışmada hastalar oldukça yüksek dozda BTX-A uygulamamıza rağmen sonuç almamızın nedenlerini sorguladığımızda. Hastane eczanesinden soğuk zincirde ilacın bozulmadığı gördük. Uygulama yerini her iki vaka da 3D EUS ile kontrol edildi. Başarısızlığımızdaki muhtemel neden olarak, ekternal anal sfinktere ek uygulama yapmayışımız ile birlikte puborektal kasın büyük oranda düz kas olduğu ve otonomik aktiviteye daha bağımlı oluşunu nedeni ile botuilum uygulamasından az etkilenebileceğini düşündük.

Tablo 1: Hastaların semptomları

Hasta No	Yaş /cinsiyet	Semptomların süresi(yıl)	Haftalık dışklama sayısı	Yardımsız dışklama süresi (dk)	Tam boşalamama hissi	Tenesmus sayısı (Haftalık)	Dışklamaya yardım (Haftalık)
1	37-K	12	3	30-45	Daima	3-6	Parmakla, Perine ve vajen desteği
2	28-K	6	1	40-50	Daima	10	Parmakla, Perine ve vajen desteği

P-006
Nadir Bir Olgu: Tailgut Kisti

Vahhaç Alp, Yusuf Yağmur, Mehmet Babür, Serdar Gümüş, Mehmet Ali Can, Mehmet Ali Açıkgöz, Zeynep Şener Bahçe, Rıdvan Yavuz, Edip Erdal Yılmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Amaç:
Retrorektal gelişimsel kistler başlıca üç grup altında incelenebilir; epidermoid kist (dermoid), rektal duplikasyon kisti ve kistik hamartoma (tailgut kisti).Tailgut kistleri embriyolojik tailgut'tan köken alan konjenital lezyonlardır. Retrorektal kistik hamartom olarak ta bilinirler. Tailgut kisti pekçok yayında benign olarak rapor edilse de, sık olmamakla birlikte malign değişim gösterebilmektedir. Kadınlarda daha sıktır. Olguların çoğu erişkin yaş grubunda olsalar da çocukluk ve yeni doğan döneminde de tanımlanan olgular vardır. Çoğunlukla asemptomatik olsalar da kötü lokalize edilen pelvik ve lomber ağrı veya rektal dolgunluk hissi en sık görülen yakınmalardır. Tailgut kistinin en önemli komplikasyonları, perirektal apse, fistüle sekonder enfeksiyon ve kist duvarından gelişebilen müsinöz adenokarsinomdur. Tanıda sonografi (rektal sonografi daha değerlidir) kullanılabilse de bilgisayarlı tomografi (BT), magnetik rezonans ile birlikte tanıda en değerli yöntemdir.Biz bu yazıda tailgut kisti nedeniyle opere ettiğimiz 31 yaşında kadın hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
31 yaşında evli ve 2 çocuklu kadın hasta, karın ağrısı, kabızlık ve makatta şişlik nedeniyle başvurdu. Bakılan fizik muayenede, diz-dirsek pozisyonunda, anal bölge süperiorunda, muhtemel retrorektal ve presakral uzanımı olan, yaklaşık 10 cm çapında, dışarıdan basıyla rektum pasajını daraltan, düzgün sınırlı, fluktuasyon veren muhtemel kistik kitle izlendi. Laboratuvar bulgularında bir patoloji saptanmadı.Çekilen Pelvik MR›da kist ile rektum arasında ilişki olmadığı ve kistin pelvik diyaframın inferiorunda kaldığı, rektum ve pelvik diyaframı yaylandırdığı ve koksiksi presakral alana doğru büktüğü görüldü. Bunun üzerine hasta operasyona alındı. Spinal anesteziyle jack knife pozisyonunda oblik insizyonla cilt ve cilt altı geçilip kiste ulaşıldı. Kist disseke edilerek pelvik diyafram kaslarından ayrıştırıldı ve eksize edildi. Takiben pelvik diyaframa plikasyon yapılarak koksiks normal pozisyonuna getirildi. Loja bir hemovak dren

konularak cilt sütüre edildi.Postoperatif 2. Gün dren çekildi ve hastaya kegel egzersizleri öğretilerek hasta postoperatif 5. Gün taburcu edildi. Postoperatif 2. Ay kontrollerinde sorun yoktu. Patolojik incelemede epidermoid kist olduğu saptandı.

Sonuç:
Orta yaşta kadın hastalarında görülen ve medikal tedavi ile gerilemeyen perianal ağn, otururken rahatsız olma hissi, idrar şikayetleri, rektal kanama, kabızlık ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarında retrorektal kistik kitleleri nadir görülselerde tanıda akıllarında tutmalarının faydalı olacağını düşünüyoruz. Retrorektal kitle tespit edilen hastaların tedavisininde enfeksiyon ve malign dejenerasyon olasılıkları nedeniyle cerrahidir. Günümüzde laparoskopik ve perineal yönlü cerrahi yöntemler de uygulanabilmektedir. Cerrahi prosedürün şeklini esasen kistin lokalizasyonu ve büyüklüğü belirlemekte olup tam olarak çıkarılamayan olgularda kist rekürrensi ile karşılaşılabilir. Özellikle kist eksizyonu ile birlikte koksiksektomi yapılan olgularda rekürrens ihtimali daha düşük olarak görülmektedir.

P-007
Mesh ile Rektopeksi Uyguladığımız Rektal Prolapsuslu Hastalarımızın Erken Dönem Sonuçları

Kamil Erözkan, Tayfun Yoldaş, Osman Bozbıyık, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Ali Korkut
Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Rektal prolapsus her yaştan erkek ve kadında ortaya çıkabilmekle birlikte, tipik olarak yaşlı kadınlarda görülen bir hastalıktır. Kliniğimizde transabdominal yolla opere ettiğimiz hastaların verilerini sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2010 ile Aralık 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği'nde tam kat rektal prolapsus ile başvuran ve cerrahi uygulanan 25 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, predispozan faktörleri, operasyon prosedürleri ile postoperatif komplikasyonlar, nüksler ve kabızlık, ishal, inkontinens gibi defekasyon disfonkisyonları kaydedildi. Prosedür olarak transabdominal yaklaşım ile ventral mesh rektopeksi (VMR) ile posterior mesh rektopeksi (PMR) tercih edildi.

Bulgular:
Çalışmaya katılan 25 hastanın ortalama yaşı 59,44 idi (18-84). Hastaların cinsiyet dağılımı 21 (%84) kadın ve 4 (%16) erkek olgu şeklindeydi. Tüm hastalarda tam kat prolapsus mevcuttu. Laparoskopik yaklaşım - konvansiyonel yaklaşım oranı %32'ye %68 (n:8-17), PMR ile VMR oranı %92'ye %8 idi (n:23-2). Opere ettiğimiz hastaların 3›ünde (%12) nüks gözlemlendi. 6 hastada (%24) defekasyon disfonksiyonu izlendi. Komplikasyon olarak 1 hastada insizyonel herni gelişti.

Sonuç:
Rektal prolapsus hastalarında transabdominal yaklaşım ile mesh rektopeksi komplikasyon oranı düşük ve güvenlir bir yaklaşımdır.

P-008
Kronik Konstipasyon: Konservatif Tedavi mi? Cerrahi Yaklaşım mı? Hangi Ameliyat, Ne Zaman?

Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, Mert Tanal
Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç:
Kronik konstipasyon pek çok konservatif tedavi yaklaşımlarından cerrahi tedavi girişimlerine kadar değişik yöntemler ile tedavi edilebilir. Cerrahi tedavi ancak konservatif tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda bir seçenek haline gelmektedir. Herhangi bir operasyona karar vermeden önce kronik idyopatik konstipasyon (Kolonik İnersiya)/ yavaş transit zamanlı konstipasyon(YTK), pelvik çıkış tıkanıklığı (obstrükte defakasyon sendromu, ODS) ya da her birinin kombinasyonları olabilir. Hepsine ayrı bir cerrahi girişim gerekebilir.Kronik konstipasyonda, konservatif tedavilere yanıt alamadığımız hastalarda cerrahi yöntemler bir seçenektir. Son 7 yılda az da olsa yaptığımız cerrahi girişimleri paylaşmak istedik.

Gereç-Yöntem:
2010-2017 arası kronik konstipasyon şikayeti hastanemiz cerrahi polikliğine başvuran hastaları inceledik.Bunları hangi tedavi yöntemlerine yönlendirdiğimizi sorguladık. Biz subtotal kolektomi, Starr, transvaginal rektosel onarımlarını cerrahi tedaviler olarak bu hastalar da uyguladık.

Bulgular:
34 hasta kronik konstipasyon şikayeti ile başvurdu.
16 hastada konservatif tedavi denendi.
4 hastada SNM ile iyi sonuçlar alındı.
2 hasta STARR,5 hasta da subtotal kolektomi,7 hasta da ise transvaginal rektosel ameliyatı yapıldı.
6 ay sonra yapılan kontrollerde konstipasyon şikayetleri gerilemişti.

Sonuç:
Kronik konstipasyon tedavi seçimi her hasta için özel olmalıdır. Bu durum algoritmalar ile belirlenebilir.

P-009
Rektal Prolapsusta Perineal Yaklaşım, Olgu Sunumu

Aydın Öztürk, Muzaffer Muazzez Cangül, Sinan Önder, Ömer Faruk Özkan, Muammer Karaayvaz, Mehmet Yılmaz Akgün, Şükrü Taş
Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Rektal prolapsus anal orifisten protrüde olmuş mukozal ya da tam kat rektal dokunun varlığını ifade eder. Rektal prolapsus tedavisi abdominal veya perineal cerrahilerdir. Yaşlı ve cerrahi açıdan yüksek riskli hastalarda perineal yöntemler tercih edilir ve daha sık olarak Altemeier prosedürü olarak adlandırılan rektosigmoidektomi uygulanır. Kliniğimize redükte olabilen rektal prolapsus ile başvuran ve Altemeier prosedürü uygulanmış 85 yaşında kadın hasta sunulmaktadır. Genel

anestezi altında Altemeier prosedürü uygulandı. Hastada, cerrahi sonrası dönemde komplikasyonu gelişmedi ve postoperatif 4. gün taburcu edildi. Altemeier prosedürü endike olduğu komorbiditesi fazla yaşlı hastalarda, düşük morbidite ve mortalite oranları ile tecrübeli hekimler tarafından güvenle uygulanabilir.

Giriş:
Rektal prolapsus, anal orifisten mukozal veya daha sık tanımlandığı üzere tam kat rektal dokunun protrude olmasıdır(1). Fekal inkontinans, konstipasyon ve rektal ülser sık görülen problemlerdir.(2)Hastalığın tedavisinde mevcut spesifik medikal tedavi mevcut olmayıp, esas tedavi cerrahidir. Rektal prolapsus için uygulanan cerrahiler genel olarak abdominal ve perineal yaklaşımlar olacak şekilde iki grupta incelenebilir. Abdominal yaklaşımlarda en sık kullanılan yöntem rezeksiyonlu veya rezeksiyonsuz rektopeksidir(2). Perineal yaklaşımlar, ağır kardiyopulmoner hastalık gibi belirgin komorbiditesi olan yaşlı hastalarda, lokal veya rejyonel anestezi ile uygulanabilmesi açısından avantaj yaratır ve en sık uygulanan perineal yaklaşımlar Altemeier ve Delorme prosedürleridir(2). Çalışmamızda, kliniğimize redükte edilebilen rektal prolapsus ile başvuran ve Altemeier prosedürü uygulanmış olan hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu
Kliniğimize, 85 yaşında kadın hasta son 3 -4 aydır makattan dışarı çıkan kitle şikayeti ile başvurdu. Hastanın anamnezinden kronik konstipasyonun eşlik ettiği elle içeri itilebilen, giderek artan şekilde makattan dışarı çıkan kitlesi olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde barsak segmentinin anal kanaldan yaklaşık olarak 10cm dışarı çıkmış olduğu ve bu segment üzerinde mukozal ödem ve ülserasyon bulunduğu tespit edildi. Genel anestezi altında hastaya perineal rektosigmoidektomi (Altemeier prosedürü) uygulandı. Cerrahi Prosedür: Litotomi pozisyonunda, dentat çizgiden yaklaşık olarak 1-2 cm mesafeden prolabe olan rektumda tam kat çevresel insizyon uygulandı. Peritoneal refleksiyon çepeçevre kesilerek periton boşluğuna girildi. Prolabe olan uzun barsak mezenteri, ligaşur ile kesildi.Prolebe olan barsak segmenti eksize edildikten sonra distali anal kanala el ile tek tek sütüre edilerek anastamoz yapıldı. Cerrahi sonrasında hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi.

Tartışma:
Rektal prolapsus, sosyal problemler ve fonksiyonel bozukluklara neden olan rektumun tam kat olarak anal kanaldan protrude olmasıdır. En kabul gören teori Broden ve Snellman tarafından ortaya konan rektal prolapsusun rektumun kendi üzerinden anal sfinktere doğru gerçek intususepsiyonu olduğudur(3). Rektal prolapsus nadir olarak görülen bir hastalık olup insidansı %0,25 ile %0,42 arasında değişir(4,5). Hastalığın prevalansının, 65 yaş üzerindeki erişkinlerde %1 olduğu tahmin edilmektedir.(6) Yaşlı yüksek riskli hastalarda perineal yöntemler seçilir; fekal inkontinansı olan hastalarda perineal rektosigmoidektomi ve levatoroplasti, inkontinansı olmayan konstipasyonla giden büyük prolapsus mevcut ise perineal rektosigmoidektomi tercih edilirken küçük prolapsusu olan kontinans problemi olmayan hastalarda ise Delorme prosedürü tercih edilir. Altemeier prosedürünün en önemli dezavantajı yüksek nüks oranlarıdır ve bu oran literatürde değişkenlik gösterir. İyi tolere edilebilir bir cerrahi yöntem olarak görülse de çeşitli komplikasyonlar izlenebilir.

Sonuç:
Sonuç olarak Altemeier prosedürü yaşlı komorbiditesi fazla olan yüksek riskli hastalarda endikedir. Abdominal yöntemlere göre daha fazla nüks oranı olmasına rağmen daha az morbidite ve mortalite oranları ile endikasyonu olan vakalarda tecrübeli hekimler tarafından uygulanabilir.

Kaynaklar
1. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, Alavi K, Sudan R, Wise PE. Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies. J Gastrointest Surg. 2014;18:1059-69.
2. Melton GB, Kwaan MR. Rectal prolapse. Surg Clin North Am. 2013;93:187-98.
3. Broden B, Snellman B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography. A contribution to the discussion of causative mechanism. Dis Colon Rectum. 1968;11:330-47.
4. Patel SM, Lembo AJ. Sleisenger and Fordtran›s Gastrointestinal and Liver Disease. 8th ed. Feldman M, editor: Saunders. 2006;230.
5. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. Scand J Surg. 2005;94:207-10.
6. Stein EA, Stein DE. Rectal procidentia: diagnosis and management. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2006;16:189-201.

P-010
Rektum Cerrahisi Sonrası Anal Sfinkter Fonksiyon

Süleyman Demiryas, Anıl Orhan, Engin Hatipoğlu, Yunus Emre Bölükoğlu, İhsan Taşçı
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç:
Rektum kanseri için uygulanan neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası sfinkter koruyucu cerrahi olarak total mezorektal eksizyon, intersfinkterik rezeksiyon veya very low anterior rezeksiyon uygulanabillir. Sfinkter koruyucu rektum serrahisi sonrası diversiyon ostomiler tercih edilmektedir. Anal sfinkter fonksiyonu değerlendirilmesi yapılmadan kapatılan diversiyon ostomileri hastaların yaşam kalitesini bozmaktadır. Çalışmamızda, kolorektal cerrahi uygulanan hastalarımızın sfinkter fonksiyonlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmamıza Ocak 2011- Aralık 2016 tarihleri arasında rektum cerrahisi uygulanmış ve fekal inkontinans şikâyetleri nedeniyle Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Cerrahi Endoskopi Ünitesi, Fizyoloji Laboratuvarında değerlendirilen 26 hasta dâhil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, şikayetleri, wexner skorları, anal manometri sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların 12'si erkek, 14'ü kadındı. Yaş ortalaması 58.65±15.99 yıldı. 22 hastaya açık, 4 hastaya laparoskopik girişim uygulandı. Hastaların 9'una diversiyon ileostomi, 5'ine diversiyon kolostomi uygulandı. 12 hastaya neoadjuvan kemoterapi yapıldı. Hastaların Wexner Skoru ortalaması 11.03±7.12 olarak hesaplanmıştır. Manometrik ölçümlerde ortalama anal dinlenim basıncı 35.38±19.73 mmHg, ortalama rektal basıncı 27.53±21.85 mmHg, ortalama internal anal sfinkter basıncı 34.5±22.03 mmHg, ortalama eksternal anal sfinkter basıncı 39.42±21.18 mmHg, ortalama anal basıncı 40±22.32 mmHg, sıkma eylemi dinlenim basınç ortalaması 31.57±19.04 mmHg, tahammül sıkma basınç ortalaması 19.11±20.39 mmHg, ortalama sıkma zamanı 33.76±11.80 sn, ıkınma eyleminde dinlenim basınç ortalaması 36.26±19.86 mmHg, ıkınma eyleminde minimum basınç ortalaması 21.26±13.52 mmHg, ıkınma eyleminde yüzde rahatlama ortalaması %36.61±26.50, ortalama RAIR dinlenim basıncı 30.58±23.12 mmHg, ortalama RAIR kalan basıncı 17.76±10.12 mmHg, ortalama RAIR yüzde rahatlama hissi %31.52±23.07, rektal duyarlılık eşik değer incelemesinde ilk duyum ortalaması 43.84±29.40 ml olarak ölçülmüştür.

Sonuç:
Sfinkter koruyucu rektum cerrahisi sonrası anal sfinkter fonksiyonları etkilenmektedir. Özellikle uygulanan cerrahi teknik, anastomozun anal girime olan uzaklığı, neoadjuvan tedavi, adjuvan tedavi ve diversiyon uygulanması anal sfinkter fonksiyonunu etkileyen majör faktörlerdir.

P-011
Oral Antikoagülan (Warfarin Sodyum) Kullanımına Bağlı Gelişen Spontan İntestinal İntramural Heöatom: 4 Olgu

Dilek Kuzukıran, Semra Demirli Atıcı, Yasemin Akyüz, Emre Turgut, Emre Dikmeer, Fuat İpekçi
Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Warfarin Sodyum kalp hastalarında, kapak replasmanı yapılan hastalarda, periferik vasküler patolojisi olan ve pulmoner emboli geçiren hastalarda kulanılan ve genellikle uzun süreli kullanım gerektiren bir oral antikoagülan ilaçtır. (1,2) Karaciğerde K vitaminine bağlı pıhtılaşma faktörlerini inhibe ederek etki gösterir. Bu hastaların takibinde INR (International Ratio) değeri kullanılır ve 2-3 arasında tutulmaya çalışılır. INR değeri 3'ün üzerinde kanama riskinin anlamlı derecede arttığı bilinmektedir. En önemli komplikasyonu doz aşımına bağlı spontan kanamadır. Epistaksis (%35) en sık görülen şekli olmakla birlikte, yumuşak doku içine (rektus kılıfı vb.) (%21), gastrointestinal sisteme (%15), üriner sisteme(%15), intrakranial (%4), toraks içine (%3), intraoküler (%2), retroperitona(%1) ve eklem içine(%0,5) kanamalar görülebilmektedir. (3) Akut karın kliniğini taklit edebilir. Gastrointestinal kanamalar kedini hematemez, melena ile gösterebileceği gibi intramural ve intramezenterik hematom olarak da görülebilir.(3,4) Tanı genellikle anamnez ve fizik muayene ile birlikte görüntüleme yöntemlerinden bilgisayarlı tomografi ile konulur. Hastaların büyük bir kısmında konservatif tedavi ile kanama kontrol altına alınır ve az bir kısmında eksplorasyon gerekir.(5) Biz İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve akut karın ön tanısı ile Genel Cerrahi kliniğine konsülte edilen Warfarin Sodyum doz aşımına bağlı gelişen spontan ince barsak intramural hematomu olan 4 hastayı sunmayı amaçladık.

P-012
Crohn Hastalığında İnfliksimab Kullanımı Sonrası İleum Perforasyonu: Olgu Sunumu

Serkan Zenger[1], Bülent Gürbüz[1], Mustafa Arısoy[1], Emre Balık[2], Dursun Buğra[2]
[1]VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Crohn hastalığı bağırsağın transmural inflamasyonu ile karakterize ve ciddi komplikasyonlara neden olabilen kronik bir hastalıktır. Hastalığın yönetiminde öncelikle aminosalisilatlar, kortikosteroidler, immunosupresanlar ve biyolojik ajanlar gibi medikal tedaviler uygulanmaktadır. İnfliksimab, medikal tedavide uygulanan önemli bir biyolojik ajandır. Bu olgu sunumunda, iki doz İnfliksimab kullanımı sonrası ileum perforasyonu gelişen bir hastamızın bilgilerini paylaşmak istedik.

Olgu:
43 yaşında bayan hasta, yaklaşık 1 haftadır zaman zaman olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde sağ üst ve alt kadranlarda hassasiyet mevcuttu, defans veya rebound saptanmadı. Bağırsak sesleri hiperaktifti. Laboratuar değerleri; ALT: 17 U/L, ALP: 69 U/L, Amilaz: 33 U/L, AST: 17 U/L, CRP: 27,9 mg/L, Kreatinin: 0,7 mg/dL, Lipaz: 15 mg/dL, PCT: 0,03 ng/mL'idi. Tüm abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) ileum seviyesinde aktif inflamasyon ile uyumlu görünüm, terminal ileuma kadar enflamatuar değişiklikler ve daralma olduğu tespit edildi. Kolonoskopide; terminal ileumda yaygın ülserasyonlar tespit edildi. Biyopsi sonucu Crohn hastalığı ile uyumlu bulundu. CRP ve Sedimentasyon yüksekliği olması üzerine gastroenteroloji kliniği tarafından antibiyoterapi, 40 mg/gün IV steroid ve daha sonra idame edilmek üzere İnfliksimab (Remicade®) 250 mg uygulandı. Takiplerinde karın ağrısının zaman zaman gerileyip tekrar şiddetlenmesi üzerine kontrol abdomen BT ile değerlendirilerek ileum seviyesinde darlık, proksimal bağırsak anslarında genişleme, hava sıvı seviyeleri ile muhtemel bir ileit tespit edildi. Darlık için stentin uygun olmadığına karar verildikten sonra ilk dozdan 10 gün sonra 2. doz 300 mg Remicade® uygulandı. Bu tedaviden 1 gün sonra karın ağrısı şikayetinin artması, fizik muayesinde akut batın bulgularının olması, CRP ve lökosit değerlerinin yükselmesi üzerine acil ameliyata alındı. Terminal ileumda 40 cm'lik bağırsak segmentinin enflame ve kısmi obstrükte olduğu ayrıca orta kısmında 0,5 cm'lik perforasyon olduğu görüldü. Segmenter ileum rezeksiyonu ve uç ileostomi yapılan hastanın ameliyat sonrası dönemde şikayeti olmaması üzerine şifa ile taburcu edildi. Kontrollerinde herhangi bir sorun olmadan takip edilen hastanın ileostomisi kapatıldı ve halen gastroenteroloji ekibi tarafından takip edilmektedir.

Sonuç:
Crohn hastalığında öncelikle medikal tedaviler uygulanmaktadır. Mukozal iyileşmeyi sağlayan İnfliksimab da tedavide kullanılan etkili bir ajandır. Ancak İnfliksimab kullanımı sonrasında literatürde de belirtildiği gibi barsak perforasyonu gelişebileceği akılda tutulmalı ve gereğinde eksplorasyon düşünülmelidir.

P-015
İleum Mezosunda Kalsifikasyon, Heterotopik Mezenterik Ossifikasyon, Olgu Sunumu

Deniz Tazeoğlu[1], Burak Güney[1], Bilal Arslan[1], Selma Şengiz Erhan[2], Hüseyin Nevzat Elmalı[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş:
Heterotopik ossifikasyon (HO); beklenmeyen bir dokuda yeni kemik oluşumu ile karakterize olan bir antitedir. İlk defa 1918 yılında Dejerine ve Ceillier tarafından, "paraosteoartropati" terimi ile tanımlanmıştır. Çoğunlukla büyük eklemlerde, eklem komşuluğundaki kaslarda ve nadir olarak da vücudün farklı yerlerinde atipik yerleşimli görülebilir.

Olgu:
27 yaşında erkek hasta, özgeçmişinde özellik yok. Akut batın nedeniyle opere edilen olguda per-op batın içi yaygın intestinal mayi ve spontan ileum perforasyonu gözlenmiş. Perforasyon odağı primer sütüre edilerek onarılmış. Post-op üçüncü gün batın içi drenden intestinal mayı gelmesi üzerine yeniden operasyona alınmış. Per-op incelemede primer onarılan perforasyon odağından intestinal mayi kaçağı görülmüş. Perforasyon odağı bulunan ileum segmenti yaklaşık 5 cm rezeke edilmiş ve uç-uca anastomoz uygulanmış. Anastomoz hattının 10 cm proksimalinden saptıcı ileostomi açılmış. Batın kapatılmamış ve vakum tedavi uygulanmış. İki kez batın yıkama ve vakum tedavisinden sonra batın kapatılmış. Spontan ileum perforasyonun etyolojisi araştırılmış. Gastroentoroloji, Enfeksiyon hastalıkları ve Romatoloji konsültasyonları sonrasında yapılan görütüleme ve laboratuar bulgularında patoloji saptanmamış. Post-op otuz ikinci gün taburcu edilmiş. Dört ay sonra ileostomi kapatılması planlandı ve uygulandı. Per-op ileostominin 25-30 cm proksimalinde mezosunda düzensiz kalsifikasyonlar olarak değerlendirilen yaygın ve sert yapılı plaklar bulunan ileum segmenti görüldü. ileum segmentinde duvar kalınlaşması görüldü. İleostomi kapatılması, proskimal 30 cm ileum segmentine rezeksiyon ve uç-uca anastomoz kararı alındı. Patoloji; subserozal bölgede odaklar halinde bir kısmı hyalinize fibrozis, kıkırdak dokusu ve osteoblastların yer aldığı nodüler osteoid dokusu mevcut, heterotopik mezenterik ossifikasyon olarak raporlandı. Post-op komplikasyon olmayan olgu 7. gün şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
Trabeküler kemik oluşumu içeren gerçek kemikleşme, basit kalsiyum çökmesi olan yumuşak doku kalsifikasyonları ile karıştırılmamalıdır. Genel olarak travma ile insidansını artmaktadır. Heterotopik ossifikasyonun patofizyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte; lokal, metabolik, vasküler, genetik ve biyokimyasal faktörler ile bir takım henüz tanımlanmamış sistemik faktörler arasındaki etkileşime bağlı olarak indüklenen mezenkimal hücrelerin metaplazik bir cevabından kaynaklanabileceği bildirilmektedir. Bizim olgumuzda spontan perforasyon sonrası akut batın gelişmesi sonrası cerrahi uygulanmış, ileostomi kapatılması için yapılanlanılan ikinci operasyon sırasında ileum mezosunda yaygın kemikleşen odaklar tespit edilmiştir. Tüm vücutta olduğu gibi batın içerisinde de travma yada idiopatik nedenli atipik yerleşimli sert yapılı kalsifiye odakların olabiliceği unutulmamalıdır. Basit kalsiyum çökmesinden ziyade daha kompleks yapılı kemik yapısına sahip ender görülen heteropik ossifikasyon ayırıcı tanıda yer almalıdır.

P-017
Iinfliksimabın Ulserativ Kolitlerin Tedavisinde Yeri

Haladdin Novruz Musayev[1], Aynur Kamal Safiyeva[2], Nargiz Adil Mammadova[1]
[1]Azerbaycan Tip Universitesi, II Cerrahi Hastaliklar Anabilim Dali, Baku.
[2]Merkezi Gumruk Hospitali, Genel Cerrahi, Baku, Azerbaijan

Amaç:
Infliksimab (Remicade) ulserativ kolit ve Crohn hastaliginin tedavisinde kullanilan yeni ilactir. Infliksimab TNF denilen (tumor nekroz faktoru) maddeyi bloke eden antikordur.TNF proteini Crohn ve ulsertaiv koliti olan hastalarin kaninda bulunmaktadir ve bagirsak duvarinda hasar olusturan onemli faktordur. TNF`in asiri salinimi hastaligin aktivitesini arttirir. Infliksimab (remicade) %75 insan ve % 25 fare antikorundan uretilmisdir. Ulserativ koliti olan hastalarda tek doz Infliksimabin (remicade) apoptoz gostergelerine ve adhezyon molekullarinin yapisina etkisini degerlendirmek

Gereç-Yöntem:
Ulserativ kolitli hormonal tedaviye direncli 17 hastaya (7 erkek ve 10 bayan) tek doz Infliksimab 5mg/kg i.v uydgulandi. Ilac uygulanmasindan once ve 24 saat sonra periferik kanda ICAM-1, ICAM-2, L-selectin kibi adhezyon molekullarin yapisi ve apaptoz markerleri CD-95, CD-95-L, Bcl-2 bakildi

Bulgular:
Ulserativ koliti olan hastalarda periferik kanda bakilan adhezon molekullarindan-ICAM-1(46±28.4nq/ml), ICAM-2(323,3±18,4V/ml) ve L-selektin(1650±12,25nq/ml) sonuclarinin artisi izlendi.Apoptozun son gostergeleri olan FAS(81,6±4,2%)ve Bcl-2(71,8±1,9%) kontrol gruba kiyasla yuksek tespit edildi. Tek doz Remicadenin apaptoz markerleri FAS ve Bcl-2-nin serum duzeyinin azalmasina ve T-limfositler ile CD-95-L ekspresyonunun yukselmesine neden oldu. Ulserativ kolitlerde infliksimabin pozitiv etkisi sitokininlerin notralizasyonuna baglidir.

Sonuç:
Ulseratif kolitli hastalarda tek doz infliksimabla immunkomponent hucrelerden adhezyon molekullerinin sentezinin ve apoptoz gostergelerinin ogrenilmesi gelecekte tekrari dozlarin uygulanmasi zamanini on gordurebilir.

P-018
Çekumda İntususepsiyonu Taklit Eden Dev Kitle: İnflamatuar Myofibroblastik Tümör

Ahmet Er[1], Yunus Emre Danış[2], Serkan Karaıslı[1], Erdinç Kamer[1], Mustafa Peşkersoy[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Silopi Devlet Hastanesi, Şırnak

Amaç:
İnflamatuar myofibroblastik tümör(IMT), klinik ve radyolojik olarak maligniteyi taklit eden ve etiyolojisi net olarak bilinmeyen nadir bir yer kaplayıcı lezyondur. En sık akciğerde görülürken abdomen, akciğer dışında en sık görüldüğü bölgedir. Biz bu yazımızda, malignite öntanısı ile opere edilen ve IMT tanısı alan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu:
42 yaşında mahkum erkek hasta, son üç aydır aralıklı olarak karın ağrısı, kilo kaybı ve kabızlık nedeniyle polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede palpabl kitle ya da barsak obstrüksiyon bulgusu saptanmadı. Yapılan kontrastlı batın tomografisinde çekum-çıkan kolon düzeyinde ileoçekal invajinasyon veya çekumda kitlesel lezyon ayrımı yapılamayan şüpheli lezyon mevcuttu(Resim). Bunun üzerine yapılan kolonoskopide, çekumdan çıkan kolona dek yer kaplayan ve kolonoskopun geçişine izin vermeyen lobüle konturlu dev polipoid kitle görüldü ve biyopsi alındı(Resim). Patoloji sonucu şiddetli displazi içeren tübüler adenom olarak geldi. Ancak kitlenin boyutu ve obstrükstif özelliği nedeniyle elektif operasyon planlandı. Ameliyat öncesi tetkiklerde anemi yoktu. Tümör marker sonuçları olağan sınırlardaydı. Hastaya genişletilmiş sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi yapıldı. Ameliyat sonrası 3. gün enteral gıda alan hasta 7. gün şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu ise 9*7*4cm boyutlarında IMT ve reaktif 36 adet perikolonik lenf nodu olarak raporlandı(Resim). Hastanın altı yıllık takibinde komplikasyon ya da nüks izlenmedi.

Sonuç:
İnflamatuar myofibroblastik tümör sıklıkla en sık 2-16 yaş arasında çocuk ve gençlerde görülen nadir bir tümördür. En sık başvuru şikayetleri karın ağrısı, ateş ve kilo kaybıdır. Sunulan hastada da karın ağrısı ve kilo kaybı mevcuttu. Bu yakınmalar kitlenin rezeksiyonu sonrası gerilemektedir. Kitle tek ya da multipl olabilir. Tek küratif tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Nüks vakalar literatürde tanımlanmış olsa da IMT, benign bir hastalık olarak kabul görmüştür. Literatürde kemik iliği metastazı da bildirilmiştir. Ameliyat öncesi dönemde tanı koymak zor olsa da hastalarda cerrahi tedavi planlanmalıdır. Patoloji sonucu IMT tanısı alan hastalarda nüks ihtimali göz önüne alınarak uzun dönem takip etmenin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

P-019
Ülseratif Kolite Bağlı Kolon Perforasyonu

Mürşit Dincer[1], Gamze Çıtlak[2], Ekrem Ferlengez[2], Ahmet Kocakuşak[2], Muzaffer Akıncı[2]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Ülseratif kolit kolonun mukoza ve submukozasını tutan etyolojisinde immün sistem aktivasyonunun rol aldığı kronik inflamatuar barsak hastalığıdır. Kanama, perforasyon, toksik megakolon, intestinal obstrüksiyon acil cerrahi müdahale gerektiren komplikasyonlarıdır. Erken tanı ve müdahale bu komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalite oranlarını azaltmaktadır. Bu yazıda ülseratif kolite bağlı kolon perforasyonu olgusu sunuldu.

Olgu:
Ülseratif kolit tanısı ile medikal tedavi gören 55 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Yaklaşık 3 günden beri ağrısı olan hastanın karın muayenesinde distansiyonu yaygın hassasiyeti ve defansı mevcuttu. Laboratuar değerlerinde WBC: 11000, CRP:218, üre:71 idi. Karın US de yaygın apse odakları izlendi. Hidrasyon sonrası hastaya laparotomi uygulandı. Yapılan eksplorasyonda sigmoid kolonda perforasyon ve intraabdominal apse odakları izlendi (Resim 1). Hastaya apse drenajı ve Hartmann prosedürü uygulandı. Ameliyat sonrası takiplerinde yara yeri enfeksiyonu gelişti. Antibiyoterapi ve pansumanlarla takip edildi. Evisserasyon nedeniyle reopere edildi. İkinci ameliyat sonrası takiplerinde ek sıkıntısı olmayan hasta kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç:
Perforasyon ülseratif kolit hastalarında cerrahi müdahale gerektiren ciddi bir komplikasyondur. Perforasyon şüphesi olan hastalar vakit kaybetmeden ressüste edilmelidir. Hastanın septik durumuna göre en uygun cerrahi prosedür uygulanmalıdır.

P-020
Tüberküloza Sekonder Jejunum Perforasyonu: Olgu Sunumu

Eyüp Gemici, Fahri Gökçal, Ahmet Sürek, Gülay Özbölük, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Tüberkülozun görülme sıklığı son yıllarda tüm dünyada giderek artmaktadır. Akciğer dışı olarak vücudun herhangi bir yerini tutabilir. Kilo kaybı, halsizlik ve ağrı gibi özgün olmayan bulgular ile karşımıza çıkabilir. Acil kliniklerde de kanama, barsak tıkanıklığı ve perforasyon ile tedavi edilirler. Sıklıkla ileoçeal ve distal ileum yerleşimli olup acil cerrahi gerektiren perforasyon olgularında bu bölgelere yönelik müdahale yapılır. Yazımızda pulmoner tüberküloz tedavisi alan, akut batın kliniğiyle ameliyat edilip, jejunum perforasyonu saptanan olgumuzu sunuyoruz

Olgu:
Yirmi altı yaşında erkek hasta iki gündür karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Üç aydır akciğer tüberkülozu nedeniyle tedavi altında. Fizik muayenede karında defans ve tahta karın mevcuttu. Laboratuar bulguları lökositoz (WBC=27800/mm3), C-Reaktif Proteini (CRP= 23,3 mg/dl). Ayakta direkt batın grafisinde ince bağırsak tipi hava sıvı seviyesi mevcuttu. Akciğer grafisinde diafragma altında serbest hava görüldü. Hasta perforasyon ön tanısı ile ameliyata alındı. Laparotomide karın içerisinde yaygın safralı içerik ve treitza seksen santimetre mesafede bir santimetre çapında perforasyon alanı görüldü. Perforasyon alanının hemen proksimalinden başlayıp onar santimetre aralıklarla çekuma kadar uzanan, lümende geçişe engel olmayan çok sayıda darlık alanları görüldü. Perfore alan rezeke edildi. Histopatolojik incelemesinde nekrotizan granülomatöz enflamasyon olarak bildirildi. Ayrıca Ziehl–Neelsen boyama ile aside dirençli bakterilerin saptandığı bildirildi. Ameliyat sonrası beşinci gün taburcu edildi.

Sonuç:
Tüberküloz peritoniti sıklıkla akciğer tüberkülozunun kan yoluyla yayılması sonucunda ortaya çıkar. Nadir olarak da komşu organlardan direkt yayılımı sonrası görülür. Aktif hastalığı olanlarda enfekte balgamın yutulması veya kontamine sütün içilmesiyle de barsak enfeksiyonu ortaya çıkar. Histopatolojik olarak enfekte dokularda granülomların varlığı ile karakterize, kronik nekrotizan bakteriyel bir enfeksiyondur. %2-3 oranında gastrointestinal sistemde görülür. Sıklıkla ileoçekal bölge ve distal ileum yerleşimlidir. Jejunum ve rektum yerleşimi ise çok daha az oranda görülür. Hastalarda müphem karın ağrısı, kilo kaybı, kabızlık, bulantı, halsizlik ve ateş gibi semptomlar vardır. Özellikle aktif akciğer tüberkülozu varlığında bu özgün olmayan belirtilerin varlığı intestinal tutulum için anlamlıdır. Ancak uzun zaman önce tedavi gördüğünü belirtmeyenlerde ya da aktif hastalığı olmayanlarda barsak tüberkülozunu akla getirmek kolay değildir. Çekum tutulumunun olduğu olguların biyopsi materyalinde, mukoza ve submukozasında granülomatöz inflamasyon, nekroz ve dev hücreler görülmektedir. Ziehl–Neelsen ile aside dirençli bakteriler saptanabilmektedir. Karın içi sıvısında adenozin deaminaz düzeyi ölçülmesi yüksek doğruluk oranı vermesi ile kullanılmaktadır. Tanı konulan olguların tedavisi farmakolojiktir. Yaklaşık dokuz ay boyunca uygun antibioterapinin devamı önerilir. Barsak tıkanıklığı, kanama ve perforasyon gibi acil müdahale gerektiren hallerde cerrahi tedavi uygulanır. Son yıllarda tüberküloz sıklığı giderek artmaktadır. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkerlerde tüberküloz insidansı yüksek olup; karın ağrısı, bulantı,kabızlık yakınması bildiren olgularda akciğer dışı tüberküloz akılda tutulmalıdır. Genel olarak çekum ve distal ileum tutulumu olmakla birlikte jejunum yerleşimi olabileceği de gözönünde bulundurulmalıdır.

P-021
Crohn Hastalığına Bağlı İinternal Fistüllerin Cerrahi Tedavisinde Lineer Stapler Kullanımı

Emine Özlem Gür, Mehmet Hacıyanlı, Oğuzhan Özşay, Hakan Halıcı, Selda Hacıyanlı, Cengiz Tavusbay, Osman Nuri Dilek
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
İnternal fistüller, Crohn hastalığının sık görülen bir komplikasyonudur ve preoperatif internal fistül tanısı koymak genellikle güçtür. Crohn hastalığına bağlı ileokolik ve ileojejunal fistül saptanan hastalarda lineer stapler kullanarak cerrahi tedavi uyguladığımız hastaları sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmaya 2014 ve 2016 yılları arasında Crohn hastalığına bağlı opere olan hastaların ileokolik fistül veya jejunokolik fistül bulunanları dahil edildi. Fistüller lineer stapler kullanılarak ayrıldı ve üzerine destek sütürleri konulmadı. Hastalar postoperatif morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi.

Bulgular:
Kliniğimizde çalışma periyodunda fistül, intraabdominal abse veya bağırsak striktürü nedeniyle 21 Crohn hastası ameliyat edildi. Bu hastaların beşinde ileokolik fistül vardı. Bir hastada ise ileokolik ve jejunoileal fistüller olan iki fistül vardı. Hastalarda fistülleri ayırmak için lineer stapler kullanıldı. Çalışma grubunun genel hastanede kalış süresi 6.7 (6-8) gündü ve hastalar morbidite olmadan taburcu edildi. Bir yıllık takip sonrası hastalarda herhangi bir darlık olmadı.

Sonuç:
Crohn hastalığına bağlı ince barsak ve kolon arasındaki fistül morbidite ve darlık olmaksızın lineer stapler ile güvenle tedavi edilebilir.

P-023
Endoskopik Polipektomi: 28,5 Yılda 839 Olgu

Sabri Selçuk Atamanalp, Mehmet İlhan Yıldırgan, Gürkan Öztürk, Esra Dişçi, Ercan Korkut, Erdem Karadeniz, Nurhak Aksungur, Mahmut Kartal
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç:
Endoskopik polipektominin, kolorektal poliplerin tanı ve tedavisindeki rolünü araştırmaktır.

Gereç-Yöntem:
Temmuz 1998 ile Ocak 2017 arasındaki 28,5 yıllık sürede 839 hastada yapılan 1738 endoskopik polipektomi sonuçları, retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların ortalama yaşı 52.9 (3-89 arası) olup, 502'si (% 59.8) erkek, 337'si (% 40.2) de kadındı. Hastaların 584'ünde (% 69.6) tek, 255'inde (% 30.4) de birden çok polip vardı. Polipektomi, hastaların 605'inde (% 72.1) tek, 143'ünde (% 17.0) 2-5, 51'inde (% 6.1) 6-9, 40'ında (% 4.8) da 10 ve

üzerinde polip için yapıldı. Polipektomi yapılan poliplerin 799'u (% 46.0) rektum, 578'i (% 33.3) sigmoid kolon, 176'sı (% 10.1) inen kolon, 96'sı (% 5.5) transvers kolon, 70'i (% 4.0) çıkan kolon, 19'u (% 1.1) da çekum yerleşimliydi. Polipektomi yapılan poliplerin 1016'sı (% 58.5) 0-5 mm, 470'i (% 27.0) 6-10 mm, 214'ü (% 12.3) 11-20 mm, 29'u (% 1.7) 21-30 mm, 9'u (% 0.5) da 31 mm veya daha büyük çaptaydı. Polipektomi yapılan poliplerin 1233'ü (% 70.9) saplı, 505'i (% 29.1) de sapsızdı. Hastalardan 3'ünde (% 0.4) büyük komplikasyon (2'sinde transfüzyon gerektiren kanama, 1'inde de ameliyat gerektiren perforasyon) görüldü, ölen hasta olmadı. Histopatolojik olarak poliplerin 729'u (% 41.9) hiperplastik, 408'i (% 23.5) adenomatöz, 295'i (% 17.0) miks, 165'i (% 9.5) hamartoma, 108'i (% 6.2) serrated hamartoma, 33'ü (% 1.9) de inflamatuar polipti. Toplam 61 hastadaki poliplerde (% 3.5) malignite tesbit edildi (hiperplastik poliplerde 10, % 1.4; adenomatöz poliplerde 33, % 8.1; miks poliplerde 12, % 4.1 ve serrated hamartomalarda 6, % 6.2). Malignite tesbit edilen hastalardan invaziv karsinom ve/veya familyal polipozisi olan 51'i (% 83.6) ameliyatla tedavi edilirken, insitu veya erken karsinomu olan 10'u (% 16.4) da endoskopik izlemeye alındı.

Sonuç:
Fleksibl endoskopik polipektomi, kolorektal poliplerin tanı ve tedavisinde güvenilir bir yöntemdir.

P-025
Geriatrik - Non Geriatrik Hasta Popülasyonunda Kolonoskopi Sonuçları Farklılığı

Turgut Anuk[1], Şahin Kahramanca[2], Mahmut Can Yağmurdur[1]
[1]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars
[2]Kars Devlet Hastanesi Genel Cerrahi, Kars

Amaç:
Alt gastro intestinal sistem (GİS) hastalıkları; yaş, cinsiyet, coğrafya ve ırk özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterir. Geriatrik hastalarda daha çok malignite ve anjiodisplaziler görülürken, genç yaştaki hastalarda benign karakterdeki hastalıklar ön plandadır. Günümüzde total kolonoskopi ve rektoskopi, alt gastrointestinal sistem hastalıklarının tanısı ve bir kısmının da tedavisinde cerrahların kullanım sıklığını giderek artırdığı yöntemdir. Çalışmamızda alt GİS semptomları ile başvuran ve rektoskopi ve total kolonoskopi yapılan hastalardaki yaş ve cinsiyet özellikleri ile tespit edilen hastalık tipleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya çalışacağız.

Gereç-Yöntem:
Mayıs 2012 – Aralık 2016 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kars Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniklerine karın ağrısı, rektal kanama ve dışkılama alışkanlığında değişim şikayetleri ile başvurarak alt GİS endoskopisi yapılan hastaların dosyaları retrospektif incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, şikayet tipleri, alt GİS endoskopisi sonuçları incelenerek, yaş ve cinsiyet farklılıklarının saptanan sonuçlar üzerine etkisi incelendi. Altmış beş yaş ve üzeri hastalar geriatrik hasta popülasyonuna dahil edilirken, 65 yaş altı hastalar non geriatrik grup olarak değerlendirildi.

İstatistiksel Analiz:
Verilerin analizi SPSS 21 paket programı yardımıyla yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov Z testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği One Way Anova testi ile, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal-Wallis testi ile incelendi. P<0,05değeri için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 901 hastada yaş için median değer 58 (18-88) olup, geriatrik grupta 306 (%34) hasta, non geriatrik grupta da 595 (%66) hasta bulunduğu gözlendi. Erkek/kadın oranı 1.11 idi. Yedi yüz seksen iki hastaya (%86.8) total kolonoskopi yapılırken, 119 hastaya (%13.2) rektoskopi uygulandı. Hastaların 727'sinde (%80.7) divertikül, hemoroid, anal fissür v.b. benign karakterde hastalık tespit edilirken, 70 hastada (%7.8) tübüler, tübülövillöz, villöz ve hiperplastik polip, displazi ve metaplazi gibi premalign lezyonlar ve 104 hastada ise (%11.5) malignite saptandı. Hastalardaki cinsiyet dağılımı homojen idi (p:0.425). Gruplar arası yaş değerleri incelendiğinde, yaş median değerinin benign hastalık grubunda 56 (18-88), premalign lezyon saptanan hastalık grubunda 62 (19-88) ve malignite saptanan grupta ise yaş ortalamasının 61.6±8.8 olduğu tespit edilirken, malignite saptanan grupta yaş değerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlendi (p<0.001). Geriatrik hasta popülasyonunda malign lezyon görülme sıklığı da anlamlı şekilde daha yüksek idi (p.0.011).

Sonuç:
Genel cerrahi polikliniklerine karın ağrısı, rektal kanama ve dışkılama alışkanlığında değişiklik şikayetleri ile başvuran özellikle geriatrik popülasyonundaki hastalarda rutin uygulanacak alt gasto intestinal sistem endoskopisi, olası maligniteleri tespit etmede etkin bir yöntem olarak tercih edilmelidir.

P-026
Endoskopide Nadir Rastlanan Polipler: Tip 1 Gastrik Nöroendokrin Tümör(NET-TİP 1)

Semih Yaman, Mustafa Şit, Muhammed Fatih Keyif, Mehmet Hayri Erkol
Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Mide nöroendokrin tümörleri nadir görülür ancak sıklığı gittikçe artmaktadır. Bu tümörler enterokromaffin benzeri hücrelerden köken alırlar. Tüm GIS nöroendokrin tümörleri içerisinde % 3 oranında görülürler. Klinik görünümü genellikle nonspesifiktir. Gastriknöroendokrin tümörler ile pernisiyöz anemi, atrofik gastrit ve Zollinger-Ellison sendromu arasında bir birliktelik söz konusudur. Hastalarda polipoid lezyonlar tek ya da çok sayıda olabilir, ancak mukoza ve submukozada sınırlıdırlar. Üç tip mide nöroendokrin tümörü tanımlanmıştır. Tip1 ve Tip2 mide nöroendokrin tümörler hipergastrinemi ile ilişkilidir ve genellikle düşük metastaz potansiyeline sahiptirler. Tip3 mide nöroendokrin tümörler hipergastrinemi ile ilişkisizdir

ve yüksek metastaz potansiyeline sahiptirler. Tip 1 ve Tip 2 mide nöroendokrin tümörler çoğunlukla multifokaldir, ancak Tip 3 tümörler genellikle soliter tümörlerdir. Mide nöroendokrin tümörün gelişiminden gastrin, genetik faktörler, büyüme faktörleri ve matriks regülasyon proteinleri gibi birçok faktör sorumlu tutulmuştur. Tedavi öncesi uygun bir değerlendirme, gastrikadenokarsinom ve displazi gibi eş zamanlı lezyonların varlığı kadar malign dönüşümlerin de ekarte edilebilmesi için gereklidir. Çalışmamızda, kronik atrofik gastrit zemininde gelişmiş NET-Tip1 olgusunu sunuyoruz.

P-027
İnsidental Olarak Saptanan Dev Çekum Lipomu: Olgu Sunumu

Şevket Barış Morkavuk, Murat Güner, Salim İlksen Başçeken, Serdar Çulcu, Ali Ekrem Ünal
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç:
Lipom en sık rastlanılan mezenşimal orjinli benign tümördür. Sıklıkla cilt altı ve çizgili kas dokusunda görülmekle birlikte nadiren iç organlarda da görülebilmektedir. Gastrointestinal sistemde yaklaşık % 0.2-% 4.4 oranlarında izlenmiş olup, oldukça nadir olarak görülmektedir. Özafagusdan rektuma kadar tüm gastrointestinal sistemde izlenebilen bu lezyonlar en sık çıkan kolon ve çekumda görülmektedir. Çoğunlukla submukozal yerleşimli olmakla birlikte nadiren subserozal yerleşim de gösterebilirler. Büyüklükleri değişken olup küçük lipomlar genellikle asemptomatiktir. Endoskopi-kolonoskopi, radyolojik görüntüleme, cerrahi ya da otopsi sırasında rastlantısal olarak saptanırlar. Büyük lipomlar ise genellikle ağrı,palpasyonda abdominal ele gelen kitle, ileus, melena ve hemotekezya neticesinde oluşan anemi gibi semptomlarla da kendini gösterebilmektedir. Biz bu yazıda insidental olarak saptanan, çekum giriminde lümeni tama yakın tıkayan, asemptomatik lipomlu olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
66 yaşında erkek hasta defakasyon sonrası kanama şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hastanın yapılan rektoskopisinde grade 2 internal hemoroid pakeleri izlendi. Anamnezinde dışkılama değişikliği, tenesmüs,melena tariflemeyen hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde patolojik bir bulgu elde edilmedi. Hastanın yaşının ileri olmasından dolayı kolonoskopi yapıldı. Yapılan kolonoskopide çekum giriminde kolonoskopi cihazının geçişine zorlukla izin veren, lümeni tama yakın tıkayan düzgün sınırlı lipomatöz lezyon izlendi. Biyopsi alınarak işlem sonlandırıldı. Hastaya oral ve ıv opaklı abdominopelvik tomografi çekildi. Tomografide çıkan kolon ve çekum bileşkesinde yaklaşı 4 cm›lik barsak segmentinde daralmaya yol açan, lümen içine uzanım gösteren lezyon varlığı rapor edildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde CEA 1.12 ng/ml, CA 19-9 21.3 U/ml,Hgb 13.7 g/dL değerlerinde normal sınırlarda tespit edildi. Hastanın kolonoskopik patoloji sonucu matur adipositlerden oluşan lipom olarak rapor edildi. Hastaya endoanal ultrasonografi (EUS) eşliğinde kolonoskopik eksizyon uygulandı. İşlem sonrası komplikasyon izlenmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç:
Gastrointestinal sistemde kolona ait lipomlar oldukça nadir görülürler. Lipomlar gastrointestinal sistemde tüm tümörlerin %5›ni, benign tümörlerin ise %10›nu oluşturmaktadır.% 70 oranında kolonda%25›i ince barsak, %5›i mide ve özefagus`ta görülmektedir.Kolonda başlıca sağ kolon ve çekumda görülmekte olup sigmoid kolona doğru azalan sıklıkla izlenir. 5. ve 6. dekadlarda pik yapan gastrointestinal sistem lipomlar,kadınlarda daha sık izlenmektedir. Sıklıkla soliterdir, nadiren multipl olabilir. Olguların %90'ı submukozada, %10'u serozada izlenir. Genellikle asemptomatik seyir göstermelerinden dolayı yapılan görüntüleme metodları, kolonoskopi ve laparotomilerde, rastlantısal olarak tanı konulmaktadır. 2 cm ve üzeri büyük lipomların semptomatik oldukları kabul edilen görüştür. En sık rastlanan semptomlar abdominal ağrı,rektal kanama, defekasyon alışkanlığında değişiklik ve kusmadır. Daha büyük lipomlarda obstrüksiyon ya da invajinasyona bağlı ileus bulguları da izlenebilmektedir. Kolon lipomlarının tanısında kontrastlı kolon garafisi, BT, endoskopik ultrasonografi, kolonoskopi kullanılabilir. Altın tanı histopatolojik incelemede matür yağ hücrelerinin izlenmesidir. Tedavide kolonik lipomlar submukozal yerleşimli, çapları 2 cm.den küçük ve komplikasyon oluşturmamışlarsa EUS eşliğinde kolonoskopik yolla çıkarılabilmektedirler. Büyük, endoskopik olarak çıkarılamayacak, müsküler tabaka ya da serozayla ilişkili lipomlar ile malignite şüphesinin eşlik ettiği lipomların cerrahi müdahale ile çıkartılmaları önerilmektedir. Cerrahide; kolotomi ile birlikte lipomektomi, segmental rezeksiyon veya hemikolektomi yapılmalıdır.

P-028
Dev Poliplerde Cerrahi Deneyimimiz

Nuru Yusuf Bayramov[1], Aynur Kamal Safiyeva[1], Namiq Haydar Novruzov[2]
[1]*Azerbaycan Tip Universitesi, I Cerrahi Hastaliklar Anabilim Dali, Baku.*
[2]*Merkezi Gumruk Hospitali, Genel Cerrahi, Baku, Azerbaijan*

Amaç:
Kolorektal polipler kolonoscopi müayinesi zamanı aşkarlanan benign tumorlerdir. Ama bu polipler kolorektal kanserin prekursoru sayılır. Kolon ve rektum polipleri endoskopik yolla tedavi olunur, lakin bezen dev polipleri endoskoopik olaraq almak imkansız. Bu kibi durumlarda cerrahi metod on plana keçir. Bazi çalışmalarda kolonun sol yarısında olan dev poliplerdə high grade displaziya saptanması bir daha cerrahi tedavini tavsiye ediyor. Dev poliplerde cerrahi deneyimimizi paylaşmak

Gereç-Yöntem:
Merkezi Gümruk Hospitalında kolonoskopik müayinə sirasinda üç hastada rektosigmiodal bileşkede gigant polip saptandı. Hastalar kliniğe ishal, ağrı şikayətleri ile baş vurmuşdur. Her üç hastada polipden biyopsi alınmış, high grade tubulo-villoz adenom onaylandı. Hastaların her üçüne Tam Batin Tomografisi çekilmiş və rektosigmiodal bileşkede polipoid görünümü və duvar kalınlaşması izlənmişdir.

Bulgular
Hastalarda cerrahi ameliyyat düşünüldü. "Rektumun ön rezeksiyası ve koruyucu ileostomi" ameliyyatı yapıldı, postop

donemi komplikasyonsuz keçdi, ameliyyatın 6 gunu hastalar taburçu edildiler. 3 ay sonra koruyucu ileostomiler kapatıldı.

Sonuç:
Histopatoloji olarak displazi izlənən dev poliplerde en mukemmel tedavi cerrahi rezeksiyondur

P-029
İleoçekal ve Kolokolik İntususepsiyon Tablosu ile Tanı Konulan Peutz Jeghers Sendromu

Elif Binboğa[1], Nuri Okkabaz[1], Aytaç Biricik[1], Serhat Meriç[1], Esra Paşaoğlu[2], Elif Çelik[2], Aydın Zilan[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç:
Senkron ileoçekal ve kolokolik intususepsiyona yol açan malign Peutz-Jeghers sendromlu olgunun sunulması

Olgu:
Tekrarlayan karın ağrısı şikayeti olan 24 yaşındaki erkek hasta karında şişkinlik, artan karın ağrısı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen bir sistemik hastalığı olmayan hasta küçükken nedenini bilmediği bir karın cerrahisi geçirdiğini belirtti. Babasını kolon kanseri nedeniyle kaybettiği öğrenildi. Gelişinde eski orta hat insizyonuna ait skar dokusu olup batın distandü, dinlemekle bağırsak sesleri hiperaktifti. Peritoneal irritasyon bulguları yoktu. Rektal tuşede ampulla recti boş olarak palpe edildi. Ayrıca, alt dudak mukozasında hiperpigmente maküller mevcuttu. Çekilen kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi tetkikinde ileoçekal bölgede ve sigmoid kolon proksimalinde radyolojik olarak hedef tahtası işareti görülerek ileoçekal ve kolokolik intususepsiyon tanısı konuldu. Acil şartlarda operasyona alınan hastada ince bağırsak anslarında dilatasyon, ileoçekal bölgede ve sigmoid kolonda intususepsiyona ikincil lüminal dolgunluk ve genişleme görüldü. Herhangi bir iskemi ya da perforasyon bulgusu yoktu. Sigmoid kolondaki intususepsiyon eksplorasyon sırasında spontan açılmış olup kolonik polipoid lezyona ikincil geliştiği, ayrıca 10cm kadar proksimalinde lümeni tıkayacak kadar büyümüş İkinci bir lezyonun olduğu görüldü. İleoçekal intususepsiyon bozulduğunda nedenin ileoçekal valve 20cm mesafede yerleşen ileal polip olduğu görüldü. İleal anslar seviyesinde olası eski bir anastomoza ait ipek suturler görülmüş olup toplam ince bağırsak uzunluğu 210cm olarak ölçüldü. Tüm ince bağırsak segmentleri boyunca 7 tanesi lümeni kapatacak derecede büyümüş toplamda 11 adet polipoid lezyon palpe edilmüş olup büyük poliplere transvers enterotomi ile polipektomi uygulandı. Sigmoid kolondaki polipoid yapılara malignite şüphesiyle anterior rezeksiyon uygulandı. Postoperatif takiplerinde derin yara enfeksiyonuna ikincil fasya ayrışması olan hastaya batın yıkama ve kapama uygulandı. Ek problem gelişmemesi üzerine postoperatif 12. günde önerilerle taburcu edildi. Patolojik incelemede birçoğu intramukozal karsinom içeren hamartomatöz polipler saptanan hastaya klinik ve patolojik bulgular eşliğinde Peutz-Jeghers Sendromu tanısı kondu. Postoperatif 3. ayında olan hastaya kontrol alt, üst gastrointestinal sistem endoskopisi, testis USG planlanmaktadır.

Sonuç:
Peutz-Jeghers sendromlu olgularda tekrarlayan rezeksiyonlara ikincil kısa bağırsak sendromu gelişme riski olduğundan sınırlı rezeksiyonlar yapılmalı, çıkarılmayan olası polipler ve malignite potansiyeli de gözönünde tutularak endoskopik takip planlanmalıdır.

P-030
Kolorektal Kanseri Tarama Programı Kapsamında Yapılan Gaitada Gizli Kan Testi Sonrasındaki Kolonoskopi Sonuçlarımız

Cem Batuhan Ofluoğlu, Ömer Faruk İnanç, Yunus Emre Altuntaş, Selçuk Kaya, Önder Altın, Ayhan Çevik, Nejdet Bildik
Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan kolorektal kanser, ülkemizde en sık görülen ilk 10 kanser arasında olup önemli bir sağlık sorunudur. Bu sorunu en aza indirgemek için tarama testlerinden biri olan gaitada gizli kan testi (GGK- Guaiac testi) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen toplum tabanlı bağırsak kanseri tarama programı dahilinde 50-69 yaş arasında yapılarak pozitif olgular endoskopik ünitesi bulunan hastanelere yönlendirilmektedir.

Gereç-Yöntem:
2016 yılında genel cerrahi endoskopi ünitesine GGK (Guaiac testi-Hemoccult II Sensa testi) pozitif olan 262 hasta başvurmuş. Erkek 174 (% 66), kadın 88 (% 44). Elli olguda patolojik inceleme yapılmış. Otuzbeş olguda low grade displazili tubuler adenom, 3 olguda high grade displazi, 1 olgu intamukozal adenokarsinom (Haggit 2), 1 olgu sigmoid adenokarsinom olarak saptanmış. Diğer patolojik bulgular hiperemik mukoza fragmanları olarak raporlanmıştır.

Sonuç:
Kolorektal kanser riskini %15-33 oranında azalttığı beirtilen tarama testinin hastanemizdeki bir yıllık izlemede GGK(+) olanların %19' unda patolojik bulgu saptanmıştır. Malignite ve prekansöröz olgu oranı ise % 0,2 olarak görülmüştür. Kolorektal kanser tarama yöntemleri ile kanser oluşmadan; polipleri, prekanseröz olguları ve erlen evre kanserleri yakalamak mümkündür.

P-031
Anüsten Prolabe Olan Pedinküle Rektal Lipom: Olgu Sunumu

Abdullah Şişik, Ali Kılıç
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Kolorektal lipomlar, 0.035%-4.4% sıklıkla kolonun en sık rastlanan ikinci benign tümörleridir. Bu kitleler genellikle tesadüfi olarak kolonoskopi ile saptanırlar ve büyük çoğunluğu asemptomatiktir. Karın ağrısı, rektal kanama ve bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler lipom boyutları 2 cm üzerinde olduğunda ortaya çıkabilir. En sık kolonoskopide saptansalar da bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme gibi abdominal görüntülemeler ile de tanı alabilirler. Bu yazıda

anüsten prolabe olan polipoid lezyon şikayetiyle başvuran ve transanal yolla cerrahi olarak tedavi edilen bir rektal lipom vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu:
51 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 yıldan beri defekasyonla birlikte anüsten dışarıya bir kitlenin sarktığını ve eliyle içeriye ittiğini ifade ederek başvurdu. Fizik muayenede rektum posterior duvarda orta sertlikte yaklaşık 3 cm lezyon rektal tuşede hissedildi. Laboratuar değerleri ve tümör markırları normal saptandı. Kolonoskopik incelemede rektumda polipoid görünümde lezyon izlendi. Hastaya endorektal USG yapılıp ince iğne biyopsisi alındı. Biyopsi sonucu lipom ile uyumlu raporlandı. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda dentate çizginin 2 cm üzerinde saat 12 hizasında yaklaşık 3 cm'lik kitle görüldü. 1 cm mukozal kesiden eksize edildi, mukoza tekrar suture edildi. Postoperatif şikayeti olmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesi lipom ile uyumlu raporlandı.

Sonuç:
Kolonik lipomlar en sık submukozal (% 90) saptansa da subserozal, miks tipleri de görülebilir. Bu hastaların rektal prolapsus, malign tümör gibi yanlış tanı almaları mümkündür. Asemptomatik hastalarda takip önerilirken, cerrahın kararı ya da semptomların olması cerrahi tedaviye karar vermede etkilidir. Cerrahi tedavide 2 cm den küçük lezyonlarda endoskopik daha büyük olanlarda transanal eksizyon önerilmektedir. Bizim olgumuzda lipom anüsten prolabe olarak prezente olmuş ve transanal olarak eksize edilmiştir. Anüsten prolabe olan kitle şikayeti ile gelen hastalarda kolon polipleri, hemoroid pakeleri gibi ön tanıların yanında nadir de olsa lipomlar da düşünülmelidir.

P-032
Kolorektal Kanser Taramasında, Gaitada Gizli Kan Saptanan Hastalarda Kolonoskopi Sonuçlarımız

Levent Uğurlu, Tayfun Kaya, Mehmet Üstün, Can Arıcan, Cengiz Aydın
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Dünya çapında her yıl yaklaşık bir milyon kolorektal kanser (KRK) tanısı konulurken, 500.000 hasta KRK nedeniyle kaybedilmektedir. KRK tanısı hastaların ancak % 40'ında erken evrede konulmaktadır. KRK'deki prognoz ise tanı anındaki evreyle yakından ilişkilidir. Tarama sonucu prekanseröz lezyonu veya erken evre tümörü saptama olasılığı fazladır. KRK'e bağlı mortalite, polipektomi ile kanserin önlenmesi ve kanserin erken tanısıyla azaltılabilir.

Gereç-Yöntem:
Tepecik eğitim ve araştırma hastanesi genel cerrahi endoskopi ünitesinde 2016 ocak- 2017 ocak tarihleri arasında, Toplum Sağlığı Merkezleri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Aile Hekimleri tarafından Gaitada gizli kan pozitif saptanan ve kliniğimizce kolonoskopi yapılan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular:
Gaitada gizli kan pozitifliği nedeniyle 140 hastaya kolonoskopi uygulandı. Kolonoskopi uygulanan hastaların 48'inde toplam 87 adet polip tespit edildi. Poliplerin histopatolojik incelemsinde 47 adet tübüler adenom, 22 adet tübülovillöz adenom, üç adet villöz adenom, beş adet adenokarsinom,10 adet neoplastik olmayan polip tespit edildi.

Sonuç:
Kolorektal kanser önlenmesinde ve tedavisinde erken teşhis önemli olup, tarama programlarının kolorektal kanser morbidite ve mortalitesine olumlu katkısı olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. Ailesinde KRK öyküsü olanlar başta olmak üzere, tüm toplum semptomsuz dönemde tarama testlerini yaptırmak konusunda teşvik edilmelidir.

P-033
Olgu Sunumu Nadir Bir Komplikasyon; Colon Perforasyonuna Bağlı Ventrikülоperitoneal Şant Kateterinin Anüsten Protrüzyonunun Endoskopik ve Konservatif Yönetimi

Ümit Mercan, Ahmet Seki, Şener Balas
Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç:
Bu Yazıda, Normal Basınçlı Hidrosefali Tanısıyla Vp Şant Uygulanan Ve Komplikasyon Olarak Spontan Kolon Perforasyonu Oluşan Hastanın Endoskopik Ve Konservatif Olarak Yönetimi Tartışılmıştır

Olgu:
29 yaşında bayan hastaya 2014 te normal basınçlı hidrosefali tanısıyla beyincerrahi kliniğinde VP şant uygulanmış. şantı çalışan ve komplikasyon izlenmeyen hasta taburcu edilerek izleme alınmış. aralık 2016 da hasta beyin cerrahisi kliniğine şant disfonksiyonu tanısıyla yatırılmış.hasta defekasyon esnasında anüsten kateter ucunun protrüde olması sonucu kliniğimize konsülte edildi. hastanın aktif şikayeti yoktu.ateşi yada patolojik bir sistemik bulgu izlenmedi.rektal muayanede şant ucu palpe edilemedi ve ek bulguya rastlanmadı. batın muayenesinde batın normal görünüme olup periton irritasyon bulgularına rastlanmadı.göz dibi bulguları doğal olup nörolojik muayenesinde de patoloji izlenmedi.laboratuar incelemede wbc: 10300 nötrofil 7700 olup üst sınırda hafif sola kayma izlendi.sedimentasyon: 55 ti.hastaya iv kontrastlı abdomen bt + beyin bt ve uygun mekanik barsak temizliği sonrası kolonoskopi planlandı.oral alımı kesilerek hidrasyon sağlandı.profilaktik antibiyotik olarak 2.kuşak sefalosporin ve metronidazol başlandı.yapılan beyin bt de sağ parietal lobda sol lateral ventriküle uzanan kateter izlendi.3,4 ve lateral ventriküller hafif dilate idi.abdomen bt de sol üst kadrandan batın içine uzanan ve kolon segmentleri boyunca sigmoid kolon düzeyine kadar uzanan katater izlendi.kolonoskopide anal kanaldan 35. cmde distal sigmoid kolonda kateter ucu görüldü.kolonoskopla kateteri takip ederek ilerlendiğinde anal kanaldan 70. cm de transvers kolon distalde kateterin kolon duvarını perfore ettiği izlendi. genel anestezi altında sağ servikal bölgeden kateter trasesi üzerinden cilt insizyonu ile katetere ulaşıldı. şant kateteri ipek sütürler ile bağlandi

ve distal ucu serbestleştirilmek üzere kesildi.hasta sol lateral dekübit pozisyona alınarak kolonoskop anüsten ilerletildi.35. cm de kateter ucu görüldü.snare ile kateter ucu yakalanarak anüsten dişarı çıkarıldı.70.cm de perfore alan eksplore edildi. kontaminasyon yada kaçak bulgusu izlenmedi. parietal eski insizyon üzeinden şant pompasına ulaşıldı ve geriye kalan proksimal kateter ucu da çıkarıldı.operasyon sonlandırıldı. iv hidrasyon ve antibiyotik tedavi ile oral stop olarak izlendi. hasta günlük nörolojik muayene ve batın muayenesi ile izlendi, izlem boyunca patoloji gelişmedi. Vital bulguları yakın takip edildi,laboratuar takiplerinde postoperatif 1.,3.,4., ve 5. günde wbc değerleri sırasıyla 6300,4500, 5600 ve 8800 idi.postoperatif 3.gün yapılan kontrol abdomen bt de patoloji izlenmedi.postoperatif 1.,3.,4.ve 5. de yapılan beyin bt takibinde patoloji izlenmedi.gaz ve gayta deşarjı olan ve aktif şikayet tarif etmeyen hastaya postoperatif 5.de oral alımı açıldı.tolere etti.takibinde ek komplikasyon olmadı. hasta klinik izlem önerilerek postoperatif 7.gün taburcu edildi.

Sonuç:
Nadir görülen bu durumun tedavisinde çeşitli cerrahi ve konservatif yöntemler uygulanabilir.çeşitli çalışmalarda laparotomi ile şantın abdominal bölümü kolondan çekilerek defekt primer tamir edilmiş yada tamire uygun bulunmayan vakalarda kısmi kolon segmenti rezeke edilerek anostomoz uygulanmıştır. Bu yazıda bahsedilen vakada ise kolonoskopi ile kateter anüsten çıkarılarak herhangi bir kolonik cerrahi girişim uygulanmadan hasta konservatif izlenmiştir. sonuç olarak seçilmiş uygun vakalarda endoskopik ve konservatif izlem mümkün ve güvenli gibi görünmektedir.

P-034
Geriatrik Hasta Popülasyonunda Rektal Kanama Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Kolonoskopi Sonuçları

Gülay Özgehan[1], Turgut Anuk[2], Ali Cihat Yıldırm[3]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars
[3]Kars Devlet Hastanesi Genel Cerrahi, Kars

Giriş:
Alt gastrointestinal sistem kanamaları (GİS); Treitz ligamanının altından kaynaklanan kanamalardır. Sıklığı yaşla artmaktadır. Alt GİS kanamalarının % 85'i kolondan, % 10'u üst GİS'ten, % 5'i de ince barsaklardan kaynaklanır. Mortalitesi % 4-21 arasında değişir. Kanamalar hastaların % 25'inde tekrarlayabilir. Geriatrik hastalarda daha çok malignite ve anjiodisplaziler görülürken, genç yaştaki hastalarda benign karakterdeki hastalıklar ön plandadır. Günümüzde total kolonoskopi, alt gastrointestinal sistem hastalıklarının tanısı ve bir kısmının da tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Çalışmamızda rektal kanama şikayeti ile başvuran 65 yaş ve üzeri geriatrik hastalarda total kolonoskopi uygulaması sonucunda tespit edilen patolojik farklılıkları ortaya koymaya çalışacağız.

Materyal ve Metod:
Ocak 2014 - Aralık 2016 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniklerine rektal kanama şikayeti ile başvurarak, gaytada gizli kan pozitifliği tespit edilen, ancak yapılan muayenesi ve rektal tuşesinde herhangi bir patolojik bulgu saptanamayarak her hastaneden kolonoskopi tecrübesi olan belirli birer genel cerrahi uzmanı tarafından total kolonoskopi yapılan 65 yaş ve üzeri hastaların dosyaları retrospektif incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, kolonoskopi sonuçları, aile malignite soygeçmişleri incelendi. Dosya kayıtlarında eksiklik olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

İstatistiksel Analiz:
Verilerin analizi SPSS 21 paket programı yardımıyla yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov Z testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Chi Square ve One Way Anova testi ile incelendi. P<0,05değeri için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 233 hastanı yaş ortalaması 71.5±5.9 olup erkek/kadın oranı 1.22 idi. Hastaların 106'sında (%45.5) kanama sebebi olabilecek patolojik bulgular tespit edilirken, 127'sinde (%55.5) herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Patoloji tespit edilen hastalarda 41 internal hemoroid, 18 adenokarsinom, 13 arteryovenöz malformasyon, 11 kolit, 7 inflamatuvar barsak hastalığı, 5 hiperplastik polip, 3 tübüler adenom, 2 divertikül, 2 villöz adenom, 2 metaplazi, 1 displazi, 1 de tübülövillöz adenom saptandı. Patolojik bulgu saptanan hastaların cinsiyet dağılımları homojen idi (p:0.263). Malignite gözlenen hastalarda da cinsiyet dağılımları ve aile soygeçmiş özelliklerinde farklılık görülmedi (p:0.956 ve p:0.230). Patoloji tespit edilen ve edilmeyen hastalar ile malign/benign hastalık tespit edilen hastalar arasında yaş farklılığı gözlenmedi (p:0.610 ve p:0.065).

Sonuçlar:
Genel cerrahi polikliniklerine sadece rektal kanama şikayeti ile başvuran geriatrik popülasyonundaki hastalarda rutin uygulanacak total kolonoskopi yöntemi, çalışmamızda tespit ettiğimiz %7.7 oranındaki olası maligniteleri tespit edebilmektedir.

P-035
Rektumda Yabancı Cisim; Beş Olgu Derlemesi

Eyüp Murat Yılmaz, Erdem Barış Cartı
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın

Amaç:
Acil servislerde, son yıllarda rektumda yabancı cisim olgularına giderek daha sık rastlanmaya başlamıştır. Özellikle homoseksüel eğilimli orta yaş erkek olgularda daha sık görülmektedir. Bu kişilerde anamnez dikkatlice alınmalı ve tedavi planı ona göre yapılmalıdır. Bu olgu serimizde rektumda yabancı cisim ile acil servise başvuran beş olguyu sunacağız.

Olgu:
Olgu 1: Kırk dokuz yaşında erkek hasta, makatta dolgunluk şikayeti ile acil servise başvurdu.Hastanın yaklaşık 24 saattir makatta dolgunluk hissi ve ağrısı mevcuttu. Anamnez derinleştirildiğinde hasta, makat bölgesine yaklaşık 1 gün önce soda şişesinin girdiğini ve çıkartmaya çalıştığında daha da ileri gittiğini söyledi. Fizik muayenesinde rektal tuşede anal vergeden 5 cm uzaklıkta palpabl yabancı cisim ele geliyordu. Çekilen direkt grafide perforasyon bulgusuna rastlanmadı ve şişe görüldü.(Resim 1). Anal sfinkterde ve perianal bölgede travmaya ait bir patolojiye rastlanmadı. Bunun üzerine hastaya acil serviste sedasyon verilerek(2mg midazolam,1,5 mg/kg meperidine) anal yoldan manuplasyon yapılıp Allis pensleri ile yabancı cisim çıkartıldı ve hasta 24 saat gözetimde tutuldu. Herhangi bir patolojik durum olmaması üzerine taburcu edildi.
Olgu 2: Altmış bir yaşında erkek hasta, makat çevresinde kasıklara vuran ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu.Hasta yaklaşık 2-3 saat önce anal kanaldan kendi isteği ile özel yapılmış plastik cinsel alet soktuğunu ve çıkartamadığını söyledi.Çekilen direkt grafisinde yabancı cisim görüldü ve perforasyon bulgusuna rastlanmadı.(Resim 2) Rektal tuşede palpe edilemedi ancak anoskop ile görüldü.Bunun üzerine acil serviste hastaya sedasyon (2mg midazolam,1,5 mg/kg meperidine) verildi ve anal yoldan bimanuel manuplasyon yapılıp allis pensleri ile yabancı cisim çıkartıldı.Herhangi bir patoloji olmaması üzerine hasta ertesi gün taburcu edildi.
Olgu 3: Elli beş yaşında erkek hasta makatta ağrı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu.Yaklaşık 3 gün önce anal bölgesine deodorant şişesinin yanlışlıkla girdiğini, ancak şişeyi çıkarmasına rağmen kapağının 2 gündür anal kanalında olduğunu bildirdi. Fizik muayenesinde anal kanal ve perine bölgesine travma izine rastlanmazken tuşede ele gelen bir cisim olmadı. Direkt grafide yabancı cismin görülmesi üzerine ve anal kanaldan 7-8 cm ileride olması nedeniyle ameliyathanede çıkartılmasına karar verildi. Hastaya durum anlatılarak yazılı onam alındı.Maske anestezisi altında litotomi pozisyonunda anoskop ile girildi ve anal yoldan bimauel manuplasyon yapılıp yabancı cisim Allis klempleri ile çıkartıldı.Hasta 24 saat sonra taburcu edildi.
Olgu 4: Altmış iki yaşında erkek hasta, makatta dolgunuk şikayeti ile acil servise başvurdu. Yaklaşık 6 saat önce, cinsel amaçlı özel yapım plastik aleti anal kanalından soktuğunu ve çıkartamadığını ifade etti. Bunun üzerine yapılan fizik muayenede anal vergeden 5 cm uzaklıkta cisim palpe edildi ve direkt grafide perforasyon bulgusu olmaması üzerine acil serviste sedasyon verilerek(2mg midazolam,1,5 mg/kg meperidine) anal yoldan bimanuel manuplasyon yapılıp Allis klempleri ile çıkartıldı. Hasta gözlem altında tutuldu ve patoloji olmaması üzerine taburcu edildi.
Olgu 5: Elli sekiz yaşında erkek hasta, makatında yabancı cisim kaçırdığını ifade ederek acil servise başvurdu.Anamnez derinleştirildiğinde deodorant şişesini yaklaşık 2-3 saat önce anal kanalından soktuğunu ve çıkartamadığını ifade etti. Rektal tuşede deodorant şişesi palpe edildi ve direkt grafide perforasyon bulgusu saptanmadı. Sedasyon altında(2mg midazolam,1,5 mg/kg meperidine) verildi ve anal yoldan Allis klempleri ile çıkartılmaya çalışılırken deodorant şişesinde açılma oldu ve anal mukozaya temas olması üzerine hastada ciddi ağrı gelişti. Bunun üzerine hasta acil ameliyathaneye alındı. Ameliyathanede genel anestezi aldıktan sonra deodorant şişesi çıkartılan hastanın anal mukozası serum fizyolojik ile yıkandı ve işlem sonlandırıldı. Postoperatif 2. Gün önerilerle taburcu edildi.

Sonuç:
Orta yaş üzeri homoseksüel eğilimli erkek hastalarda makatta dolgunluk ve ağrı şikayeti ile acil servise başvuru durumunda anamnez derinleştirilmeli ve rektumda yabancı cisim mutlaka akılda tutulmalıdır. Perforasyon bulgularının olmadığı ve yabancı cisme ulaşılabilen vakalarda sedasyon altında anal yoldan çıkartma denenebilirken, perforasyon varlığında ve komplike vakalarda(perforasyon gelişen, septik tabloya yol açmış, genel durumu bozulmuş vs) ameliyathane şartlarında işlem yapılmalı ve gereklilik halinde laparotomi ve stoma yöntemleri uygulanmalıdır.

P-036
Spontan İntramural Hematomlu Hastalar ve Klinik Yaklaşımımız

Erdem Barış Cartı[1], Eyüp Murat Yımaz[1], Deniz Uçar[2], Mehmet Yılmaz[2], Koray Kutlutürk[3]
[1]*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın*
[2]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*
[3]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya*

Amaç:
Travma sonucu olmayan, spontan ince barsak hematomları oldukça nadir görülen klinik tablolar olup klinik tanıları da zor konulabilmektedir. İleri görüntüleme yöntemleri sayesinde tanı konan bu durumlarda genellikle antikoagulan kullanımı suçlanılmakta ve dikkatli anamnez önerilmektedir. Retrosepektif olarak taradığımız spontan intestinal hematom vakalarımızı incelemeyi planladık.

Gereç-Yöntem:
Üç merkezli olan bu çalışmada Ocak 2010- Temmuz 2016 tarihleri arasında spontan intestinal hematom tanısı konan hastalar çalışmaya dahil edilmiş ve demografik verileri ile tedavi ve radyolojik yöntemleri kaydedilmiştir.Sağlıklı bilgilere ulaşılamayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Bulgular: Toplam 11 hastaya tanı konmuş olup bunların 6(%54.5)'sı kadın,5(%45.5)'i erkektir. Ortalama yaşı 67.4(58-78) olup hastalarımızın şikayetlerinin başlaması ile tanı alması arasında geçen süre 5.9(1-15) gündür. Hastaların tamamı (%100) antikoagulan tedavisi almaktaydı ve başvuru sırasında ortalama INR değerleri:5.8(3.2-8.4) idi.6(%54.5)'sında tutulan segment jejunum iken, 5(%45.5) hastada tutulan segment ileumdu. Tamamı(%100) konservatif tedavi ile taburcu edildi.

Sonuç:
Spontan intramural hematomlar nadir görülen bir durum olup antikoagulan kullanan hastalarda mutlaka akılda tutulmalıdırlar. Genellikle konservatif tedavi bu tür vakalarda yüz güldürücü sonuçlar vermektedir.

P-037
Sigmoid Volvulusa Yaklaşım

Ersan Özkardeşler, Mehmet Gençtürk, Kübra Kaytaz Tekyol, Mehmet Gülmez, Hacı Hasan Abuoğlu, Ali Aktekin, Hacı Mehmet Odabaşı, M. Ali Tolga Müftüoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Volvulus tüm dünyada çok yaygın görülen, kalın barsak obstrüksiyonunun en sık nedenlerinden biridir. Kolonun tüm bölümlerinde görülmekle beraber en sık sigmoid kolonda görülmektedir. Bu hastalık yüzyıllardır tariflenmektedir.Tarih boyunca çok çeşitli tedaviler denenmiştir.Genel olarak yaşlı erkek populasyonda sık görülmektedir.Erken tanı mortaliteyi düşürmektedir. Bu çalışmamızda kliniğimize başvuran sigmoid kolon volvuluslarının prezentasyonları, tedavileri ve her bir yönteme birer örnek olacak şekilde anlatılacaktır. Çalışmamızda amacımız yaşlı erkek populasyonda sık görülen ve erken tanı halinde mortalitesinin düşük olduğu belirtilen bu hastalığın modern tedavi yöntemleri kullanılarak tedavisinin irdelenmesidir.

P-038
Çekum Tümörüne Bağlı İleokolik İnvajinasyon

Serkan Şengül[1], Umut Rıza Gündüz[2]
[1]*Alanya Eğitim ve Araştırma Hastenesi Genel Cerrahi, Alanya*
[2]*Antalya Eğitim ve Araştıma Hastenesi Genel Cerrahi, Antalya*

Amaç:
İntussusepsiyon, erişkinlerde nadir görülen bir obstrüksiyon nedenidir ve tüm intestinal obstrüksiyonların yaklaşık %1-3'ünü oluşturur. En sık görülen semptomlar, karın ağrısı, bulantı, kusma ve rektal kanamadır. Bu semptomlar akut ya da kronik şeklinde görülebilir. Pediatrik hastalarda, çoğunlukla etyoloji idiyopatik olsa da erişkinlerde en sık neden neoplastik ya da malign lezyonlara bağlıdır(%63-68). Bu çalışmada, çekum tümörüne bağlı ileoçekal invaginasyon olsunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Altmışbir yaşında bayan hasta acil servise şiddetli kolik tarzda karın ağrısı, bulantı ve koyu renkli rektal kanama şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde yaklaşık 10 gün önce rektal kanama ve anemi nedeni ile başka bir merkezde hospitalize edildiği ve kan transfüzyonu yapıldığını belirtti. GİS kanama odağı belirlemek için yapılan üst gis endoskopisiside antral gastrit dışında herhangi bir patoloji görülmemiş. Hastanın yapılan fizik muaynesinde batın sağ alt kadranda ve suprapubik bölgede yaygın hassasiyet mevcuttu. Rektal tuşede rektum boş ve az miktarda hemotokezya mevcuttu. Labaratuar incelemelerinde, hgb:14,03 g/dL, beyaz küre: 6600/mm³ olup, biyokimyasal testler normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri gözlenmedi. İntravenöz ve oral kontrastlı bilgisayarlı tomografide, sağ kolonda iloeokolik invajinasyona bağlı hedef tahtası bulgusu gözlendi. Aynı bölgede kolon duvarında kalınlık artışı görüldü, ancak belirgin bir kitlesel lezyon gözlenmedi. Klinik şikayetleri gerilemeyen hasta, sıvı elektrolit replasmanı yapılarak operasyona alındı. Explorasyonda yaklaşık 10 cm uzunluğundaki terminal ileum ansının, çekum ile beraber distalindeki çıkan kolon ansının içerisine invajine olduğu görüldü. Çıkan kolon serozasında yer yer abrazyonlar ve iskemik alanlar görüldü. Sağ kolonun günlerce sürdüğü düşünülen invajinasyon nedeniyle perfüzyon defektine uğradığı ve iskemik bir hal aldığı görüldü. Sağ hemikolektomi kararı alındı. Erişkinlerde invaginasyon etyolojisinde malignite olabileceği göz önüne alınarak onkolojik prensiplere uyularak sağ hemikolektomi uygulandı. Patoloji sonucu çekumda adenokarsinom rapor edildi. Hasta postoperatif 5. gününde, post-op herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi.

Sonuç:
İntestinal invajinasyonlar genellikle pediatrik hasta grubunda ve özellikle de 2 yas altında görülür. Yetiskinlerde ise nadir olarak gözlenir. İnvajinasyonlar etyolosine göre benign, malign ve idiyopatik yerleşim yerine göre ise enteroenterik, ileokolik ve kolokolik olarak sınıflandırılabilir. Etyolojik faktörlere bakıldığında çoçuklarda %90 idiyopatik iken bu oran erişkinlerde sadece %10 dur. Erişkinlerde invajinasyonlar %60 ince barsakta %40 kalın barsakta gözlenir. İnce barsak invajinasyonları genellikle lipoma, leiomiyoma, meckel divertikülü gibi benign lezyonlara bağlı oluşur. Kolon inavjinasyonları ise genellikle malign ya da neoplastik lezyonlar nedeniyle oluşur. En sık görülen klinik bulgular ise kolik karın ağrısı ve parsiyel barsak obstrüksiyonunu gösteren bulantı, kusma, rektal kanama, kilo kaybı ve konstipasyondur. Sonuç olarak erişkinde invajinasyon; çocuk yaş grubuna göre daha az görülmesi ve değişken bir klinik tablosu olduğundan, özellikle rektal kanama ve kolik ağrı tablosuyla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda invajinasyon göz önünde bulundurmalıdır. Özellikle ileokolik veya kolokolik inavijinasyon saptanan hastalarda altta yatan nedeninin malign bir kitle olabileceği unutulmamalı ve yapılacak operasyon onkolojik prensiplere uygun olarak yapılmalıdır.

P-039
Yaşlı Hastada Akut Apandisiti Taklit Eden Tablo: Parsiyel Çekum Nekrozu

Önder Karabay[1], Mustafa Genco Erdem[1], Mustafa Hasbahçeci[2]
[1]*İstinye Üniversitesi, İstanbul*
[2]*Medikal Park Fatih Hastanesi, İstanbul*

Amaç:
Parsiyel çekum nekrozu iskemik kolitin nadir bir formudur. Etiyolojisi ile ilgili kesin bir neden henüz belirlenmemiştir. Bu olguda parsiyel çekum nekrozu nedeniyle çekum rezeksiyonu ve ileokolostomi ameliyatı yaptığımız hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
68 yaşında kadın hasta, sağ alt kadran ağrısı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde koroner arter bypass ve karotis endarterektomi ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Antikoagülan olarak asetil salisilik asit ve klopidogrel kullanmaktaydı. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve rebaund bulgusu mevcuttu. Kan tablosunda WBC:15,39K/uL, CRP:7,9mg/L bulundu. Batın ultrasonografisinde patolojik bir bulgu saptanmaması üzerine çekilen intravenöz kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde, akut apandisit ile uyumlu görünüm mevcuttu. Laparoskopi sırasında izole parsiyel çekum nekrozu olduğu görüldü. Parsiyel çekum rezeksiyonu

ve ileokolostomi yapıldı. Herhangi bir sorunu olmayan hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi.

Sonuç:
Sağ alt kadran ağrısı ile başvuran yaşlı hastalarda, dolaşım yetersizliğine sebep olabilecek kronik kalp ya da böbrek yetmezliği olduğunda, izole non-okluzif mezenterik iskemik bir olay akılda tutulmalıdır. Tedavi seçiminde mevcut yaş popülasyonu ve yandaş hastalıklar gözönüne alınarak, olası morbidite ve mortalite açısından en az invazif cerrahi girişimin yapılması uygun bir yaklaşımdır.

P-040
Subtotal Kolektomi Gerektiren Masif Kolonik Divertikül Kanaması: Olgu Eşliğinde Kısa Literatür Tartışması

Berkay Demir, Deniz Necdet Tihan, Fatih Mehmet Erol, Evren Dilektaşlı, Ayhan Hüseyin Kayaoğlu
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

Amaç:
Alt gastrointestinal sistem kanamalarının, özellikle erişkin popülasyonda, en sık sebeplerinden birisi kolon divertikülleridir. Çoğu divertikül kanaması, masif de olsa, spontan olarak durur. Ancak %20 oranında endoskopik ve/veya cerrahi girişim gerektirebilir. En önemli cerrahi endikasyon, hastanın sıvı-elektrolit replasmanına ve eritrosit süspansiyonu transfüzyonuna rağmen sebat eden hemodinamik instabilitedir. Yazıda, persiste eden ve destek tedavisine rağmen hemodinamiyi ciddi şekilde bozan divertikül kanaması olan hastaya yaklaşım, kısa literatür tartışması eşliğinde irdelenmiştir.

Olgu:
Altmış bir yaşındaki erkek hasta, 2 gündür olan şiddetli rektal kanama şikayeti ile acil servise başvurdu. Başvuru esnasında arteriyel tansiyonu 90/45 mmHg, nabız dakika sayısı ise 98 idi. Anamnezinde özellik saptanmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde karında yaygın hassasiyeti mevcuttu ancak defans ve rebaund saptanmadı. Rektal tuşede parlak kırmızı renkli kanama olduğu görüldü. Hastanın hemoglobin değeri 6.1 g/dL, hematokrit değeri ise %18.6 olarak bulundu. Hastanın INR ve PT değerleri minimal artmıştı. Hasta genel cerrahi yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve sıvı-elektrolit replasmanına başlandı. Hastanın kolonoskopisinde rektosigmoid bileşkeden itibaren transvers kolon ortasına kadar mültipl divertiküller saptandı, ancak tüm segmentlerde kırmızı nonkoagüle kan bulunduğu için suboptimal bir değerlendirme yapılabildi. Gastroskopide özellik saptanmadı. Üç kontrastlı tomografik inceleme kolonoskopi bulgularıyla uyumlu idi. Tomografide perforasyon lehine bulgu saptanmadı. Hastanın yoğun bakımdaki 48 saatlik takibi esnasında 8 ünite eritrosit süspansiyonu ve 6 ünite taze donmuş plazma transfüzyonuna rağmen hemodinamisinin düzelmemesi ve kanamanın persiste etmesi nedeniyle hasta ameliyata alındı ve rektosigmoid bileşkenin proksimalindeki tüm kolon rezeke edilerek ileorektal anastomoz uygulandı. Hasta postoperatif 5. günde şifa ile taburcu edildi. Altı aydır poliklinik takibinde olan hastada herhangi bir cerrahi patoloji bulunmamaktadır.

Sonuç:
Kolon divertikül kanamalarının %70'ten fazlası kendini sınırlar ve spontan olarak durur. Divertikül kanamalarının %5-10'u masif seyretmektedir. Masif seyreden ve replasman/transfüzyon tedavisine cevap vermeyen kanamalar için literatürde çeşitli girimsel işlemler önerilmektedir. Anjioembolizasyon, endoskopik klipleme, skleroterapi veya bant ligasyon gibi minimal invazif işlemler uygulanabilmektedir. Ancak bu işlemlerin başarı oranı hiçbir zaman cerrahi rezeksiyondaki kadar yüksek değildir. Dahası bu işlemlerden sonra kanama nüks oranları nispeten daha fazladır. Dolayısıyla kontrol edilemeyen ve hemodinamiyi ciddi şekilde bozan divertikül kanamalı hastalarda, cerrahi rezeksiyon son ama hali hazırda en etkili tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir. Cerrahlar, kolon divertiküllerinde rezeksiyon gerektirecek kadar abondan ve persistan kanamalarla nadiren karşılaşsalar da, hemodinaminin bozulduğu ve diğer minimal invazif işlemlerin yetersiz kaldığı durumlarda rezeksiyon kararı alma konusunda geç kalmamalıdırlar.

P-041
Gebelikte İleusa Neden Olan Çekum Kanseri: Olgu Sunumu

Hilmi Bozkurt, Enver Reyhan, Alper Sözütek, Hakan Karataş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana

Amaç:
Gebelikte kolorektal kanser çok nadir olup bildirilen insidans %0.001-0.1'dir. Gecikmiş tanı ve hastalığın ilerlemesi nedeni ile prognozu kötüdür. Kolorektal tümör tedavisinde sağlanan gelişmelere rağmen gebelikte prognozun kötü olmasının sebebi, kanser semptomlarının gebeliğin neden olduğu şikayetler olarak değerlendirilip geç tanı konulması ve gebelik etkisiyle bu tümörlerin hızlı büyümesi olabilir. Birinci seçenek halen cerrahi olup, canlı fetusun varlığı tedavideki en büyük sorunu oluşturmaktadır. 24. gebelik haftasında çekum kanseri nedeni ile ileus tablosu oluşan olguyu sunduk.

Olgu:
32 yaşında 24 haftalık gebeliği olan hasta son 2-3 gündür başlayan karın ağrısı bulantı kusma şikayeti ile dış merkez acil servise başvurup, kliniğimize sevk edildi. İlk gebeliği, daha önce ameliyat öyküsü ve sistemik hastalığı yoktu. Muayenede batında hassasiyet mevcut olup defans rebaund yoktu. Acil obstetrik muayenede patoloji saptanmadı. Batın USG de FKA+ Perihepatik ve barsaklar ansları arasında serbest mayi mevcuttu. Hasta takip amaçlı servise alındı nazogastrik sonda takıldı ileal içerik mevcuttu. Rutin tetkiklerde Hb:10, plt:150000, İNR1,56, albumin:1,6, CRP:10,5 olup diğer parametreler normal sınırlarda idi. Hastaya alt batın mr çekildi. İnce barsak ansları aşırı dilate saptanmış. Barsak ansları arasında serbest mayi mevcuttu. Batın sağ alt kadranda çekal düzeyde barsak duvarında diffüz belirgin kalınlaşma saptanmış olup yaklaşık 16 mm ölçüldü. Sağ alt kadranda büyüğü 14 mm olan birkaç lenf nodu mevcuttu. Hasta mevcut bulgularla ameliyat edildi. Çekumda lümeni tıkayan tümöral kitle mevcuttu. Sağ hemikolektomi yapıldı. Patoloji müsinöz adenokarsinom geldi.Cerrahi sınırlar negatif olup 24 lenf nodundan 2 tanesi metastatik idi. Postoperatif cerrahi alan

enfeksiyon gelişen hastanın takiplerinde enfeksiyon geriledi. Kadın doğumla ortak takiplerde fetüs ile ilgili problem yaşanmayan hasta postoperatif 7. gununde taburcu edildi. Onkoloji konseyinde tartışılan hastaya 29. haftada doğum ve akabinde kemoterapi planlandı.

Sonuç:
Gebelikte kolon kanseri nadir karşılaşılan bir durumdur. Gebelikte görülen çekum kanseri diğer lokalizasyonlara göre daha da nadir görülür. Sık görülen semptomlar bulantı, kusma, karın ağrısı, rektal kanama ve bağırsak hareketlerinde değişiklik olup bu semptomlar genellikle normal gebelik sırasında da ortaya çıkar. Tanı sıklıkla semptomların gebelikte görülen bulgularla olan benzerliğinden dolayı gecikir. İleus tablosu ile başvuran genç gebe hastalarda nadirde olsa kolon kanseri ön tanıda düşünülmelidir.

P-042
Akut Apandisit Kliniğini Taklit Eden Nadir Bir Durum, Çekum Divertikületi

Semra Demirli Atıcı, Yasemin Kırmızı, Tayfun Kaya, Cengiz Aydın
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Çekum divertikülü nadir görülen bir lezyon olup, divertikülit veya divertikülit perforasyonuna bağlı oluşan klinik semptomlar akut apandisit ile benzer özellikler göstermektedir. Fizik muayene ile akut apandisitten ayırt etmek çok zor olup, radyolojik görüntüleme yöntemleri de bize ekartasyonda bilgi sağlamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle de hastalara genellikle intraoperatif tanı konulmaktadır. Biz de bu olgu sunumunda akut apandisit ön tanısı ile operasyona aldığımız, ve intraoperatif çekum divertikül perforasyonu saptadığımız bir olguyu sunmaktayız.

Olgu:
25 yaşında bayan hasta, acil servisimize bir gündür olan sağ alt kadran ağrısı, bulantı, kusma ve iştahsızlık şikayetleri ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde WBC: 14,700 olup, nötrofil hakimiyeti mevcuttu. Acil şartlarında çekilen abdominal ultrasonografisi: Apandiks vermiformis en geniş yerinde 12 mm olup lümeni oblitere ve duvar kalındır. Komşu mezenterde yaygın enflamasyon bulgusu olup enflamasyon mezenter ve barsak ansları ile çevrelenmiş görünümdedir. (plastrone ?) şeklindeydi. Hasta akut apandisit ön tanısı ile operasyon amaçlı interne edildi. Hastadan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınarak ameliyata alındı. Genel anestezi uygulanmasını takiben yapılan Mc Burney insizyonuyla batın katları geçildi. Yapılan eksplorasyonda çekum etrafının omentum ile sarıldığı görüldü. Yapıaln diseksiyon sonrası çekumda yaklaşık 1 cm lik divertiküler yapıdan perforasyon olduğu görüldü. Divertiküler yapının eksizyonu sonrası çekum primer suture edildi. Ardından apendiks retroçekal ve subserozal ilerlemekte olduğu görüldü. Usulune uygun apendektomi uygulandı. Postop 3. gün gaz çıkışı olan hastaya oral rejim 1 başlandı, tolere etti, arttırıldı. Postop 5. gün gayta deşarjı oldu. Postop 6. gün batın dreni çekilip, hasta sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Sonuç:
Sonuç olarak, nadir görülen bir lezyon olan çekum divertikülü, semptom, bulgu ve görüntülemeleri akut apandisiti taklit etmesi nedeniyle ameliyat öncesi tanı koymak çok zordur. Tanı atlanması durumunda ise mortalitesi yüksek komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu sebepten ötürü, sağ alt kadran ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda ayıcı tanılar içerisinde çekum diveritikülü ve buna sekonder gelişebilecek komplikasyonlar göz önünde yer almalıdır.

P-043
Masif Rezeksiyon Gerektiren Akut Mezenter İskemili Hastada Cerrahi Takip: Olgu Sunumu

Mehmet Onur Gül, Hacı Hasan Abuoğlu, Hüseyin Tahsin Gülseven, Ferdi Cambaztepe, Münip Ali Tolga Müftüoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Akut mezenter iskemi (AMİ) erken tanı konmadığı ve müdahale edilmediği zaman morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda acil cerrahi kliniğimize karın ağrısı ile başvuran AMİ hastaya yapılan masif ince bağırsak rezeksiyonu ve sonrası takibi tartışılacaktır.

Olgu:
70 yaşında bayan hasta, 3 gün önce başlayan ve 2 gündür şiddetli olan karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri mevcuttu. Acil cerrahi polikliniğinde yapılan fizik muayenesinde yaygın rebound ve defansı mevcuttu. Rektal tuşede ampulla boştu. Bağırsak sesleri dinlemekle alınamıyordu. Özgeçmişinde atrial fibrilasyon, diabetes mellitus ve hipertansiyonu mevcuttu ve hasta kumadin kullanmaktaydı. Laboratuvarında Wbc: 20.1 (10^3/µl), Htc: 45 % Fosfor: 5.7mg/dl, glukoz: 396 mg/dl, Ca:10.4 mg/dl, laktat: 2.3, INR: 1.1, Plt:254 (10^3/µl) olarak gelmişti. Radyolojik incelemesinde ayakta direk batın grafisinde ince bağırsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri görüldü. Bilgisayarlı tomografisinde vasküler patoloji saptanmadı, distal terminal ileum hizasında ince bağırsak mezosunda serbest hava görünümü mevcuttu. Hasta akut batın ön tanısı ile operasyona alındı. Operasyon sırasında jejunumun treitzdan itibaren ilk 10 cm proksimali dışında tamamı, ileum ve çıkan kolonun ilk 10 cm›lik kısmı iskemik görünümdeydi. Hastaya subtotal ince bağırsak rezeksiyonu ve sağ hemikolektomi yapıldı, uç jejunostomi açıldı. Hasta postoperatif dönemde paranteral ve enteral yolla beslendi. Hastaya postoperatif 40. günde 2. ameliyat ile uç-yan olacak şekilde jejunotransversostomi anastomozu yapıldı. Hastaya 2. ameliyat sonrası 5. gün oral gıda başlandı. Ayrıca parenteral nütrisyon desteğine devam edildi. Hastanın lomotil tablet kullanımı ile günlük 4-5 kez dışkılaması mevcuttu. Hastanın kalıcı katateri takılarak evde enteral ve parenteral beslenmesi devam edecek şekilde taburcu edildi. Postoperatif 4.ayda ve takipleri problemsiz şekilde devam etmektedir.

Tartışma:
AMİ peritonit tablosuna yol açabilen ve diğer acil cerrahi patolojilerden ayrımının yapılması gereken bir hastalıktır. Operasyon sırasında embolektomi, by-pass, endarterektomi gibi işlemler hastanın bağırsaklarındaki patoloji göz önünde

bulundurularak yapılmalıdır (1). İnce ve kalın bağırsaklarda nekroz gelişmişse barsak rezeksiyonu yapılmalıdır. Cerrahi müdahalelere rağmen AMİ›nin % 50 -80 oranında mortalitesi mevcuttur (2). ilk 24 saat içerisinde müdahalesi yapılan hastalarda mortalite oranı %50 iken 24 saati geçen olgularda mortalite oranı %70›lere yükselmektedir (3). Diğer mortaliteyi artıran faktörler ise ileri yaş, lökopeni, uzun bağırsak segmenti tutulumu ve kolon rezeksiyonu yapılan olgulardır (4).

Sonuç:
Bazı klinik yaklaşımlarda AMİ bağlı totale yakın ince bağırsak nekrozu saptandığında yüksek mortalite nedeniyle rezeksiyon yapılmadan cerrahi girişim sonlandırılmaktadır. Erken veya gecikmiş AMİ olgularında mortalite oranı yüksekte olsa nekroze olmuş bağırsak seğmentleri rezeke edilmeli ve hastalarda hızlıca parenteral ve enteral destek tedavisine geçilmelidir.

P-044
Rektumda Yabancı Cisim

Mehmet Gençtürk, Ersan Özkardeşler, Ali Aktekin,
Hacı Hasan Abuoğlu, Münip Ali Tolga Müftüoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Rektal yabancı cisim şikayeti sık görülmemekle birlikte acile başvuran hastaların takip ve tedavisi müdahale eden doktorları zorlayabilmektedir. Yabancı cismin rektumda kalış süresi ve kontaminasyon derecesi, boyutları ve materyalin özellikleri, hastanın anatomisi, birçok kez bilinçsiz çıkarma denemeleri vakayı komplike yapan sebeplerden birkaçıdır. Sunumumuzda 37 yaşında makatta yabancı cisim ile başvuran erkek hastanın müdahale ve tedavisine yaklaşımı anlatılacaktır.

P-045
Nadir Görülen Bir Akut Batın Olgusu- Abdominal Koza Sendromu

Tayfun Kaya, Semra Demirli Atıcı, Yasemin Kırmızı,
Can Arıcan, Erdal Harmanda, Cengiz Aydın
İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç:
Abdominal koza, sklerozan enkapsüle peritonit (SEP), idyopatik sklerozan peritonit, primer sklerozan peritonit genellikle aynı hastalık için kullanılan tanımlamalardır. Sklerozan enkapsüle peritonit (SEP), fibro kollajen yapıdan oluşan bir membran ile, ince bağırsağın tam veya kısmen enkapsülasyonunu anlatan, kanama, obstruksiyon ve perforasyon gibi komplikasyonlara neden olabilen, nadir görülen ve genellikle operasyon sırasında tanı konulan bir durumdur.

Olgu:
46 yaşında erkek hasta acil servise iki gündür mevcut olan karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz gayta çıkaramama şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde geçirilmiş akciğer tüberkülozu mevcut olup, soy geçmişinde ek bir özelliği yoktu. Acil servise başvuru sırasında yapılan tetkiklerinde;
WBC: 11,400 saptanmış olup, nötrofil hakimiyeti mevcuttu. Oral alım azlığı ve kusmaya bağlı olarak bakılan üre değeri (57 mg/dl) yükselmiş olan hastanın Potasyum (2,81 mmol/L) ve Klor (88mmol/L) değeri düşük olarak saptandı.
Fizik muayenesinde batında hassasiyet ve distansiyon mevcuttu. Dinlemekle metalik barsak sesleri duyuluyordu. Nazogastrik dekompresyon ile intestinal içerik ile uyumlu görünüm geldiği gözlendi.
PA akciğer grafisinde geçirilmiş Tbc›ye ait sağ akciğerde kalsifikasyonlar olan hastanın, Çekilen Ayakta direkt karın grafisinde ince bağırsak düzeylerinde yaygın hava-sıvı seviyeleri saptandı.
Fizik muayenesi ve görüntülemesi akut batın- ileus ile uyumlu olan hasta acil explorasyon amaçlı interne edildi. Preoperatif hastadan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınarak, hasta ameliyata alındı. Genel anestezi uygulanmasını takiben orta hat göbek üstü ve göbek altını içerecek bir insizyon yapıldı. Yapılan eksplorasyonda ince bağırsakların dilate olduğu ve trietz ligamentinden yaklaşık 50. cm'den başlayarak terminal ileuma kadar ince bağırsakların tamamının zar şeklinde bir oluşum ile kaplı olduğu ve bu zarın kapsülasyon oluşturduğu izlendi. Kapsül disseke edilerek bantlar ayrıldı ve tüm ince bağırsaklar serbest hale getirilerek ameliyat tamamlandı. Ameliyat sonrası 4. gün gaz ve gaita deşarjı olan hastanın mevcut nazogastrik sondası çekildi. Beşinci gün sıvı rejim başlandı, tolere etti, arttırıldı. Altıncı gününde karın içi dreni alındı ve hasta ameliyat sonrası 8. gün sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Hastanın intraoperatif explorasyonu abdominal koza sendromu ile uyumlu olup, operasyon sırasında diseke edilmiş olan ince barsak üzerinde kapsülasyon oluşturmuş dokunun patolojisi ise; matür lenfositler, plazma hücreleri, az sayıda reaktif mezotel hücre izlenmiştir. Kronik -non spesifik inflamasyon, hyalinizasyon, fibrozis gösterenperitoneal dokular şeklinde raporlanmıştır. Batın yıkama sıvısı sitolojisi ise; benign sitoloji olarak raporlandı.

Sonuç:
Abdominal koza; ameliyat öncesi tanı konması zor olan, nadir görülen bir hastalıktır. Özellikle bağırsak tıkanıklığı nedeni ile gelen hastalarda ayırıcı tanılar arasında düşünülmesi gerekilen bir hastalıktır.

P-046
Komplet Portal Ven Trombozuna Bağlı Akut Mezenterik İskemi

Hacı Hasan Abuoğlu, Mehmet Onur Gül, Mehmet Gençtürk,
Mehmet Gülmez, Münip Ali Tolga Müftüoğlu,
Hüseyin Tahsin Gülseven
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Portal ven trombozu (PVT) portal venin kısmi yada komplet şekilde trombüs ile tıkanmaya neden olan nadir bir hastalığıdır. PVT altta yatan lokal veya sistemik nedenlere bağlı olarak oluşabilir. Hastaların %25 inde protrombotik neden bulunamamıştır. PVT gelişen hastaların % 20-50'sinde mortalite sebebi devam eden damar oklüzyonuna bağlı gelişen akut mezenterik iskemidir. Amacımız antitrombin 3 eksikliğine bağlı gelişen komplet PVT sonrasında ortaya çıkan akut mesenterik iskemili bir olguyu sunmaktır.

Olgu:
45 yaşında erkek hasta, acil servisimize 5 gündür olan ancak son iki gündür şiddeti artarak devam eden yaygın karın ağrısı ve bulantı sebebi ile başvuruyor. Anamnezinde kolik tarzda karın ağrısı tarif etmekteydi. Bilinen kronik hepatit B hastalığı mevcut ve stabil seyretmekte. Bilinen kalıtsal hastalığı yok. Hastanın taşikardisi mevcut, diğer vital bulguları stabil. Fizik muayenesinde yaygın batın hassasiyeti mevcut ancak defans ve rebound yok. Laboratuvar incelemesinde WBC: 24 10^3/µl, Htc: 52.4%, Hgb: 17.8 g/dl, Plt 214 10^3/µl, Alt: 204 Ast: 16. Ultrasonografisinde ince bağırsak ansları arasında yaygın serbest sıvı mevcut. Doppler ultrasonografisinde portomezenterik vende duvar kalınlaşması ve lümende akım olmadığı, hepatik arter akımının relatif arttığı, splenik ven açık ancak superior mezenterik vende akım izlenemediği görülmüştür. Hastada akut mezenter iskemisi düşünülerek operasyona alındı. Hastada treitzdan 100 cm distalde başlayıp ileoçekal bileşkeye kadar olan ince bağırsaklarında iskemi olduğu görüldü. İskemik ince bağırsak segmenti çıkarıldı ve uç jejenostomi açıldı. Postoperatif takiplerinde sıkıntısı olmayan hastanın jejenostomisi postoperatif 40. günde kapatıldı ve sonrasında cerrahi şifa ile taburcu edildi. Uzun dönem antikoagülan tedavi ile takip edilen hastanın 17 ay sonra yapılan kontrol portal doppler ultrasonografisinde kısmen rekanalize portal ven trombozu olduğu görüldü. Hastanın etyolojik araştırması neticesinde antitrombin 3 eksikliği olduğu tespit edildi.

Tartışma:
Genel nüfusa oranlandığında PVT'nun tüm yaşam boyunca gelişme olasılığı %1 civarındadır (1). PVT nonsirotik portal hipertansiyonun da önemli bir sebebidir. Pek çok protrombotik etken ve lokal abdominal durumlar PVT'na neden olabilir (2-4). Akut PVT sıklıkla asemptomatiktir ya da sadece kendini müphem bir ağrı ile belli eder ve diğer nedenlerle yapılan abdominal görüntüleme metotlarında tesadüfen bulunur. Ancak, SMV ve mezenterik ark tutulumu bağırsaklarda konjesyon ve iskemiye neden olarak tutulumun şiddetine bağlı hematokezya, şok ile karakterize sepsis ve ölüme kadar gidebilen çoklu organ yetmezliğine neden olabilir. Portal ven trombozu tanısında kullanılan görüntüleme metotları Doppler US, abdominal BT ve MR'dır. Doppler US'nin özgüllük ve duyarlılığı %80-100 arasındadır (5, 6). Olgumuzda antitrombin 3 eksikliği neticesinde akut komplet portal ven trombozu mevcuttu. Doopler US sonrası tanı konulmuştu. Kollateral damarlanma gelişmemişti. Akut batın tablosu gelişen hastanın uygun cerrahi müdahele ve antikoagülan tedaviyle takip ve tedavisi başarıyla yapılmıştır.

Kaynaklar:
1. Handa P, Crowther M, Douketis JD. Portal vein thrombosis: a clinician-oriented and practical review. Clin Appl Thromb Hemost 2014; 20: 498-506.
2. Condat B, Valla D. Nonmalignant portal vein thrombosis in adults. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2006;3:505-15.
3. Ogren M, Bergqvist D, Björck M, et al. Portal vein thrombosis: prevalence, patient characteristics and lifetime risk: a population study based on 23,796 consecutive autopsies. World J Gastroenterol 2006;12:2115-9.
4. Denninger MH, Chaït Y, Casadevall N, et al. Cause of portal or hepatic venous thrombosis in adults: the role of multiple concurrent factors. Hepatology 2000;31:587-91.
5. İnan M, Tansel Sarıoğlu T, Serhat TH. Porto mesenteric venous thrombosis as a rare cause of acute abdomen in a young patient: What should be the process of diagnosis and management? Ulus Cerrahi Derg 2013; 29: 84-87.
6. Uysal E, Çevik E, Çınar O, Acar Y.A, Gök M, Arslan D. Rare cause of abdominal pain at emergency department: portal vein thrombosis. JAEMCR 2011; 2: 17-19.

P-047
İntestinal Perforasyon ile Tanı Konulan Gastrointestinal Stromal Tümör, Olgu Sunumu

Özcan Dere[1], Yelda Dere[2], Ahmet Korkut Belli[1], Okay Nazlı[1]
[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Muğla
[2]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıbbı Patoloji Anabilim Dalı, Muğla

Amaç:
Gastrointestinal yolu ilgilendiren stromal ve mezenkimal tümörler subepitelyal alanda yerleşir ve kabaca iki grupta toplanır. En sık görülen grup gastrointestinal stromal tümörler (GİSTs) olarak isimlendirilir. Genel olarak proksimal ince barsak ve mide yerleşimlidir. Ancak omentum mezenter ve peritoneumda da bulunabilir. GİSTs, %95 KİT protieninin ekspresyonu ile tanımlanır. Yaklaşık %80 oranında da KİT reseptörü ile aktive olan KİT gen mutasyonu saptanır. Hücresel morfolojisinde ise iğsi hücreli %70, epiteloid tip %20 ve miks tio %10 oranında saptanır. KİT negatif GİST plateled ilişkili receptör alfa (PDGFRA) mutasyonları tanımlanmıştır. Gist gastrointesitinal sistem tümörleri arasında %1 oranında görülmekte iken en sık görülen epitelyal olmayan gastrointestinal sistem tümörüdür. Ancak gerçek sıklığı tam olarak bilinmemektedir. ABD 'de yıllık yeni GİSTs tanısı almış hasta sayısı 6000 civarındadır.

Olgu:
GİSTs solid kitlesel bir lezyonlar olmakla birlikte barsak duvarı ve mezosunu içererek yer kaplayan lezyonlar şeklinde ortaya çıkabilir. Meckel Divertikülünde yerleşmiş GİSTs'lerde lümiene baskı ve nekroz gelişimi ve buna bağlı içi boş organ perforasyonu gelişimi gözlenmektedir. Olguda litaratürde görmediğimiz stromal tümörün perforasyonu görülmesi nedeni ile sunmaya değer gördük. Olgumuz 81 yaşında bayan hasta akut batın bulguları ve abdominal sepsis hali ile acil servise başvurdu. Hastanın yapılan görüntülemelerinde batın BT'de sağ alt kadrana yerleşmiş over ile sınırları net ayrımlanamayan 13*15 cm lik kitlesel lezyon etrafında serbest sıvı ve hava saptanması üzerine hasta acil eksploratif laparotomiye alındı. Terminal ileum mezosunda yerleşmiş 15*15 cm'lik kitle perfore olmuş ve terminal ileum mezosu ve ince barsakları da perfore etmiş görünmde idi. Kitle eksize edildi. Etkilenen sağ kolon ve terminal ileum kitle ile rezeke edildi. İleotransvers anastomoz uygulandı. Postoperatif 8. günde sorunsuz olarak eksterne edildi. Patoloji sonucu submukozadan köken alıp serozal yüzden perforasyon oluşturmuş, yüksek sellülerite ve mitotik indekse sahip CD117 + yüksek riskli GİSTs olarak raporlandı.
Hastanın performansı düşük olması nedeni ile kemoterapi tedavisi uygulanmadı. Hasta taburculuğunun 4. ayında takibi devam etmektedir.

GİSTs genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olarak karşımıza çıkar. Kırk yaş altında ise oldukça nadir görülür. Amerikan kanser gözlem ve araştırma kuruluşunun yapmış olduğu çalışmada ise tanı anındaki ortalama yaş 63, Avrupa merkezli yapılan çalışmalarda ise 69 olarak saptanmıştır. Olgumuzun yaşı Avrupa ve ABD ortlamaları gibi ileri yaş gurubundadır. Ailesel GİSTs, nörofibramatozis Tip 1 ve Carney Stratakis sendromu gibi ailevi otozaomal dominant geçişli hastalar %5 oranında ailevi geçiş gösterir. Büyük oranda ise sporadik olarak saptanır. Olgunun öyküsünde ailevi geçiş görülmemesi nedeni ile sporadik bir olgu olarak kabul edildi. Histolojik olarak düz kastan kaynaklanır. GİSTs klinik davranışları oldukça değişkendir. Bilgiasayarlı tomografi (BT) ve endoskopik ultrason (EUS) bulguları hastalığın nüks edip etmeyeceği ile ilgili bilgileri verebilir. Tümör BT'de 5 cm'den büyük, lobule, heterojen büyümüş, mezenterik yağlı dokuyu infiltre etmiş, ülserasyon göstermiş rejyonel lenf nodu metastazı yapmış yada ekzofitik büyüme paternine sahip ise metastaz yapma ihtimali yüksektir. Olgumuzda da tümör boyutu 10 cm'nin üzerinde heterojen büyüme paternine sahipti. İnce barsak mezenterik yağlı doku ve ince barsak serozal yüzeyleri de tutulmuş ve hatta muhtemel tümör nekrozuna bağlı tümör ve ince barsak perforasyonuna neden olmuş idi. Gistler genellikle homojen olarak genişler ve endolimunal yerleşir. Semptomatik olan ve tedavi gerektiren GİstIer histolojik görünümden bağımsız olarak uzun dönem takiplerde malign seyir gösterebilir. Genel kabul hastanın tedavi yönetimini değiştirmeyeceğinden Gistlerin malign veya benign olarak tanımlanmaması yönündedir. Metastaz ve rekürrens açısından klinikopatolojik risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Olgumuzda yapılan risk değerlendirilmesinde yüsksek riskli değerlendirilmiş ancak hastanın performansı yetersiz olması nedeni ile hastaya imatinib tedavisi veriemedi.

Sonuç:
GİSTs tanısı genellikle batın içi bası bulguları veya müphem ağrıları araştırmak amacı ile yapılan tetkikler ile tanı alır. Ancak olgumuz acil müdahale gerektiren kitle ve perforasyon bulguları sonrası yapılan cerrahi girişimler sonucu tanı almıştır. Hastanın peroperatif tanısı konulamadı ancak definitif cerrahisi uygulanabildi. Literatürde perforasyon bulguları ile saptanan GİSTs Meckel Divertikünde yerleşenlerde saptanmıştır.Ancak tümörün perforasyonu ile tanı alan GİSTs litaratürde bulunmaması nedeni ile sunuldu.

P-048
Kliniğimizde Akut Apandisitte 3 Tekniğin Karşılaştırılması

Metin Yalçın, Mehmet Ali Gök, Ayşegül Aktaş
S.B.Ü. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Şanlıurfa

Amaç:
Bu çalışmada hastanemizde akut apandisit tanısı konulup 3 farklı teknikle (açık, Laparaskopik, SILS) operasyonu yapılan hastaların post op karşılaştırılması değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem:
Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma hastanesi genel cerrahi kliniğinde 2016 - 2017 yılları arasında akut apandisit nedeniyle ameliyat edilen 490 hasta retrospektif olarak tarandı. Yaş, cinsiyet, ameliyat tekniği, post operatif dönem karşılaştırıldı.

Bulgular:
Akut apandisit tanısı ile toplam 490 hasta opere edildi. Hastaların %60' ı erkek, %40' ı bayan idi. Yaş ortalaması 42 (18-75) idi. 459 hastaya konvansiyonel apendektomi, 8 hastaya LAP. Apendektomi, 23 hastaya da SILS apendektomi uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 1 saat idi. Taburcu süresi 1.2 gün idi.

Sonuç:
Akut apandisitte ameliyat tekniğinin seçimi hastanın durumuna ve cerrahın tecrübesine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Laparaskopik apendektomi yada SILS uygulanan hastalarda hastanede yatış süresinin ve normal aktivitelere dönüş zamanının konvansiyonel apendektomiye göre daha kısa olduğu görülmektedir. LA ve SILS yeterli tecrübeye sahip bir ekip ve gerekli ekipmanın olduğu bir hastanede güvenli bir yöntemdir.

P-049
İleusa Neden Olan Sigmoid Kolona İnvaze Çekum Müsinöz Karsinomu

Serkan Şengül[1], Umut Rıza Gündüz[2]
[1]*Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alanya*
[2]*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya*

Amaç:
Kolorektal kanserler batı dünyasında en sık görülen 3. kanser türü olup, kansere bağlı ölüm istatistiklerinde 2. sıradadır. Genellikle 7.dekatta sıktır. Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğunu adenokarsinomlar oluşturmaktadır. Müsinöz karsinom, primer kolorektal kanserlerin %5-15'ini oluşturan histolojik tipidir. Genellikle genç ve non-polipozis kolon kanserli hastalarda görülür. 30 yaş altında görülen kolorektal kanser olgularının %79-83'ünü müsinöz karsinom oluşturmaktadır ve prognozu daha kötüdür. Bu çalışmada, mekanik barsak tıkanıklığına neden olan, sigmoid kolona invaze çekum musinöz adenokarsinomu olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Altmış dokuz yaşında bayan hasta acil servise şiddetli kolik tarzda karın ağrısı, bulantı ve koyu renkli rektal kanama şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde yaklaşık altı aydır ara ara rektal kanama ve karın ağrısı kabızlık şikayetlerinin olduğunu belirtti. Hastanın yapılan fizik muaynesinde batın sağ alt kadranda ve suprapubik bölgede yaygın hassasiyet mevcuttu. Rektal tuşede rektum boş ve az miktarda hemotokezya mevcuttu. Labaratuar incelemelerinde, hgb:8,23 g/dL, beyaz küre: 6200/mm³ olup, biyokimyasal testler normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri gözlenmedi. Batın Ultrasonografide sağ alt kadranda barsak ansları ödemli ve duvar kalınlığı olarak rapor edildi. İntravenöz ve oral kontrastlı bilgisayarlı tomografide, sigmoid kolonda 6x5 cmlik muhtemel kitle olarak rapor edildi. Hastanın kolonoskopisinde, sigmoid kolonda lümeni anüler tarzda tama yakın tıkayan ülserovejetan kitle gözlendi. Hasta, sıvı elektrolit replasmanını takiben, ileusa neden

olan sigmoid kolon tümörü ön tanısı ile operasyona alındı. Explorasyonda çekum ve sigmoid kolonun tümöral invazyona bağlı ileri derecede yapışık olduğu ayrıca distal ileal ansların yer yer tümöral kitleye yapışık olduğu gözlendi. Çekum serozasını infiltre eden kitle palpe edildi. Hastaya onkolojik prensiplere uyularak genişletilmiş terminal ileum rezeksiyonu ile sağ hemikolektomi ve anterior rezeksiyon uygulandı. Postoperatif makroskopik patoloji sonucu çekumdan sigmoid kolona uzanan barsak duvarının tümünü saran ülserovejetan kitle ve bu kitlenin ileum ve sigmoid kolon duvarına invaze olduğu raporlandı. Mikroskopik patoloji sonucu ise musinöz adenokarsinom olarak raporlandı. Hasta postoperatif 7. gününde, komplikasyonsuz taburcu edildi.

Sonuç:
Müsin üretimi kolorektal kanserlerde sık görülen histolojik bir özelliktir. Kolorektal tümörlerde % 50'nin üzerinde müsin üretimi olduğu zaman bu tip tümörler müsinöz karsinom olarak adlandırılmaktadır. Bir çok retrospektif çalışmada musinöz adenokarsinomlarda vasküler invazyon ve lenf nodu infiltrasyonunu anlamlı şekilde yüksek çıktığı gösterilmiştir. Bu konuda ki hipotez; müsinöz tip karsinomların mukopolisakkaritleri, tümör hücresine giden immünositleri engeller ve böylece müsin sekrete eden karsinomlar daha kolay peri-intestinal dokuya, lenfatik damar ve nodlara infiltre olurlar şeklindedir. Sonuç olarak preoperatif mekanik barsak tıkanıklığı nedeniyle tam kolonoskopisi yapılamayan hastalarda proksimalde senkron bir tümöral kitle olabileceği ve kolorektal kanserlerde musinöz komponent olması hastalığın daha agresif seyrine ve daha hızlı yayılımlarla seyredebileceği akılda tutulmalıdır.

P-050
Akut Apandisiti Taklit Eden Parsiyel Çekum Nekrozu

Yasin Kara, Mustafa Uygar Kalaycı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
İzole çekum nekrozu(İÇN);çekal arterlerin aterosklerozu yada tromboembolisine bağlı meydana gelebileceği gibi posttravmatik olgularda, kronik hemodiyaliz hastalarında, açık kalp cerrahisi sonrası ve digoksin kullanımı öyküsü olan hastalarda görülebilmektedir. Aterosklerotik vasküler hastalıklarda risk faktörleri arasındadır. Bu çalışmada, aterosklerotik koroner kalp hastalığı ve hipertansiyonu olan yaşlı hastada akut batın bulgularına neden olan ve eksplorasyonda İÇN saptanan bir olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Altmışsekiz yaşında erkek hasta 48 saat önce başlayan ve şiddetlenen karın ağrısı, bulantı şikayeti ile acile başvurdu. Hasta 9 yıldır hipertansiyon ve aterosklerotik koroner kalp hastalığı nedeni ile metoprolol 200 mg/gün ve asetil salisilik asit 300 mg/gün alıyordu. Fizik muayenesinde batında sağ alt kadranda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet,sağ alt kadranda defans ve rebound vardı. Laboratuvar incelemesinde lökosit 22400/mm3, CRP:10.1, prokalsitonin:4.6, glukoz:150 mg/dl idi. Direk karın grafisnde ince barsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri olup batın ultrasonografide özellik saptanmadı. Çekilen abdominal BT nonspesifik subileus bulguları olarak rapor edildi(Şekil 1). Fizik muayene bulguları ile akut batın düşnülen hastada acil ameliyat kararı alındı. Göbek altı median insizyonla batına girildi. Eksplorasyonda batıniçi serohemorajik serbest mai mevcuttu. Apendiks normal görünümde idi. Çekum ön ve lateral duvarda 5x6 cm lik alanda nekroz görüldü(Şekil 2). Tümoral kitle izlenmedi. Hastaya sağ hemikolektomi elle uç-yan ileotransversostomi uygulandı. Hastamız postoperatif 8.günü sorunsuz taburcu edildi. Patoloji raporunda akut iskemik değişiklikler ve transmural nekroz olarak geldi.

Sonuç:
İzole çekum nekrozu kolonik iskemi tablolar arasında sık görülmeyen ve tanı konması zor olan klinik bir tablodur. Sağ alt kadran ağrısı veya akut batın tablosu ile başvuran yaşlı hastalarda ayrıcı tanıda iskemik çekum nekrozu düşünülmelidir. İzole çekum nekrozu saptanan hastalarda sağ hemikolektomi ve ileotrasvesostomi güvenilir bir tedavi yöntemidir.

P-051
Bir Yüksek Enerjili Penetran Travma Olgusu: Blast Etki ile Gelişen Kolon Yaralanması

Muhammed Tahir Akça, Can Saraçoğlu, Mehmet Aslan, Mehmet Onur Gül
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Karın bölgesinin penetran ve künt travmaları, kafa ve ekstremite travmasından sonra 3. sıklıkta görülür. Karına penetre ateşli silah yaralanmalarında karın içi organ yaralanma ihtimali % 90–98 oranındadır. Ateşli silah yaralanmalarının yüksek enerjili olması, daha geniş yaralara neden olabilmesi ve mermi traktının vücutta kavite açarak ilerlemesi çok daha mortal seyretmesine neden olmaktadır. Kurşunun kinematiği hastadaki yaralanmanın doğru tanı almasını sağlar. Batın içine penetre olan kurşun sadece kinetik enerjisi ile değil, blast etkinliği ile de ek organ yaralanmaları yapabilir.(1) Mermi çekirdeği, ısı etkisi ile internal organ yanıklarına neden olacak, komşu yapılardan kopardığı kemik parçaları ile çevresindeki organlara zarar verecektir. Bu yaralanmalarda yaralanma zamanı, silahın çeşidi, vurulma mesafesi, isabet eden kurşun sayısı ve olay yerindeki tahmini kan miktarı saptanması gereken önemli unsurlardır.(2) Orta ve yüksek hızlı silahların mermisinin(AK47 gibi) dokuyu geçerken oluşturduğu enerji dalgası nedeniyle, mermi ekstraperitoneal bir yol izliyor olsa ile intraperitoneal yapılar hasar görebilir. Orta hızlı silahların mermisi 335-610 m/sn hızla gidebilir. Yüksek hızlı silahlar ise 610m/sn üzerinde bir hıza sahiptirler. Pompalı tüfek yaralanmaları; tek mermi yerine saçma atıyor olmaları ve daha uzun namlulu olmalarına bağlı olarak daha farklı yara özelliklerine neden olurlar. En ölümcül yaralanmalar <2.7m'den yapılan atışlarda görülür. (3) Olgumuzda, yaşanan bir terör saldırısı sonrası yüksek enerjili ateşli silah yaralanması nedeniyle hastanemiz acil polikliniğine ulaştırılan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
51yaşında kadın hasta, ateşli silah yaralanması sonrası 112 Acil Ambulansı ile hastanemiz acil servisine ulaştırıldı. Muayenesinde genel durum orta, şuur açık ve koopere idi. TA: 90/60 mmHg, nabız 105/dk olarak ölçüldü. Yapılan fizik muayenede sol lomber bölgeden giriş deliği ve sağ lomber bölgeden çıkış deliği saptandı. Hemogram tetkikinde lökosit: 22.200, hemoglobin 10.2 g/dl, hematokrit %30 idi. Yapılan kontrastlı batın BT tetkikinde sağ pelvik kanat fraktürü ve L3-L4 vertebra spinal process fraktürü olduğu, mermi çekirdek traktının batın duvarına nafiz olmadığı ancak çıkan kolon segmentinde duvar bütünlüğünün bozulduğu izlenerek acil laparatomi kararı alındı. Laparatomi esnasında yapılan eksplorasyonda batın duvarının bütünlüğünün korunduğu, batın içi fekal içerik olduğu, çıkan kolonda yaklaşık 7 cm uzunluğunda segmentin nekroze ve tam kat perfore olduğu görüldü. Sağ hemikolektomi uygulandı ve uç ileostomi+müköz fistül hazırlanarak batın sağ üst kadrandan batın dışına alındı ve olgunlaştırıldı. Postoperatif dönemde ilk 3 gün hastanemiz yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın yapılan kontrol batın BT tetkikinde ek cerrahi patoloji izlenmedi. Genel durumu iyi seyreden, ileostomisi çalışan hastanın osseöz ve nöroşirurji patolojileri açısından ilgili kliniklere konsülte edilerek önerileri uygulandı. Hasta takibinin 20. gününde taburcu edildi.

Sonuç:
Ateşli silah ile oluşan kurşun ve saçma yaralanmalarının spektrumu oldukça geniş olup, travma ile uğraşan cerrahlar için özellikle yaralanmanın teşhis ve tedavisi açısından güçlük arzetmektedir. Bu spektrumdaki ana faktör; ateşli silah yaralanmasında "blast" etki ile kurşun ve saçmanın sadece girdiği organda değil, çevre dokularda da hasar oluşturabilmesidir. Bu spektrumun genişliğindeki diğer bir faktör kurşun ve saçmanın vücuda girince genellikle yön değiştirmesi ve buna bağlı giriş trasesi dışındaki lokalizasyonlarda organ yaralanmasına neden olabilmesidir.

Kaynaklar:
1. Thomas M. Scalea, Sharon A. Boswell. Abdominal Injuries. Judith E. Tintinalli (sixthed). Emergency Medicine.s:1613-1620, The McGrawHill Companies, Inc, 2004
2..Taviloğlu K. Travmaya Genel Yaklaşım. Kalaycı G(ed). Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul 2002, 288-297
3. Huerta S, Bui T, Porral D, Lush S, Cinat M. Predictors of morbidity and mortality in patients with traumatic duodenal injuries. Am Surg 2005;71(9):763-7

P-052
Konservatif Yöntemle Tedavi Edilen Bir Travmatik Rektum Yaralanması: Olgu Sunumu

Yasin Kara, Mustafa U Kalaycı
SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Rektum yaralanmaları ciddi mortalite ve morbidite ile seyredebilir; penetran veya künt ano-rektal yaralanmaların optimal tedavisinde tartışmalar devam etmektedir(1). Savaşlarda kazanılmış deneyimlere dayanarak, yaralanma şekli ve yerleşimine göre tedavide rezeksiyon, kolostomi, primer tamir, presakral drenaj, distal rektum lavajı ve bunların kombinasyonları uygulanmaktadır(2). Biz konservatif yöntemle tedavi ettiğimiz ektraperitoneal tam kat rektum yaralanması olgumuzu sunuyoruz.

Olgu:
Yirmiüç yaşında erkek hasta heriki gluteal bölgeden bıçaklanma şikayeti ile acile getiriliyor. Heriki gluteal bölgede anal verge 10 ve 7 cm uzaklıkta 0.5 ve 0.8 cm lik kesiler mevcuttu. Rektal tuşesinde özellik saptanmayan ve çekilen kontrastlı tüm batın bt de rektum duvarı normalden kalın, perirektal alanda belirgin heterojenite artışı izlendi ve batıniçi serbest mai izlenmedi solid organlar doğal olarak rapor edildi(Resim 1).Yapılan rektosigmoidoskopide rektum 7. cm de 1 cm lik DKAY bağlı lazerasyon tesbit edildi.(Resim 2) WBC:17000 NE:%85 CRP:75 olan hasta Hemodinamisi stabil olan hasta oral alımı stoplanıp seftriakson 1gr 2x1 i.v. metronidazol 500 mg 2x1 i.v. ve periferal TPN başlanıp takibe alındı 8 günlük servis takiplerinde ateşi olmayan hastanın vitalleri stabil seyretti lökositozu ve crp si tedricen geriledi oral gıdaya başlandı tolere eden hasta kontrol rektoskopi planlanarak taburcu edildi 1 ay sonra yapılan kontrol rektoskopisinde rektum yaralanmasının skar dokusu ile iyileştiği gözlendi.

Sonuç:
Sivillerdeki rektum yaralanmaları, %80 ateşli silah, %10 künt travma, %6 transanal yabancı cisim ve %3 kesici-delici alet ile meydana gelmektedir(1,2). Yapılan birçok çalışmada çoğu intraperitonel rektum yaralanmasında primer tamir yeterli olmaktadır. Ekstraperitoneal rektum yaralanmalarında kolostomi ile beraber mümkünse primer tamir yapılması ve gecikmiş veya geniş doku kayıplı olgularda kolostomiye presakral drenajın eklenmesi uygun görülmüştür(3). Levine ve ark. 30 hastanın 6›sını kolostomisiz primer tamir ile tedavi etmiş; ciddi riskleri, yandaş organ yaralanması olmayan ve erken (<8 saat) başvuran hastaların kolostomisiz, sadece primer tamir ile tedavi edilebileceğini bildirmişlerdir(4). Gonzales ve ark.(5)›de geniş doku kaybı içermeyen ekstraperitoneal yaralanmaların kolostomisiz tedavi edilebileceği savunmuşlardır. Bizim olgumuzda ekstraperitoneal rektum yaralanması primer tamir uygulanmadan konservatif yöntemlerle başarı ile tedavi edilmiştir ve 1 ay sonraki kontrol rektoskopisinde yaralanmanın skar dokusu ile iyileştiği gözlenmiştir

P-053
APC Gen Testi Negatif Bir Adenomatöz Polipozis Koli Zemininde Gelişen Adenokarsinom

Yasin Kara, Mustafa Uygar Kalaycı
SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Familial Adenomatöz Polpozis Koli sendromu (FAP), gastrointestinal sistemde özellikle kolon ve rektumda çok sayıda adenomatöz poliplerin bulunması ile karakterize, otozomal dominant geçis gösteren bir sendromdur. Bu

sendromdan sorumlu adenomatöz polipozis koli (APC) geni, 5. kromozomun uzun kolunda (5q21-22) lokalizedir. Bu geni tasıyan bireyler genellikle puberteye kadar asemptomatiktir ve bu dönemde polipler ortaya çıkmaya başlar. Geniş serilerde kolorektal poliplerin sıklığı ve biyolojik davranşına bağlı olarak 30 ve 40'lı yaşlarda malignite gelitiği bildirilmekte ise de nadiren 11-12 yaşlarındaki çocuklarda da kolorektal kanser geliştiği bildirilmektedir. FAP hastalarının büyük çoğunluğunun ailesel kolorektal polip ve kanser öyküsü vardır, ancak bunların %25-30'unda aile bireylerinde FAP'ın klinik ya da genetik bulguları yoktur. APC gen testi negatif olan ve rektal poliplerinde adenokarsiom saptanan adenomatöz polipozis koli olgusunu sunuyoruz.

Olgu:
Otuz dokuz yaşında erkek hasta, beş yıldır olan şişkinlik,karın ağrısı şikayetlerine ishal ve rektal kanamanın eklenmesi ile polikliniğimize başvurdu. Rektal tuşede anal vergeden beşinci cm de polipoid lezyonlar palpe edildi. Yapılan kolonoskopide dentat line bir cm proksimalinden başlayan ve çekuma kadar tüm kolonu tutan en büyüğü iki cm ye ulaşan multipl polipler izlendi (Resim 1), rektumdan yapılan polipektomiler villöz adenom zemininde gelişen adenokarsinom olarak rapor edildi. Yapılan APC gen testi negatif olup çekilen bilgisayarlı tomografide patoloji izlenmedi. Hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Yakın akrabaları il dışında olduğundan takibe alınamadı. Yapılan üst GİS endoskopisinde özellik saptanmadı. Hasta operasyona alındı yapılan laparatomide karaciğerde metastaz yoktu ve kolon tüm segmentlerinde polipler palpe edildi. Hastaya restoratif proktokolektomi ve ileal j poş anal anastamoz ve saptırıcı ileostomi uygulandı. Patolojik inceleme sonucu tüm kolonda tübüler, tübülovillöz ve villöz adenomlar malignite izlenmedi olarak rapor edildi. Hastamız postoperatif takiplerini sorunsuz geçirdi ve onuncu günü taburcu edildi.

Sonuç:
FAP, erken tanı konup tedavi edilmediğinde kanserlesme oranı elli yaşına kadar %100 olan bir hastalıktır. FAP lı hastaların akrabaları yakın izlemde tutulmalı, periyodik rektosigmoidoskopik inceleme yapılmalı ve polipozis koli tanısı konulan hastalara karsinom zemini gelişmeden profilaktik total kolektomi seçeneklerinden uygun olanı yapılmalıdır.

P-054

Bildiri Yazarları Tarafından Geri Çekilmiştir.

P-055
Karın içi Yabancı Cisme Bağlı Perforasyon: Rahim içi Araç

Şahin Kahramanca[1], Turgut Anuk[2]
[1]*Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars*
[2]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars*

Amaç:
Rahim içi araçlar (RİA), gelişmekte olan ülkelerde %95'e varan oranlardaki koruyuculuk etkisi ile efektif kullanımları ve düşük maliyetleri nedeni ile çok sık kullanılan doğum kontrol yöntemlerindendir. Birçok avantajının yanında, ektopik gebelik, enfeksiyon ve perforasyon gibi komplikasyonları da bulunmaktadır. Olgularımızda, uterus perforasyonu sonrası sigmoid kolon migrasyonu sonrası batın içi serbest hava saptanan ve laparotomi sonrasında sigmoid kolon içinden çıkarılan 2 batın içi serbest RİA yı sunacağız.

Olgu:
Olgu 1: Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 37 yaşındaki hastanın, direkt karın grafisinde serbest hava ve batın sol alt kadranında RİA görünümlü yabancı cisim tespit edildi. Fizik muayenesinde rijidite saptanan hastaya acil laparotomi yapıldı. RİA batın içinde bulunamadı. Sigmoid kolonda 5 mm çaplı perforasyon odağı görülerek, RİA'nın buradan sigmoid kolona migre olduğu tespit edildi. Perforasyon odağı primer yoldan kapatıldı. Sigmoid kolon içindeki RİA, distale doğru milking tarzında ilerletilerek anal kanaldan dışarı alındı.

Olgu 2: Karın ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile acil servise başvuran 34 yaşındaki hastanın yapılan fizik muayenesinde batında yaygın defans ve rebound saptandı. Direkt batın grafisinde serbest hava gözlenen hastaya acil laparotomi kararı verildi. İntraoperatif sigmoid kolonda yaklaşık 1 cm çaplı perforasyon odağından uterustan sigmoid kolona migre olan rahim içi araç tespit edildi. RİA perforasyon odağından dışarı alındı ve perforasyon odağı primer kapatıldı.

Sonuç:
RİA, kontrasepsiyon yöntemleri arasında koruyuculuğu %95'lere çıkan bir yöntem olmakla birlikte, çok nadir durumlarda uterustan batın içi organlara migre olabilmekte ve acil laparotomi ihtiyacı olan laparotomilere sebep olmaktadır. Bu sebeple RİA anmnezi olan perforasyonlu hastalarda RİA migrasyonu akılda tutulmalıdır.

P-056
İzole Kolon Yerleşimli Dev Kist Hidatik

Turgut Anuk[1], Şahin Kahramanca[2]
[1]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars*
[2]*Kars Devlet Hastanesi Genel Cerrahi, Kars*

Amaç:
Ekinokok enfeksiyonları tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ve koruyucu halk sağlığı hekimlik sisteminin yetersiz olduğu ülkelerde en sık görülen parazit enfeksiyonlarındandır. Ülkemizde, özellikle Doğu Anadolu Bölgesinde hala endemik sayılabilecek sıklıkta görülmektedir. En sık karaciğer ve akciğerde görülse de, nadiren beyin, gluteal bölge, primer omentum, meme ve tiroid bezde de klinikte karşımıza çıkmaktadır. Olgumuzda, sağ kolonda görülen izole dev kist hidatikli olguyu sunacağız.

Olgu:
Karın ağrısı ve batın sağ alt kadranda ele gelen kitle şikayeti ile polikliniğe başvuran 39 yaşındaki erkek hastanın yapılan abdomen ultrasonografisinde batın sağ alt kadranda 10 cm çaplı, abdomen kontrastlı tomografisinde sağ alt kadranda mesaneye bası yapan, 120x85 mm boyutlu, düzgün konturlu, ince duvarlı kist içinde kist görünümü veren kistik hipodens oluşum gözlendi. Hasta operasyona alındı. Pelviste mesaneye, çekuma ve sigmoid kolonu retrakte ederek omentuma yapışmış 15 cm çaplı kistik lezyon intraoperatif saptanarak sol hemikolektomi ile birlikte kitle total eksizyonu yapıldı. Kitlenin histopatolojisi kist hidatik olarak raporlandı. Hasta postoperatif 11. gününde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç:
Ekinokok enfeksiyonları, her ne kadar primer lokalizasyonu karaciğer ve akciğer olsa da, olgumuzdaki gibi endemik sayılabilecek bölgelerde sıradışı tutulumlu kist hidatik olgularına da sebep olabilmektedir. Bu tipteki parazit enfeksiyonlarındaki tedavide izlenecek yol, cerrahi tedavinin yanında, koruyucu halk sağlığı hekimlik yöntemlerine dayanmaktadır.

P-057
Rektumda Yabancı Cisim: 4 Olgu Sunumu

Şahin Kahramanca[1], Turgut Anuk[2], Ali Cihat Yıldırım[1]
[1]*Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars*
[2]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars*

Amaç:
Nadir kolorektal cerrahi aciller arasında yer alan rektumda yabancı cisimler, klinikte 2 farklı oluşum mekanizması ile karşımıza çıkmaktadır. Daha çok mental retarde kişilerde oral alım yoluyla kolona geçen yabancı cisimler ve orta yaş erkeklerde daha sıklıkla görülen ve oto-erotizm amaçlı anal kanaldan yukarı itilen yabancı cisimler, sessiz bir tabloya yol açabildiği gibi, içi boş organ perforasyonlarına da sebep olabilmektedir. Anal kanadan cinsel uyarıcı amacıyla uygulanan 4 rektumda yabancı cisimli olguyu sunacağız.

Olgu:
Acil servise başvuran 36, 42, 47 ve 17 yaşlarındaki 4 erkek hastanın anamnezlerinde oto-erotizm amacıyla kullanımı sırasında salatalık, yuvarlak tahta, soda şişesi ve meşrubat şişesinin hastaların kontrolleri dışında anal kanaldan rektuma kaçtığı ve hastaların cisimleri çıkaramamaları sonrasında acile başvurdukları öğrenildi. Batın muayeneleri rahat olan hastalardan, laringeal maske altında yabancı cisimler anal kanaldan dışarı alındı. Koplikasyon gelişmeyen hastalar postoperatif 1. günlerinde taburcu edildi.

Sonuç:
Cinsel uyarıcı amacıyla anal kanaldan uygulanan ve rektumda kalan rektal yabancı cisim anamnezi ile acil servise başvuran hastalarda, ayrıntılı anamnez, fizik muayene sonrası gerekli görüldüğü hallerde radyolojik tanı yöntemleri kullanılarak perforasyon bulguları aranmalıdır. Perforasyon bulguları olduğunda, laparotomi tedavi yöntemi iken, periton iritasyon bulguları yokken, uygun anestezik yöntemle, ameliyathane koşullarında cisimler çıkarılmalıdır.

P-058
Nadir Bir Transvers Kolon Perforasyonu

Zeynep Göçerler[1], Hayrettin Dizen[1], İlknur Turan[2], Sermin Tozman[1]
[1]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir*
[2]*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

Amaç:
Künt travma sonrası umblikal herni kesesi içerisinde kolon perforasyonu varlığı daha önce literatürde bildirilmemiştir. Bu vaka sunumunda amacımız künt travma ile gelen ve öncesinde bilinen abdominal hernisi olan hastalarda herni kesesi içerisinde perforasyon olabileceğini hatırlatmaktır.

Olgu:
72 yaşında önceden bilinen umblikal hernisi mevcut olan ve yandaş hastalıkları nedeniyle operasyonu ertelenen kadın hasta araç içi trafik kazası geçirdikten yaklaşık 1 gün sonra umblikal herni alanında selülit tablosu ile acil servise başvurmuştur. Hastanın Diyabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı öyküsü mevcuttu. Gelişinde dispneik, taşikardik ve hipotansifti. Hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre artışı, anemi ve metabolik asidoz saptandı. Çekilen Abdomen BT›de umblikal herni kesesi içerisinde duvar kalınlığı artmış bağırsak segmentleri, sıvı birikimi ve cilde fistülize bağırsak segmenti tespit edildi. Bunun üzerine hasta yoğun bakıma yatırıldı ve gerekli preoperatif hazırlığın ardından opere edildi. Ameliyat sırasında transvers kolonun umblikal herni kesesi içerisinde yer aldığı ve buradan perfore olduğu saptandı. Hastaya genişletilmiş sağ hemikolektomi uygulandı. Post-operatif dönemde entübe şekilde yoğun bakıma alınan hastanın takiplerinde 24 saat sonunda ekstübe edildi. Oral alımı tolere eden ve komplikasyon gelişmeyen hasta 6. günde taburcu edildi.

Sonuç:
Abdominal duvar hernileri cerrahi kliniklerinde en sık rastlanan hastalıkların başında gelmektedir. Tüm herniler arasında umblikal herniler %3-8,5 arasında değişen oranlarla 3. sırada yer almaktadır. İnkarserasyon ya da strangülasyon oranı yaşlı popülasyonda artmakta ve mortaliteyi arttırmaktadır. Herni kesesi içerisinde strangülasyona bağlı perforasyon görülebilse de literatürde travma sonrası perforasyon bildiren yayınlar enderdir. 1995 yılında Reynolds travma sırasında herni kesesi içerisindeki bağırsağa uygulanan kuvvetlerin nasıl perforasyona yol açtığını detaylı olarak tarif etmiştir. İnkarsere veya starngüle herniler acil operasyon nedenidir. Ancak bu sınıfa girmeyen herniler de komplike olabilir. Sonuç olarak, trafik kazası gibi yüksek enerjili künt travmalar sonrasında hastaların muayenesi sırasında ilk olarak göz ardı edilebilecek eski herni defektlerinin gözden kaçmaması ve bu alanlarda intestinal perforasyon olabileceğinin akılda tutulması gerekmektedir.

P-059
Rektumda Yabancı Cisimlere Yaklaşımımız

İlknur Turan, Zeynep Göçerler, Yunus Nadi Yüksek, Gül Dağlar, Faruk Koca
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç:
Rektal yabancı cisim tanısı ile tedavi gören hastalara yaklaşımımızı güncel literatür bilgileri ışığında değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Çalışmaya 2011 ile 2016 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştıma Hatanesi Acil Cerrahi Kliniğinde rektal yabancı cisim tanısı ile yatırılıp opere edilen 14 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, yatırıldığında kaydedilen muayene bulguları, yapılan operasyon, postop takip bilgileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 14 hastanın 3'ü kadın, 11 'i erkek idi. Ortanca yaş 58.9 olup, minimum yaş 25, maksimum 82 idi. Hastaların 1'i kaza ile, 1'i kabızlık sorununu tedavi etmek amacı ile 12 hastanın seksüel aktivite cinsel tatmin amacı ile rektuma yabancı cisim yerleştirdiği belirlendi. Sekiz hastanın yapılan rektal muayenesinde anal girim ve rektumda yabancı cisim palpe edildi, 6 hastanın rektal muayenede yabancı cisim saptanmadı. Tüm hastaların operasyon öncesi pelvis tek yönlü grafisi görüldü. Rektaltuşede yabancı cisim palpe edilen 8 hastaya genel anestezi altında anal eksplorasyon yapıldı. 8

hastanın 4'üne sfinkterotomi yapılarak, 2'si sfinkterotomi yapılmadan anoskop ile yabancı cisim gözlenerek klemp yardımı ile çıkarıldı. Hastaların birinde laparatomiye geçildi ve kolotomi ile yabancı cisim çıkarıldı. Rektal tuşe ile rektumda yabancı cisim saptanmayan 6 hastanın tümüne laparatomi uygulandı. Üç hastaya Hartmanprosedürü uygulandı. Ortalama postoperatif yatış süresi 5 gün olarak hesaplandı. Mortalite görülmedi.

Sonuç:
Rektumda yabancı cisim saptanan hastaların yönetimi iyi bir şekilde yapılmalıdır. Hastalara uygulanacak yaklaşımda fizik muayene, rektal tuşe bulguları önemlidir. Bu tür hastalardadoğru tanı ve tedavi amacı ile klinisyenin yargılayıcı olmadan yaklaşması önemlidir.

Hastaların Demografik Özellikleri ve Bulgular

	Cins	Yaş	SED	İlk Anamnez	Gerçek Amaç	Muayene Bulgusu	RT Yb cisim (var/yok)	Ameliyat Şekli	Ameliyat Bulgusu	Yapılan Operasyon	Obje	PO. takip süresi
1	K	39	KÖTÜ	Düşme	Kazara	FM: normal	yok	Elektif Anal bölgeden	Eksternal sfinkter yaralanması	Sfinkter onarımı	sivri metal cisim	3
2	K	25	İYİ	makata yabancı cisim yerleştirme	Sexüel amaçlı	FM: normal	var	Acil Anal Bölgeden	Ek bulgu yok	Anoskop ile muayene Klemp ile eksizyon	Cam İlaç Şişesi	1
3	E	51	ORTA	makata yabancı cisim yerleştirme	Sexüel amaçlı	FM: normal	var	Acil Anal Bölgeden	Ek bulgu yok	LİS+Klemp ile eksizyon	Tuvalet pompası sapı	2
4	E	70	ORTA	makata yabancı cisim yerleştirme	Tedavi amaçlı	Batında distansiyon	var	Acil Anal Bölgeden	Ek bulgu yok	LİS+Klemp ile eksizyon	Plastik şişe	2
5	E	60	ORTA	makata yabancı cisim yerleştirme	Sexüel amaçlı	Batında distansiyon	var	Acil Anal Bölgeden	Ek bulgu yok	Anoskop ile muayene Klemp ile eksizyon	Plastik şişe	3
6	K	38	ORTA	makata yabancı cisim yerleştirme	Sexüel amaçlı	Batında distansiyon	yok	Acil Laparatomi	simple laparatomi	rektumu sağarak anal yoldan eksizyon	Patlıcan	3
7	E	81	ORTA	Gaz-gaita çıkaramama	Sexüel amaçlı	FM: normal	var	Acil Anal Bölgeden	Ek bulgu yok	LİS+Klemp ile eksizyon	Diş fırça kabı	1
8	E	79	ORTA	düşme ve makata yb cisim girmesi	Sexüel amaçlı	FM: normal	var	Acil Anal Bölgeden	Ek bulgu yok	Anoskop ile muayene Klemp ile eksizyon	Cam bardak	4
9	E	49	İYİ	Gaz-gaita çıkaramama	Sexüel amaçlı	Batında distansiyon	var	Acil Laparatomi	simple laparatomi	Kolotomi+Loop ileostomi	Cam bardak	10
10	E	82	ORTA	Karın ağrısıve Gaz-gaita çıkaramama	Sexüel amaçlı	Peritonit bulgusu	var	Acil Laparatomi	Perforasyon+minimal inflamasyon	Kolotomi+Loop kolostomi	Cam soda şişesi	7
11	E	49	ORTA	Karın ağrısıve Gaz-gaita çıkaramama	Sexüel amaçlı	Peritonit bulgusu	yok	Acil Laparatomi	Perforasyon+abse	hartman+peritoneal tuvalet debritman	Cam bardak	15
12	E	68	ORTA	Karın ağrısıve Gaz-gaita çıkaramama	Sexüel amaçlı	Hassasiyet ve distansiyon	yok	Acil Laparatomi	Perforasyon+batın içi temiz	rektumu sağarak+primer onarım	Cam soda şişesi	2
13	E	74	İYİ	Karın ağrısıve Gaz-gaita çıkaramama	Sexüel amaçlı	Peritonit bulgusu	yok	Acil Laparatomi	Perforasyon+abse+fekal peritonit	hartman+peritoneal tuvalet debritman	Calcimax ilaç kutusu	15
14	E	60	ORTA	Karın ağrısıve Gaz-gaita çıkaramama	Sexüel amaçlı	Peritonit bulgusu	yok	Acil Laparatomi	Perforasyon+abse+fekal peritonit	hartman+peritoneal tuvalet debritman	Bilinmiyor	10

SED:Sosyoekonomik durum RT: Rektal Tuşe Yb:Yabancı cisim FM: Fizik muayene

P-060
Kolonik Psödo-Obstrüksiyon Sendromu (Ogilvie Sendromu):Olgu Sunumu

Burak Veli Ülger, Gizem Yaman, Ahmet Türkoğlu
Dicle Üniversitesi Tip Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç:
Kolonik psödo-obstrüksiyon (Ogilvie Sendromu), mekanik obstrüksiyon olmaksızın masif kolon dilatasyonunun oluştuğu fonksiyonel bir hastalıktır. Psödo-obstrüksiyon, genel olarak yatağa bağımlı hastalarda oluşmaktadır. Teşhis, mekanik obstrüksiyon olmaksızın ağırlıklı olarak sağ kolon ve transvers kolonda masif dilatasyon saptanmasıyla konulur. Tedavide barsak istirahati, kolonoskopik dekompresyon veya iv neostigmin uygulaması etkilidir. Çalışmamızda, karın ağrısı ve distansiyon nedeniyle polikliniğimize başvuran ve Kolonik psödo-obstrüksiyon tanısı konulan 73 yaşındaki bir erkek hastamızı sunmak istiyoruz.

Olgu:
73 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, distansiyon şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezde, hastanın her iki böbrekte olan nefrolithiazis nedeniyle uzun süredir medikal tedavi aldığı ve günlük yaşamında hastalığına bağlı düşkünleştiği öğrenildi. FM›de vital bulguları stabildi. Karın muayenesinde yaygın distansiyon, barsak seslerinde azalma, ve 4 kadranda da hassasiyet saptandı. Hastanın hemogramında WBC:4560/uL, Hct: %32,8 ölçüldü. Biyokimyasal parametreleri ise normal saptandı. Çekilen ADKD›de tüm kolon segmentlerinde yaygın dilatasyon olduğu, en geniş yer olarak görülen splenik fleksura düzyinde kolon çapının 13 cm›ye ulaştığı tespit edildi(Şekil 1). Hasta ileus tanısıyla yatırıldı, oral alımı kesilip parentral hidrate edildi. Çekilen abdomen US›de sağ böbrekte 1 cm çaplı 1 adet taş, sol böbrekte de en büyüğü 13 mm çaplı 3 adet taş saptandı. Sol böbrek pelvikalisiyel yapıları Grade 2 ektazik izlendi. Mesane içerisinde de büyüğü 16 mm çaplı birkaç adet taş izlendi. Ayrıca prostat boyutu da artmış (72 mm) olarak ölçüldü. Çekilen abdomen BT›de rektum, çıkan kolon ve transvers kolonda daha belirgin olmak üzere kolon ansları ileri düzeyde dilate izlendi ve psödo-obstrüksiyon olarak rapor edildi (Şekil 2). Kolonoskopik dekompresyon için Gastronteroloji kliniğine konsulte edildi ancak perforasyon riski nedeniyle kolonoskopik dekompresyona uygun olmadığı nedeniyle işlem yapılamadı. Takiplerinde gaz - gayta deşarjı olmayan ve distansiyonu ilerleyen hasta, kolonik psödo-obstrüksiyon tanısıyla ameliyata alındı. Laparotomi yapılan hastanın tüm kolon segmentlerinde yaygın dilatasyon olduğu saptandı (Şekil 3) ve Total kolektomi + İleorektal anastomoz yapıldı. Postop takipleri problemsizdi. Postop 4. gün oral sıvı başlandı ve tolore edince rejimi arttırıldı. Gaz - gayta deşarjı olan ve ek şikayeti olmayan hasta, postop 7. gün önerilerle taburcu edildi.

Sonuç:
Kolonik psödo-ostrüksiyon gelişen hastalarda komorbid hastalıklar, immobilizasyon ve ilaç kullanımı sık görülen ortak özelliklerdir. Kolonik psödo-obstrüksiyonun otonomik disfonksiyon ve adinamik ileustan kaynaklandığı düşünülmektedir. Tedavide öncelikle hastanın kullandığı antikolinerjik etkili olan ilaçlar kesilir. Barsak istirahati ve iv hidrasyon yapılır. Hastaların çoğu bu tedavi ile düzelir. Bu tedaviye cevap vermeyen hastalarda kolonoskopik dekompresyon uygulanabilir, ancak perforasyona yol açmamak için özen göstermek gerekir. Kolonik psödo-ostrüksiyonda, asetilkolin esteraz inhibitörü olan neostigmin intra venöz uygulandığında oldukça etkilidir, ancak derin bradikardiye yol açabilir ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlarda kullanımı uygun olmayabilir. Ogilvie Sendromunun tedavisine başlamadan önce, mekanik obstrüksiyon mutlaka ekarte edilmelidir.

P-061
Hemoroidektomi Sonrası Nadir Gelişen Bir Komplikasyon: Nekrotizan Fasiit ve Sepsis

Akile Zengin[1], Sezgin Zeren[1], Metin Mestan[2], Mehmet Korkmaz[3]
[1]*Dumlupınar Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya*
[2]*Dumlupınar Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kütahya*
[3]*Dumlupınar Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kütahya*

Amaç:
Hemoroidektomi operasyonu sonrası perineal ve retroperitoneal nekrotizan fasiit gelişen olguyu uyarıcı olması açısından sunmayı amaçladık.

Olgu:
49 yaşında erkek hasta, yaklaşık 15 gün önce dış merkezde hemoroidektomi ameliyatı geçirmiş. Bilinen geçirilmiş serebrovasküler hastalık ve diyabet öyküsü bulunan hastanın operasyon sonrası başlayan ve son 4 gündür şiddetlenen perianal ağrısı mevcutmuş. Hasta ameliyatı yapan doktoruyla görüşüp önerilerine uyduğu halde şikayetlerinin geçmemesi üzerine acil servisimize başvurmuş. Hastada ameliyatına ait epikriz mevcut değildi. İlk incelemede genel durum kötü, bilinç açık, hasta oryante koopere haldeydi. Labarotuar parametrelerinde lökosit: 14500, CRP:411, albümin: 2.1 şeklinde idi. Batın muayenesinde tüm kadranlarda defans ve rebound mevcuttu. Rektal tuşede anal kanaldan yaklaşık 4 cm uzaklıkta rektum sol yan duvarda bütünlüğün bozulduğu ve buradan pürülan sıvı geldiği görüldü. Hastanın iv kontrastlı tüm batın BT›sinde rektum düzeyinden başlayan sol böbrek düzeyine kadar ulaşan retroperitoneal ve cilt altı yağlı planlarda hava değerleri koleksiyonlar mevcuttu.(resim 1,2) Hasta postoperatif rektum perforasyonuna bağlı sepsis ön tanısı ile acil olarak operasyona alındı. Eksplorasyonda litotomi pozisyonunda rektum sol yan duvarda nekroz ve 2 cm›lik perforasyon alanı olduğu görüldü. Laparotomi ile batına girildiğinde barsak ansları üzerinde hava kabarcıkları ve her 2 retroperitoneal alana uzanım gösteren nekrotizan fasiit hali mevcuttu.(resim 3,4) Abse alanları yıkanıp temizlendikten sonra uç kolostomi ile ilk operasyona son verildi. Postoperatif antibiyoterapi uygulandı. Takibinde ilk 1 ay her gün, sonrasında ise gün aşırı olacak şekilde LMA eşliğinde genel anestezi altında batın içi ve rektal yıkama yapılan hastanın batın içi kirliliği yok denecek kadar azaldı ve yara iyileşmesi iyi durumdaydı. Hastaya 12.haftasında yapılan kontrol kolonoskopisinde perforasyonun olduğu fistül ağzından girildi geniş kavite ve granülasyon dokusu gelişimi gözlendi, nekrotik materyal izlenmedi. En son yapılan batın BT›sinde önceki BT›lerde izlenen cilt altı ve pararenal yağlı planlardaki hava değerleri izlenmedi. Batın içerisinde

birkaç adet küçük koleksiyon izlenen; fakat eski tetkiklerle karşılaştırıldığında belirgin regresyon mevcut (resim 5) olan hastanın takibine kliniğimizde devam edilmektedir.

Sonuç:
Hemoroid operasyonları günümüzde sık yapılmakla birlikte nadir komplikasyonlarından olan nekrotizan fasiite karşı dikkatli olmak gerekir. Hastanın ek dahili problemi olmasa dahi açıklanamayan ateş, perineal ağrı, genel durum bozukluğu olduğunda nekrotizan fasiiti akılda tutmak ve tanı koyar koymaz cerrahi müdahale yapmak gerekir. Hemoroid cerrahisi cerrahlar tarafından kesinliklikle küçümsenmemeli ve doğurabileceği sonuçlar nedeni ile gerek cerrahisi gerek postoperatif takibi titizlikle uygulanmalıdır.

P-062
Kliniğimizde Akut Apandisitte Apendiks Kökü Bağlamada 3 Tekniğin Karşılaştırılması

Metin Yalçın, Mehmet Ali Gök, Tolga Faruk Çekiç
S.B.Ü. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Şanlıurfa

Amaç:
Bu çalışmada hastanemizde akut apandisit tanısı konulup laparaskopik operasyonda apendiks kökünün 3 farklı teknikle (endo loop, intra abdominal sutur, dışarıda hazırlanan balıkçı düğümü) bağlanması karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem:
Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma hastanesi genel cerrahi kliniğinde 2016 - 2017 yılları arasında akut apandisit nedeniyle ameliyat edilen 490 hasta retrospektif olarak tarandı. Yaş, cinsiyet, ameliyat tekniği, apendiks kökünün bağlanma tekniği, post operatif dönem karşılaştırıldı.

Bulgular:
Akut apandisit tanısı ile toplam 490 hasta opere edildi. Hastaların %60' ı erkek, %40' ı bayan idi. Yaş ortalaması 42 (18-75) idi. 459 hastaya konvansiyonel apendektomi, 8 hastaya LAP. Apendektomi, 23 hastaya da SILS apendektomi uygulandı. SILS yapılan 23 hastada endoloop tekniği kullanıldı. Laparaskopik apendektomi yapılan 8 hastanın 3' ünde intra abdominal sutur tekniği, 3 hastada dışarıda hazırlanan balıçı düğümü ve 2 hastada da endoloop tekniği uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 1 saat idi. Taburcu süresi 1.2 gün idi.

Sonuç:
Akut apandisitte ameliyat tekniğinin seçimi hastanın durumuna ve cerrahın tecrübesine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Apendiks kökünün bağlanması cerrahın intra op tercihine ve tecrübesine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Balıkçı düğümü ve intra abdominal sutur tekniği ile endo loop uygulaması arasında anlamlı fark izlenmemiş olup endo loop un maliyetli olduğu saptanmıştır.

P-063
İnkarsere Amyand Herni: Apendektomi Rutin Uygulanmalı mı?

Gökhan Demiral
Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Rize

Amaç:
Bu çalışmada acil servise oldukça büyük bir inkarsere sağ inguinal herni ile başvuran 70 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz.

Olgu:
Ameliyat esnasında ince barsak segmentinin, genişçe bir omental dokunun ve sağlıklı bir apendiks dokusu ile birlikte mobil bir çekumun herni kesesi içerisine inkarsere olduğu gözlendi. Strangülasyon bulgusu gözlenmedi. Apendektomisiz Lichteinstein hernioplasti uygulandı.

Sonuç:
Amyand herni, inguinal fıtık kesesi içerisinde normal veya enfekte apendiksin olması ile karakterize oldukça nadir bir klinik durumdur. Kese içerisinde akut apandisit varlığı ile veya inkarsere herni ile görülebilir. Bazen asemptomatik seyreder. Apendektomi gerekliliği iyi sorgulanmalıdır.

P-064
Nadir Görülen Akut Karın: Soliter Çekal Divertikülit

Şahin Kahramanca[1], Turgut Anuk[2]
[1]*Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars*
[2]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars*

Amaç:
Soliter çekal divertikülit (SÇD) nadir görülen akut batın sebeplerindendir. Tanısı sıklıkla, kliniği akup apandisitle karıştığından, genelde akut apandisit tanısıyla laparotomi yapılan hastalarda intraoperatif konur. Preoperatif dönemde kullanım sıklığı artan abdomial tomografide de zaman zaman tanısı konabilmektedir. Olgularımızda; biri akut apandisit ön tanısı ile operasyona alınan ve intraoperatif dönemde tanısı konulan, diğeri preoperatif çekilen abdomen tomografide izole çekal divertikülit tanısı ile opere edilen 2 hastayı sunacağız.

Olgu:
Olgu 1: Yaklaşık 10 saat önce sağ alt kadranda başlayan ve aynı bölge yerleşimli devam eden karın ağrısı ve ateş şikayeti ile acil servise başvuran 35 yaşında erkek hastanın, fizik muayenesinde karın sağ alt kadranda rebound ve defansı pozitifti. Laboratuar tetkiklerinde lökositoz (13500/mm3) dışında özellik yoktu. Batın USG'de periçekal bölgede 2.5 cm'lik serbest sıvı saptandı. Laparotomide çekum antimezenterik yüzünde yaklaşık 3 cm çaplı divertikülit tespit edildi. Hastaya wedge rezeksiyon yapıldı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta 5. günde şifa ile taburcu edildi. Patolojik tetkik sonucu SÇD olarak rapor edildi.

Olgu 2: 12 saattir süren sağ alt kadran başlangıçlı karın ağrısı ile acil servise başvuran 37 yaşındaki erkek hastanın sağ alt kadranda defans pozitifliği saptandı. Hastanın başvuru anında

bakılan beyaz küresi 22400/mm3 olup, çekilen abdomen tomografisinde, batın sağ alt kadranda mezenterik planlarda kirlenme ve çekumda izole divertikülit uyumlu olabilecek lezyon saptandı. Hasta SÇD ön tanısı ile operasyona alındı. Çekumda 2.5 cm çaplı divertikülit oluşumu izlenerek wedge rezeksiyon ile eksize edildi.

Sonuç:
Soliter çekal divertikülitler, 1912 yılında Potier tarafından tanımlanan ve doğu toplumlarındaki 35-45 yaş arası erkeklerde sıklığı daha fazla görülen nadir akut karın sebeplerindendir. Etyolojisinin konjenital olduğu düşünülmektedir. Kliniği akut apandisite benzemekle birlikte, en sık görüldüğü yaş aralığının apandisitten bir dekad fazla olması, ağrı süresinin daha uzun olması, ağrı başlangıç yerinin ilerleyen saatlerde yer değiştirmemesi ve lökositoz değerinin daha yüksek olması ile non komplike apandisitten farklılık gösterir. Akut karın düşünülen hastalarda, hastanın ileri yaşta olması, ağrının yerleşim yerinin değişmemesi ve süresinin akut apandisitten daha uzun olması durumunda, SÇD varlığı akılda tutulmalıdır.

P-065
İzole Jejunal Bezoar

Gökhan Demiral, Muhammet Kadri Çolakoğlu
Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Rize

Amaç:
Midede yiyecek, mukus, sebze lifleri, saç veya sindirilemeyen maddelerin topaklaşıp sertleşmesi ile oluşan bezoarlar ince barsaklarda pasajın tıkanması durumunda ileusa neden olurlar. Burada midede kalıntı olmaksızın akut intestinal obstrüksiyona sebep olan izole jejunal bezoar olgusu sunulmuştur.

Olgu:
Son 10 gündür şiddeti giderek artan bulantı, kusma, yemek yiyememe ve karın ağrısı şikayetleri ile hastanemiz Acil Servisine müracaat eden hasta tetkiklerin ardından ileus ön tanısı ile opere edilmek üzere interne edildi. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Hastanın batın muayenesinde; tüm kadranlarda palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Ayakta direk batın grafisinde jejunal anslar da hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Batın BT inceleme de ince barsak ansların da belirgin dilatasyon ve hava seviyeleri tespit edildi. Hastaya ileus tanısıyla laparatomi uygulandı. Eksplorasyonda treitz'ın 80 cm distalinde tek parça halinde jejunum lümeninde tıkanmaya neden olan ve milkinge müsaade etmeyen taş sertliğinde bezoar tespit edildi. Yapılan enterotomi ile bezoar çıkarıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
Bezoarlar ilk kez 1779'da Baudamant tarafından rapor edilmiştir. Gastrik cerrahi geçiren bireylerde motilitenin azalması ve gastrik motilitenin bozulması ile bezoar geliştiği bildirilmekle birlikte cerrahi geçirmemiş olgularda da sıkça bezoar gelişimine rastlanmaktadır. İleus ayırıcı tanısında bezoarlar mutlak akılda tutulmalıdır.

P-066
Akut Appendisit Tablosunu Taklit Eden Çekum Divertikül Perforasyonu ve Eşlik Eden İleoçekal Valv Lipomatozisi

Erkan Yıldız, Semih Yaman, Mustafa Şit,
Muhammed Fatih Keyif, Özkan Kılınç
Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Çekum divertikülü, nadir görülen bir lezyon olmakla birlikte inflamasyon, perforasyon ve kanamaya yol açabilir. Klinik semptomlar akut appendisite benzerdir. Bizim hastamızda 48 saat önce başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma mevcuttu. Fizik muayene ile akut appandisitten ayırt edilemez ve radyolojik görüntüleme yöntemleri de coğu kez yetersizdir. Hastamızda yapılan biyokimyasal ve radyolojik tetkiklerinde mevcut klinik durumu açıklayabilecek bir patolojiye rastlanmadı. Bu nedenlerle tanı genellikle ameliyat esnasında konulur.

P-067
Obstrükte Rektum Tümörlerinde Saptırıcı Stoma Uygulaması

Yunus Emre Altuntaş, Ömer Faruk İnanç, Önder Altın,
Selçuk Kaya, Mehmet Karahan, Fırat Mülküt, Ayhan Çevik,
Nejdet Bildik
Dr Lütfi Kırdar Kartal E. A. Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Kolon ve rektum kanserlerinin %10-20 si kısmi %8-29 u ise tam tıkanma ile başvurmaktadır. Bu hastaların ancak % 50 sinde küratif operasyon yapılabilmektedir. Ameliyat mortalitesi ise %40-50 civarındadır.

Olgu:
Bu çalışmada obstrükte rektum tümörü olan ve saptırıcı stoma açılan 14 hastayı inceledik. Stentlemeye uygun olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Demografik özellikleri; erkek % 64 (n=9), kadın % 35,7 (n=5). İki hasta metastatik rektum tümörü idi. On iki hasta ise lokal ileri tümör düzeyinde idi. Acil poliklinik şartlarında değerlendirilerek iki hastaya peritonei karsimatoza nedeni ile saptırıcı ileostomi açıldı. On iki hastaya sigmoid kolon seviyesinden saptırıcı kolostomi açıldı. On iki hastadan 2' sinde ek morbidite nedenlerinden dolayı mortalite gelişti. On hasta neoadjuvan kemoradyoterapi (KRT) alarak küratif rektum cerrahisi olmuşlardır.

Sonuç:
Neoadjuvan KRT günümüzde rektum tümörlerinde rutin uygulanmaktadır. Lokal nüksü azaltması, sfinkter koruma oranını artırması avantajlarından bir kaç tane sayılabilir. Acil polklinik şartlarında da olsa obstrüktif rektum tümörlerinde saptırıcı stoma açılarak neoadjuvan KRT şansı verilmesi düşüncesindeyiz.

P-068
Akut Appandisit Kliniği ile Gelen 31 Haftalık Gebede İnvaginasyon Gösteren Müsinöz Appendiks Neoplazm

Mustafa Şit, Muhammed Fatih Keyif, Semih Yaman, Mehmet Hayri Erkol
Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Akut apandisit, appendiks lümeninin çeşitli nedenlerle obstruksiyona uğraması sonucu mukus sekresyonuna ve bakterilerin bu alanda çoğalmasına bağlı intraluminal basıncın artmasına bağlı gelişen bir durumdur. Gebelikte en sık cerrahi girişim gerektiren rahim dışı patolojilerin başında akut apandisit gelmektir. Apendiks kanserleri seyrek görülen tümörlerdir. Hastamızda patoloji appendiks müsinöz neoplazm olarak geldi. Appendiks tümörlerine spesifik bir semptom yoktur. Büyük bir bölümü karın ağrısı ya da karında kitle ile gelebilir. Bazen de yaşlı hastalarda akut apandisit düşünülen durumlarda şüphelenilir. Hastamızda da akut apandisit kliniği mevcuttu.

P-069
Kronik Sağ Alt Kadran Ağrısı ile Gelen ve Perfore Apandisiti Taklit Eden Çekum ve Sigmoid Kolon Aktinomikozu

Semih Yaman, Mustafa Şit, Muhammed Fatih Keyif, Mehmet Hayri Erkol
Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Aktinomikoz nadir görülen, kronik, enfeksiyöz bir hastalıktır. Servikofasial, torasik ve abdominopelvik tutulumolabilir. Abdominopelvik aktinomikoz en çok ileoçekal bölgeyi ve apendiksi etkiler. Bu yazıda kronik sağ alt kadran ağrısı ile gelen ve perfore apandisiti taklit eden ileoçekal ve eş zamanlı sigmoid kolon aktinomikozlu kadın hasta sunulmuştur.

P-070
Sigmoid Mezokolonda Sıradışı Yerleşimli Primer Kist Hidatik

Muhammed Fatih Keyif, Semih Yaman, Mustafa Şit, Mehmet Hayri Erkol
Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu

Kist hidatik binlerce yıl geçmişi olan bir zoonozdur. Etken sıklıkla E.granulosus ve E.multilokularis gibi ekinokok parazitleridir. Konakları arasında koyun, sığır, köpek ve insanlar yer almaktadır. Büyük bir kısmı karaciğer ve akciğere yerleşmekle birlikte deri altı, kas arası, kemik, orbita, plevra, sinir sistemi, dolaşım sistemi ve periton boşluğu gibi birçok lokalizasyonda da görülebilir. Olgumuzda sigmoid kolonda yerleşim gösteren kist hidatik mevcuttur.

P-071
Akut Divertikülitte Tedavi Yaklaşımı

Gökhan Demiral, Muhammet Kadri Çolakoğlu, Süleyman Kalcan, Ali Özdemir, Ali Demir, Ahmet Pergel
Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Rize

Amaç:
Özellikle ileri yaştaki hastalarda akut divertikülit insidansı artmakta ve önemli sorun olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada hastanemizin acil servisine karın ağrısı nedeniyle başvuran ve akut divertikülit tanısı konularak tedavi edilen olgularımıza ait sonuçlar sunuldu.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran ve akut divertikülit tanısı ile yatışı yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik özellikleri, radyolojik bulguları, cerrahi ve nonoperatif tedavi sonuçları, hastanede kalış süreleri, morbidite ve mortalite oranları değerlendirildi.

Bulgular:
Ocak 2015 ve Aralık 2016 tarihleri arasında 26 hastaya akut divertikülit tanısı ile yatış yapıldı. Yaş ortalaması 62 (45-79) olup 12 si erkek idi. Hastanede ortalama kalış süresi 5.2 (1-16) gündü. Klinik ve BT bulgularına göre hastalardan 21› inin Hinchey 1, 2› sinin Hinchey 2, 2› sinin Hinchey 3 ve 1' inin Hinchey 4 olduğu tespit edildi. Rektosigmoid bölge en sık tutulan bölgeydi. Toplamda 5 hasta (% 19) ameliyat edildi. 1 hastaya yatışı takiben subtotal kolektomi + ileostomi uygulandı. Diğer 4 hastaya takipleri esnasında (24-96 saat) wedge rezeksiyon + primer tamir uygulandı. Hastalarda ek morbidite ve mortalite gözlenmedi. Bu süre zarfında diğer hastalarda 2. kez atak gözlenmedi. Opere edilmeyen 21 hastaya (% 81) ikili antibiyoterapi (3.kuşak sefalosporin + metronidazol) uygulandı.

Sonuç:
Literatürde son zamanlarda akut divertikülitin tedavisinde non operatif yaklaşım işaret edilmektedir. Komplike olmayan akut divertikülit hastalarında medikal tedavi başarıyla uygulanabilir. Bu hastalar uygun antibiyoterapiyle cerrahiden ve buna bağlı muhtemel komplikasyonlardan korunabilir. Bununla birlikte komplike vakalarda cerrahinin morbidite ve mortaliteyi engellemek için kaçınılmaz olduğu da unutulmamalıdır.

P-072
Nadir Bir Kolorektal Fistül Nedeni; Rektal Girimli Intraabdominal Yabancı Cisim

Orhan Çimen[1], İsmail Demiryılmaz[1], Mehmet Soytürk[3], Ferda Çimen[2], Hüseyin Eken[1], Mahir Tayfur[2]
[1]Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzincan
[2]Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Erzincan
[3]Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Erzincan

Amaç:
Kolorektal fistüllerde nadir etyolojik faktörleri göz önünde bulundurularak cerrahi müdahale de doğru zamanı tayin edebilmek.

Olgu:
24 yaşında erkek hasta sol alt kadran ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın fm de sol alt kadranda hassasiyet, defans, rebaund bulguları mevcut olması nedeni ile divertikülit ön tanısı ile hospitalize edildi. Çekilen batın bt de divertiküller ve kolorektal fistül ile uyumlu görünüm tespit edilmesi üzerine hastaya divertikül perforasyonuna sekonder kolorektal fistül ön tanısı ile konservatif tedavi başlandı. Hasta 3 ay süre ile klinik bulguların şiddetine göre hospitalize veya ayaktan medikal takip ve tedaviye alındı. Sık karın ağrısı atakları nedeni ile kolonoskopi tetkiki bu süre zarfında iatrojenik perforasyon endişesi ile sürekli ertelendi. Yapılan kontrol görüntülemelerin hepsi fistül ile uyumlu olarak değerlendirildi. Dış merkeze başvuran hastaya aynı ön tanı ile benzer yaklaşım ve önerilerde bulunuldu. Zamanla hasta da umbilikusdan serohemorajik vasıfta akıntı gelişmeye başladı. Hastaya eksplorasyon önerildi ise de ostomiye gidebileceği endişesi ile kabul etmedi. 3 ay sonunda akut batın ve ileus tablosu ile başvurması üzerine hastaya acil eksplorasyon kararı verildi. Eksplorasyonda rektosigmoid köşenin anterior duvarından intraperitoneal alana giren ve umbilikus sol laterale kadar uzanan yaklaşık 25 cm uzunluğunda, çevresini omentumun sardığı fistül traktı izlendi. Trakt açıldığında içerisinde yabancı cisim izlendi. Fistülektomi sonrası traktın incelendiğinde içerisinde 7 adet tahta kürdanın yapıştırılmasından oluşan yabancı cisim olduğu görüldü. Ayrıca bu traktın brid işlevi görerek ileusa da neden olduğu peroperatif tespit edildi. Fistül nedeninin divertikülit perforasyonu, inflamatuar barsak hastalıkları olabileceği öngörüsünü taşıyan bizler, nadir de olsa rektal girimli intraabdominal yabancı cisimlerinde benzer tabloya neden olabileceğini göz önünde bulundurmamız gerektiğini ve takip yerine daha önce cerrahi müdahale kararımızda ısrarcı olmamız gerektiği kanatine vardık.

Sonuç:
Kolorektal fistül düşünülen olgularda, etyolojide alışılagelmiş bilinen faktörlerin yanısıra ender olarak görülen faktörlerin de yer alabileceği göz önünde bulundurulmalı ve cerrahi girişim zamanının benzer olgularda geçiktirilmemelidir.

P-073
Transvers, Sigmoid ve Çıkan Kolonda ilk İpilimumab Tedavisinin Takibinde Görülen Multipl Perforasyonlar ve Tedavisi: Vaka Sunumu

Süleyman Demiryas, Engin Hatipoglu, Veysel Umman, Nuray Kepil, İhsan Tasci
İstanbul Üniversitesi Cerrahpasa Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç:
Ipilimumab cerrahiye uygun olmayan ileri evre melanoma hastalarında neredeyse 5 yıldır kullanılmaktadır ve Ekim 2015 itibariyle evre 3 melanomalarda cerrahi sonrasında nüksü önlemek için kullanılmaya başlanmıştır. Fakat bu ilacın neticesinde immün yanıt artışı ve otoimmün kolit, hepatit, hipofizit gibi otoimmün yanıtlar görülmektedir. (1)

Olgu:
62 yaşında erkek hastanın, 7 haftalık ipilimumab başlangıç tedavisinin sonrasında multipl kolon perforasyonu ile başvurma olgusunu sunmaktayız.
Ocak 2014'de hasta sol işaret parmağının tırnak altındaki kanayan ve hiperpigmente lezyonu sebebiyle hastanemize başvurmuştur. Özgeçmişinde on yıldır tedavi altında olan hipertansiyon, on iki yıldır tanısı olan panik atak ve sol femoral osteomyelit sebebiyle kırkbeş yıl önce dört kez geçirilmiş operasyon öyküsü mevcuttur. Sol parmağındaki lezyon son beş ayda büyüme göstermiştir. Buradan alınan biyopsi ulsere yüzeyli ve dermis infiltrasyonu olan malin melanomla uyumlu gelmiştir. PET taraması primer tümör metastazı lehine bir bulgu göstermemiştir.

Şubat ayında sol parmak ampütasyonu yapılmıştır. Clark seviyesi 5, ve vertikal büyüme paterni pozitif görülmüştür. Imünohistokimyasal boyama S100 ve HMB-45 belirteçlerinin pozitif olduğunu göstermiştir. B-RAF ve N-RAS gen mutasyon analizleri negatif çıkmıştır.

Hastaya adjuvant kemoterapi başlanmış ve ilk interferon tedavisini Mart ayında almıştır. Eylül 2014'teki kontrol PET taraması her iki akciğerde metastatik lezyonlar olduğunu göstermiştir ve hastaya ilk ipilimumab dozu 300 mg olarak başlanmıştır. İkinci tedavi ciddi isal sebebiyle ertelenmiştir. 7 hafta sonra hasta acil servise karın ağrısı, kramplarla seyreden ağrı, ve son gündür süren bulantı, kusma şikayetiyle başvurmuştur.

Sonuç:
Hastaya acil cerrahi operasyon yapılmıştır. Laparatomi sırasında serbest hava ve fekaloid mayii olduğu görüldü. Yapılan eksplorasyonda sol üst kadranda proksimal jejunal anslarda omental yapışıklıklar (omental caking) ve psödomembran oluşumu mevcuttu. Kolonda muhtemel divertiküller olduğu tespit edildi.Çıkan, transvers ve sigmoid kolonda toplam üç adet perforasyon sahası belirlendi. Birçok perforasyon odağı ve peritonit sebebiyle subtotal kolektomi kararı alındı. İleoçekal valvden itibaren yaklaşık 20 cm proksimale ileum rezeksiyonu yapıldı. Distal ileal ans sol alt kadranda ileostomi amacıyla kullanıldı.

Patoloji raporu divertikülozis koli ve multipl perforasyon olarak değerlendirildi. Serosada pürülan peritonit görüldü. Reaktif hiperplazi görünümde 7 lenf nodu bildirildi. Hasta bir gün yoğun bakım ünitesinde kaldı ve daha sonra cerrahi servise transfer edildi. Prednizon 40 mg tedavisi başlandı ve bir hafta süreyle verildi. Postoperatif ikinci günde yapılan kontrol batın tomografisinde bir patolojiye rastlanmadı fakat sağ subhepatik alandan sağ parakolik alana uzanan bir sıvı koleksiyonu görüldü. Hastanın iki gün takibi sonrasında ultrason ile yapılan incelemede dalak anteriorunda ve sağ böbreğe komşuluk içerisinde yoğun içerikli 5 cm çapında bir koleksiyon görüldü. Bu koleksiyona perkütan drenaj kateteri konuldu ve bu kateter 3 hafta sonra çekildi. Hasta postop 37. günde taburcu edildi.

P-074
Yetişkinde Nadir Bir İleus Nedeni: Fibroepitelyal Polipe Bağlı Jejunojejunal invajinasyon

Yasin Kara, Musa Diri, Mustafa Uygar Kalaycı
SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
İnvajinasyon, proksimaldeki barsak segmentinin distaldeki barsak segmenti içine girmesi ile karakterize klinik bir tablodur. Çocuklarda invajinasyon sık görülür. Bunların %90'ı primerdir yani altta yatan bir patoloji yoktur ve tedavisi cerrahi olmayan radyolojik redüksiyon yöntemleridir. Yetişkinlerde ise invajinasyon nadir olup, tüm barsak obstrüksiyonlarının %1'inden sorumludur.Yetişkin invajinasyonlarının %70-90'ı iyi tanımlanmış (polip, adenokarsinom, lenfoma, enteral duplikasyon kisti veya meckel divertikülü) bir patolojiye sekonderdir. Erişkinlerde intestinal invajinasyon nadir olup tüm invajinasyonların %5 ini, tüm hastane başvuruların %0.02-0.003'ünü ve acil cerrahi gerektiren bağırsak tıkanmalarının yalnızca %1-3'ünü oluşturur. Bu çalışmada erişkin bir hastada jejunojejunal invajinasyon olgusu sunulmuştur.

Olgu:
37 yaşında bayan hasta. Bir aydır acillere ara ara olan kramp tarzı karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvuruyor. Acile son başvurusunda yapılan değerlendirmesinde karın ağrısının ara ara devam ettiği kusmanında ara ara olduğu, spontan gaz-gayta deşarjı olduğunu ifade etti. Fizik muayenesinde batını hafif distandü, ele gelen kitle yoktu, epigastrik hassasiyet mevcuttu, defans yok, rebound yok. Rektal tuşede forme gayta alındı.Kan tetkikleri WBC:11300 CRP'si 13 olup diğer parametreler normal sınırlarda idi. Direk karın grafisinde, İnce barsak tipi hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. Yapılan tüm batın ultrasonografisinde sağ üst kadranda içice geçmiş invajinasyonla uyumlu barsak segmentleri izlenmiştir. Çekilen oral-i.v. kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide, İnce barsak düzeyinde 10 cm lik segmentte iç içe geçmiş barsak ansları ve proksimalindeki segmentlerde dilatasyon mevcuttu. Transvers kesittelerde hedef-tahtası görünümü izlendi (Resim 1). İntestinal invajinasyona bağlı parsiyel mekanik obstrüksiyon ön tanısı ile yapılan laparatomide trietz'den itibaren 80. cm den başlayarak 20 cm lik segmentin invajine olduğu gözlendi ve deinvajinasyon yapıldığında jejenumda intraluminal 2 cm lik polipoid kitle palpe edildi (Resim 2), barsak segmentlerinde iskemi izlenmedi ve peristaltizmi doğaldı, mezenterde palpabl lenf nodları mevcuttu, proksimal barsak segmentleri dilate idi. Yapılan eksplorasyonda ek bir patolojiye rastlanmadı. Hastaya polipoid kitlenin 5 cm proksimal ve distalinden onkolojik prensiplere uygun segmenter rezeksiyon ve manuel çift kat uç uca anastamoz uygulandı(Resim 3). Postop.7. günü şifa ile taburcu edildi. Piyesin histopatolojik incelemesi benign inflamatuvar polip olarak rapor edildi.

Sonuç:
Sonuç olarak, intestinal invajinasyon çocuklarda genellilkle akut bir tablo ile ortaya çıkmasına rağmen, erişkinlerde subakut veya kronik bir tablo izleyebilir, sıklıkla aralıklı karın ağrısı şikayetlerine neden olur. Mükerrer kramp tarzı karın ağrısı olan olgularda mekanik barsak tıkanmasının nadir bir nedeni olan ileoçekal invajinasyon düşünülmelidir.Tanıda öncelikle şüphelenilmesi ve ileri görüntüleme yöntemlerinden faydalanılması (BT,ultrason) önemlidir. Erişkin dönemde tedavisi %50'sinde altta yatan malignite nedeni ile etkilenen barsak segmentinin geniş rezeksiyonunu ve piyesin sekonder maligniteye yönelik histopatolojik incelenmesini içerir. Cerrahinin tipi ve zamanlamasına vaka bazında invajinasyonun yeri, altta yatan sebebi ve barsak iskemi derecesine bağlı olarak karar verilmelidir.

P-075
Perfore Apendisitlerde Laparoskopik Yaklaşım

Yıldıray Dadük, Murat Karakoç
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Birimi, Şanlıurfa

Amaç:
Günümüzde sıklıkla minimal invaziv işlemler tercih edilmesine rağmen, perfore apendisitlerde açık cerrahi tercih eden merkezler vardır. Özellikle perfore apendisit tanısı konulan hastalara laparoskopik girişim yapılması gerekliliğini tartışmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Retrospektif yapılan çalışmada 2015-2016 tarihleri arasında perfore apendisit tanısı konulan ek bir sistemik hastalığı olmayan 30 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular:
Görüntüleme yöntemlerinde perfore tanısı konulan ve wbc değeri 15000 üzerinde muayene bulgularında akut apendisiti destekleyen hastalar değerlendirildi. Yaş ortalaması 26 (18-35) idi. 20 hasta erkek, 10 hasta kadındı. Hastanede kalma süreleri 3-6 gün dür. Bütün hastalarda 3 trokarla girişim yapıldı. Hastaların hepsinde batın içi serbest mai ve periapendiküler apse mevcuttu. Bir tanesinde suphepatik ve supdiyafragmatik apse mevcuttu.Hiç bir hastada cerrahi alan enfeksiyonuna rastlanmadı.

Sonuç:
Perfore apendisitlerde laparoskopik yaklaşım altın standart olduğunu düşünüyoruz. Laparoskopi ile batın bütün kadranları değerlendirilebilir. Açık cerrahide periapendiküler alan dışındaki patolojik durumlar net değerlendirilemez. Eksik

bir değerlendirme sonucunda morbidite ve mortalitesinin artmasına neden olur. Açık cerrahide, cerrahi alan enfeksıyon riski yüksek olacağından minimal invasiv cerrahi tercih edilmelidir.

P-076
Divertikülit Değerlendirmesinde Ambrosetti, Doringer/Neff ve Modifiye Hinchey Sınıflamalarının Karşılaştırılması

Tolga Canbak, Aylin Acar, Fatih Başak, Hüseyin Kerem Tolan, Ali Kılıç, Ethem Ünal
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmada, divertikülit saptanan hastaların tedavi seçimi ve prognozun belirlenmesinde Ambrosetti, Doringer/Neff ve modifiye Hinchey sınıflamalarının karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2013-Ocak 2016 tarihleri arasında genel cerrahi polikliniğine veya acil servise başvuran 196 divertiküler hastalık tanısı konulan hasta, hastane kayıt sisteminden retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik veriler, uygulanan cerrahi yöntemler, nüks ve komplikasyon gelişimi açısından analiz edildi. İstatistiksel analizde, $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Hastaların 83'ü erkek (%42) ve 113'ü kadın (%58) idi. Yaş ortalaması 56,52 (aralık 25 -88) idi. Ortalama takip süresi 18 ay (aralık 8-36 ay) idi. Hastaların 117'si acilden divertikülit nedeniyle başvurdu. Hastaların 12'sine perkütan drenaj, 31'ine cerrahi tedavi ve 74'üne medikal tedavi uygulandı. Ambrosetti sınıflamasına göre, 70 hasta hafif divertikülit ve 47 hastada şiddetli divertikülit saptandı. Hafif divertikülit hastalarının 2'sine perkütan drenaj ve 6şiddetli divertikülit hastalarının ise 10'una perkütan drenaj, 31'ine cerrahi tedavi uygulandı. Sensivite %65.9 ve spesifite %100'dü. Doringer/ Neff sınıflamasına göre, 70 evre 2 hastasının 2'sine perkütan drenaj ve 47 evre 3 hastaların 10'una perkütan drenaj ve 13'üne cerrahi tedavi uygulandı. Evre 4 hastalarının tümüne cerrahi uygulandı. Sensivite %68.9 ve spesifite %100'dü Hinchey sınıflamasına göre, hastaların 72'si Hinchey 2, 27'si Hinchey 3 ve 18'i Hinchey 4 idi. Hastaların 12'sine perkütan drenaj, 31'ine cerrahi tedavi ve 74'üne medikal tedavi uygulandı. Sensivite %68.9 ve spesifite %100'dü. Medikal tedavi uygulanan hastaların 3'ü nüks divertikülit ile başvurdu. Opere edilen hastaların 3'ünde yara yeri enfeksiyonu ve 1'inde mortalite görüldü.

Sonuç:
Bilgisayarlı tomografi ile yapılan sınıflandırmalar, tedavi yaklaşımında yol göstericidir. Tedavi belirlemede sensitivite yüksek olmasına rağmen spesifite oranı tüm sınıflandırmalarda daha düşük saptandı.

P-077
Çekal Lenfanjioma Bağlı Erişkin İnvajinasyon

Ecem Memişoğlu
Hakkari Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Hakkari

Amaç:
Lenfanjiom, lenfatik sistemin gelişimsel bir anormalisi olup nadir görülen benign konjenital tümördür. En sık yerleşim yeri baş, boyun ve aksilladır. Nadiren intraabdominal yerleşim gösterir. Lenfanjiomun gastrointestinal tutulumu ise % 1 'den azdır. Genellikle çocukluk çağında görülür ve invajinasyona neden olur. Erişkin çağda invajinasyon ise oldukça nadir olup tüm barsak obstruksiyonlarının yaklaşık %1 'inden sorumludur. Burada nadir izlenen, erişkinde intestinal lenfanjioma bağlı ileoçekal invaginasyon olgusu sunmak amaçlanmıştır.

Olgu:
Yirmi üç yaşında kadın hasta bir haftadır olan karın ağrısı ve ishal şikayeti ile hastanemize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Tansiyonu 100/60, nabız 96 ve vücut sıcaklığı 36.7 idi. Laboratuar tetkikleri c-reaktif protein (2.9 mg/dl) yüksekliği dışında normaldi. Ultrasonografi ve abdominal bilgisayarlı tomografide terminal ileumun çekum içine invajine olduğu görüldü. Hastanın karın ağrısının şiddetlenmesi üzerine acil laparotomi yapıldı. Laparotomide ileoçekal invajinasyon ve çekumda sert kitle saptandı. Manuel redüksiyon sonrası ileoçekal rezeksiyon yapıldı. Rezeksiyon materyalinin makroskopik incelemesinde çekum tabanında 4x4x2 cm üzeri mukozası ülsere submukozaya sınırlı polipoid görünümde lezyon saptandı. Mikroskopik incelemede normal mukozal membran altına yerleşmiş, endotel hücrelerle çevrili, fibröz septalarla bölünmüş kist saptandı. Patolojik tanı çekum kistik lenfanjiomu idi.

Sonuç:
Lenfanjioma bağlı invajinasyon erişkinde nadir görülmektedir. Literatürde erişkin invajinasyona neden olan kolon lanfanjiomu vaka sayısı altıdır. Bunlardan beş tanesi çekum yerleşimli olup bir tanesi transvers kolon yerleşimlidir. Nadir görülen bu hastalığın invajinasyon vakalarında ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

P-078
Apendiks Mukoseli

Yıldıray Dadük, Murat Karakoç
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Birimi, Şanlıurfa

Amaç:
Akut apendisit nedeniyle opere edilen hastalarda nadir görülen apendiks mukoselinin tanısı görüntüleme yöntemlerinden daha çok intraoperatifte kesin tanıya varılacağını vurgulamaktır.

Gereç-Yöntem:
Hastanemize 2016 yılında karın ağrısı tanısı konulan ve opere edilen iki erkek hasta değerlendirildi.

Bulgular:
Karın ağrısı ile gelen hastaların muayene bulgulara kesin

olmamakla birlikte laboratuar bulguları normaldi. Yaşları 48 ve 55 idi. Batın tomografisinde akut apendisit raporlanmıştır. Mc burney insizyonla yapılan eksplarasyonda hastanın apendiks 7×2 cm (1. Hasta) ve 6×5 cm (2.hasta) idi. Her iki hastada periton implantları yoktu. Birinci hastada apendiks radiksi bağlanarak, 2. hastada lineer stapler kullanılarak apendektomi yapıldı.

Sonuç:
Apendiks mukoseli az rastlanmasına rağmen radyolojık görüntülemede akut apendisit bulgusu olsada apendiks mukoseli olabileceği her zaman düşünmelidir.

P-079
Kronik Alkol ve Sigara Kullanımının Bağırsak Anastomozu Üzerindeki Etkileri

Yıldıray Dadük, Murat Karakoç
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Birimi, Şanlıurfa

Amaç:
Kronik madde bağımlısı olan hastaların kolon rezeksiyon ve anastomoz sonrasında fistül riskinin sistemik hastalığı olanlara benzer bir oranda yada daha yüksek olabileceğinin önemini vurgulamaktır. Anastomoz sonrası fistüllerin morbiditesi ve mortalitesi yüksek olduğundan bu riski azaltmak için ne tür önlemler alınabilir.

Gereç-Yöntem:
Retrospektif olarak yapılan değerlendirmede, 2016 yılında sistemik hastalığı olmayan 10 yıl ve üzeri günde en az 1.5 paket sigara ve 35 cc alkol kullanan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular:
Yaş ortalaması 45 (38,45,52) toplam 3 erkek hasta değerlendirildi. Hastanın biri karın ağrısı ile acille başvuran, diğer ikisi elektif şartlarda operasyona hazırlanan hastalardır. Acilden başvuran hastaya sağ hemikolektomi, diğer iki hastaya sol hemikolektomi yapıldı. Dörtüncü günde oral gıdaya başlandı.Oral gıdaya başlandığında sonra ortalama 1.2 günde drenden bağırsak içeriği gelmeye başladı.Bu hastalarda fistüllerdeki klasik klinik belirtileri yoktu. Ateş, taşikardi, lökositoz yoktu.Ayrıca fizik muayenede bulguları normaldi. Üç hasta ya relaparatomi yapıldı. Anostomoz yerlerin %50-60 açılmıştı. Birisine ileostomi diğer iki hastaya hartman uç kolostomi uygulandı. Hastanede kalma süreleri ortalama 12 gün.

Sonuç:
Alkol ve sigarayı 10 yıldan fazla kullananlarda fistül riski yüksektir. Uzun süre kullananlarda klinik belirti vermemesi immin sistemin baskılanmasından kaynakladığını düşünmekteyiz. Fistül riskinin yüksek olması sistemik toksiteye neden olarak bağırsak mukozasının bütünlüğünün bozulmasına ve organ beslenme bozukluğu neden oluştuğunu düşünüyoruz. Bu tür hastalar ameliyat sonrası anti oksidan ajanların kullanılması yada ümmin sistemi aktive eden ajanlar verilmesi fistül riskini azaltır mı ? Sorusuna yanıt alınabilmesi için daha fazla vaka çalışması yapılması gerekmektedir.

P-080
Morbid Obez Hastalarda Apendektomi Açık Cerrahi mi? Laparoskopik Cerrahi mi ? Tercih Edilmeli

Yıldıray Dadük, Murat Karakoç
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Birimi, Şanlıurfa

Amaç:
Akut apendisit tanısı konulan morbid obez hastalarda cerrahi tekniğin önemini vurgulamak amacındayız.

Gereç-Yöntem:
Hastanemize 2014-2016 yılları arasında vucut kitle indeksi 40 üzerinde olan akut apendisit tanısı ile opere edilen sistemik bir hastalığı olmayan 36 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular:
Karın ağrısı nedeniyle acil cerrahi birimine başvuran akut apendisit tanısı konulan hastaların 16 sına laparoskopik yaklaşım diğerlerine açık cerrahi uygulandı.Açık cerrahide insizyon genişliği ortalama 11 cm (8-16 cm), laparoskopik cerrahide kamera girişi için 10 mm ve çalışma portu olarak iki adet 5 mm lik insizyonlar yapıldı.Açık cerrahide 8 hastada cerrahi alan enfeksiyonu,3 hastada insizyonel herni gelişti.Hastanede kalma süreleri ortalama 7 gün (5-15 gün). Laparoskopik cerrahide komplikasyon gelişmedi.Ortalama hastanede kalma süreleri 1.3 gündür (1-2 gün).

Sonuç:
Morbid obez hastalara laparoskopik apendektomi maliyet ve komplikasyona riski belirgin olarak az olduğundan ilk tercih nedeni olmalıdır.

P-081
Kolon Volvulusu Olgularında Endoskopik Detorsiyon Sonrası Elektif Laparoskopik Rezeksiyon

Mehmet Ali Gök[1], Tacittin Semih Yürekli[1], Tolga Kafadar[1], Metin Yalçın[1], Zeynep Anadolulu[2], İbrahim Hüdaverdi Keşküş[1]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa*

Amaç:
Kolon volvulusları kısa sürede tanı konulması ve buna uygun tedavi planlanması gereken bir akut batın sebebidir. Bu hastaların tedavisinde operatif tedavi gerektiği gibi non operatif girişimlerle de tedavi edilmektedir. Bu sebeple kolon volvulusu nedeniyle önce detorsiyone edilen, ardından elektif laparoskopik rezeksiyon uygulanan olguların sonuçları değerlendirildi.

Yöntem-Gereç:
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Akif İnan Eğitim ve Arastırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde endoskopik olarak detorsiyone edilen ardından Laparoskopik rezeksiyon anastomoz yapılan 7 kolon volvulusu olgusu çalısmaya dahil edilmis ve kayıtları retrospektif olarak incelenmistir

Bulgular:
Ocak 2016 Ocak 2017 tarihleri arasında 7 kolon volvulusu hastası opere edilmistir. Olguların 2 ‘si (%28,6) kadın, 5’i (%71,4) erkek olup ortalama yas 62 (35-75)’dir. Preop olguların tamamına acil klinikte tanı konulmus olup en geç 5 saat içerisinde endoskopik detorsiyon uygulanmıstır. Hastalara işlem sonrası gide eşliğinde rektal tüp yerleştirilmiş tekrar volvulus olması engellenmiştir. Hastalar ortalama 8(5-10) gün sonra operasyona hazırlanmıştır. Olguların tamamı elektif şartlarda Laparoskopik kolon rezeksiyonu + anastomoz yapılmıştır. Mortal seyreden hastamız olmamıştır.

Sonuç:
Genel durumu uygun hastalarda primer tedavi endoskopik detorsiyon elektif şartlarda rezeksiyon anastomoz yapılmalıdır. Bu hastalarda Laparoskopik rezeksiyon güvenle uygulanabilir.

P-082
Alt Gastrointestinal Sistem Kanamalarına Neden Olan Kolonik Anjiodisplaziler

Erdinç Kamer, Fevzi Cengiz, Neşe Ekinci, Necat Cin, Cengiz Tavusbay, Mehmet Hacıyanlı
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Anjiodisplazi (AD)gastrointestinal sistemin en sık görülen vasküler anomalisidir. Alt gastrointestinal (GI) sistem kanamalarının %6’sından sorumlu olup 60 yaş üzerindeki bireylerde divertikülozdan sonraki en sık ikinci sebebi oluşturmaktadır. Biz çalışmamızda kliniğimizde gördüğümüz kolonikanjiodisplazi olgularını sunmayı amaçladık

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde 2006-2016 tarihleri arasında kolon anjiodisplazisi tanısı almış 8 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, kolonoskopi raporları, ameliyat endikasyonları, uygulanan ameliyat yöntemleri, AD yerleşim yerleri, patolojik tanıları retrospektif olarak kaydedildi. Beş hastamız dış merkezde ameliyat olmuş takipleri kliniğimizde yapılmıştır.

Bulgular:
Hastalarımızın üçü erkek, beşi kadın, yaş ortalamaları 56.6 idi. Anjiodisplaziler, hastaların üçünde çıkan kolon, ikisinde çekum ve üçünde de sigmoid kolon yerleşimli idi. Hastalarımızın hepsinde anemi mevcuttu. Hastaların tümüne kolonoskopi uygulanmış ve anjiodisplazi yeri tespit edilmişti. Hastalarımızın tümüne en az bir kez koagülasyon uygulanmış idi. Beş hasta alt gastrointesinal sistem kanaması nedeniyle acil servise başvurmuş tıbbi tedavi sonrası elektif ameliyata hazırlanmıştı. Hastaların altısı elektif, ikisi acil ameliyata alınmıştı. Elektif ameliyata alınan hastaların tümüne laparoskopik cerrahi uygulandı. Ameliyat sonrası çıkarılan piyeslerin patolojik incelemesinde “anjiodisplazi” tanısı doğrulandı (resim). Hastaların ortalama hastanede kalış süreleri 5.1 gün idi.

Sonuç:
Anjiodisplazi prevalansı 50 yaş ve üzerindeki sağlıklı bireylerde %0.8 dir. Anjiodisplazilerin %77’sinde yerleşim yeri çekum ve çıkan kolon, %15’inde jejunum ve ileumdur. Bu lezyonlar genellikle nonpalpabl olup 5 mm’den küçük çapa sahiptirler. Kolonik anjiodisplazilerin %30’undan fazlasında alt GI sistem kanaması görülür. Anjiodisplazi tanısı kolonoskopi, kapsül endoskopi, anjiografi, bilgisayarlı tomografi ve endoskopik biyopsi ile konulabilmektedir. Anjiografi, GİS kanamalarının hem tanı hem de tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Genişlemiş, çarpık ve ince duvarlı damarlar karakteristik histopatolojik bulgulardır. AD’nin tedavisinde ilk tercih konservatif yaklaşım olup izlemden ibarettir. Kanamanın devam etmesi durumunda skleroterapi, termal koagülasyon ve band ligasyonu gibi endoskopik yöntemler kullanılabilir. Medikal ve endoskopik tedavi ile cevap alınamayan hastalarda ise cerrahi tedavi uygulanabilir. Alt GI sistem kanamalarında kolonik anjiodisplazilerinin de ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

P-083
Nadir Bir Vaka:Amyand Herni

Esin Kaplan, Meltem Küçükyılmaz, Özhan Albayrak, Özgür Seğmen, Serkan Sarı, Hasan Bektaş, Acar Aren
İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Herni, batın içindeki herhangi bir organın içinde bulunduğu kavitenin duvarındaki bir açıklıktan dışarı çıkması olarak tanımlanır. Amyand herni, inguinal herni kesesi içinde normal veya enflame apendiksin bulunduğu nadir bir durumdur. Kasık fıtığı olgularının yaklaşık %1’ inde görülür. Amyand herni tanısı genellikle intraoperatif olarak konulmaktadır. Bu olguda akut karın olarak acil servisten yatırılan sağ alt kadran ve kasık bölgesinde kızarıklık ve ısı artışı bulunan hastanın batın tomografisinde sağ alt kadran cilde uzanım gösteren koleksiyon ve batın alt kadranlarda kirlenme görülmesi üzerine açıldı.

Olgu:
Altmış iki yaşında kadın hasta acil servise bulantı kusma,sağ alt kadran ve kasık ağrısı ve gaz gaita çıkaramama şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde akut batın bulguları bulunan hastanın sağ inguinal bölgede kızarıklık ve ısı artışı mevcut olup batın bt›sinde çekum çevresi enflame görünümde olup inguinal bölgeye uzanan koleksiyon alanı mevcut idi.Hasta acil ameliyata alınıp göbek altı median insizyon ile açıldı. Eksplorasyonda batın içi pürülan sağ alt kadrana lokarize mayi olup femoral bölgeye uzanan apendiks çekumdan kopmak üzere idi. Bir kaç manüplasyon ile koptu. kalan appendiks için appendektomi yapılıp batın bol mai ile yıkandıktan sonra bir adet lastik dren yerleştirilerek inguinal bölgeye geçildi. İnguinal bölge açılarak içinden appendiks ucu çıkarılıp apse boşaltıldı. Appendiksin ucundan perfore olduğu görüldü.Bölge yıkandıktan sonra herni onarımı yapılarak yine bu bölgeyede dren yerleştirilerek batın ve inguinal bölge kapatıldı.Hastanın post.op takibinde herhangi bir sıkıntı olmadı. Post.op 4. Gün taburcu edildi. Patoloji sonucu a.apendisit ile uyumlu geldi.

Sonuç:
İnguinal herni kesesinde normal bir apendiks varlığı yaygın değildir. Aslında Amyand fıtığı bir tür sliding tipi fıtıkdır. Sağ

kasık fıtıklarının insidansının yüksek olması ve apendiksin normal anatomik yerleşiminin sağda olması nedeniyle amyand fıtık sıklıkla sağ tarafta görülmektedir. Amyand herni erkeklerde daha sık iken, amyand hernisi olan kadınlarda genellikle femoral herni mevcut olup sıklıkla bu hastalar postmenapozal dönemdedirler. Herniye olmuş apendiks normal olabilir ancak karın kaslarının kasılması sonucu batın içi basıncın artması ve hernilerde oluşan yapışıklıklar apendiks mezosunu sıkıştırıp apendiksin kanlanmasını bozarak iltihaplanmaya ve akut apandisit gelişimine yol açabilir. Herni kesesi içerisindeki apendiks varlığını göstermek için bilgisayarlı tomografi ya da ultrasonografi kullanılabilir, ancak ameliyat öncesi dönemde Amyand fıtığı tanısı koymak oldukça güç olup, doğru tanı genellikle operasyon esnasında konulur. Tedavi modaliteleri fıtık kesesindeki apendiksin durumuna göre değişmektedir. Lasonof ve arkadaşları apendiks normal ise sadece genç hastalarda apendektomi yapılabileceğini bunun dışında apendektomi yapılmadan apendiks vermiformisin redükte edilmesi gerektiğini savunurken Ofili Amyand hernisi bulunan 11 hastaya appendektomi uyguladığını; yara yeri enfeksiyonu veya nüks fıtık gibi komplikasyonlara rastlamadığını bildirmiş ve tüm Amyand hernilerinde apendektomi yapılması gerektiğini savunmuştur. Diğer tartışmalı durum ise amyand herni tamirinde apendektomi sonrası prostetik materyal kullanılıp kullanılmaması konusundadır. Genel olarak enfekte alanlarda mesh kullanılmaması gerektiği kabul edilir. Çünkü prostetik materyal inflamatuar tepkiyi arttırarabilir bu da yara yeri enfeksiyonunda artışa yol açar. Carey ve ark'ları apendektomi uygulanan Amyand hernisi olgularında fıtık onarımı için prostetik materyal kullanımı sonucu inflamatuvar yanıt ve kontaminasyon nedeniyle de yara yeri enfeksiyonu ve apendiks güdüğünden fistül gelişme riskinin arttığını savunmaktadırlar. Bizim olgumuzda femoral amyand herni ile acil müdahale sırasında batın eksplorasyonda karşılaştık. Batın içi koleksiyon mevcut olup apendiks perfore idi. Apendektomi uyguladık. Greftsiz herni tamirini tercih ettik. Post operatif birinci gün taburcu ettiğimiz hastanın takiplerinde herhangi bir postoperatif komplikasyona rastlamadık. Sonuç olarak sağ alt kadran ağrısı ile gelen bulguları tam olarak a.app'a ve strangüle herniye uymayan hastaların operasyonlarında cerrahlar amyand herni ile karşılaşabilirler ve bu nedenle tedavi modaliteleri hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar.

P-084
Laparoskopik ve Açık Appendektomilerin Tek Merkezli 200 Hasta Üzerinde Karşılaştırılması

Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş:
Akut apandisit en sık acil cerrahi gerektiren hastalıktır. Çalışmamızın amacı; Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde açık appendektomi ile laparoskopik apandektomi yöntemlerinin birbirlerine karşı üstünlüklerinin olup olmadığını araştırmaktır.

Metod
Daha önce karın cerrahisi geçirmemiş, ASA 3 ve altı olan, apandektomi yapılan hastaların retrospektif olarak kayıtları incelendi. Açık appendektomi ve laparoskopik appendektomi yapılan hastalar; yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BMI), ameliyat süreleri, analjezik ihtiyacı, hastanede yatış süresi ve komplikasyon oranları açısından karşılaştırıldı.

Bulgu
Akut apandisit tanısı ile açık appendektomi yapılan 100 ve laparoskopik appendektomi yapılan 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Laparoskopik appendektomi standart olarak 3 port (2 adet 5 mm'lik, 1 adet 10 mm'lik trokar) ile gerçekleştirildi. Yaş, cinsiyet ve BMI her iki grupta benzerdi. Ameliyat süresi açık appendektomi grubunda ortalama 49.2±30.1 dk. iken, laparoskopik appendektomi grubunda ortalama 46.1±25.3 dk. idi. Açık appendektomi grubunda analjezik ihtiyacı 56 hastada 1 kez, 35 hastada 2 kez, 6 hastada 3 kez ve 3 hastada da 4 kez olurken, laparoskopik appendektomi grubunda 64 hastaya 1 kez, 30 hastaya 2 kez, 6 hastaya 3 kez olmuştur. Hastanede yatış süresi açık appendektomi grubunda ortalama=26±14.4 saat iken, laparoskopik appendektomi grubunda ortalama=23.3±16.5 saat bulunmuştur. Açık appendektomi grubunda 11 hastada yara yeri enfeksiyonu, 4 hastada intraabdominal abse gelişirken, laparoskopik appendektomi grubunda 3 hastada yara yeri enfeksiyonu, 1 hastada atelektazi ve 2 hastada intraabdominal abse görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç
Çalışmamızın sonuçları göstermiştir ki; laparoskopik appendektomi; açık appendektomiye göre ameliyat süreleri, analjezik ihtiyacı, hastanede yatış süresi ve komplikasyon oranları daha iyi sonuçlar vermektedir. Kliniğimizde laparoskopik appendektomi, akut apandisit tedavisinde açık appendektomiye göre daha çok yapılan ve güvenle uygulanmakta olan bir yöntemdir.

P-085
Rektal Darlık Olgusunda Geç Dönem Perforasyon Örneğinde Kolon Stentleme; Çözüm mü, Sonu mu Geldi?

Berk Gökçek, Burak Güney, Sedat Kamalı, Bakhtiyar Chakhalov
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş:
Kolorektal kanserde olguların önemli bir bölümü cerrahi bir acil olan tıkanıklıkla ortaya çıkar. Acil cerrahi, kolon obstrüksiyonu olgularında yüksek komplikasyon ve mortalite oranları içerir. Cerrahi genelde bir stoma işlemi ile sonlanır ve bu hastaların yaşam kalitesini etkiler. 20 yılı aşkın süredir kendinden genişleyen metal stentler tıkanıklığı hafifletmek, evreleme için zaman kazanmak ve elektif cerrahi planlamak adına kullanılmaktadır. Stentin etkinliğini birincil müdahale olarak destekleyen bazı çalışmalar ve meta-analizler olsa da, tartışmalı konular vardır. En büyük endişelerden biri bağırsak delinmesi riskidir ki bu hem cerrahi hem de onkolojik açıdan etkiler taşır. Ağırlıklı olarak yüksek perforasyon oranları birçok çalışmanın erken sonlanmasına ve yöntemin eleştirilmesine neden olmuştur. Ayrıca bazı çalışmalar uzun dönem onkolojik sonuçlar açısından cerrahiye köprülenen stentli olguların acil cerrahi uygulananlardan daha kötü olduğunu göstermiştir.

Olgu:
5 ay önce dış merkezde anal girimden 9 cm mesafede 7 cm'lik segment boyunca lümeni saran, kolonoskopik biyopside orta differansiye adenokarsinom olarak tariflenen kitlesi mevcut 33 yaşında kadın hastaya low anterior rezeksiyon uygulanmış. Takibinde PET/BT'de metastatik tutulum odağı izlenmemiş.
1 ay adjuvan radyoterapi gören hasta, başvurusundan 1 ay öncesine kadar kemoterapi almakta iken tolere edememeye başlamasıyla KT sonlandırılmış. 4 gündür gaita deşarjının olmaması ve kusmaları üzerine başvurdu.Vital değerleri olağandı. Batını distandü izlendi, minimal hassasiyet mevcuttu. Direkt grafide anlamlı seviye izlenmedi fakat ultrasonografide(USG) çekum ve inen kolon çapları ileri dilate tariflendi. Elektrolit imbalansı yoktu ve kanda beyaz küre değeri 20.15 10^3/uL idi. Bilgisayarlı tomografide(BT) pelviste serbest sıvı vardı ve kolonik anslar ileri derece dilateydi. Acil rektoskopide anal girimden 7 cm proksimalde anastomoz hattında kolonoskopun geçisine zor izin veren ülserovegetan kitleden biyopsi alındı. Tümör belirteçleri referans değer altındaydı. Rektoskopi sonrası az miktar deşarjı olan hasta barsak temizliği ile kolonoskopiye yönlendirildi. Dar olan anastomoz hattı endoskop ile zorlanarak geçildiğinde çekuma dek normal mukoza görüldü. 22x100 mm stent endoskoptan konumlandırılan rehberle yerleştirildi. Bu üç gün sonunda beyaz küre 5.26 10^3/uL izlenmekteydi. Stentleme sonrası ilk günlerde sıvı gaita çıkışı belirten hastada direkt grafide seviyeye rastlanmazken ağızdan sulu gıda ile beslenmeye iyi yanıt vermekteydi.Stentleme sonrası 5. günde artan batın distansiyonu nedenli kontrol kolonoskopisinde stent lümeni açık izlendi fakat proksimalinde stente prolabe polipoid,frajil alanlar içeren lezyon olduğu görüldü. Mukoza lehine değerlendirilen alan endoskop ile geçildi ve açılanmaya bağlı fonksiyonel tıkanıklık düşünüldü. Az miktarda gaz deşarjı izlenen fakat 2 gün sonrasında giderek artan karın ağrısı belirten hastada yaygın hassasiyet,akut batın görüldü. Beyaz küre 5.41 10^3/uL iken CRP'de 225.19 mg/L'ye ani yükselme izlendi
Rektal kontrastlı BT görüntülemeyle infrapelvik düzeyde sağ paraçekal alana uzanan ekstralüminasyon izlenerek hasta acil ameliyata alındı. Periçekal,perihepatik ve pelvisi dolduran 500 cc pürülan mayi görüldü. Pelvik refleksiyonun hemen üstünde stentin rektum serozasını tam kat delerek protüde olan proksimal kısmı gözlendi. Stent çıkarılarak Hartmann kolostomi uygulandı. Postoperatif dönemde stoması çalışan hastanın insizyonundan ve dren yerinden hemorajik içerik gelmekteydi. İntraoperatif alınan periton mayi kültür sonucu ve ağızda yeni gelişen kandidiyazis şüpheli lezyonlar ile hastanın antibiyoterapisi düzenlendi. CRP'sinde beklenilen düşmeye rastlanmaması ve ateşi olması üzerine yapılan USG'de insizyon yeri cilt altında 2 cm'lik hematom uyumlu alan görüldü.BT'de gözlenen pelvik koleksiyon sonucu, septik tabloda gözlenen hasta batın lavajı amaçlı operasyona alındı ve toplamda 3 defa kademeli olarak batın fasiyal planları kapatılmaksızın,işlemlerin sonunda yalnız cilt kapatılarak batın lavajı uygulandı. Sonuncu seansta batın ön duvar fasiyası kapatıldı.Acil rektoskopik biyopsinin patoloji sonucu *epitelde rejeneratif değişiklikler* olarak geldi.Takibinde sıkı solunum egzersizi uygulanarak yoğun bakım ihtiyacının kalkmasıyla servise nakledilerek verimli mobilizasyonu sağlandı. Oral kandidiyazisi geriledi,ağızdan beslenmeye iyi yanıt verdi
Taburcu edilerek tedavisinin devamı amaçlı onkolojiye yönlendirildi.

Tartışma ve Sonuç:
Düşük komplikasyon riskine sahip olsa da, cerrahiyle kıyaslanınca barsak perforasyonuna yönelik şüphe stent uygulamasında daha fazla gözükmektedir. Yerleştirildikten 30 gün sonrası için kullanılan geç perforasyon tanımı genelde kemo-veya radyoterapi alan hastalarda izlenmektedir ve muhtemelen yabancı cisme bağlı kademeli erozyonlardan ötürü geç abdominal semptom vererek sessiz seyirle ortaya çıkar. Erken perforasyonlar en sık kanulasyonda ve genişleyen stentin nekrotik/frajil tümörü rüptüre etmesiyle görülmektedir. Klinik prezentasyon perforasyonun retro/intraperitoneal olmasına bağlı büyük ölçüde değişmektedir.
Yüksek intraluminal basınç ve yerleştirilmedeki tümör manüplasyonunun malign hücre yayılımına neden olduğu şüphesi artmaktadır.
Stent tedavisi ileri hastalıkta, komorbiditeye sahip genel durumu bozuk hastalarda cerrahiye alternatiftir. Bu grup hastalarda %70'e varan oranlarda stentleme ile geri kalan yaşamda tümör darlığının yarattığı şikayetlerde rahatlama bildiren yayınlar mevcuttur. Kürabl hastalığı olan kondisyonu iyi hastalarda cerrahiye köprüleme amaçlı da olsa,onkolojik sonuçlar da göz önüne alınınca, taşıdığı riskler stentlemeye olan ilgiyi azaltmaktadır.Bunun haricinde obstruktif kolorektal kanserle başvuran yüksek operatif riskli zayıf hastalar gibi diğer grup hastalarda kendinden genişleyen stentlerin tercih edilmesi önerilmektedir. Stent yerleştirilmesindeki başarısız girişimlerin önemli komplikasyon riski içermediğini ve tedaviyi kötü yönde etkilemediğini bildiren yayınlar mevcuttur. Olgumuzda,mortalite oranında anlamlı yükselme gözlenen eşik değerin çeşitli yayınlarda 25-29 aralığında bildirildiği Mannheim Peritonit İndeksi skoru 31 olarak ölçülmüştür.

P-086
Tekrarlayan Divertikülit Atakları Sebebiyle Beş Yıl Boyunca Tedavi Edilen Şistozomiyazis Vakası: Olgu Sunumu

Bilgehan Çağdaş Sonbahar, Gül Bora, Nejdet Özalp
Medical Park Ankara Hastanesi - Ankara

Amaç:
Bir ya da birkaç divertikülün inflamasyonuna divertikülit adı verilir. Hastalığın klinik tablosu hafif bir inflamasyondan, serbest perforasyon ve jeneralize peritonitin eşlik ettiği ağır bir klinik tabloya kadar farklılık gösterebilir. Olguların %90'nında inflamasyon sigmoid kolondadır. Akut atak sırasında muayene sonrası, laboratuvar testleri ve bilgisayarlı tomografi, atak sonrasında ise kolonosokopi tanı için yeterli olmaktadır. Olguların büyük kısmı medikal tedavi ile tedavi edilebilirken, ayırıcı tanıda aynı klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularını taklit eden paraziter kolitler akılda tutulmalıdır. Bizde bu olgu sunumumuzda tekrarlıyan divertikülit atakları sebebiyle tedavi edilen hastada altta yatan asıl patojenin şistozomiyazis enfeksiyonu olduğunu göstermek istedik.

Olgu:
44 yaşında erkek hasta, son 5 yıldır tekraralayan divertikülit atakları nedeniyle dış merkezde takip ediliyorken, karın ağrısı, ateş şikayeti ile hastanemize başvurdu.
Alınan anamnez bilgilerinde hastanın son 6 aydır sürekli metranidazol tedavisi altında olduğu, 2 yıl önce yapılan

kolonoskopisinde sigmoid kolonda divertikülozis olduğu, yapılan gaita mikroskobisinde parazit izlenmediği o dönemde hastaya operasyon önerildiği ama kendisinin kabul etmediği bilgileri kaydedildi.
Yapılan fizik muayenede sol alt kadranda defans ve rebound tenderness pozitif saptandı, laboratuvar bulgularında WBC:14.000 $10^3/\pi L$ ve yapılan bilgisayarlı tomografik incelemede sigmoid kolonda kronik inflamasyona bağlı duvar kalınlaşması, diveritkülit görünümü ile uyumlu inflame alanlar izlendi ve hasta hospitailize edildi. Medikal tedavi sonrası tablo geriledi ve hasta taburcu edildi.
Hastaya üç hafta sonra tarafımızca elektif kolonoskopi yapıldı ve sigmoid kolon 20.cm ile 30.cm arasında lümenden geçişi zorlaştıracak kadar darlığa sebebiyet veren inflame,ülsere alanlar ve iki adet divertikül izlendi. İnflame alanlardan alınan byopsinin patoloji sonucu nonsesifik kronik inflamasyon olarak yorumlandı. Daha sonra hastaya elektif sigmoid rezeksiyon önerildi ve ameliyat planlandı.
Yapılan operasyonda sigmoid kolonda yaklaşık 10cm lik segmentte, lümeni daraltan,serozaya kadar ilerleyip çekintiler yapmış, karın yan duvarına ve üretere ileri derecede yapışmış inflame alan izlendi. Sigmoid rezeksiyon ve uç uca kolorektal anastamoz yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi. Hastanın patolojik incelemesinde tek bir alanda granülom izlenmesi üzerine hasta crohn hastalığı açısından gastroenterolojye danışıldı. Ancak hastanın klinik bulgu ve öyküsü crohn hastalığı ile uyumlu olmadığı için patoloji preparatları tekrar değerlendirildi ve yapılan ince kesitlerde şistozoma trematodunun yumurtası ve kendisine rastlandı. Postoperatif ürolojik değerlendirilmesi yapılan hastaya praziquantel tedavisi uygulandı.

Sonuç:
Şistozomiyazis, farklı türleri olan şistozoma trematodunun sebep olduğu paraziter bir hastalıktır. Dünya sağlık örgütü (WHO)'nün tahminlerine göre, 2014 yılında yaklaşık 258 milyon insan şistozomiazis enfeksiyonuna karşı önleyici tedaviye ihtiyaç duydu. Dünyada, yıllık 200.000 insan şistozoma enfeksiyonu sebebiyle hayatlarını kaybediyorlar. Şistozomiyazis özellikle Afrika, Ortadoğu, Çin, Endonezya ve Brezilya'da önemli sağlık sorunu olarak görülmektedir. Genel olarak tropikal ve subtropikal bölgelerde, özellikle de güvenli içmesuyuveyeterlisanitasyonsağlanamayanyoksulkesimlerde yaygındır. Türkiye'de nadir görülmektedir. Bizim hastamız hiç tropikal veya subtropikal bölgelere seyahat etmemişti. Olgu sunumumuzda da görüldüğü üzere şistozomanın endemik olmadığı bölgelerde kronik kolit ile başvuran hastalarda parazitin akla gelmesi güç olabilir. Bizim vakamızda oldugu gibi zamanında tedavi edilmezse hastalar çok farklı komplikasyonlarla başvurabilirler. Ayrıca patolojik inceleme de çok önemlidir. Bu hastanın bulgularında ameliyat öncesi dönemde yapılan kolonoskopide sadece 2 divertikül görülmesi şaşırtıcıydı. Ancak klinik, tekrarlıyan enfeksiyon atakları ve kolondaki daralma ameliyat kararı vermemizi gerektirdi. Sonucun parazitoza bağlı enflamasyon çıkması bizim içinde şaşırtıcı oldu. Bildiğimiz kadarıyla literatürde, şistozomiazisin tekrarlayan divertikülit atağına sebep olduğuna dair kaynak bulunmamaktadır, bu sebeple bizim vakamızda da asıl patolojinin «etyolojide rol oynayan parazitoza bağlı divertikülit mi?» yoksa «divertikülozis ile birlikte parazitoza bağlı kolit mi?» olduğu tartışmalı kalmıştır.

P-087
Jejenumda Görülen Masif Kanama: İki Olgu Sunumu Jejunal Dieulafoy Lezyon

Şahin Kahramanca[1], Turgut Anuk[2]
[1]*Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars*
[2]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars*

Amaç:
Dieulafoy vaküler malformasyonu (DVM) Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları içinde %0.3-6.7 oranında görülen ani başlangıçlı, non variköz kanama olarak tanımlanır. Sıklıkla midede görülse de özefagus, duodenum, jejenum ve kolon segmentleri dahil, tüm GİS'i tuttuğunu bildirir veriler literatürde bulunmaktadır. Endoskopik yöntemlerle tanı konulamayan ve acil cerrahi uygulanan 2 olguyu sunacağız.

Olgu 1:
Derin ven trombozu öyküsüyle 10 yıldır warfarin kullanan ve yaklaşık 24 saattir kanlı kusma ve makattan kanama şikayetiyle acil servise başvuran 49 yaşındaki erkek hastada tansiyon arteryelinin (TA) 90/60 mmHg, nabzının 120/dk. olduğu ve bilateral alt ekstremitede polidaktili gözlendi. Nazogastrik sonda uygulanan hastada beklemiş pıhtılı kan saptandı. Rektal tuşede melena bulaşı gözlendi. Hastanın hemoglobini (Hgb) 7.7 g/dl, INR değeri ise 1.88 olarak ölçüldü. Hastaya 2 ünite taze donmuş plazma (TDP) ve 2 ünite eritrosit süspansiyonu (ES) verildi. Kan ürünleri replasmanı sonrası İNR değeri 1,23'e gerilerken Hgb düzeyi 6,5 g/dl, TA 80/50 mmHg olarak ölçüldü. Hastaya üst ve alt GİS endoskopisi yapıldı ancak herhangi bir aktif kanama odağı gözlenemedi. Üç ünite daha ES replasmanı uygulandı ancak Hgb değeri 6,2 g/dl ölçüldü. Çekilen çölyak, ve mezenterik anjiografilerinde aktif kanama odağı saptanmayan hastaya, mevcut muayene ve laboratuvar bulguları gözönünde bulundurularak acil operasyon planlandı. Operasyonda Treitz'ın 15. cm'den itibaren 20 cm'lik jejenum segmenti boyunca, büyüğü 1 cm çaplı multipl vasküler malformasyon gözlendi ve segmenter jejenum rezeksiyonu ve uç uca jejuno-jejunostomi yapıldı. Yoğun bakım takipleri sırasında akciğer nocardiazisi gelişen hasta ilk operasyonunun 22. gününde ex oldu.

Olgu 2:
Son 12 saattir aralıklı süren kanlı kusma ve makattan kanama şikayetleriyle, bilinci kapalı halde acil servise getirilen 56 yaşındaki erkek hastanın TA: 60/30 mm Hg ve nabzı 120/dk olarak ölçüldü. Hastaya takılan nazogastrik sondaya yaklaşık 250 cc taze kan geldi. Rektal tuşede de beklemiş pıhtılı kan ve melena gözlendi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde Hgb: 5,5 g/dl saptanıp 3 ES transfüzyonu yapıldı ve hastaya alt ve üst GİS endoskopileri uygulandı. Aktif kanama odağı saptanamayan hasta, GİS kanamasına bağlı hipovolemik şok tanısıyla acil operasyona alındı. Operasyonda Treitz'dan itibaren yaklaşık 25 cm'lik segmentte, büyüğü 1,5 cm çaplı serozadan ekspansiv büyümüş halde multipl vasküler yapı gözlendi. Hastaya vasküler alanları içine alacak şekilde segmenter ince barsak rezeksiyonu ve uç uca jejuno-jejunostomi yapıldı. Hasta postoperatif 8. günde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
Dieulafoy vasküler malformasyonu, endoskopik ve anjiografik yöntemlerle tanı konulamayan ani başlangıçlı masif gastrointestinal sistem kanamalarında, tedavideki gecikmelere bağlı mortaliteyle sonuçlanabileceği akılda tutulması gereken bir hastalıktır.

P-088
Acilden Elektife Taşınan Bir Olgu: Sigmoid Volvulus

Serkan Karaıslı, Halis Bağ, Fevzi Cengiz, Haldun Kar, Hüdai Genç
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Kolonik volvulus, kolonun kendi mezenteri üzerinden dönerek obstürüksiyona yol açtığı durumdur. Genellikle sigmoid kolon etkilenir. Sigmoid volvulus(SV), iskemiye, perforasyona, sepsise ve bu yolla mortaliteye neden olabilir. Bu yazımızda, SV tanısı alan hastanın tanı ve tedavi süreci konusunda deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu:
73 yaşında erkek hasta son iki gündür karın ağrısı karında şişlik ve gaz gaita çıkaramama şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede batında özellikle sol tarafta belirgin distansiyon saptandı. Defans ve rebound yoktu. Rektal tuşede özellik yoktu. Laboratuar parametreleri olağan izlendi. Karın grafisinde, kahve çekirdeği görünümü oluşturan ve diyaframı solda eleve eden, 19cm çapında distali obstrükte görünümde kolonik segment görüldü (Resim). SV şüphesi olan hastaya istenen kontrastlı batın tomografisi(BT) 'Sigmoid kolonda ve mezosunda torsiyon izlenmektedir. Proksimalinde sigmoid kolonda ve inen kolonda ileri derecede dilatasyon vardır. Rektuma gaz geçişi yoktur.' şeklinde raporlandı. Bunun üzerine hasta acilen kolonoskopiye alındı. Sigmoid kolon detorsiyone edilerek pasaj sağlandı (Resim). Hastanın işlem sonrası ve servis takibinde klinik tablosu düzeldi. Anestezi onamı ve barsak hazırlığı sonrasında acil başvurusunun 7.gününde hastaya elektif sigmoid kolon rezeksiyonu+lineer staplerle yan yana anostomoz yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 6.gün şifa ile taburcu oldu. Patoloji sonucu benign olarak raporlandı. 4 aylık takibinde nüks ya da komplikasyon izlenmedi.

Sonuç:
Sigmoid volvulus yetişkinlerde en sık üçüncü kolon obstrüksiyonu nedenidir. Esas predispozan faktör, uzun sigmoid kolon segmenti ve uzamış mezokolondur. Klinik bulgular genellikle net değildir. BT taraması hem tanı koymada hem de patolojinin derecesini göstermede altın standart yöntemdir. Tanı sonrası ilk yapılması gereken kolonoskopik redüksiyon denenmesidir. Eğer başarılı olunmazsa veya peritonit gelişen hastalarda acil cerrahi gereksinimi vardır. Literatürde, önerilen yöntem sigmoid rezeksiyon+Hartman kolostomi açılmasıdır. Ancak ilk volvulus epizodu olsa bile kolonoskopik redüksiyon sağlanan vakalarda, hemodinami stabil ve cerrahi mortalite ve morbidite riski düşük ise yüksek nüks riski hesaba göz önüne alınarak redüksiyon sonrası elektif kolektomi planlanmalıdır. Elektif operasyon için, barsak hazırlığı ve hemodinaminin düzeltilebilmesi açısından kolonoskopik redüksiyon sonrası en az iki günlük süre geçmesi önerilmektedir. Sunulan olguda da anestezi hazırlığı ve dekompresyon sonrası acil başvurusunun 7. gününde elektif operasyon yapıldı. Klinik göstergeler zayıf olsa da radyolojik yöntemler SV şüphesinde tanıya yardımcıdır. Tanı sonrası en kısa sürede kolonoskopik redüksiyon planlanmalıdır. Eğer redüksiyon sağlanırsa ve hasta stabil ise elektif operasyonu planlamanın; hem acil operasyonun mortalite ve morbiditesini azaltmada, hem de acil operasyon için önerilen kolostominin kapatılması için ek cerrahi girişim ihtiyacına gerek olmaması açısından faydası olacağı kanaatindeyiz.

P-089
Founier Gangreni: Korkulacak Bir Hastalık Olmaya Devam mı Ediyor?

Şafak Ulutürk, Rıdvan Barkın Kabalar, Ahmet Bilal Yıldırım, Halil Özsoy, Hasan Aydede, Yamaç Erhan, Gökhan Temeltaş, Talha Müezzinoğlu, Eray Kara
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa

Amaç:
Fournier gangreni, yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, hızlı ilerleyen, perine ve eksternal genital organların sinerjistik enfeksiyonuna bağlı nekrotizan fasiitisidir. Bu çalışmanın amacı, Fournier gangreninde mortaliteye etki eden teşhis ve tedavi yöntemlerinin gözden geçirilmesidir.

Gereç-Yöntem:
Bu çalışmamızda, kliniğimizde 2001-2017 yılları arasında Fournier gangreni nedeni ile teşhis ve tedavi uygulanan 37 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Hasta grupları yaş, cins, semptomların başlangıç süresi, etken mikroorganizmalar, eşlik eden hastalıklar, Fournier gangreni şiddet indeksi (FGSI), hastanede yatış süresi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:
Olgularımızın 27'si (%) erkek, 10'u (%) kadın olup, yaş ortalaması 60 (42-78) idi. Sepsis kaynağı olarak ürogenital (11), anorektal (8) ve kutanöz orijin (3) olarak belirlendi. Mortalite 10 olguda (%27) saptandı. Olguların başvuru anındaki yakınma süreleri ortalama 5.1 (2-11) gün olarak saptandı. Olguların 25'inde (%67,5) eşlik eden diabetes mellitus saptandı. Hastaların 13›üne koruyucu kolostomi (%35.1) açıldı. Yara örneklerinden yapılan kültür sonuçlarında en sık olarak Escherichia coli (%43.2), kalan hastalarda Acinetobacter baumannii, Proteus mirabilis, methicillin-dirençli Staphylococcus aureus ve Enterococcus spp. üremiştir. Olguların FGSI ortalaması 6.18 idi. FGSI›nin >6 mortalite ve morbiditede etkin olarak saptandı. Olguların %62›sine kapalı basınçlı yara bakımı (VAK) uygulandı. VAK uygulamasının yara iyileşmesi ve hastanede kalış sürelerinde azalmaya neden olduğu görüldü.
Sonuç:
Fournier gangreninde teşhiste geç kalınması ve FGSI yüksekliğinin kötü prognozdan sorumlu olabilmektedir. Erken tanı ve hastalığın şiddetinin tayini; uygun antibiyoterapi ile birlikte agresif cerrahi debridman ve VAk uygulamasının morbidite ve mortaliteye olumlu etkisinin olduğu kanısındayız.

P-090
Çeşitli Nedenlerle Acil Kolorektal Cerrahi Yapılan Hastalarda Mortalite Riski Öngörülebilir mi?

Sadettin Er, Deniz Tikici, Barış Doğu Yıldız, Bülent Cavit Yüksel, Fırat Turan
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç:
Acil kolorektal cerrahi yapılan hastalarda mortalite önemli bir problem olmaya devam etmektedir. Çalışmamızda, bu mortalite riskinin öngörülebilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Cerrahi Servisine 1 Mart 2014- 30 Aralık 2016 tarihleri arasında opere edilen 145 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların demografik özellikleri cinsiyet,yaş,ek hastalık, yapılan cerrahi,laboratuar ve radyolojik bulguları değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 145 hastanın 70'i (% 48,2) erkek ve 75'i(% 51,8) kadındı. Hastaların ortalama yaşı 64(23-91) di. Yaklaşık 40 (% 27,6) hastada mortalite gelişti. Univaryant analizde; yaş, üre ve kreatinin yüksekliği, AST(aspartat transaminaz) yüksekliği, albumin düşüklüğü, ostomi varlığı, metastaz varlığı ve tanı(iskemi, divertikülit v.b.) mortaliteyi artıran anlamlı bulgular olarak saptandı. Multivaryant analizde;üre yüksekliği,albumin düşüklüğü, özellikle tanıda kolonda iskemi varlığı ve ostomi mortaliteyi artıran anlamlı bulgular olarak saptandı.

Sonuç:
Biz bu özellikleri taşıyan hastalarda, yüksek mortalite riskinden dolayı hastaların bir üst merkeze yönlendirilmesi ve tedavilerinin multi-disipliner yaklaşımla yapılması inancındayız.

P-091
Kolorektal Kansere Bağlı Mekanik Bağırsak Tıkanmalarında Ostomi Seçenekleri

Serdar Gümüş, Yusuf Yağmur, Mehmet Babür, Rıdvan Yavuz, Mehmet Ali Can, Mehmet Ali Açıkgöz, Edip Erdal Yılmaz, Zeynep Şener Bahçe
Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Amaç:
Kolorektal kanserlere bağlı obstrüksiyonlar kolonik acillerin yaklaşık %85'inden sorumludur. Bu çalışmanın amacı, kansere bağlı gelişen akut kolorektal obstrüksiyonlarda uygulanacak cerrahi modalitelerini incelemektir.

Yöntemler:
Bu çalışmada Mart 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesine kolon obstrüksiyonu ile başvuran ve bu nedenle opere edilen 20 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.Yaş, cinsiyet, obstrüksiyonun lokalizasyonu ve buna göre uygulanan cerrahi yöntemlerin oranları tespit edildi (Tablo).

Bulgular:
Olguların %65'i erkek,%35'sı kadındı.Ortalama yaş 57,5 yıl olarak saptandı. Tümörün yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde olguların 9›unun rektum kanseri, 8›inin sağ kolon kanseri, 2›sinin sol kolon kanseri ve 1›inin sigmoid kolon kanseri olduğu saptandı. Olguların 8'ine sağ hemikolektomi, 1'üne sigmoid rezeksiyon, 2'sine sol hemikolektomi, 1›ine Low Anterior rezeksiyon yapılmış.Tümör rezeksiyonu 12 olguda gerçekleştirilmiş olup bunlardan ancak 6 tanesine anastomoz yapılmıştır. Anastomoz gerçekleştirilen hastalardan 1 tanesine koruyucu ileostomi açıldığı saptandı. Sağ kolon tümörü olan 8 olgunun 5 tanesine anastomoz gerçekleştilmiş. 3 tanesine ise uç ileostomi açılmıştır. Uç ileostomi açılan olguların yaş ortalaması 73,3 yıl olarak saptandı.9 hastada Rektum tümörü saptanmış. Bu hastalardan sadece 1›ine Low Anterior Rezeksiyon uygulanabilmiş. Ancak bu 9 hastanın tamamına saptırıcı ostomi açılmış. Ostomilerin 5›ü loop ileostomi, 4›ü loop sigmoidostomi şeklinde uygulanmış. Ostomilerden 1 tanesi laparaskopik olarak diğer 2›si ise trephine yöntemi ile gerçekleştirilmiş.

Tartışma:
Kolorektal kanserler kalın barsak obstrüksiyonlarının en sık nedenidir. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Kolorektal kanserlerin %8-30'u akut obstrüktif semptomlarla kendilerini gösterir.Daha sık olarak spenik fleksuranın distalinde görülmesine karşın serimizde sağ kolonda görülme oranı literatürden daha fazla olarak % 40 oranında saptanmıştır. Kolorektal kanserlerine bağlı gelişen obstürksiyonlarda esas tedavi cerrahidir. Ancak tümörün yerleşim yerine göre veya evresine göre cerrahi tercihler değişebilmektedir. Sağ taraf tıkayıcı lezyonlarında rezeksiyon ve primer anastomoz birincil tercihtir. Rezeksiyonun uygulanamadığı durumlarda ileokolik by-pass ya da ileostomi tercihleri düşünülebilir. Bizim serimizde de sağ kolon tümörleri incelendiğinde 8 vakanın 5 tanesine primer anastomoz yapıldığı saptandı. 3 hastaya rezeksiyon yapılmasına rağmen anastomoz yapılamadığı ve uç ileostomi yapıldığı saptandı. Obstrükte sol kolon tümörlerinde 1,2 veya 3 aşamalı tedaviler uygulanabilmektedir. Rezeksiyon yapılamadığı durumlarda proksimalden açık yada laparaskopik olarak ileostomi, kolostomi+ müköz fistül, trephine stoması gibi işlemler uygulanabilir. Rezeksiyon yapıldığı durumlarda primer anastomoz ilk tercihtir. Rezeksiyon yapıldıktan sonra anastomoz yapılamıyorsa Hartman ostomi, double barrel (çifte namlu) gibi kolostomi tercihleri uygulanabilir. Rektum kanserlerinde ise güncel tedavideki gelişmeler ile neoadjuvan tedavilerin uygulanması sayesinde tedavi modalitesi değişmektedir. Unrezektabl tümörlerin küçültülmesi, tümörsüz cerrahi sınır elde edilmesi veya sfinkter koruyucu cerrahi uygulanabilmesi söz konusu olabilmektedir. Obstrükte rektum kanserleri unrezektabl olarak değerlendiriliyorsa tedavisi sistematiktir. Bu amaçla saptırıcı kolostomilere loop kolostomi mi yoksa loop sigmoidostomi mi sorusuna verilecek net bir cevap yoktur. Ancak tümörün anal verge olan mesafesine göre verilecek karar hastanın daha sonraki operasyon seans sayısını değiştirebilir. Eğer sistemik tedavi sonrası abdominoperineal

rezeksiyon planlanıyorsa loop kolostomi açılması 2. seans esnasında mevcut stomanın piyese dahil edilip end kolostomi açılmasına ve operasyonun 2 seanslı olarak bitirilmesine olanak sağlayacaktır. Ancak daha yukarı yerleşimli rektum tümörlerinde medikal tedavi sonrası rezeksiyon planlanıyorsa 1 seansta loop ileostomi açılaması ikinci seansta rezeksiyon ve anastomoz yapılıp 3 seansta ostominin revizyonu yapılabilir. Rezeksiyonun ileri ki seanslarda da mümkün olamayacağı hastalarda mümkün mertebe distalden ostomi açmak hasta fizyolojisi ve ostomi bakımı açısından daha konforlu olabilir. Bizim serimizde obstrükte rektum kanserlerininin sadece birine Low anterior rezeksiyon yapılıp anastomoz yapılmış. 5 hastaya loop ileostomi 4 hastaya ise loop sigmoidostomi açılmış. Açılan 9 stomanın 1›i laparaskopik, 2 si ise trephine yöntemi kullanılmıştır. Trephine yöntemi genel olarak hasta konforu açısından iyi bir seçenektir. Ancak bunun uygulanabilmesi için evrelemenin ya da unrezektabilitenin operasyon öncesinde doğru bir şekilde saptanmış olması gerekmektedir. Serimizdeki hastaların tamamına acil serviste yatışları esnasında intravenöz kontrastlı bilgisayaralı batın pelvik tomoğrafi çekilmiş ve buradan elde edilen bilgi doğrultusunda ostomi yöntemi seçilmiştir. Sonuç olarak kolorektal obstrüksiyonlarda ostomi uygulamaları önemini korumaktadır. Ostominin açılma yeri ve yapılma şekli hasta özellkilerine göre değişmektedir. Bu konuda hangi tekniğin daha üstün olduğunu belirlemek için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Opere Edilen Hastalar ve Cerrahi Yöntemle

Yaş	Cinsiyet	Tanı	Operasyon	Ostomi Durum
26	Erkek	Rektum CA	Laparatomi	LOOP ile Ostomi
19	Erkek	Rektum CA	Laparaskopi	LOOP ile Ostomi
65	Kadın	Rektum CA	Trepnine	LOOP ile Ostomi
57	Erkek	Rektum CA	Laparatomi	LOOP ile Ostomi
36	Kadın	Rektum CA	Low Anterior Rezeksiyon	LOOP ile Ostomi
47	Erkek	Rektum CA	Laparatomi	LOOP Sigmoidostomi
57	Erkek	Rektum CA	Laparatomi	LOOP Sigmoidostomi
71	Kadın	Rektum CA	Trephine	LOOP Sigmoidostomi
56	Erkek	Rektum CA	Laparatomi	LOOP Sigmoidostomi
56	Erkek	Sağ Kolon CA	Sağ Hemikolektomi	Uç İleostomi
41	Kadın	Sağ Kolon CA	Sağ Hemikolektomi	Yok
50	Erkek	Sağ Kolon CA	Sağ Hemikolektomi	Yok
66	Erkek	Sağ Kolon CA	Sağ Hemikolektomi	Yok
71	Erkek	Sağ Kolon CA	Sağ Hemikolektomi	Yok
73	Kadın	Sağ Kolon CA	Sağ Hemikolektomi	Yok
80	Erkek	Sağ Kolon CA	Sağ Hemikolektomi	Uç İleostomi
82	Kadın	Sağ Kolon CA	Sağ Hemikolektomi	Uç İleostomi
67	Erkek	Sigmoid CA	Sigmoid Rezeksiyon	HARTMAN Ostomi
43	Kadın	Sol Kolon CA	Sol Hemikolektomi	Çifte Namlu Ostomi
51	Kadın	Sol Kolon CA	Sol Hemikolektomi	HARTMAN Ostomi

P-092
Nadir Görülen Bir Akut Batın Nedeni: Granülomatoz Apendisit

Mehmet Akif Üstüner, Lütfi Doğan, Kemal Beksaç, Osman Uyar, Cihangir Özarslan
Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Granülomatöz apendisit nadir görülen bir durum olup görülme sıklığı tüm apendisitler içerisinde %2'den daha azdır. Etyolojisinde mybacterium tuberculosis,yersinya,paraziter yada mantar enfeksiyonları olabileceği gibi chron yada sarkoidoz da yer alabilir. Bu çalışmamızda akut batın nedeniyle opere ettiğimiz granülomatöz apendisitli olgumuzu sunduk.

Olgu:
23 yaşında erkek hasta bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ alt kadranda fazla olmak üzere tüm kadranlarda defans ve rebound mevcuttu. Hastanın çekilen tomografisinde perfero apendisit saptanması üzerine hasta acil operasyona alındı. Bakıda sağda yaklaşık 20 cmlik plastrone apendisit ve pelviste 500 cc pürülan mayi gözlendi. Hastanın batını yıkanıp dren konularak operasyon sonlandırıldı. İlk operasyondan 6 hafta sonra hastaya interval apendektomi yapıldı. Hastanın patolojıisinde granülomatöz apendisit saptandı, histokimyasal çalışmalarda retikülin ile granülom yapılarda boyanmada kayıp izlenirken Ehrlich-Ziehl – Neelsen(EZN) ile tüberkülöz basili lehine boyanma olmadı. Hastanın tüberkülöz yönünden araştırılması önerildi. Hasta göğüs hastalıklarına yönlendirildi.

Sonuç:
Granülamatöz apendisit tanısını pre-op görüntülemeyle, labaratuar yöntemleriyle ve intraoperatif makroskopik bakıyla tanı koymak güçtür. Apendiksin tümöral kitleleriyle karışabilir. Akut batın nedeniyle apendektomi yapılan hastalarda granülamatöz apendisit akılda tutulmalıdır.

P-093
Retroçekal Herniasyona Bağlı İnce Barsak Nekrozu: Tetraplejik Akut Abdomenli Bir Olgunun Yönetimi

Enver İlhan[1], Orhan Üreyen[1], Emrah Dadalı[1], Ulvi Mehmet Meral[2], Uğur Gökçelli[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Retroçekal herni paraçekal hernilerin tiplerinden birisi olup oldukça nadir görülmektedir. Retreçekal herni strangülasyona ve ileusa neden olabilmektedir. Bu yüzden sıklıkla konservatif tedavi sonrası acil cerrahi gerektirmektedir.

Olgu:
Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümünde 67 yaşında erkek olgu bulantı kusma nedeniyle kliniğimize danısıldı. Özgeçmişinde 6 ay önce patlama sonrası servikal vertebra yaralanması nedeniyle parapleji mevcuttu. Fizik muayenesinde

distansiyon mevcuttu. Hissizlik nedeniyle hassasiyet yada muskuler defans -rebaund değerlendirmesi yapılamadı. Karın bölgesinde geçirilmiş cerrahi yada travma skarı yoktu. Batın bilgisayarlı tomografisinde dilatasyon yapmış ince barsak ansları ve çekumda duvar kalınlık artışı mevcuttu. Olguya orta hat laparatomisi yapıldı. Eksplorasyonda Treitz ligamentinin 200. cm distalindeki 10 cm lik bir ince barsak ansının retroçekal bölgeye herniye olduğu ve nekroz geliştiği görüldü. Bu ans batın içine alındı. Parsiyel ince barsak rezeksiyonu ve yan-yana anastomoz uygulandı. Retroçekal boşluk kapatıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen olgu fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne nakledildi.

Sonuç:
Cerrahi öyküsü olmayan akut batın olgularında retroçekal herniasyon mutlaka akla gelmelidir. Tanısı oldukça zor olan internal herniasyon vakalarına tetraplejinin eklenmesi; tanı ve tedaviyi daha da zor ve komplike hale getirmektedir. Bu yüzden bu tür vakalarda tomografi bulguları değerlendirilirken de retroçekal herniasyonun farkında olunması önemlidir.

P-094
Akut Kolonik Pseudo-Obstrüksiyon: Olgu Sunumu

Uğur Gökçelli, Orhan Üreyen, Emrah Dadalı, Murat Uz, Enver İlhan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Akut kolonik pseudo-obstrüksiyon Ogilvie Sendromu olarak da bilinen mekanik bir obstrüksiyon olmaksızın, klinik ve radyolojik olarak tanımlanan akut kolonik psödoobstrüksiyondur. Travma, enfeksiyon, kardiyak ve nörolojik hastalıklar gibi yandaş hastalığı olan geriatrik hastalarda sıklığı artmaktadır. Morbidite ve mortalitesi oldukça yüksektir. İskemi ve perforasyon en korkulan komplikasyonlarıdır. Bunların varlığında mortalite % 50'lere kadar çıkmaktadır. Tanısı oldukça zordur ve genellikle geç tanı konmaktadır. Erken teşhis ve zamanında tedavi morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek için önemlidir. Biz de akut batın ön tanısıyla opere ettiğimiz Ogilvie sendromlu olgumuzun yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu:
Yetmişdokuz yaşında erkek hasta, 5 gündür olan karın ağrısı bulantı kusma gaz gayta çıkaramama şikayetleriyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve vertigo mevcuttu. Fizik muayenesinde yaygın hassasiyet ve musküler defansı mevcuttu. Rektal tuşede ampulla boştu. Kan tetkiklerinde lökositozu yoktu. CRP:196 mg/dl, kreatinin: 1.2 mg/dl idi. Ayakta direkt batın grafisinde geniş tabanlı kolonik hava sıvı seviyelenmeleri mevcuttu. Çekilen kontrastlı batın tomografisi ön raporunda kolon tümörü olabileceği düşünüldü. Olgu, akut batın (mekanik bağırsak obstrüksiyonu) ön tanısıyla operasyona alındı. Eksplorasyonda çekumdan itibaren tüm kolon ansları sigmoid kolona kadar ileri derecede dilateydi. Kolon anslarında iskemi, nekroz, perforasyon bulguları yoktu. Herhangi bir mekanik obstrüksiyon nedeni saptanmadı. Per-operatif olarak rektal tüp yardımıyla kolonik gaz boşaltıldı. Olgu Ogilvie sendromu olarak kabul edildi ve olguya fekal diversiyon uygulanmadan operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde gaz gayta deşarjı olan ve oral gıdayı tolere eden olgu yaklaşık 3 aydır sorunsuz takip edilmektedir.

Sonuç:
Ogilvie sendromu nadir görülür. Birinci basamak tedavisi konservatiftir. İskemi, nekroz, perforasyon şüphesi varsa bu hastalara cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Pre-oporatif dönemde tanı konulamayıp cerrahi uygulanan olgularda operasyon esnasında nekroz, perforasyon gibi bulgular mevcut değilse, ek morbiditeden kaçınmak amacıyla kolonik gaz boşaltılarak konservatif tedavi fekal diversiyona tercih edilebilir.

P-095
Kolorektal Anastomoz Kaçaklarında Stent Uygulaması

Eyüp Gemici, Ahmet Sürek, Sinan Binboğa, Bahadır Kartal, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Mehmet Karabulut, Halil Alış
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Kolorektal cerrahi girişimlerden sonra kanama, tıkanıklık, enfeksiyon ve anastomoz kaçağı gibi komplikasyonlar görülebilir. Stapler ile yapılan aşağı anterior anastomozlarda %8-10 arasında, yukarı anterior anastomozlarda ise %1-3 arasında anastomoz kaçağı bildirilmiştir. Kolon cerrahisinde mortalite oranı %3-5 iken rektum cerrahisinde bu oran anterior rezeksiyon serisinde %7-10 olarak bildirilmektedir. Minimal invaziv yöntemlerin yaygınlaşmasıyla anastomoz kaçaklarına da endoskopik müdahaleler denenmekte ve başarıyla uygulanmaktadır. Bu yazıda kolon kanseri nedeniyle anterior rezeksiyon yapılan ve postop takibinde anastomoz kaçağı gelişen 3 hastaya uyguladığımız stentleme işleminin sonuçları sunulmuştur.

Olgu:
2015 şubat ile 2016 mayıs tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde anterior rezeksiyon sonrası anastomoz kaçağı gelişen ve endoskopik stentleme uygulanan 3 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. Ameliyat sonrası takiplerinde karın ağrısı, karında şişkinlik ve bulantı tarifleyen olgulara anastomoz kaçağı şüphesiyle kontrastlı karın tomografisi çekildi. Görüntülemede pelviste sınırlı koleksiyon alanı, anastomoz hattı proksimalinde barsak çapında genişleme ve anastomoz hattından kontrast kaçağı görüldü. Olguların hiçbirinde yaygın peritonit bulgusu saptanmadı. Üç hastaya da koleksiyon alanına ulaşan perkütan drenaj yapıldı. Anastomoz kaçak alanını içerecek şekilde endoskopik stentleme uygulandı. Olgulara antibioterapi başlandı. Sıvı-yumuşak gıda ve yüksek kalorili mama ile enteral beslenmesi sağlandı. 1 olguda stent düştüğü için 2 kez stentleme uygulandı. Her 3 hastaya da kaplı metal stent uygulandı. Ortalama 4. hafta sonunda yapılan endoskopik kontrollerinde anastomoz hattındaki ayrışmaların granülasyon dokusu ile iyileştiği izlendi ve kaplı stentler çekildi.

Sonuç:
Anastomoz kaçağı kolerektal cerrahi ameliyatlarından sonra görülen major komplikasyonlardandır. Mortalite oranı % 6 ile %39.3 arasında rapor edilmiştir. Anastomoz kaçağı nedenleri arasında suçlanan major etken iskemidir. Anastomoz uçlarının aşırı gerginliği kaçak riskini artıran diğer bir nedendir. Sepsis ve yaygın peritonit bulguları olan hastalarda altın standart cerrahi tedavidir. Majör cerrahi girişimlerin olumsuz yüklerinden kurtulmak için uygun vakalara, son yıllarda minimal invaziv yaklaşımlar ile tedavi metodları denenmektedir. Anastomoz kaçaklarında endoskopik stentleme ile tedavi başarı oranı literatürde %80-85 aralığında bildirilmiştir. Sıklıkta üst gastrointestinal sisteme ait anastomoz kaçaklarında kullanıldığını bildiren yayınlar olmakla birlikte kolonik kaçaklarda da stentlemenin üstünlüğünü bildiren az sayıda olgu sunumu mevcuttur. Sepsis tablosu olmayan ve yaygın peritoniti bulunmayan küçük ölçekli anastomoz kaçaklarında endoskopik stentleme ile tedavi başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Lümenin %50'den fazlasını içeren kaçaklarda karın içi kontrolün sağlanmasına yönelik endişeler bulunmaktadır. Ayrıca stentleme işleminin başarısını etkkileyen faktörleri; barsak duvarında kanama, perforasyon, stent migrasyonu, stentin ekspanse olmaması ve stentin tıkanması olarak sayabiliriz. Sepsis ve yaygın peritonit tablosu olmayan durumlarda, minimal invaziv yöntem olan endoskopik stentleme işlemi uygulanabilir. Hastaya fazladan bir cerrahi stres oluşturmaması, kısa sürede uygulanabilir olması ve de takibinin kolaylıkla yapılabilir olması işlemi öne çıkaran özelliklerdir.

P-096
Laparoskopik Kolon Ameliyatları Sonrasında Oluşabilecek Anastomoz Kaçaklarını Belirlemede Serum CRP Düzeyleri Prediktif Bir Değer Olabilir mi?

Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, Mert Tanal, Bülent Çitgez
Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Tüm kolorektal cerrahlar,ister açık ister laparoskopik cerrahi sonrasında amastomoz kaçağı riski ile karşı karşıyadır
Anastomoz kaçağı kolorektal cerrahinin önemli bir komplikasyonudur.
Anastomoz kaçağını belirleme de en önemli nokta hastanın klinik gidişatı,laboratuar değerleri ve konulan drenin günlük takibidir.Bu kriterler bir şüphe yarattığında oral iv kontrastlı BT ve drenden kontrast kaçağı tanı koydurabilir.Prokalsitonin düzeylerinin ölçümü faydalıdır.Ancak hastanemizde bunu çalıştıracak kit yoktur.Biz de Lökosit ve CRP ölçümlerimizi anastomoz kaçakları açısından deneyimlerimiz ve literatür eşliğinde araştırdık.Laparoskopik kolorektal cerrahi ameliyat geçiren hastalarda postopertif günlük CRP takipleri ile anastomoz kaçakları arasındaki olası ilişkiyi ortaya koymaya çalıştık.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2013-Ocak 2017 sigmoid ve rektum kanseri nedeni ile hastanemizde laparoskopik cerrahi ile ameliyat edilen hastaları inceledik.

Bulgular:
N= hasta 127
N1 (anastomoz kaçağı olanlar)= 11
N2 (anastomoz kaçağı olmayanlar)=117
Hastalara post-operatif 1.gün oral sıvı,3. gün sıvı ve yumuşak gıda verildi. Postoperatif 4. veya 5. günde drenleri çekildi. Postoperatif 7. veya 8. günde taburcu edildiler.

N1 N2
PO 1.gün
3.gün
7.gün CRP 9,5
18
10 6,5
6,2
4,0
PO 1.gün
3.gün
7.gün WBC 11500
9300
7500 9900
7500
6500

CRP değerleri yüksek olan hastalarda anastomoz kaçağı 5 hastada meydana geldi.
CRP değerleri normal olan hastalarda anstomoz kaçağı 6 hastada meydana geldi.
Her iki gruptaki oransal karşılaştırmada p değerleri anlamlı çıkmadı.

Sonuç:
Laparoskopik kolorektal cerrahide anastomoz kaçağı riski postperatif belirli günlerde bakılan CRP değerleri ile saptanamaz. Bu risk bir bütündür ve pek çok ölçüm ve klinik bulguların ortak irdelenmesi sonucunda belirleyici bir sonuç elde edilebilir.

P-097
Rektum Anastomoz Kaçaklarının Tedavisinde Endovak Uygulaması

Ahmet Sürek, Eyüp Gemici, Sinan Binboğa, Cemal Seyhun, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmamızda, anterior ve aşağı anterior rezeksiyon yapılan kolorektal kanserli hastalarda gelişen yaygın peritonit tablosu oluşturmayan anastomoz kaçaklarında, konservatif tedavi seçeneklerinden biri olan endovak uygulaması sonuçlarımızı vermeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Hastanemiz genel cerrahi kliniğinde Ocak 2015-Ocak 2017 tarihleri arasında kolerektal kanser nedeniyle yapılan anterior ve aşağı anterior rezeksiyon ameliyatlarından sonra gelişen anastomoz kaçaklarında, endovak uygulanan 18 hastanın dosyası retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik

verileri, yapılan ameliyatlar, endovak uygulama sayıları, hastanede yatış süreleri, yeniden operasyon gereksinimleri, mortalite ve morbiditeleri değerlendirildi.

Bulgular
Kolerektal cerrahi sonrası anastomoz kaçağı gelişen 18 hasta endovak uygulaması ile tedavi edildi. Hastaların 14'ü, 4'ü kadındı. Yaş ortalaması 63,4 idi (44-76). Hastalara ortalama 4,6 kez endovak değişimi uygulandı(1-10). Hastanede ortalama yatış süresi 28,6 gün idi (9-44). Hastaların 3'üne takiplerinde yeniden operasyon gerekti. 1 hastaya Hartman kolostomi, 1 hastaya lup ileostomi açılması ve 1 hastaya batın içi abse drenajı uygulandı. Hartman kolostomi açılan hasta takibi sırasında eks oldu. 2 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti.

Sonuç:
Kolerektal kanser cerrahisi sonrası gelişen anastomoz kaçaklarında endovak tedavisinin seçilmiş vakalarda etkin biçimde uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

P-098
Steroide Sekonder Nontravmatik Kolon Perforasyonu: Olgu Sunumu

Eyüp Gemici, Ebru Şen, Hakan Seyit, İlkay Halıcıoğlu, Mehmet Karabulut, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Halil Alış
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Nontravmatik kolon perforasyonları ender görülen bir hastalıktır. Yüksek morbidite ve mortalite ile seyreder. Çoğunlukla yaşlılarda, kronik kabızlığı olanlarda ve immun sistemi baskılayan ilaç kullanımı olan olgularda görülür. Bu yazımızda yüksek doz steroid kullanımı sonrasında ortaya çıkan çekum perforasyonu olgumuzu sunuyoruz.

Olgu:
Elli dokuz yaşında erkek hasta üç gündür olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle acil servise getirildi. Son 12 saattir şikayetlerinin artmış olduğunu belirtti. Hipertansiyon harici sistemik bir hastalığı yok. Ancak dört haftadır spondilolistezis nedeniyle günlük 250 mg prednizolon kullanmakta. Arteryel kan basıncı 100/60 mmHg, kalp tepe atımı: 102/dakika, ateşi 38,1°C. Fizik muayenede karında yaygın hassasiyet, özellikle sağ alt kadranda defans mevcuttu. Barsak sesleri azalmış olarak duyuldu. Laboratuar bulgularında lökositoz (WBC=11400/mm3), C-Reaktif Proteini (CRP= 5,52 mg/dl). Direkt karın grafisinde diafragma altında serbest hava görüldü. Kontrastlı tomografide ise karın içerisinde yaygın serbest sıvı, serbest hava ve genişlemiş ince barsak segmentleri görüldü. Hasta perforasyon ön tanısı ile ameliyata alındı. Laparotomide tüm karında yaygın safralı pürülan içerik görüldü. Çekum antimezenterik yüzde iki adet 0,5 santimetre çapında perforasyon alanı tespit edildi. Karın yıkanarak sağ hemikolektomi yapıldı. Histopatolojik incelemesinde çekumda enflamasyon ve nekroz olarak bildirildi. Ameliyat sonrası karın içi bir problemi olmayan hasta yedinci nöroşirurji kliniğine devredildi.

Sonuç:
Steroide bağlı gastrointestinal sistem organ perforasyonları nontravmatik kolon perforasyonları içerisinde önemli bir yere sahiptir. Olguların immunsuprese olması, komorbid faktörlerin eşlik etmesi ve acil başvurunun gecikmiş olması yüksek morbidite ve mortalite nedenidir. Kortikosteroidler protein sentezini inhibe ederek intestinal mukozanın tamirini engeller. Böylece yüzeyi bozulmuş segment bakteriyel kolonizasyona açık hale gelir. Ayrıca mukozal prostosiklin sentezini inhibe ederek de mukozanın lokal savunma gücünü azaltır. İnflamatuar mediatör sentezini baskılayarak yangının ortaya çıkşını geciktirir. Böylece hastaların hastaneye geç başvurması, lokal kontrolün gecikmesine neden olur. Kolon perforasyonunda tanı karın içerisinde serbest havanın görülmesi ve kontrastın lümen dışına çıkması ile konulur. Bizim olgumuzda serbest hava görülmüştü ancak kontrast verilmediği için perfroasyonun yeri hakkında net bir bilgi yoktu. İlk tedavi seçeneği olarak laparoskopik yaklaşım önerilir. Laparoskopi ile tanının doğrulanması uygun olandır. Yapılabiliyorsa laparoskopik aksi halde laparotomi ile cerrahi işlem gerçekleştirilir. Ameliyat tekniği olarak primer onarım, anastomoz, kolostomi veya Hartman prosedürü seçilebilir. Bunu belirleyen hastnın genel durumu, karın içi kontaminasyonun boyutu, perforasyonun yeri ve büyüklüğüdür. Steroid içeren tedavi protokolleriyle medikasyonu sağlanan hastalık grubu giderek genişlemektedir. Özellikle yaşlı ve mobilizasyonu kısıtlanmış olgularda yüksek doz steroid kullanımı perforasyon riskini artırmaktadır. Ciddi morbidite ve mortalite yükü nedeniyle hızlı bir şekilde tanı ve tedavinin uygulanması gerekir.

P-099
Tıkayıcı Sol Kolon Tümörlerine Yaklaşım

Berk Gökçek, Sedat Kamalı, Rıza Gürhan Işıl, Hasan Tok, Seracettin Eğin, Metin Yeşiltaş, Mehmet Can Aydın, Gülşah Birer, Hakan Güven
SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Tıkayıcı sol kolon tümörlerine yaklaşımda hastanemizin tutumunu belirlemek.

Gereç-Yöntem:
2014 – 2016 yıllarında acil ameliyat endikasyonu konulmuş tıkayıcı sol kolon tümörlü olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Hastanemizdeki branşlaşmaya bağlı olarak sadece gastrointestinal (GIS) cerrahi ile ilgilenen hekimler ile diğer hekimlerin yaklaşımları incelenmiştir. Veriler Ki kare ve Mann Whitney U testleri ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Yaş ortalaması 65,84 (23-89) olan 40 erkek 23 kadın toplam 63 olgunun kayıtları retrospektif olarak incelendi. Yapılan ameliyatlar ile tümör evresi Tablo 1 ve 2de özetlenmiştir. GIS cerrahları ve diğer hekimlerin ameliyat ettikleri hastaların yaş ve cinsiyet dağılımı, tümörün evresi,hacmi, çıkarılan toplam ve patolojik lenf nodu, ostomi açmaları, ameliyat ve yatış süreleri arasında arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu($p>0,05$).

Sonuç:
Günümüz tıp pratiğinde branşlaşmanın önemi ve gerekliliği tartışılmazdır. Bununla birlikte bir cerrahi kliniğinde branşlaşma olsa bile acil cerrahi gibi ortak alanlarda benzer yaklaşım göstermeleri önemlidir. Hastanemizde branşlaşma başarılı bir şekilde yürütülmekle birlikte tüm branş hekimlerinin katıldığı acil cerrahi nöbetlerinde kolorektal acil hastalıklardan biri olan tıkayıcı sol kolon tümörlerine müdahale edilmesi gerekmektedir. Tıkayıcı sol kolon tümörlerinde rezeksiyon sonrası koruyucu ileostominin eklenebildiği anastomoz veya end kolostomi uygulanabilir. Hastanemizde GIS cerrahisi ile yoğun uğraşan grup ile diğer branş hekimlerinin acil vakalara yaklaşımları ve ostomi tercihleri arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p>0,05). Bu hem hastaları özellikle Hartmann kolostominin kapatılması esnasındaki zorlukları önlemiş olmak hem de klinik olarak ortak davranış modeli oluşturmak açısından anlamlıdır.

Tablo1

	Evre1	Evre2	Evre3	Evre4	Koruyucu İleostomi
Hartmann Kolostomi	1	0	0	3	0
Sol Hemikolektomi	1	2	2	0	1
Anterior Rezeksiyon	0	1	0	1	0
Low Anterior Rezeksiyon	0	1	2	1	3
Subtotal kolektomi	0	0	0	0	0

GIS Cerrahları

Tablo2

	Evre1	Evre2	Evre3	Evre4	Koruyucu İleostomi
Hartmann Kolostomi	0	2	8	5	0
Sol Hemikolektomi	0	5	10	1	1
Anterior Rezeksiyon	1	2	4	1	0
Low Anterior Rezeksiyon	0	1	4	0	2
Subtotal Kolektomi	1	2	0	1	1

Diğer Hekimler

P-100
Ladd Prosedürü ile Tedavi Edilen Erişkin Midgut Non-rotasyon Anomalisi

Özgen Işık, Halil Türkan, Halit Ziya Dündar, Pınar Sarkut, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Amaç:
Rotasyon anomalileri erken çocukluk döneminde mekanik intestinal obstrüksiyonun iyi bilinen bir sebebi olsa da erişkinlerde oldukça nadirdir. Çalışmamızda aralıklı karın ağrısı ve kusma bulgularına neden olabilen bu nadir anomali ile ilgili deneyimimizi paylaştık.

Olgu:
Karın ağrısı, bulantı, kusma ve gaz- gaita çıkaramama nedeniyle başka bir merkezden inflamatuar barsak hastalığı ön tanısı ile refere edilen 29 yaşında erkek hasta mekanik intestinal obstrüksiyon ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Muayenesinde akut batın bulgusu yoktu. Çekilen abdominopelvik BT de proksimal ince barsak anslarında obstrüksiyon düşündürür bulgulara rastlandı. Hastanın 24 saat nazogastrik dekompresyon takibinde 2000ml safralı geleni olması ve pasajının açılmaması üzerine acil operasyon kararı verildi. Eksplorasyonda duodenum distalinden hepatik fleksuraya yakın çıkan kolon segmentine uzanan bir bant mevcuttu, proksimal jejunal anslar bu bant etrafında dönmüştü. Jejunal anslar detorsiyone edilip bant kesildi. Tüm ince barsak anslarının orta hattın sağında, kolon anslarının ise solunda yerleştiği saptandı. Duodenum sağ üst kadranda, kolon ortta hattın solunda olacak şekilde barsaklar karın içerisinde yerleştirildi. Profilaktik apendektomi uygulandı. Hasta postoperatif 7. günde sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç:
Rotasyon anomalileri tekrarlayan karın ağrısı ve intestinal obstrüksiyon atakları ile başvuran erişkin hastalarda akılda tutulması gereken nadir patolojilerdir. Ladd prosedürü (jejunal ansların saat yönü tersinde detorsiyone edilmesi, Ladd bantlarının kesilmesi, duodenumun sağ ve kolonun solda yerleştirilmesi, profilaktik apendektomi) bu anomalilerin tedavisinde tercih edilen cerrahi yöntemdir.

P-101
Erişkinde Midgut Volvulus, Bir Olgu Sunumu

İbrahim Ethem Cakcak[1], Eyüp Kahya[2], Uğur Kahan Öztürk[1], Serhat Oğuz[1]
[1]*Trakya Tıp Fakültesi, Edirne*
[2]*Kamu Hastaneler Birliği Edirne Devlet Hastanesi, Edirne*

Yenidoğanda göreceli olarak sık görülmesine karşın ilk klinik bulgusunu yetişkinlikte veren konjenital barsak rotasyon anomalileri oldukça nadirdir.2 Bilgisayarlı tomografi ile izlenebilecek whirlpool bulgusu midgut volvulus için patogonomoniktir.3 Erişkinde daha önceden klinik anlamlı bulgu vermemiş komplet volvulus vakası sunmaktayız.

Vaka Raporu:
Daha önceden operasyon öyküsü bulunmayan 18 yaşında bayan hasta tarafımıza 1 haftadır devam eden persistan kusma, intermittan karın ağrısı, genel durum bozukluğu ile başvurdu. Hasta son 4 gündür dış merkezde oral alım kapalı olarak izlenmiş, oral alımın kapalı olmasına karşın safralı kusmaları devam etmiş idi. Hastaya takılan nazogastrik sondadan 1900 cc safra drene edildi, istenen bilgisayarlı tomografide whirlpool bulgusu görüldü, torsiyone olmuş ansların pedikülünün içinde süperior mezenterik arter de bulunmakta idi ve mide pelvise kadar genişlemiş idi. Uygun hazırlık sonrası hasta vakaya alındığında tüm barsak anslarının süperior mezenterik arter pedikülü üzerinde döndüğü ancak nekroze veya iskemik ans bulunmadığı görüldü. Vakada hastaya LADD prosedürü uygulandı, detorsiyon sonrası çekum ve transvers kolon yerlerine fikse edildi. Appendektomi uygulanmadı. Vaka sonrası hastanın gaz-gaita çıkışının başladığı ve kusma olmaksızın oral alımı tolere ettiği görüldü. Hasta postoperatif

5. gününde 6 ay sonraya tomografi kontrolü önerilerek salah ile taburcu edildi.

Tartışma:
İnsan fetüslerinde barsaklar 4. Haftada umbilikal halkadan ortaya çıkarak abdominal kavite dışında gelişirler.4 Gebeliğin 10. haftasında ise barsaklar abdominal kaviteye geri döner ve ve Trietz ligamanı sol üst kadranda, çekum ise sağ alt kadranda kalacak şekilde saat yönünün tersine 270 derecelik bir dönüş gösterirler.3 Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde gerek peritonun fiksasyonu gerek ise mezenter bantları ile barsaklar malrotasyonu engelleyecek şekilde intraperitoneal alanda kalır. İşte bu 10. haftada gerçekleşen dönüşte ortaya çıkabilecek aksama veya duraklamalar rotasyon bozukluklarına sebep olurlar. Nonrotasyon anomalilerinde çıkan kolon ile proksimal jejunum tek bir pedikülle füzyon yapıp süperior mezenterik artere çok yakın bulunurlar.3 Midgut volvulus da dönen pedikül budur, bundan ötürü iskemi ilgili sendromun sık görünen bir komplikasyonudur. Barsakların kendi etrafında dönmesinin tabii bir sonucu olarak pasaj problemleri izlenebilir. Aynı zamanda malrotasyondan ötürü kolondan başlayan mezenterik bantlar (Ladd bantları) retroperitona kadar erişebilir ve aynı brid ileus da olduğu gibi bası etkisiyle pasajı engelleyebilir.7 Konjenital malrotasyon hastalıkları erişkinde oldukça nadir görülür. Bu hastalıklar genellikle hayatın ilk ayı içinde semptomatik hale gelirler.2 Erişkinde görülen semptomatik malrotasyonun en sık sebebi ise midgut volvulustur.3 Erişkinliğe gelebilmiş hastalar genellikle asemptomatik ilerlerler.3 Nadiren gözüken subklinik semptomlar yemek sonrası karın ağrısı, bulantı hissi gibi yüzeyel şikayetleri içerir ve çoğu zaman gastrit veya irritabl barsak sendromu ile karıştırılabilirler.2 Erişkin malrotasyon sendromları çoğu zaman peptik ülserle de ilişkilidir.3 Duodenal basıya bağlı pasaj problemlerinde ayakta direkt batın grafisinde ince barsak seviyelenmeleri görülmez. Klinik olarak şüphede kalındığında cerrah tomografik görüntüleme istemekten çekinmemelidir. Midgut volvulusta süperior mezenterik arterin etrafına sarılmış ince barsak görüntüsü patognomoniktir.3 Midgut volvulusun tedavisi cerrahidir.2 Rutin olarak hastalarda detorsiyon-LADD prosedürü uygulanır. LADD prosedüründe detorsiyon sonrası hastanın transvers kolonu ve çekumu anatomik bölgelerine fikse edilmekte, mezenterik bağlar genişletilmektedir.5 Markus von Flüe ve arkadaşlarının yaptığı toplam 40 erişkin intestinal nonrotasyon hastası içeren seride6 akut semptomatik paterndeki hastada yalnızca acil eksplorasyonun doğru tanıyı verebileceği belirtilmekte. Kronik hastalarda ise baryum grafinin önemine dikkat çekilmekte. Biz cerrahinin aciliyetinin yalnızca iskemi semptomlarıyla doğru orantılı olduğunu düşünmekteyiz. Tanılamada ve operasyon planlamada ise bilgisayarlı tomografi ile görülebilecek bulguların baryumlu grafiden daha fazla yarar sağladığı görüşündeyiz. İskemi semptomları bariz olmayan vakalarda nazogastrik sonda ile mide dilatasyonunun giderilmesi eksplorasyonu kolaylaştırmak adına yararlı olabilir, aynı zamanda bu hastalar genellikle akut dehidratasyon ve malnütrisyonla başvurdukları için ilgili sürede hastanın sıvı açığı giderilebilir ve serum elektrolit açıkları replase edilebilir, böylece operasyon bağımlı ve hasta bağımlı riskler azaltılabilir. Ancak iskemi düşünülen hastada eksplorasyon için beklenmemelidir. Serum laktat düzeyleri hastalığın genel gidişatı hakkında fikir verici olabilir.

Sonuç:
Malrotasyon sendromuyla erişkinliğe ulaşabilmiş hastalar nadiren klinik semptom verirler. Proksimal pasaj tıkanıklığıyla başvurmuş genç hastada pilor stenozu, tümör gibi sebeplerin dışında malrotasyon sendromu ihtimali de gözden kaçırılmamalıdır. Oral+IV kontrastlı tüm batın tomografide izlenen whirlpool bulgusu midgut volvulus için patognomoniktir.3
18 yaşında daha önceden operasyon öyküsü bulunmayan bayan hasta tarafımıza kusma şikayeti ile başvurmuş, çekilen tomografi midgut volvulus ile uyumlu bulunmuş, tarafımızca detorsiyon-LADD prosedürü uygulanmış ve salah ile taburcu edilmiştir.

1-Trakya Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D.
2-Shwartz Cerrahinin ilkeleri Onuncu Baskı
3- MidgutVolvulus:A Rare CauseofAcute Abdomen in an Adult Patient - StevenM.Bernstein andPaulD.Russ
4- Langman Embriyoloji 11. Baskı
5-Robert Elman
6- Acute and chronic presentation of intestinal nonrotation in adults – Von Flüe
7-T.Clark Gamblin- Adult malrotation: a case report and review of the literature

P-102
Brid İleusa Bağlı Sol Kolon Obstrüksiyonunun Eşlik Ettiği Palpable Kitlesi Olmayan Sağ Kolon Tümörü

Kemal Beksaç, Mehmet Akif Üstüner, Bahadır Çetin
Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Onkolojik kolon kanseri için acil cerrahi, günlük uygulamada zorlayıcı bir durumdur ve kötü prognoza sahiptir. Çoğunlukla bu vakalar, ameliyatın başarılı olmamasından kaynaklanan sorunlardan ziyade sıklıkla ileri hastalık olarak ortaya çıkmaktadır.Bu çalışmamızda sol kolonda brid ileusa bağlı obstriksiyonla başvuran sağ kolon tümörlü olgumuzu sunduk.

Olgu:
70 yaşında erkek hasta splenik fleksurada obstrüksiyona bağlı gelişen çekum perforasyonu ile başvuruyor. Cerrahi eksplorasyon sırasında mezokolonda kalsifiye lenf nodları saptandı. Onkolojik cerrahi prensiplerine uygun olarak sağ hemikolektomi uygulandı. Patoloji sonucu çekumda 1 cm tümör ve 3 adet metastatik lenf nodu saptandı (pT3N1Mx). Hasta sorunsuz taburcu olduktan sonra 2 hafta sonra pulmoner emboli gelişti ve tedavi edildi. Ancak bu sebeple kemoterapinin ertelenmesi gerekti. Hasta şu anda hayatta olmakla beraber karaciğerinde ve akciğerinde metastatik nodülleri mevcut

Sonuç:
Sağ kolon perforasyonlarının en sık sebebi distal obstrüksiyon olmakla birllikte eşlik eden başka patolojilerde bulunabilir. Mezokolonda palpe edilen kalsifiye lenf nodları iyi bir kanser göstergesi olabilir. Eğer kanserden şüpheleniliyorsa onkolojik

cerrahi prensiplerine uygun olarak daha geniş bir eksizyon yapmak daha faydalı olacaktır. Hasta her zaman ikinci bir ameliyat için uygun durumda olabilir

P-103
Stomal Mukokutanöz Ayrışmalı Olgunun Gümüş Bazlı Negatif Basınçlı Yara Kapama Sistemi ile Yönetimi

Saygın Altıner[1], Sezai Leventoğlu[1], Abdulkadir Bülent Aytaç[1], Hülya Acarlar[2], Aysel Ören Hin[2], Zehra Kara[3]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Stomaterapi Ünitesi, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Amaç:
Negatif basınçlı yara kapama sistemi (VAC) 1990 lardan itibaren yumuşak doku defektlerşinde, yanık yaralarında kullanılırken abdominal yara ayrılmalarında Stomal komplikasyon insidansı %14-79 olarak bildirilmiş (Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. Colorectal Dis 2010; 12:958. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, et al. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. Colorectal Dis 2010; 12:971). Stomadan kaynaklanan komplikasyonlar sık görülür. En yaygın görülen stoma komplikasyonları arasında peristomal deri ayrılması problemleri bulunmaktadır. Cerrahi teknik ve deneyim, stomanın planlı ya da acil açılması, hastanın yaşı, obesite, diyabet gibi sağlık sorunları ve bireyin kendi bakımını yapabilme yeteneği gibi durumlar komplikasyonların tipini ve görülme sıklığını etkiler (Colwell J. Stomal and peristomal complications. In: Fecal and Urinary Diversions: Management Principles, Colwell, J, Goldberg, M, Carmel, J (Eds), Mosby, St. Loius 2004. p.308). Bu olguda acil cerrahi sonrası kolostomide ortaya çıkan mukokutanöz ayrılmanın negatif basınçlı yara kapama sistemi (VAC) ile yönetilmesi paylaşılaşacaktır.

Olgu:
38 yaşında kadın hasta rektum kanseri nedeni ile aşağı anterior rezeksiyon ve saptırıcı ileostomi yapılan hastaya ileostomi kapatılmasını takiben intestinal obstruksiyon nedeniyle acil şartlarda transvers kolostomi açıldı. Kolostomi açılmasından 4 gün sonra stoma kenarında çepeçevre mukokutanöz ayrılma meydana geldi. Yara yeri yönetimi için VAC planlandı. Stoma saat 3-9 arasında aşağı kısmında retrakte fasyaya yapışıktı. Buraya 5/0 prolen dikiş ile penröz dren suture edilerek stomanın alt kenarı yapay olarak oluşturuldu ve yükseltildi. Stomanın etrafına fasya ile deri arasını dolduracak şekilde VAC süngerleri yerleştirildi. Stoma ağına biberon emziği yerleştirilerek yara koruyucu şeffaf örtüler yerleştirildi. Negatif basınç uygulandı. Bu işlem 7 gün ara ile 4 sefer uygulandı. Yara derinliğinin azalması üzerine stoma kenarları tazelenerek deri altına hemovak dren yerleştirildi, stoma deriye ağızlaştırıldı. Uygulama sonrası 10. günde dikişler alındı. Hasta stoma sorunu olmadan kolostomi kapatılması için bekleme listesine alınarak taburcu edildi.

Sonuç:
Peristomal deri komplikasyonları ve eşlik eden semptomlar stomal içeriğin drenajında sıkıntılara ve de hastanın morbiditesini ve de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Burada mukokutanöz stomal ayrışma ve retrakte olan zor bir kolostomi vakasının VAC ile yönetilmesinin uygun vakalarda seçenek olabileceği düşünülmüştür. VAC hem yara kontrolünün ele alınmasını hem de stomal içeriğin yaraya bulaşını engellemekte, iyileşme sürecini hızlandırmaktadır. tedavinin uzamasına, bakımın maliyetinin artmasına ve iş gücü kaybına neden olur. Bütün bu sonuçlar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilir. Bu olgu yaygın kullanılan stomanın en çok karşılaşılan komplikasyonu olan peristomal deri probleminin tedavisinde yeni ve etkili bir yöntem olması açısından önemlidir.

P-104
Akut Apandisiti Taklit Eden Apendix Divertikülit Perforasyonu Olgusu

Semra Doğan, Hatim Yahya Uslu, Salih Erpulat Öziş, Sezai Demirbaş, Devrim Kahraman, İbrahim Tanzer Sancak
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara

Amaç:
Kolorektal acillerde karşımıza çıkabilecek olan ve akut apandisiti taklit eden nadir bir durum olan apendisyal divertikülit perforasyonu olgusunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu:
40 yaşında erkek hasta. Bir gece önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde Karın sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu.
Yapılan tetkiklerinde:
Lökosit: 9850/uL (Normal) olduğu görüldü. Diğer biyokimya tetkiklerinde de bir anormallik saptanmadı. Tüm abdomen Ultasonografi: Sağda çekum arka bölümünde, 70x30 mm boyutlara ulaşan düşük ekolu kolleksiyon alanı izlenmektedir. Bu aşamada appendiks vermiformis ayrık yapı olarak izlenmemiştir. Bu alan içinde ve perfore olduğu düşünülmüştür.

Bu bulgularla Akut perfore apandisit olarak değerlendirilen hastaya Laparoskopik Apendektomi yapıldı. Hasta postoperatif 2. günde herhangi bir problem gelişmeden taburcu edildi. Hastanın Patoloji sonucu; Perforasyon gösteren divertikülitis, Apendiks vermiformis olarak geldi.

Sonuç:
Appendikste divertiküler hastalık oldukça nadir bir durumdur. İnsidansı %0.004-%2.1 arasında saptanmıştır. Genellikle 40-50 yaşlarında görülür. Akut apendisiti taklit eden, nadir görülen bir durum olan apendisyal divertikülitis yüksek oranda perforasyon ve komplikasyon riski taşır. Bizim olgumuzda da hasta perforasyon tablosuyla acile başvurmuştur. Preoperatif tanı koymak güçtür. Erken cerrahi müdahale tedavide ve komplikasyonların önlenmesinde önemlidir.

P-105
Sigmoid Kolonda Obstrüksiyona Yol Açan İntestinal Endometriozis Olgusu

Halis Bağ, Haldun Kar, Evren Durak, Necat Cin, Hüdai Genç
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Endometriozis, endometrial gland ve stromanın uterus dışında bir dokuda bulunmasıdır. İntestinal endometriozise bağlı ileus çok nadir görülür ve kolon kanserini taklit edebilir. Bu sunumda, ileus nedeniyle opere edilen ve postoperatif histopatolojik tanısında sigmoidal endometriozis olduğu saptanan 44 yaşında kadın hasta tartışılmıştır.

Olgu:
Bulantı-kusma, karında şişkinlik ve büyük abdest yapamama şikayeti ile acil servise başvuran hastanın muayenesinde batında yaygın distansiyon saptandı. ADBG de hava sıvı seviyeleri mevcuttu. Batın tomografisinde sigmoid kolon distalde ani olarak daralmakta ve bu düzeyde komşu mezenter yağlı dokuda uterus fundusa doğru uzanan yaklaşık 2,5-3 cm boyutlu düzensiz konturlu yumuşak doku dansitesi dikkati çekmekteydi. Hastanın özgeçmişinde endometriozis nedeniyle sol ooferektomi geçirdiği ve ayrıca 2 kez sol nefrolitiazis nedeniyle opere olduğu öğrenildi. İleus tanısıyla acil operasyona alındı. Eksplorasyonda sigmoid kolon distalini, sol tuba, uterus ve sağ overi de içine alan ileri derecede fibrotik yapışıklık saptandı. Hastaya morbid obezite nedeniyle uç kolostomi yapılarak işlem sonlandırıldı. Hastanın postoperatif kolonoskopisinde intraluminal lezyon izlenmedi. Kolostomi kapatılması programına alındı. Kolostomi kapatılması esnasında sigmoid kolon ile sol tuba, sağ over ve uterus arasındaki yapışıklıklar ayrıştırıldı. Sigmoid kolon mezosunu tutan ve bir alanda kolon serozasına ilerleyen kitlesel lezyon izlendi. Segmenter kolon rezeksiyonu uygulandı. Piyes frozene gönderildi. Sonuç endometriozis ile uyumlu olarak geldi. Hastaya uçuca anastomoz uygulandı. Postop 15. gün sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç:
Endometriozis öyküsü olan hastalarda endometriozise bağlı kolonik obstruksiyon gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır. Etkilenmiş barsak segmentinin rezeksiyonu ve anostomoz en iyi tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir. Tanı, tedavi ve takipte cerrahlar ve jinekologların ortak çalışmaları gerekmektedir.

P-106
Anal İntraepitelyal Neoplazinin Eşlik Ettiği Rektal Yabancı Cisim: Olgu Sunumu

Mehmet Akif Üstüner, Sevim Turanlı
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Rektal yabancı cisimler genellikle orta yaşlı erkeklerde cinsel uyarıcı olarak kullanılmaktadır.Literatürde ampul,çay bardağı, patlıcan,salatalık,havuç, çeşitli boyda şişeler,termometre,deney tüpleri gibi çok farklı nesnelerin kullanıldığı bildirilmiştir. Biz çalışmamızda saç spreyi kullanan orta yaşlı bir hastamızı sunduk

Olgu:
46 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı ve rektal kanama şikayetleriyle başvurdu.Hastanın fizik muayenesinde alt kadranlarda hassasiyet mevcuttu,rektal tuşesi normaldi. Hastaya ayakta direkt batın grafisi çekildi.Hastanın rektumunda gözlenen yabancı cisim rektal tuşeyle çıkartılmaya çalışıldı ancak cisme ulaşılamadı.Hasta ameliyathaneye alınıp yabancı cisim genel anestezi altında,anaskop yardımıyla litotomi pozisyonunda çıkartıldı.Anaskopla bakı sırasında anal kanalda görülen atipik erode alanlardan biyopsi alındı.Biyopsi sonucu HPV ve p16 ile boyanan,Kİ67 ile tam kata yakın proliferatif displazi alanların izlendiği Anal Skuamöz İntraepitelyal Neoplazi-grade 3 olarak raporlandı.Hastaya daha sonra rektal geniş mukozal rezeksiyon yapıldı.Hasta sorunsuz şekilde takip edilmektedir.

Sonuç:
Rektal yabancı cisimler boyutları ve özellikleri göz önünde bulundurularak rektal tuşeyle anestezi eşiliğnde yada anestezisiz çıkartılabilir.Rektal tuşenin başarısız olduğu durumlarda laserasyon, perferasyon ve tıkanıklığı önlemek amacıyla laparatomi gerekebilir.Bu tip hasta grubunda ayrıca anal ilişki durumu sorgulanmalı ve bu bölgenin olası şüpheli lezyonları göz önünde bulundurularak incelenmeli,geregirse biyopsi alınmalıdır

P-107
Oksiyura Bağlı İntestinal Obstruksiyon, Olgu Sunumu

Muzaffer Muazzez Cangül, Aydın Öztürk, Sinan Önder,
Ömer Faruk Özkan, Muammer Karaayvaz,
Mehmet Yılmaz Akgün, Şükrü Taş
Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Enterobius Vermikularis, insanlarda en çok enfeksiyona neden olan nematoddur. En çok intestinal sistemi etkiler ve genellikle asemptomatik olarak seyreder. Bu yazıda kliniğimize yatan 19 yaşında bir bayan hastada ileus tablosuna yol açan enterobiyus vermikularis enfeksiyonundan bahsedeceğiz.

Olgu:
19 yaşında bayan hasta, acil servise karın ağrısı, gaz ve gaita çıkaramama şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde epilepsi nedeniyle antiepileptik ilaç kullanımı öyküsü mevcuttu, soygeçmişinde özellik saptanmadı, alkol ve sigara kullanımı mevcut değildi. Fizik muayenede batında tüm kadranlarda olmak üzere hassasiyeti mevcuttu, defans ve rebound saptanmadı. Organomegali saptanmadı, Rektal tuşede rektum boştu. Laboratuarda beyaz küre: 19400, Hb:11.8, HCT:35.4, PLT:196000, biyokimya değerleri normal sınırlardaydı, Tam idrar tetkiki normaldi. Çekilen PA akciğer grafisi normadi, Ayakta direk batın grafisinde ve Batın ultrasonografisinde çekumda daha belirgin gaz görünümü mevcuttu. Kontrastlı tüm batın tomografisinde Sigmoid kolonda belirgin gaz distansiyonu ve rektumda konsantrik tarzda duvar kalınlık artışı izlendi.(rektit?) Hasta

ileri tetkik ve tedavi amacıyla genel cerrahi servisine yatırıldı. Oral alımı kesidli, parenteral antibiyotik ve sıvı tedavisi başlandı. Hasta günlük ayakta direk batın grafileri ile takip edildi. Yatışının 5. gününde gaz ve gaita çıkışı olan hastaya mevcut tabloyu açıklamak amacıyla kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide barsak içerisinde çok miktarda hareketli parazit görüldü. Alınan kolon biopsileri sonucu kronik nonspesifik inflamasyon olarak raporlandı. Hastaya enetrobius vermikularis eradikasyonu amacıyla pirantel pomoat reçete edildi ve kontrole gelmek üzere taburcu edildi.TARTIŞMA İnsanları enfekte eden 342 helmint türünden medikal öneme sahip olanlar ascaris lumbricoides, Ancylostoma duodonale ve Necator amiricanus, Trichuris trichiura, Strongyloides stercoralis ve Enterobius vermicularis tir. (1) 50 yılı aşkın bir süredir artmakta olan dünya nüfusunun %50'den fazlası Gastrointesitinal nematodlar tarafından enfekte edildi. (2) Genellikle gelişmekte olan ülkelerde, düşük sosyo kültürel seviye, kötü hijyen koşulları enfeksiyonlar için önemli risk faktörleri arasındadır. (3) Enterobius vermicularis, özellikle çocukları enfekte eden ve tüm dünyada en geniş coğrafi dağılıma sahip helminttir ve İngiltere'de en yaygın görülen nematod enfeksiyonudur. (4, 5) Tek konak insanlardır ve dünyada yaklaşık 209 milyon insanın parazitle enfekte olduğu ve düşünülmektedir. (6) Enterobius vermicularis erkekleri 2-5 mm, dişileri 8-13 mm boyutlarındadır. Genellikle kolonda ve özellikle çekumda yaşar ve erişkin dişiler geceleri perineye inerek yaklaşık 15000 yumurta bırakırlar. Yumurtalar fekal oral yolla konağı ve yeni konakları enfekte ederler. Aynı evi paylaşan kişiler de yumurtalar ile enfekte olurlar. Fekal oral yolla alınan yumurtalar duodenuma gelir ev larvalar maturasyonunu tamaladıktan sonra kolona yerleşirler. Hastalık perianal, perineal ve vajinal irritasyon bulgularıyla kendini gösterir.(7)çoğu hasta mevcut şikayetlerine deniyleuyku problemi çeker ve ciddi hastalık üriner enfeksiyonlar, vajinal akıntı ve apandisit gibi klinik tablolarla ortaya çıkabilir. (8) Genital kaşıntı ve geceleri huzursuzluk şikayeti olan çocuklarda enfeksiyondan şüphe edilebilir, direkt parazit görülebileceği gibi, mikroskop altında yumurtaların görülmesi ile tanı konulabilir. Fakat parazitle enfekte olan hastaların sadece %5'nin dışkısında parazit yumurtası mevcuttur. Selofan bant testi tanıyı koymayı oldukça kolaylaştırıcı bir tanı yöntemidir. (9, 10) Test, bir çeşit yapışkan bandın perianal bölgeye yapıştırılmasının ardından direkt mikroskop altında yumurtaların görülmesi esasına dayanır. Tanı koymak için birkaç kez tekrarlanabilinir.

P-108
Amyand Herni, Olgu Sunumu

Muzaffer Muazzez Cangül, Aydın Öztürk, Sinan Önder, Ömer Faruk Özkan, Muammer Karaayvaz, Mehmet Yılmaz Akgün, Şükrü Taş
Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amyand herni, apendiksin inguinal herni kesesi içinde bulunması olarak adlandırılmakta olup ilk kez Claudius Amyand tarafından 1735 tarihinde tariflenmiştir. İnguinal herni kesesinde normal bir apendiks varlığı yaygın değildir ve tüm eksternal hernilerin % 1'ni oluşturur. Biz bu olguda Amyand herni olarak adlandırılan ve nadir görülen, inguinal herni kesesi içinde apendiks vermiformisin gözlendiği olguyu literatürler eşliğinde değerlendirdik.

Olgu:
27 yaşında erkek hasta sağ kasığında 3 yıldır mevcut olan şişlik ve son 1 yıldır artan ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ inguinal bölgede redükte inguinal hernisi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Özgeçmişinde geçirilmiş operasyonu ve sistemik hastalığı yoktu. Labaratuar değerlendirmesinde beyaz küre sayısı: 6.4 K/Ul, biyokimyasal parametreleri normal değerlerdeydi. Hastaya elektif şartlarda sağ inguinal herni onarımı operasyonu planlandı. Ameliyatta sağ inguinal insizyonla eksplorasyon yapıldı. Spermatik kordun anteromedialinde indirekt herni kesesi gözlendi. Herni kesesi açıldığında herni kesesi içinde normal görünümde apendiks vermiformis gözlendi. Öncelikle appendektomi yapıldı. İnguinal herni prolen mesh kullanılarak Lichtenstein yöntemi ile tamir edildi. Postoperatif takiplerinde sıkıntı gelişmeyen hasta poliklinik kontolüne gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma:
Fıtık, batın içi herhangi bir organın ilerlemesi sonucu meydana gelmiş olan batın duvarı defekti olarak tanımlanır. Genelde kasık bölgesinde oluşmakta ve ağırlıklı olarak omentum ve ince barsak yer almaktadır. Nadir olarak mesane, meckel divertikülü (Litre fıtığı), barsak çevresinin bir bölümü (Richter fıtığı) de fıtık kesesi içerisinde yer alabilmektedir (1). Amyand fıtığı ise fıtık kesesi içerisinde apendiks varlığı olarak tanımlanmıştır. Appendiks inflame ya da perfore halde bulunabildiği gibi normal bir halde ve redükte edilemeyen bir kasık fıtığı klinik tablosu ile de gelebilmektedir (1,3). Preoperatif dönemde Amyand fıtığı tanısı koymak oldukça güçtür. Bilgisayarlı tomografi tanı koymada yardımcı teknik olarak kullanılabilir. Bizim olgumuzda da tanı peroperatif olarak konuldu. Ayırıcı tanıda hemorajik testis tümörleri, testis torsiyonu, akut hidrosel, inguinal adenit, fokal pannukülit ve epididimit gibi patolojiler düşünülmelidir (2,4). Genel olarak enfekte alanlarda mesh kullanılmaması gerektiği kabul edilir. Çünkü prostetik materyal inflamatuar tepkiyi arttırarabilir bu da yara yeri enfeksiyonunda artışa yol açar(5, 6). Biz de apendiks inflame görünümde olmadığından dolayı operasyonda Lichtenstein tipi gerilimsiz herni onarımı tekniğini kullandık. Sonuç olarak, inguinal herni tanısı ile opere edilecek özellikle ileri yaş grubundaki bir hastada "Amyand fıtığı" tanısı ile nadir de olsa karşılaşabilineceği bilinmeli ve her genel cerrahi uzmanı bu mevcut tanının tedavisi ve takibi konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır.

Kaynaklar:
1. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. Singapore Med J 2005;46:424-5.2
2. Öztürk E, Garip G, Yılmazlar T. Amyand herni. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2004;30:225-6.
3. Luch JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: Prospective CT diagnosis. J Comput Assist Tomogr 2000;24:884-6.
4. House MG, Goldin SB, Chen H. Perforated Amyand's hernia. South Med J 2001;94:496-8.
5. Jawaid M, Rahman NUR, Manzar S (2006) Amyand's hernia: appendix within an inguinal hernia. Pak J Surg 22:181-5.
6. Logan MT, Nottingham JM (2001) Amyand's hernia: a

case report of an incarcerated and perforated appendix with an inguinal hernia and review of the literature. Am Surg 67(7):628–9.

P-111
84 Yaşında, Endoskopik Klip ile Aşırı Müdahale Edilmiş Bir Rektal Kanama Olgusu

Aybala Ağaç, Saadet Akturan, Hüseyin Göbüt, Alp Yıldız, Ahmet Alyanak, Gülten Kıyak
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç:
Hangi sebebe bağlı olduğundan bağımsız olarak masif rektal kanamalar Genel Cerrahi›nin en önemli acillerinden kabul edilmektedir. Özellikle erken tanı ve tedavi şansı bulamayan olgularda morbidite ve mortalite oranları oldukça yüksek bulunmaktadır. Burada sunulan vaka ışığında özellikle yaşlı hastalarda rektal kanamalara olan yaklaşım irdelendi.

Olgu:
84 yaşında kadın hasta gastroenteroloji servisinden tarafımıza konsulte edildi. Genel durumu kötü, hipotansif ve taşikardik idi. Öyküsünden, 3 gün önce rektal kanama sebebiyle acil servise getirildiği, gastroenteroloji tarafından endoskopik müdahale amacıyla yatırıldığı anlaşıldı. 3 gündür anjiodisplazi zemininde kanaması ara ara devam eden hastaya aralıklı olarak endoskopik müdahale yapıldığı ancak kontrol edilemediği öğrenildi. Genel cerrahiye danışıldığı anda Hemoglobin: 6mg/dl olan hastanın rektal muayenede rektum girişten itibaren yaklaşık 5.cm de ele gelen, endoskopik kliplerden oluşmuş bir yapı mevcuttu. Hastanın genel durumu kötü olduğundan ameliyathane şartlarında rektoskopi yapıldı. Rektoskopik muayenede rektum 5.cm de aktif kanamalı zeminde yerleşmiş, bir kısmı mukozayı, çoğunluğu ise birbirini tutmakta olan,birlikte toplam çapı 4cm yi bularak rektumu daraltan, yaklaşık 50-60 adet klip izlendi. Kliplerin büyük çoğunluğu çıkartıldı ancak mukozaya sıkı sıkı tutunarak 3 günlük süre zarfında epitelize olmuş klipler yerinde bırakıldı(Resim-1). Aktif kanamalı zemine 3.0 vikrille çift kat continue sütür atılarak kanama kontrol edildi. Sızıntı tarzında devam eden kanamanın kontrolü amacıyla alana 1 adet okside rejenere selüloz içeren hemostat (Surgicel Snow®, Ethicon, US) konuldu(Resim-2). Cerrahi yoğun bakıma alınan hasta 5 gün sonra servise alınarak postoperatif 7.günde taburcu edildi.

Sonuç:
Kolorektal aciller söz konusu olduğunda büyük yer tutan rektal kanamalar, ancak erken tanı ve müdahale ile optimal tedavi edilebilmektedir. Tedavide multidisipliner yaklaşım esastır. Özellikle Gastroenteroloji-Genel Cerrahi branşları arasında oluşturulacak efektif bir iletişim ile hastaya optimal tedavi sağlanabilmektedir. Bölümler arasında konsultasyon sürecinde yaşanabilecek bir gecikme veya tek bir tedavi metodunda ısrar edilmesi, hastada mortalite ve ciddi morbidite sorunlarına sebep olabilmektedir. Sunulan vaka ışığında kolorektal acillerde özellikle dikkat edilmesi gereken multidisipliner yaklaşımın önemi vurgulanmak istenmiştir.

P-112
İnce Barsak Acil Cerrahisinde Hangisi Daha Güvenli?: İleostomi- Anastomoz-Primer Onarım

Orhan Üreyen, Enver İlhan, Murat Uz, Emrah Dadalı, Uğur Gökçelli, Hüseyin Fenercioğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
İncebarsak perforasyonları hem hastalar hemde cerrahlar için dünya çapındaki önemli cerrahi sorunlardan birisidir. Cerrahi teknikteki ilerlemeye rağmen günümüzde halen morbidite ve mortalitesi oldukça yüksek seyretmektedir. Tedavi seçiminde farklı cerrahi prosedürler uygulanabilmektedir. Ancak henüz kesinleşmiş bir seçenek yoktur.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Ocak 2012- Aralık 2016 tarihleri arasında acil servise başvuran ve ince barsak patolojisine bağlı ameliyat edilen olgular dahil edildi. Olgular yapılan cerrahi tipine göre ince barsak anastomozu yapılan (Grup I), ileostomi açılan (Grup II) ve primer tamir yapılan (Grup III) olarak gruplandırıldı. Gruplar yaş, cinsiyet, hastanede kalış süresi, ASA skoru, morbidite, mortalite, re-operasyon, anastomoz kaçağı yönünden irdelendi.

Bulgular:
Toplam 107 olgu çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 63,2(aralık 18-89)idi. Bu hastaların 61((%57)'i erkek, 46(%43)'sı kadın idi. Otuzyedi (%35)olguda mortalite görüldü. Olguların 53(%49)'üne anastomoz, 31(%28)'ine ileostomi ve 23(%22)'üne primer onarım yapılmıştı. Anastomoz yapılanların yaş ortalaması 61.9, ileostomi yapılanların 70.3 ve primer onarım uygulanan olguların ise 56,4' idi. Erkek/kadın oranına bakıldığında yine anastomoz, ileostomi ve primer onarım grubunda sırasıyla 29/25, 17/14 ve 16/7 idi. Acil cerrahi etyolojisine göre bakıldığında Grup I'de %19, Grup II'de %26, Grup III'te ise tüm olgularda ince barsak perforasyonu mevcuttu. Grup I,II ve III'te mortalite oranları sırasıyla; %23, %52 ve %39 idi, Hastane kalış süreleri karşılaştırıldığında yine sırasıyla; 11.4, 24.8, ve 8.9 gün idi. Farklı komplikasyonlar nedeniyle re-operasyon oranları ise Grup I, II ve III te sırasıyla bakıldığında %17, %23 ve %17 idi.

Sonuç:
İleostomi açılan olgularda mortalitenin daha yüksek seyrettiği görülmektedir. Yine yatış süreleri karşılaştırıldığında da ileostomi grubunda yatış süresinin daha uzun olduğu ve bu grupta her ne kadar anastomoz kaçağı riski olmasa da perforasyon, kanama, ileus ve ileostomi komplikasyonlarına bağlı re-operasyon daha fazla görüldü. Çalışmamız sonucunda acil ince barsak cerrahisinde mortalitenin halen oldukça yüksek olduğunu gördük. Bu olgularda ileostomi kurtarıcı olarak düşünülmemelidir.

P-113
Ameliyat Süresi ve Ostomi Açılma Zaman Diliminin Ostomi Komplikasyonları Üzerine Etkisi

Enver İlhan[1], Orhan Üreyen[1], Semra Bağrıaçık Altıntaş[2], Gökalp Okut[1], Savaş Yakan[1], Murat Karataş[1], Mehmet Yıldırım[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, İzmir

Amaç:
Yapılan ameliyatın total süresinin ve ameliyat saatinin ameliyat sonrası komplikasyon gelişimini etkilediği bildirilmektedir. Bu çalışma bu nedenle kliniğimizde 2015 yılından beri yapılan ostomi ameliyatlarının sürelerinin ve açılma saatlerinin, postoperatif dönemde gelişen ostomi komplikasyonları üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Ocak 2015—Aralık 2016 tarihleri arasında acil veya elektif nedenlerle stoma açılan hastaların postoperatif dönemde gelişen ostomi komplikasyonları ve nedenleri retrospekif olarak değerlendirildi. Hastaların ameliyat saatleri; 07.30-15.29 (gündüz), 15.30-23.29 (akşam) ve 23.30- 07.29 (gece) zaman dilimlerine göre üç sınıfa ayrıldı. Ameliyat süreleri ise <120 dakikadan az ve >120 dakikadan fazla olmak üzere ikiye ayrıldı.

Bulgular:
Çalışmaya 112 hasta dahil edildi. Hastaların %55 (n:62)'i kadın, % 45 (n:50)'i erkek idi. Ortalama yaş 62.3±0.7 yıl olarak belirlendi. Bu hastaların % 68 (n:76) 'inde ostomi komplikasyonları geliştiği görüldü. Komplikasyon tiplerine bakıldığında hastaların % 64 (n:77) 'ünde iritan dermatit, %10 (n:12)'unda prolapsus, %25(n:28)'inde tıkanma, %5(n:6)'inde retraksiyon geliştiği belirlendi. Komplikasyon gelişen hastaların ameliyat sürelerine ve uygulanma zamanına bakıldığında ise total ameliyat süreleri ortalama 140 dakika idi. Komplikasyon gelişen 76 olgunun 45 (%59,2)'sinde ameliyatın gece 23.00-07.00 arasında olduğu tespit edildi. Ameliyat süresinin ve saatlerinin komplikasyonlarla bağlantılarına bakıldığında ise aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlendi. ($p<0.05$).

Sonuç:
Kliniğimizde uygulanan acil veya elektif şartlarda açılan stomalarda komplikasyon gelişme oranları literatüre göre benzerlik göstermektedir. Gelişen komplikasyonlara bakıldığında ise total ameliyat süresinin uzamasının ve ameliyat zamanının gece saatlerinde olmasının komplikasyon gelişimini arttırdığı belirlenmiştir. Gece yapılan ameliyatlar sonrası komplikasyon gelişme oranlarının artmasının nedenlerinin doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin yorgunluğu, gece vardiyasındaki personel sayısı eksikliği ve hastaya ve hastalığa bağlı faktörlerle tedavinin gecikmesi gibi nedenlere bağlı olabileceği bildirilmektedir. Tüm bu risklerin iyi tanımlanması ve komplikasyon oranlarının azaltılmasının stomalı hastaların ameliyat sonrası dönemde sorun yaşamamaları açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

P-114
Kolorektal Acil, Obstrüksiyon

İlker Sücüllü, Yavuz Özdemir, Mehmet Çuhadar, Ahmet Ziya Balta, Ergün Yücel, Ali İlker Filiz, Bülent Güleç
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

Amaç:
Obstrüksiyon ile başvuran kolorektal kanserlerin postoperatif mortalite ve morbidite oranları kötüdür.Ancak literatürde son yıllarda çelişkili bilgiler mevcuttur. Bu çalışmada elektif ameliyat edilen ve tıkanma ile başvuran kolorektal kanserli hastalardaki postoperatif komplikasyon oranları ve kısa ve uzun dönem onkolojik sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
2004-2013 yılları arasında çalışma kriterlerine uygun 252 hasta çalışmaya dahil edildi. Acil ameliyata alınan obstrükte kanser ve elektif olgular demografik veriler, tümör özellikleri ve kısa ve uzun dönem tedavi sonuçları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:
Her iki grup yaş, cinsiyet ve komorbidite açısından benzerdi. Obstrükte grupta end kolostomi ihtiyacı ve ileri yaş eğilimi istatiksel olarak anlamlıydı. Ameliyat sonrası dönemdeki mortalite ve morbidite oranları elektif olgular ile karşılaştırıldığında daha kötüydü.

Sonuç:
Kolorektal kanserlerin dörte birinden fazlası tıkanma ile başvurmaktadır. Bu hastalar daha yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahiptir. Obstrükte kanserler daha çok ileri yaşta karşımıza çıkar. Olgularda rezeksiyon ve primer anastomoz çoğu olduda güvenlidir.

P-115
Kompleks Abdominopelvik Cerrahi Sonrası Stoma ve Stoma Çevresinde Gelişen Komplikasyonların Tedavisinde Vakum Yardımlı Kapama Sisteminin Rolü

Afag Aghayeva, Ebru Kırbıyık, Erman Aytaç, Şehri Demir, İlknur Erenler, Bilgi Baca
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmada kompleks abdominopelvik cerrahi sonrası stoma ve peristomal bölgede gelişen komplikasyonlarının tedavisinde vakum yardımlı kapama (VYK) sisteminin rolü değerlendirildi.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında tek anabilim dalına ait iki merkezde majör abdominopelvik cerrahi sonrası gelişen stoma ve stoma çevresi yaralara VYK ile tedavi uygulanan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, stoma özellikleri, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili takip verileri değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların 6'sı kadın, 2'si erkek, ortalama yaş 48 ± 20 yıl ve vücut kitle indeksi 23 ± 7 kg/m2 idi. Primer hastalıklar

komplike fistülizan Crohn Hastalığı (n=3), peritoneal kanser metastazı (n=3, kolon ve over kaynaklı), metastatik rektum kanseri (n=1), gastrointestinal kanama ve majör yanık (n=1) idi. VYK öncesi yapılan ameliyatlar, lup ileostomi açılması (n=4) [subtotal gastrektomi sonrası gelişen duodenal fistül nedeniyle (n=1), anastomoz kaçağı (n=2) (sitoredüktif cerrahi ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi sonrası stoması kapatıldıktan sonra anastomoz kaçağı gelişen hastalar) ve Crohn Hastalığı nedeniyle sağ hemikolektomi ve peristomal herni tamiri (n=1)], kolon ve perianal Crohn tutulumu nedeniyle proktokolektomi ve uç ileostomi (n=2), nüks rektum tümörü nedeniyle abdominoperineal rezeksiyon (n=1) idi. VYK sonrası ameliyatlar arasında total proktokolektomi ile birlikte uç ileostomi (n=1), duodenoenterostomi ile birlikte stoma kapatılması (n=1) ve stoma distal uçtan kaçak (n=1) nedeniyle revizyonu yapılması mevcuttu. Kolostomi nekrozu gelişen hastaya (n=1) stoma revizyonu ve eşzamanlı VYK uygulandı. Cerrahi girişim gerektirmeyen dört hasta VYK sitemi ve yara bakım ürünleri ile takip edildi. Ortalama VYK uygulama süresi 7,38± 10,33 (aralık 1 hafta-32 hafta) idi. Tek bir vaka başına uygulan VYK tedavi sayısı ortalama 13,88± 20,86 idi (aralık: 2 - 64). VYK sisteminin kısa uygulandığı vakalarda (n=2), cerrahi ile kombine tedavi protokolü seçilmiştir. Duedonal fistül yönetiminde en uzun uygulama (n=1) cerrahi girişimin morbidite ve mortaliteyi arttıracığı bilindiği için tercih edilmiştir. Diğer vakalarda (n=4) yara iyileşme süresi ortalama 20 gündür. Peristomal koleksiyon nedeniyle uygulanan (n=1) hastada VYK tedavisi devam etmektedir. Yara bakım ürünlerinin etkili uygulanması da yara iyileşme sürecine katkı sağlamıştır. Koleksiyon nedeniyle VYK tedavisi uygulanan bir vaka da takip devam etmektedir. Stoma ve peristomal bölgede gelişen komplikasyonlar, pyoderma gangrenosum (n=2), mukokütanöz ayrışma (n=1), peristomal ülser (n=1), koleksiyon (n=2), anastomoz kaçağı (n=1), stoma nekrozuna bağlı gelişen fistül(n=1) idi. Ameliyat sonrası gelişen stoma dışı komplikasyonlar (n=6) arasında paralitik ileus (n=2), sepsis (n=1), kanama (n=1), dehidratasyon (n=1) ve elektrolit imbalansı (n=1) olduğu görüldü.

Sonuç:
VYK sistemi karmaşık abdominopelvik cerrahi sonrası gelişen stoma ile ilişkili yaralarda fekal kontaminasyonu önleyip, sürekli debridman sağlayarak ek cerrahi girişim gereksinimini azaltabilir.

P-116
Nadir Bir Akut Batın Nedeni Olarak Pnömatozis İntestinalis: Olgu Sunumu

İlhan Taşdöven, Muzaffer Önder Öner, Mehmet Kadir Bartın
Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

Amaç:
Pnömatozis sistoides intestinalis (PSİ), bağırsak duvarı içinde çok sayıda gaz dolu kistler ile karakterize, nadir görülen bir hastalıktır. Klinik bulgular genellikte nonspesifik olup nadiren akut batın nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. PSİ; karın içinde serbest hava görülmesi durumunda ayırıcı tanıda akla getirilmesi gereken ender bir hastalık olması nedeniyle olgu sunumu olarak sunulmuştur.

Olgu:
64 yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine ani başlayan karın ağrısı şikayeti ile başvurmuştur. Karın ağrısına bulantının eşlik ettiği ama kusma ve ateş şikayetlerinin olmadığı öğrenildi. Hastanın anamnezinde akciğer ya da kalp hastalığı öyküsü bulunmamaktadır. Fizik muayenesinde karında hassasiyet, defans ve distansiyon saptanan olguda laboratuvar incelemesinde: Bk: 12,61 × 103/µL, Hg:9,7 g/l, Amilaz: 49 U/L ve CRP yüksek saptanmıştır. Hastaya çekilen direk akciğer grafide diyafragma altında serbest hava gözlenmiştir. Akut karın bulguları olan hastaya çekilen abdominal bilgisayarlı tomografi'de (BT) karın içi minimal sıvı ve ince bağırsak duvarı komşuluğunda serbest hava ve jejunal anslar düzeyinde yaygın intramural hava dansiteleri izlenmiştir. Hasta fizik muayene ve tetkik sonuçlarına dayanarak içi boş organ perforasyonu ve mezenter iskemi şüphesi nedeniyle acil operasyona alındı. Tanısal laparatomi yapıldı. Eksplorasyonda terminal ileum düzeyinde yaklaşık 50 cmlik segmentte ince bağırsak duvarında multipl hava kabarcıkları izlenildi. ince bağırdak segmenter rezeksiyonu yapıldı ve ileo-ileal anastamoz yapıldı. Operasyon materyali patolojiye gönderildi. Klinik takipleri serviste yapılan hasta post operastif 5. günde taburcu edildi.

Sonuç:
Pnömatozis sistoides intestinalis nadir görülen,etyolojisi tam olarak ortaya konamamış, bağırsak subseroza ve submukozasında çoklu gaz dolu kistler ile karakterize olan bir patolojidir ve en sık 6. dekatta görülür.
PSİ'nin etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Fakat bazı predispozan faktörler bildirilmiştir. Tıkayıcı akciğer hastalıkları, pilor stenozu, kistik fibrozis, bağ dokusu hastalıkları, iskemik ve inflamatuar bağırsak hastalıkları, endoskopi, transplantasyon, hematolojik malignensiler, AIDS, radyoterapi, steroidler bunlardan birkaçıdır. Bazen hiç bir etiyolojik faktör olmadan,rastlantısal olarak da saptanabilmektedir. Asemptomatik olgularda genellikle spesifik bir tedavi uygulanmamaktadır.
Karın içinde radyolojik olarak gösterilen serbest hava görünümü varlığında intestinal perforasyon veya gaz yapabilen bakteriyel enfeksiyonlar yanında ayırıcı tanıda PSİ de akılda tutulmalıdır.

P-117
Abdominal Kompartman Sendromuna Yol Açan Rektus Kılıf Hematomu: Nadir bir olgu

Burak Veli Ülger, M. Cemil Kuba, M. Ali Kırşan, İ. Halil Öcal, Mehmet Rençber
Dicle Üniversitesi Tip Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç:
Rektus abdominis kasının damar ağından kaynaklanan bir kanama rektus kılıf hematomu ile sonuçlanabilir. Travma sonrası oluşabileceği gibi, öksürme, hapşırma gibi ani kasılma veya ağır fiziksel aktvite sonuç da oluşabilir. Antikoagülan kullanan hastalarda spontan rektus hematomları oluşabilir. Klinik olarak ağrı ve rektus abdominis kası üzerinde kitle ile tanı konulabilir. US veya BT ile kesin tanı konulur. Küçük, büyümeyen hematomlarda hastaneye yatışa gerek olmayabilir ancak bilateral, büyük hematomlarda hastaneye yatırarak

kan ürünleri transfüzyonu gerekebilir. Kanamanın devam etmesi, hematomun genişlemesi veya ek klinik sorunların ortaya çıkması halinde, anjiografi ile kanayan damarın embolizasyonu, bunun yapılamadığı hastalarda da cerrahi tedavi gerekebilir. Bu çalışmamızda, bilateral rektus kılıf hematomu tanısıyla servisimize yatırdığımız ve takiplerinde abdominal kompartman sendromu gelişen bir olguyu sunacağız.

Olgu:
Akut bronşit nedeniyle şiddetli öksürük sonrasında karında şişlik ve ağrı gelişen hasta acil servise başvurdu. Yandaş hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın muayenesinde sağda daha belirgin olmak üzere her iki taraftada göbek altı seviyede rektus kasları üzerinde şişkinlik ve palpasyonda hassasiyet saptandı. Çekilen abdomen BT'de sağ rektus kasında 80 x 57 mm, sol rektus kasında 62 x 34 mm çaplı hematomla uyumlu görüntü saptandı (Şekil 1). Çalışılan hemogramda Hct:35,5 ölçüldü, biyokimyasal parametreler ve INR normal sınırlardaydı. Hasta, bilateral rektus hematomu tanısıyla interne edildi. İmmobilzasyon, soğuk uygulama, yakın vital bulgu takibi ve Hct takibi yapıldı. Takiplerinde hastanın Hct değerleri 20,2 ye kadar düştü, yapılan ES replasmanına rağmen Hct deki düşme eğilimi devam ediyordu. Hastya toplamda 5 Ü ES ve 2 Ü TDP tranfüzyonu yapıldı. Muayenesinde hematomun büyüdüğü saptanan hastaya çekilen kontrol abdomen BT'de sağ rektus kasında 74 x 58 mm, sol rektus kasında 36 x 31 mm boyutlu hematomlara ilaveten, sağdaki rektus hematomuyla ilişkili görülen, pelvik bölgede mesane sol tarafında mesaneye basıya neden olan 134 x 122 mm boyutlarında hematom saptandı (Şekil 2). Yatışın 2. gününden itibaren hastanın Kreatinin değerlerinde tedricen yükselme başladı ve idrar çıkışı azaldı. İntra abdominal basıncı 38 mmHg ölçülen hastaya laparotomi kararı verildi. Ameliyat öncesinde hastanın her iki böbreğine de Double J Stent yerleştirildi. Sağ Hockeystick insizyonla karın ön duvarı kasları geçilip preperitoneal boşluğa ulaşıldı. Rektus kaslarındaki ve mesane üzerindeki hematom temizlendi. Sonra periton medialize edilerek eksternal iliak damarlara ulaşıldı ve inguinal ligamanın altından lacuna vasorum'a girmeden hemen önce iliak damarlardan ayrılan İnferior epigastrik arter ve ven bulunup kökünden bağlandı. Daha sonra fasya açık bırakılarak sadece cilt kapatılıp operasyon sonlandırıldı. Ameliyat sonrası erken dönemde hasta idrar çıkarmaya başladı. Hastanın Hct değerleri de stabil seyretti. Takiplerinde problem olmayan hasta postop 4. gün önerilerle taburcu edildi.

Sonuç:
Rektus kılıf hematomları, karın ağrısının nadir görülen ve dikkat edilmezse atlanabilen sebeplerindendir. Rektus kası kılıfı içine süperior veya inferior epigastrik arter ya da rektus kasının yırtılması sonucu kanama sonucu oluşur. Abdomen kaynaklı bir çok hastalığı taklit edebilir. Genellikle kendi kendini sınırlayan bir tablo olmasına rağmen, hematom ilerlerse hipovolemik şoka ve ölüme bile neden olabilir. Rektus kası ve kılıfının arteryel beslenmesi, süperior ve inferior epigastrik arterlerden sağlanır. Rektus kılıf hematomları ya bu damarlarda rüptür ya da kasın yırtıması sonucu oluşur. Hikayede travma, öksürük, kusma, ağır ekzersiz gibi kasın şiddetli kontraksiynuna neden olan hareketler vardır. Anitkoagülan kullanan hastalarda spontan rektus kılıf hematomları da görülebilir. Linea arcuata'nın üzerinde rektus kılıfı rektus abdominis kasının hem önünü hem de arkasını sardığı için, bu seviyedeki hematomlar genelde küçüktür. Oysa Linea arcuata'nın altında, rektus kılıfı, kasın sadece ön yüzünü sarar. Kasın arka yüzü ise transvers fasya ve periton ile sarılıdır. Bu yüzden Linea arcuata'nın altındaki hematomlar büyümeye eğilimlidir. Peritonla ilişkili hematomlar peritoneal irritasyona, abdominal rijiditeye ve gastrointestinal semptomlara neden olurlar. Hematomun perivezikuler boşluğa doğru inferiora doğru disseksiyonu üriner semptom ve komplikasyonlara neden olabilir. Berna ve ark, BT bulgularına göre Rektus Kılıf Hematomlarını, hastalığın şiddetine göre 3 tipe ayırmıştır. Tip 1: Hematom intramuskulerdir, unilateraldir ve genişlememektedir. Hafif karın ağrısı vardır ve genellikle hospitalizasyon gerekmez. Tip 2: Hematom kas içinde ve kas ile transvers fasya arasındadır, ancak perivezikal boşluğa kadar uzanmaz. Uni veya bilateral olabilir. Hct'de düşme olabilir. Yakın takip için hospitalizayon gerekir ancak genelde transfüzyon ihtiyacı olmaz. Tip 3: Kas içinde, kas ile tranvers fasya arasında, peritonda ve perivezikal boşukta hematom olabilir. Hemoperitoneum görülebilir ve Hct'de düşmeye neden olur. Sıklıkla, bu hastalara transfüzyon ihtiyacı olabilir. Transfüzyona rağmen hemodinamik instabilite oluşan hastalara cerrahi girişim gerekebilir. Ayrıca, hematoma bağlı intraabdominal basınç artışı da oluşabilir. Bu hastalara da, hematomu temizlemek ve hemostaz yapıp karın içi basıncı düşürmek amacıyla cerrahi tedavi uygulanabilir. Rektus kılıf hematomlarının genel mortalitesi %4 olmasına rağmen, iyatrojenik hematomlarda bu oran %18, antikoagülan tedavi alanlarda ise %25 olarak bildirilmiştir. Bu yüzden, genelde benign seyirli bu hastalığın istenmeyen sonuçlara neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

P-118
Loop İleostomi Cilt Kapatılmasında Purse String Yöntemi ile Lineer Kapatmanın Kozmetik Sonuçlarının Karşılaşılması

Şakir Karpuz, Mümin Coşkun, Abdulla Taghiyev, Ümit Uğurlu, Wafi Attaallah
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Özellikle yüksek riskli anastomozları korumak için koruyucu loop ileostomi kullanılarak septik komplikasyonlar azaltılmaktadır. Ostomi kapatılmasına bağlı olarak gelişen komplikasyonlar arasında uzun dönem sonucu olarak dog ear deformitesi görülmektedir. Bu çalışmada ostomi yarası purse string ile kapatılan hastaların ve lineer kapatılan hastaların kozmetik sonuçları karşılaştırıldı.

Gereç-Yöntem:
Bu çalışma retrospektif olarak planlanmıştır. Hastanemizde kullandığımız yöntem; ileostominin olduğu barsak ansına 1-2 mm.lik mesafeden ciltte sirküler bir insiziyon yapılarak barsak ansı serbestleştiriliyor. Daha sonra barsak kenarında kalan cilt eksize edilerek barsak fold over tekniğive rezeksiyon,uç uca anastomoz veya stapler ile anastomoz tamamlanıyor. Barsak batın içine atıldıktansonra fasya prolen ile kapatılyor. Yara yeri yıkandıktan sonra cilt ya lineer bir şekilde ya da

purse string sütür konularak kapatılıyor. Hastanemizde Ocak 2011 ile Eylül 2015 tarihleri arasında ileostomisi kapatılan hastaların hastane kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile birlikte ostomi yarası kapatma tekniği incelendi. Hastalar aranarak ostomi yerleri muayene edildi ve tüm hastaların yaralarının resimleri çekildi.Dog ear deformitesi açısından Linear ile purse string tekniklerinin sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular:
Ocak 2011 ile Eylül 2015 arasında loop ileostomisi kapatılan 43 hastanın hastane kayıtları incelendi. Telefonla ile aramalar sonucunda 4 hastanın exitus olduğu ve 2 hastaya tekrar ostomi açılmış olduğu tespit edildi. Oniki hastaya ulaşılamadı. Kalan 25 hastanın ortanca yaşı 58 (24-77) ve 21'i (%84) erkekti. On bir hasta (%44) kolorektal kanser nedeni ile opere olmuştu. Diğer hastalar benign hastalıklar nedeni ile opere edilmişti. İndeks operayon açısından 4 (%16) hastada laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Hastaların minimal takip süresi 18 ay olduğu saptanmıştır. Hastalar iki gruba ayrıldığında 10.hastada purse string izlenirken 15 hastada lineer kapatma tekniği kullanıldığı izlenmiştir. Yapılan muayenede purse string ile kapatılanlarda dog ear deformitesi izlenmezken lineer kapatılanların 13 ünde (%87) deformite izlendi (p=<0.0001).

Sonuç:
Ostomi yarasını kapatmak için purse string tekniği kullanılarak lineer yönteme göre daha iyi kozmetik sonuçlar elde edilmektedir.

P-119
Batın İçi Adhezyon Nedeniyle Kliniğimize Yatan Olguların Analizi

Enver İlhan, Orhan Üreyen, Demet Alay, Mehmet Tahsin Tekeli, Murat Uz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Peritoneal adezyon, peritonun hasarlanması sonrası ilk 5-7 gün içinde, mekanik travma, yabancı cisim reaksiyonu, iskemi ve radyasyona bağlı oluşmaktadır. Ancak oluşum mekanizması halen tam olarak anlaşılamamıştır. Bu yapışıklıklar sıklıkla omentum, ince barsak ansları ve karın duvarı arasında olur. Majör cerrahi sonrası %63-97 oranında görülmektedir. Ameliyat sonrası hastaneye başvuruların %20›si ilk yıl içinde olmakta ve bunların da %4.5›i ince barsak tıkanıklığına bağlı oluşmaktadır.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Ocak 2014 – Aralık 2016 tarihleri arasında klinik ve radyolojik olarak brid ileus tanısıyla yatış yapılan olgular retrospektif olarak incelendi. Ameliyat edilenler (Grup I) ve ameliyat edilmeyenler (Grup II) olarak tanımlandı. Hastalar yaş, cinsiyet, ek hastalık, hastaneye başvuru sayısı, ASA skoru, geçirilmiş cerrahi nedeni, hastanede kalış süresi, mortalite, vb. yönünden irdelendi.

Bulgular:
Yaş ortalaması 63,6(aralık 22-92) olan 73 olgu çalışmaya alındı. Hastaların 31(%42)'i kadın, 42(%58)'si erkek idi. Tüm olguların ortalama hastaneye başvuru sayısı 1,58 (aralık 1-5), hastanede kalış süresi 10,8 gün (aralık 2-79) idi. Mortalite oranı %8,2 (6 olgu) idi. Geçirilmiş cerrahi nedenlerine göre analiz edildiğinde 14(%19,1) olgu abdominal herni, 9 (%12,3) olgu ince barsak, 8 (%10,9) olgu jinekolojik, 17 (%23,2) olgu kolon, 11(%15) olgu hepatobilier, 6(%8,2) olgu ürolojik, 6(%8,2) olgu üst gastrointestinal ve 2(%2,6) olgu diğer nedenlerle cerrahi girişim geçirmişlerdi. Olguların % 85 (62)'inde comorbid hastalık mevcut idi. Olguların 16(%22)'sı Grup I ve 57 (%78)'si Grup II de idiler. Grup II olguların yaş ortalaması 60,6 (aralık 34-86), grup 2nin ise 65,5 (22-92) idi. Hastanede ortalama kalış süresi grup 1'de 20,9 (aralık 2-79) grup 2de 7,9 (aralık 2-31) gün idi. Hastaneye ortalama başvuru sayısı her iki grupta da 1,5(aralık 1-5) idi. Grup I› de %25 (4 olgu), Grup II›de %3,5 (2 olgu) oranında mortalite görüldü. Cerrahiye giden olgularda geçirilmiş cerrahi nedenlerine bakıldığında geçirilmiş abdominal herni cerrahisine sekonder olma oranı %25 idi. İnce barsak, kolon ve hepatobiliyer sistem cerrahisi eşit oranda dağılmaktaydı (%18,7). Olguların %43,7 (7)'sine ilk 6 saat içerisinde cerrahi uygulanmıştı. Takip kararı alınan 66 olgudan 9(%13,5)'una cerrahi girişim uygulandı. Grup I'de mortalite görülen olgulardan 2(%50)'si ilk başvuru anında ameliyat edilen grupta, diğer ikisi ise 24 saatten fazla takip edilen grupta idi. Cerrahi girişim uygulanan olguların 9(%56,25)›unda sadece adhezyon saptanıp biridektomi yeterli olurken, 7(%43,7) olguda iskemi ve nekroz nedeniyle rezeksiyon uygulandı.

Sonuç:
Çalışmamızda en sık batın içi adhezyon nedeni geçirilmiş kolon cerrahisi iken, en sık cerrahi gerektiren adhezyon nedeninin ise geçirilmiş abdominal herni cerrahisi olduğu görüldü. Cerrahi gerektiren olguların mortalite oranları daha yüksek idi. Adhezyon nedeniyle hastaneye başvuran olgular çoğunlukla ameliyat edilmeden tedavi edilebilmektedir. Ancak takip edilen olgularda ise cerrahi ile tedavi gerekebileceği ve gecikmenin olması durumunda morbidite ve mortalitenin artabileceği bilinmelidir. Takip altındaki olgularda klinik düzelme olmaması yada klinik gidişatın daha da kötüleşmesi durumunda vakit kaybedilmeden cerrahi düşünülmelidir.

P-120
Loop İleostomi Cilt Kapatılmasında Purse String Yönteminin veya Primer Sütür Kapatmanın Kozmetik Sonuçları

Şakir Karpuz, Mümin Coşkun, Wafi Attaallah
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Özellikle yüksek riskli anastomozları korumak için koruyucu loop ileostomi kullanılarak septik komplikasyonlar azaltılmaktadır. Ostomi kapatılmasına bağlı olarak gelişen komplikasyonlar arasında uzun dönem sonucu olarak dog ear deformitesi görülmektedir. Bu çalışmada ostomi yarası purse string ile kapatılan hastaların ve lineer kapatılan hastaların kozmetik sonuçları karşılaştırıldı

Gereç-Yöntem:
Bu çalışma retrospektif olarak planlanmıştır. Hastanemizde kullandığımız yöntem; ileostominin olduğu barsak ansına 1-2

mm.lik mesafeden ciltte sirküler bir insiziyon yapılarak barsak ansı serbestleştiriliyor. Daha sonra barsak kenarında kalan cilt eksize edilerek barsak fold over tekniği ve rezeksiyon,uç uca anastomoz veya stapler ile anastomoz tamamlanıyor. Barsak batın içine atıldıktan sonra fasya prolen ile kapatılyor. Yara yeri yıkandıktan sonra cilt ya lineer bir şekilde ya da purse string sütür konularak kapatılıyor. Hastanemizde Ocak 2011 ile Eylül 2015 tarihleri arasında ileostomisi kapatılan hastaların hastane kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile birlikte ostomi yarası kapatma tekniği incelendi. Hastalar aranarak ostomi yerleri muayene edildi ve tüm hastaların yaralarının resimleri çekildi.Dog ear deformitesi açısından Linear ile purse string tekniklerinin sonuçları karşılaştırldı.

Bulgular:
Ocak 2011 ile Eylül 2015 arasında loop ileostomisi kapatılan 43 hastanın hastane kayıtları incelendi. Telefonla ile aramalar sonucunda 4 hastanın exitus olduğu ve 2 hastaya tekrar ostomi açılmış olduğu tespit edildi. Oniki hastaya ulaşılamadı. Kalan 25 hastanın ortanca yaşı 58 (24-77) ve 21'i (%84) erkekti. On bir hasta (%44) kolorektal kanser nedeni ile opere olmuştu. Diğer hastalar benign hastalıklar nedeni ile opere edilmişti. İndeks operayon açısından 4 (%16) hastada laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Hastaların minimal takip süresi 18 ay olduğu saptanmıştır. Hastalar iki gruba ayrıldığında 10.hastada purse string izlenirken 15 hastada lineer kapatma tekniği kullanıldığı izlenmiştir. Yapılan muayenede purse string ile kapatılanlarda dog ear deformitesi izlenmezken lineer kapatılanların 13 ünde (%87) deformite izlendi (p=<0.0001).

Sonuç:
Ostomi yarasını kapatmak için purse string tekniği kullanılarak lineer yönteme göre daha iyi kozmetik sonuçlar elde edilmektedir.

P-121
İleusa Yol Açan Warfarin Kullanımına Bağlı Spontan İntestinal İntramural Hematom Vaka Sunumu

Semih Hot, Seracettin Eğin, Metin Yeşiltaş, Berk Gökçek, Rıza Gürhan Işıl, Bahtiyar Cahalov
SB İstanbul, Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Günümüzde antikoagulan ilaçların kullanımı oldukça yaygındır. En sık kullanılan antikoagülan ilaç warfarindir. Karaciğerde K vitaminine bağlı pıhtılaşma faktörlerini inhibe ederek etki gösteren warfarinin en önemli ve sık rastlanan komplikasyonu kanamadır(1).
Travmaya bağlı intestinal intramural hematom genellikle duodenumda, spontan intestinal intramural hematom(SİİH) ise jejunumda görülmektedir. SİİH nadir olup 2500 olguda 1 görülür(2). Yüksek doz antikoagulan kullanımına bağlı görülen SİİH en sık karşılaşılan formudur. Erkeklerde daha sıktır ve ortalama görülme yaşı 64'tür(3). Tanıda anamnez ve dikkatli bir fizik muayene oldukça önemlidir. Kan tetkiklerinde sıklıkla uzamış protrombin zamanı ve artmış INR (>2.5) değeri mevcuttur(4). Diğer risk faktörleri hemobili, idyopatik trombositopenik purpura, lösemi, lenfoma, myeloma, kemoterapi, vaskülitler, pankreatit ve pankreas kanseridir(5,6). Polistema vera atrial fibrilasyon nedenlerinden biridir ancak warfarin kullanımında kanamayı arttırıcı bir etkisi olduğuna dair kanıt yoktur. Şiddetli kanama, barsak perforasyonu ya da iskemi halinde cerrahi müdahale gerekir(1, 2). Koagülasyon parametrelerinin düzeltilmesi ile konservatif tedavi genellikle yeterli olur(7). Bilgisayarlı tomografi(BT) tanıda en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir(5).

Olgu:
76 yaşında kadın hasta yaklaşık 3 gündür süren ve zamanla artan karın ağrısı bulantı ve kusma şikayetleri ile acil birimimize başvurdu. Fizik muayenesinde periferik nabzı 96/dk aritmik ve arteriyel kan basıncı 100/60 mmHg olarak saptandı. Fizik muayenesinde karın distandü görünümde ve barsak sesleri artmıştı. Palpasyonda özellikle suprapubik bölgede daha belirgin olmak üzere tüm kadranlarda hassasiyet mevcut, rebound yoktu. Laboratuar bulgularında hematokrit değeri %46.8, lökosit değeri 11700/mm3 ve INR 8.42 idi. Hasta polistemia vera(PV) nedeniyle hidroksiüre ve atrial fibrilasyon nedeniyle de warfarin kullanmaktaydı. Acil ultarasonografisinde intestinal kısmi dilatasyon rapor edildi. Bilgisayarlı tomografi(BT) sonucunda ise subhepatik alanda yoğun içerikli serbest sıvı, pelvik bölgede mesane üst komşuluğunda, medial seviyede lümen kalibrasyonunu belirgin olarak daraltan ve proksimalde ileal anslarda jejunal seviyeye kadar yansıyan distandü görünümün eşlik ettiği yaklaşık 8-9 cm lik bir segment boyunca devam eden yaklaşık 17 mm›e ulaşan diffuz duvar kalınlaşması ve komşu yağlı planlarda kirlenme mevcuttu. Perforasyon lehine bulgu saptanmadı. Hastaya yakın hemodinami takibi ve semptomatik medikal tedavi uygulandı. Oral alımları kesilerek intravenoz hidrasyon, nazogastrik sonda ile dekompresyon uygulandı. Koagülasyon parametreleri, elektrolit değerleri günlük takip edildi, hastaya sıvı tedavisinin yanı sıra taze donmuş plazma ve K vitamini replasmanı yapıldı. 5 gün interne edilen hastanın bu süreç içerisinde şikayetleri geriledi, INR değeri optimum düzeye indirildi. Barsak peristaltizmi tamamen geri gelen ve oral alımı tolere eden hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç:
SİİH, antikoagulan tedavinin nadir bir komplikasyonu olup, intramural hematoma bağlı olarak gelişen ince barsak tıkanıklıkları daha da nadir olarak karşılaşılan bir durumdur. Hematom sıklık sırasına göre; jejunumda (%69), ileumda (%38) ve duodenumda (%23) oranlarında görülmektedir(4). Özofagus ve kolon intramural hematomları da bildirilmiştir(8,9). En olası fizyopatoloji, mezenterden ayrılan ve intestinal duvarın muskuler tabakasına penetre olan terminal arter dallarının hasarıdır. Kanama barsak duvarının muskularis mukoza ve muskuler tabakalarının arasını diseke eder. Genellikle ilk semptom karın ağrısı olup, buna bulantı ve kusma sıklıkla eşlik eder(5,6). Hastalar hematom rüptürüne bağlı gastrointestinal kanama ile de başvurabilirler. Peritoneal irritasyon bulgularının varlığında, hematom komplikasyonları olan nekroz, perforasyon ve karın içine kanamadan şüphelenilmelidir. Karın ağrısı ile başvuran bir hastada antikoagulan kullanım öyküsü ile birlikte INR uzaması varsa akla gelmelidir. Tanıda ultrasonografi yardımcı olabilmekle birlikte

BT en faydalı tetkiktir. BT'de tipik bulgular; çevresel duvar kalınlaşması, lumenin daralması, hiperdansite ve tıkanıklık varlığı tanı koydurucudur(5). Ultrasonografi ile de spesifik olmamakla birlikte, submukoza tabakasına ulaşan duvar kalınlaşması görülebilir (10). Nadir gorulen bir klinik durum olduğundan tedaviyi standardize edecek kadar çalışma bulunmamaktadır. Abbas ve arkadaşlarının 13 hastalık çalışmalarında ortalama 23 cm'lik segment tutulumu ile büyük olmayan intramural hematomu bulunan hastalarda medikal tedavi ile iyi sonuçlar elde edildiğini bildirmişlerdir(5). Tedavide öncelikle kullanılan antikoagulan ilaç alımı durdurulur. Taze donmuş plazma ve K vitamini verilir. Amaç kanama-pıhtılaşma değerlerinin normal seviyeye indirilmesidir. Oral sıvı ve gıda alımı durdurulur, nazogastrik sonda ile dekompresyon yapılır. Erken tanı ve uygun medikal tedavi ile hematom radyolojik olarak birkaç hafta içinde geriler(11). Sonuç olarak antikoagülan tedavisi alan ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda nadir bir komplikasyon olan SİİH ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken tanı konabilirse hastalar uygun medikal tedavi ile takip edilebilir. Ancak hematom gerilemez intestinal tıkanıklık devam ederse, hemodinamik parametreler anstabil ise veya akut karın bulguları oluşursa cerrahi tedavi planlanmalıdır.

P-122
Çekum Divertikülitleri, Vaka Serisi

Deniz Tikici, Erdinç Çetinkaya, Sadettin Er, Yusuf Sevim, Özgür Akgül
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş:
Kolonun divertiküler hastalıkları arasında çekum divertikülleri nadir görülen bir klinik tablo olup enflamasyon, perforasyon ve kanama nedeniyle komplike olması sonucunda akut batına sebep olabilir. Klinik prezentasyonun sıklıkla akut apandisit ile karışması nedeniyle genellikle intraoperatif veya patolojik inceleme sonrasında tanı konulmaktadır. Bu çalışmada; akut batın nedeniyle ameliyat ettiğimiz ve çekal divertikülit tanısı konulan olgu serimizi sunmaya çalışacağız.

Materyal-Metod:
2014 ile 2016 yılları arasında karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran, akut batın nedeniyle ameliyat ettiğimiz ve çekal divertikülit tanısı konulan olguları retrospektif olarak inceledik.

Bulgular:
2014 ile 2016 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Cerrahi Kliniği›nde akut batın nedeniyle ameliyat edilen çekal divertikülit tanılı 6 olgunun verileri incelendi. 5 hasta kadın, 1 hasta erkek iken, yaş aralığı 27-80 arasındaydı(ortalama 53). Olguların hepsi karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurmuştu. Sadece bir olgunun özgeçmişinde kronik böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz öyküsü vardı, diğer hastalarda ko-morbidite yoktu. Başvuru anındaki beyaz küre sayısı ortalaması 16.550/mm³ idi (12.900/mm³-25.200/mm³). Preoperatif görüntülemede dört olgu sadece ultrasonografi (USG) ile tetkik edilmiş (olguların üçü akut apandisit, biri perfore apandisit olarak değerlendirilmiştir). İki olgu hem USG hem bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirilmiştir. Olguların birinde USG'de omental infarkt düşünülürken kontrastsız çekilen BT'de epiploik apendisit olarak değerlendirilmiş, diğer olguda ise USG'de anlamlı bulgu yokken BT'de çekumda perfore divertikülit tanımlanmıştır. Preoperatif değerlendirmede dört olgunun öntanısı akut apandisit ve komplikasyonları, bir olguda epiploik apandisit ve sadece bir olguda perfore divertikülit olarak düşünülmüştür. İntraoperatif değerlendirmede üç olguda malignite düşünülerek kolektomi uygulanırken, diğer olgularda da komplike divertikülit olması dolayısıyla sağ hemikolektomi ameliyatı yapılmıştır. Olguların hepsinde ileotransversostomi anastomoz yapılmış olup stoma gereksinimi olmamıştır. Olguların patoloji sonuçları divertikülit ile uyumlu olarak raporlanmıştır. Komplikasyon olarak sadece bir olguda yara yeri enfeksiyonu gelişmiş. Olguların hiçbirinde mortalite görülmemiştir.

Tartışma:
Çekal divertikülit nadir karşılaşılan bir akut batın nedenidir. Sıklıkla akut apandisit ile karışır. Olgu serimizde hastaların 2/3'ünde akut apandisit düşünülmüştür.

Preoperatif görüntülemede ultrasonografi başarısız olup olgu serimizdeki bütün hastalara yapılmıştır ancak divertikülite özgü bulguya rastlanılmamıştır. Kontrastlı bilgisayarlı tomografi tanı açısından daha değerlidir. Olgu serimizde iki hastada BT ile değerlendirme yapılmış olup kontrastlı BT yapılan bir olguda divertikülit tanısı konulmuştur. Diyagnostik çalışmalarda ayrıca Manyetik Rezonans (MR) da önerilmektedir. Olgu serimizdeki hiçbir hastada MR tetkiki kullanılmamıştır.

İntraoperatif bulgular; hafif inflamatuar bir hadiseden maligniteye kadar geniş bir yelpazede prezente olabilir. Tercih edilecek cerrahi yöntem; komplikasyonsuz vakalarda konservatif izlem ile sınırlı olabileceği gibi, divertikülektomi ile birlikte apendektomi veya sağ hemikolektomi prosedürü olabilir. Olgu serimizdeki bütün hastalara sağ hemikolektomi uygulanmıştır. Bu durumun sebebini vakaların üç tanesinde malignite ekartasyonu yapılamaması ve diğer vakaların da komplike olmasıyla ilişkilendirdik.

Sonuç olarak; çekal divertikülit akut batın kliniğinin nadir görülen bir sebebi olup hastalar çoğunlukla akut apandisit öntanısıyla opere edildi. İntraoperatif bulguların kliniği açıklamadığı vakalarda çekal divertikülit ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Olguların demografik ve klinik bulguları

Cinsiyet	Yaş	Beyaz Küre	USG	Bilgisayarlı Tomografi	İntraoperatif Bulgu	Patoloji	Komplikasyon
Erkek	46	12.900/ mm³	Omental infarkt	Epiploik apandisit	Kitle İmajı	Divertikülit	Yara yeri enfeksiyonu
Kadın	46	16.100/ mm³	Perfore apandisit	-	Perfore divertikülit	Perfore divertikülit	-
Kadın	80	13.000/ mm³	Patolojik bulgu yok.	Perfore divertikülit	Perfore divertikülit	Perfore divertikülit	-
Kadın	27	19.000/ mm³	Akut apandisit	-	Kitle imajı	Divertikülit	-
Kadın	49	13.100/ mm³	Akut apandisit	-	Kitle imajı	Divertikülit	-
Kadın	51	25.200/ mm³	Akut apandisit	-	Nekroze divertikülit	Divertikülit	-

P-123
Kolorektalcerrahide Anastomoz Kaçağı ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Orhan Üreyen[1], Enver İlhan[1], Emrah Dadalı[1], Uğur Gökçelli[1], Demet Alay[1], Semra Bağrıaçık Altıntaş[2], Mehmet Tahsin Tekeli[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, İzmir

Amaç:
Anastomoz kaçakları kolorektal cerrahi sonrası en korkulan komplikasyonların başında yer almaktadır. Deneyimli kolorektal cerrahların yaptığı ameliyatlarda %3-6 arasında kaçak olabileceği savunulsa da literatürde bu oran %1-30 arasında değişmektedir. Bir anastomozda kaçak olması morbidite, mortalite, hastanede yatış süresinin uzaması ve maliyetin artmasıyla sonuçlanmaktadır. Kolorektal cerrahi sonrası görülen ölümlerin üçte birinden sorumludurlar. Anastomoz kaçağı oluşması hem erken dönem hemde uzun dönemde sağkalımı azaltmaktadır. Anastomoz kaçaklarını azaltmak için çok farklı teknikler araştırılmış ve araştırılmaya devam edilmektedir. En çok üzerinde durulan ve kurtarıcı olarak görülen yöntem anastomozun proksimaline koruyucu ostomi açılmasıdır. Bunun rutinde uygulanması kısa vade de anastomoz kaçaklarını önlesede uzun vade de yeniden ostomi kapatılması, ostomi darlığı, ostominin batına kaçaması, nekroz oluşması, parastomal herni oluşması gibi bir takım sorunlar nedeniyle her olguda uygulanmamaktadır. Sadece ileri yaş komorbid hastalıklar varlığında kullanılmaktadır. Anastomoz kaçağı oluştuğunda optimal tedavi seçimi konusunda da henüz konsensus oluşmamıştır.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde kolorektal cerrahi nedeniyle ameliyat edilen ve anastomoz uygulanan olgular yaş, cinsiyet, ameliyatların acil vaka olup olmadığı, malign ve benign nedenler, koruyucu ostomisi olup olmadığı, ASA skoru, barsak hazırlığı yapılmasıyla, anastomozun birleşme şekli(uç-uca, uç- yana, yan- yana), anastomoz tekniği (manuel, sirküler stapler, lineer-cutter), neoadjuvan tedavi alıp almadığı ve tümör yerleşim yeri ile ilişkisi hastane veri kayıtları üzerinden retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel değerlendirmede SPSS 22.0 versiyon paket program kullanıldı, p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Verilerin analizinde yüzdelik, student-t testi ve ki-kare testleri uygulandı.

Bulgular:
Çalışmaya kolorektal cerrahi geçiren 94 hasta dahil edildi. Bu hastaların % 10.51 (n: 10)'inde anastomoz kaçağı tespit edildi. Anastomoz kaçağı gelişen hastaların ortalama yaşı 74.3±2.7 yıl olarak belirlendi. Anastomoz kaçağı ile yaş arasındaki ilişki istatistik olarak anlamlı değildi (p= 0,078). Kaçak görülen hastaların %60'ı (n: 6) kadın, %40'ı (n: 4) 70-80 yaş arası, %100'ü (n:10)malign olgular, %90'ı (n:9) elektif cerrahi geçiren olgular, %30'u (n:3) koruyucu ostomisi olan hastalar, %60'ı (n:6) uç-uca anastomoz yapılan hastalardı. Çalışmada barsak hazırlığı yapılan 33 hastada anastomoz kaçağı görülmezken, 6 hastada kaçak tespit edildi. Aralarındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark saptanmadı (p= 0.209). Anastomoz birleştirme şekli (uç-uca,uç-yan, yan-yana olması) ileanastomoz kaçağı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p= 0.335). Anastomozun elle ya da teknolojik yöntemlerle (lineer- cutter, sirküler stapler) yapılması ile anastomoz kaçağı gelişimi arasında fark görülmedi (p= 0.955). Neoadjuvan tedavi almayan 72 hastanın 9 'unda anastomoz kaçağı belirlendi. Neoadjuvan tedavi alıp -almaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmedi (p= 0.376). Onkolojik nedenlerle cerrahi yapılıp yapılmadığına göre bakıldıldığında malign olan 80 hastanın 10'unda anastomoz kaçağı geliştiği tespit edildi. Benign nedenlerle yapılan anastomozlarda kaçak görülmedi. Kaçak görülen olgulardan 2'si kolostomi kapatılması sonrası görüldü. Malign yada benign nedenlere göre yapılan ameliyat nedenleri arasında anlamlı fark görülmedi(p=0.182).

Sonuç:
Çalışmanın sonucunda kolorektal cerrahi sonrası gelişen anastomoz kaçaklarının oranı literatürde bildirilen aralıkta idi. Yine literatürle uyumlu olarak yaşla, cinsiyetle, vakaların acil ya da elektif olmasıyla, ASA skoruyla, cerrahi girişim öncesi barsak hazırlığı yapılmasıyla, anastomozun yapılma tekniğiyle, anastomoz uçlarını birleştirme yöntemiyle, neoadjuvan tedavi almasıyla ilişkisi saptanmadı(p>0.05). Ayrıca çalışmada koruyucu ostomi açılmasının anastomoz gelişimini önlemesi üzerine etkisi de anlamlı bulunmadı (p>0.05). Çalışmanın gücünün arttırılabilmesi için daha büyük örneklem grubunda çalışılmasını önermekteyiz.

P-124
Amebiyazise Bağlı Bir Kolon Perforasyonu Olgusu

Özhan Albayrak, Erdem Kınacı, Mazlum Yavaş, Mert Mahsuni Sevinç, Oğuzhan Tekin
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Entomoeba histolika, ülkemizde güney ve güneydoğu bölgelerinde endemik olan paraziter bir hastalıktır. Parazit bağırsaklara yerleşir ve çoğunlukla mukoza altına kadar penetre edip, musküler tabakayı aşmaz. Çok ender olarak nekroz muskularis tabakasını da aşarak ve barsak perforasyonu gelişebilir. Bu çalışmamızda kolon perforasyonu ile prezente olan bir amebiazis olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:
34 yaşında kadın hasta, 2 günden beri olan karın ağrısı, bulantı, kusma ve dışkılayamama şikayetleri ile başvurdu. Hastanın çekilen batın tomografisinde sigmoid kolon distalinde presakral alan düzeyinde posterior duvarda bütünlük kaybı görüldü. Lökositozu olmayan, fizik muaynesinde akut batın bulguları olan hasta acil operasyona alındı. Operasyonda sigmoid kolonda yaklaşık 3 cm çapında perforasyon odağı görüldü, batın içersinde yaygın pürülan mayi ve fekaloid materyal görüldü. Anastomoz güvenli olmayacağı için Hartman prosedürü uygulandı. Batın kaynaklı sepsis nedeniyle uzun süre geniş spektrumlu parenteral antibiyotik kullanan hasta postoperatif 14. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Patolojik incelemede Entomoeba histolika (Amebiazis) ile uyumlu olarak ülser zemininde eritrosit fagosite etmiş PAS (+) mikroorganizmalar saptandı. 2 ay sonra yapılan kontrol kolonoskoskopisinde ülser ve hemoraji görülmeyen hastanın kolostomisi kapatıldı.

Sonuç:
Amebiazis müphem karın ağrısından, gastrointestinal sistem kanamasına ve kolon perforasyonuna kadar geniş bir spektrumda semptom verebilir. Olası komplikasyonların ciddiyeti göz önünde bulundurularak ayırıcı tanıda akla gelmeli ve erken tedavi başlanmalıdır.

P-125
Delici Kesici Alete Bağlı Perineal Yaralanma Sonucu Gelişen Nekrotizan Yumuşak Doku Enfeksiyonu

Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Ahmet Tekin, Celalettin Vatansev, Metin Belviranlı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç:
Nekrotizan fasit cilt cilt altı ve fasya dokularında hızla ilerleyen morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir enfeksiyondur. İleri yaş, diyabet, immun yetmezlik,malnütrisyon, kalp ve pulmoner hastalıklar risk faktörü olarak sayılabilir. Hastalıkta en sık risk faktörü diyabettir. Bazen basit bir yaralanmada yada spontan olarak başlayabilir. Bizde hiçbir ek hastalığı olmayan delici kesici alete bağlı perineal yaralanması sonucu gelişen nekrotizan fasiit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
30 yaşında erkek hasta delici-kesici alete bağlı olarak skrotum inferiorundan rektuma doğru yaralanması sonucunda yarası sütüre edilerek tedavi edilmiş. 36 saat sonra yaralanma yerinde ağrı,genel durum bozukluğu ve yaralanma yerinden hava gelmesi şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Nekrotizan fasit tanısı konularak acil ameliyata alındı. Distal rektum yaralanması tespit edildi. Debritman +hartman Kolostomi işlemi yapıldı. Enfeksiyon kontrol altına alınıncaya kadar birkaç kez debritman işlemi tekrarlandı. 21. Günde yara granülasyonu olan hastaya yara yeri revizyonu yapılarak taburcu edildi.

Sonuç:
Nekrotizan fasiit mortalitesi yüksek bir enfeksiyondur. Basit gördüğümüz yaralanmalar sonucu da gelişebilir. Perianal bölge yaralanmalarında yara eksplorasyonu yapılıp yaralanmanın trasesi iyi belirlenmeli kirli görülen yaralar sütüre edilmemeli, perine yaralanmalarında rektum yaralanması olabileceği akılda tutulmalıdır.

P-126
Periappediküler Kitle nedeni ile Acil Genel Cerrahi Kliniğimize İnterne edilen Hastaların Etyolojik Dağılımı

Rıza Gürhan Işıl, Metin Yeşiltaş, Hasan Tok, Berk Gökçek, Seracettin Eğin
SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği (Acil Cerrahi), İstanbul

Amaç:
Acil Genel Cerrahi Kliniği'ne başvuran hastaların büyük kısmını sağ alt kadran ağrıları oluşturmaktadır. Bu hastaların büyük kısmı a.apandisit nedeni ile acil şartlarda opere edilmektedir. Amacımız sağ alt kadran ağrısı nedeni ile Acil Genel Cerrahi Kliniğine başvuran hastaların a.apandisit haricindeki etyolojik nedenilerini ortaya koymaktı

Gereç-Yöntem:
Nisan 2014-Ocak 2017 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Genel Cerrahi Kliniği'ne sağ alt kadran ağrısı nedeni ile A.apandisit haricindeki ön tanılar ile interne edilmiş 158 hastanın demografik özellikleri, yatış ve çıkış tanıları, tedavi ve eğer yapıldı ise ameliyat bulgularını retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Toplam 158 olgunun yaş ortalaması 41.3 (89erkek,69kadın) idi. Tüm hastaların ortalama yatış süresi 3.9 gün, opere olan 41 hastanın ortalama yatış süresi 5.3 gün idi. Hastaların 5' ine peruktan apse drenajı, 8' ine tanısal laparoskopi, 11' ine appendektomi, 9' una lap.appendektomi, 4' üne laparoskopik apse drenajı ve 4' üne sağ hemikolektomi yapıldı. Toplam 158 olgunun 31 (21erkek,10 kadın)' i terminel ileit tanısı ile interne edilmişti. Hastaların yaş ortalamaları 36±12 idi. Olguların 1' ine diagnostik laparaskopi uygulandı diğer hastalar medikal tedavi edildi. Hastaların hepsi salah ile taburcu oldu. Toplam 158 olgunun 9 (5 erkek, 4 kadın)'una ne kanser tanısı kondu. Hastaların yaş ortalamaları 54±21 idi. Olgulardan 3' üne mekanik barsak tıkanıklığı nedeni ile sağ hemikolektomi yapıldı. Olgulardan 1' ine percutan apse drenajı yapıldı. Sağ hemikolektomi yapılan olgular hariç diğer 6 olgu elektif şartlarda operasyonu yapılması için Gastrointestinal cerrahi ekibine devir edildi. Toplam 158 olgunun 103 (45 erkek, 58kadın)'ına plastrone appandisit tanısı kondu. Hastaların yaş ortalamaları 44±19 idi. Olgulardan 9' una diagnostik laparoskopi, 4' üne laparoskopik apse drenajı, 9' una laparoskopik appendektomi, 11' ine konvansiyonel appendektomi yapıldı.Olgulardan 4' üne pertütan apse drenajı uygulandı. 5 hastaya ise peruktan apse drenajı uygulandı. 61 hasta ise medikal takip ve tedavi aldı. Toplam 158 olgunun 5 (3 erkek, 2 kadın)'ine inflamatuar barsak hastalığı tanısı kondu. Hastaların yaş ortalamaları 46±18 idi. Hastaların hepsi medikal tedavi edildi. Toplam 158 olgunun 5(5erkek)' ine çekum ülseri/çekum divertiküli/çekal polip (1'i çekum ülseri, 3' u çekum

divertiküliti,1' i çekal polip) tanısı kondu. Hastaların yaş ortalamaları 42±25 idi. Hastaların hepsi medikal tedavi edildi. Toplam 158 olgunun 1(71 yaşında erkek) ' ine terminal ileum invaginasyonu nedeni ile laparatomi uygulandı. Toplam 158 olgunun 117(%74)' si medikal olarak takip edilmiştir.

Sonuç:
Periappendiküler kitle tanısı ile interne edilen hastalar, plastrone apandisitten, çekum tümörüne kadar çok geniş bir tanı aralığında yer almaktadırlar. Hastaları acil şartlarda opere etmeden önce eğer hastaların akut batın bulguları yok ise ileri tetkikini önermekteyiz.

Periappendiküler Kitlelerin Etyolojik Dağılımı

Tanı (n:158)	Sayı	Yüzde
Plastrone Appandisit	103	65.1
Terminel İleit	31	19.6
İnflamatuar Barsak Hastalığı	5	3.1
Çekum Tm	9	5.6
İnvaginasyon	1	0.6
Behçet	1	0.6
Çekum ülseri/Divertiküliti	4	2.5
Mukosel	2	1.2

P-127
İleostomi Kapatılmasında Negatif Basınçlı Dren Kullanımının Postoperatif Yara Yeri Komplikasyonları Üzerine Etkisi

Tevfik Küçükkartallar, Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Selman Alkan, Ahmet Tekin, Celalettin Vatansev
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç:
Kolorektal cerrahide fekal diversiyon amacıyla yapılan ileostomilerin kapatılması sonrası görülen yara yeri enfeksiyonunun azaltılması, yara iyileşme süresinin ve hastanede kalış süresinin kısaltılmasını sağlayarak hasta konforunun artırılması.

Metod:
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ileostomi kapatılması işlemi yapılmış olan hastalar prospektif olarak takip edilerek değerlendirildi. Son 2 yıl içerisinde kliniğimizde yapılan ileostomi kapatılması vakaları çalışmaya dahil edildi. Olgular cilt ve fasya arasına negatif basınçlı dren konularak cilt primer kapatılan ve dren kullanılmadan cildin kısmen açık bırakıldığı (purse string) vakalar olmak üzere ikiye ayrıldı. Gruplar arası yara yeri enfeksiyonu, hastanede kalış süreleri ve yara yeri iyileşme süreleri karşılaştırıldı. Veriler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular:
Çalışmamızda cilt ve fasya arasına negatif basınçlı dren konularak kapatılan vakalarda enfeksiyon oranının daha düşük olduğu, yara iyileşme ve hastanede kalma sürelerinin daha kısa olduğu tespit edildi.

Sonuç:
İleostomi kapatılması işlemi yapılan hastalarda fasya ile cilt arasındaki cilt altı mesafeye negatif basınçlı dren konulması yara yeri enfeksiyonunu, hastanede kalış ve yara iyileşme süresini azaltmaktadır.

P-128
Sistemik Lupus Eritematozusa Bağlı Nadir Bir Komplikasyon: İntestinal Psödo Obstruksiyon Olgusu

Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Selman Alkan, Hakan Kırıt, Faruk Aksoy
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

İntestinal psödo obstrüksiyon (İPO), barsaklarda motilitein mekanik yada obstrüktif bir sebebe bağlı olmadan bozulması olarak tanımlanmaktadır. Klinik bulgular genelde abdominal semptomlardan oluşmaktadır. Bu semptomlar sıklıkla distansiyon, ağrı, bulantı ve kusmadır. Radyolojik bulgular ise ince barsakta gaz distansiyonu ve hava–sıvı seviyesidir. Sistemik lupus eritematozus (SLE) ile birlikte intestinal psödo obstruksiyonun görüldüğü vaka sayısı literatürde <30 vaka olarak rapor edilmiştir(4). İntestinal psödo obstrüksiyon tedavi yönetimi uzun dönem sonuçlarda hayal kırıklığı yaratmaktadır(1). SLE'de ise bilinenin tersine İPO yönetiminde erken dönemde immünsüpresif tedaviye güzel yanıt alınmaktadır. Bu olgumuzda kliniğimize ileus bulguları ile başvuran 18 yaşında kadın hastaya koyulan SLE bağlı İPO tanısı ile tedavi yönetimi olgusunu paylaşmaktayız.

P-129
Akut Divertikülit Nedeni ile İnterne Edilen Hastalarımız Sonuçları

Metin Yeşiltaş, Rıza Gürhan Işıl, Berk Gökçek, Seracettin Eğin, Semih Hot, Hasan Tok
SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği (Acil Cerrahi), İstanbul

Amaç:
Akut divertikülit batı toplumunda sık görülen ve Ülkemizdede sıklığı giderek artan bir hastalıktır. Literatürde Divertiküler Hastalığın etyolojisi, doğal seyri ve komplikasyonları ile ilgili fikir birliği olmasına rağmen Akut Divertikilüt tedavisi ile ilgili fikir birliği yoktur. Geçmişte akut divertikülit in tedavisi rezeksiyon ve kolostomi iken günümüzde mümkün olduğu kadar non-operatif yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Acil Genel Cerrahi Kliniğimize akut batın tanısı ile yönlendirilen ve akut divertikülit tanısı olan hastalarımızın sonuçlarını cerrahi uygulanan ve uygulanmayan hastalar olarak irdelemek istedik

Gereç-Yöntem:
Nisan 2014-Ocak 2017 tarihleri arasında acil servisimize karın ağrısı şikayeti ile gelen, akut batın nedeni ile Acil Genel Cerrahi Kliniği' nden konsültasyon istenen ve bunlar içerisinden akut divertikülit tanısı alarak interne edilen hastaların prospektif olarak kayıt edilen verileri retrospektif olarak incelendi.

Hastaların demografik verileri, radyoloji bulguları, tedavi modaliteleri, hastanede kalış süreleri, morbidite ve mortalite oranları değerlendirildi.

Bulgular:
Toplam 71 hastanın 39'u (%54.9) erkek, 32'si (%45.1) kadın ve ortalama yaş 56.4 (min:24,max:94) idi. Toplam 71 hastanın 18'i (%25.3) cerrahi, 53'ü (%74.7) medikal olarak tedavi edildi. Tüm hastaların ortalama yatış süresi 6.8 gün idi. Medikal takip edilen hastaların ortalama yatış süresi 3.4 gün iken cerrahi olarak tedavi edilen hastaların ortalama yatış süresi 17 gün idi. Hinchey Sınıflamasına(H) göre 71 hastanın 45'i H1, 9'u H2, 14'ü H3 ve 3'ü H4 idi. Cerrahi olarak tedavi edilen 18 hastanın H sınıflamasına göre 1'i H1, 2'si H2, 12'si H3 ve 3'ü H4 idi. Cerrahi olarak tedavi edilen 18 hastanın 3'ü (2' si H3, 1' i H4) exitus oldu. Cerrahi yöntemlerin sınıflamasına bakar isek 1 H1 hastaya diagnostik laparoskopi, 2 H2 hastanın 1'ine peruktan drenaj diğerine ise laparatomi+primer sütur, 12 H3 hastanın 4'üne hartman kolostomi, 2'sine hartman prosedürü, 2'sine rezeksiyon + primer anastomoz, 3'üne laparoskopik peritoneal lavaj ve 1'ine laparatomi ve peritoneal lavaj, 3 H4 hastanın 2'sine hartman kolostomi ve 1'ine hartman prosedürü uygulanmıştır.
Sonuç:
Komplike olmayan divertikülitlerde medikal tedavi etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Komplike divertikülitlerde ise nonrezeksiyonel yaklaşımların morbidite ve mortalite üzerine olumlu etkisi vardır.

P-130
Kolonoskopi Sırasında Oluşan İatrojenik Kolon Perforasyonları Medikal veya Minimal İnvazif Yöntemler ile Takip Edilebilir

Hasan Tok, Metin Yeşiltaş, Rıza Gürhan Işıl, Berk Gökçek, Semih Hot, Seracettin Eğin
SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği (Acil Cerrahi), İstanbul

Amaç:
Kolonoskopi, kolorektal sistem hastalıklarının hem tanısı, hem de tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Bununla birlikte mortaliteye kadar gidebilecek komplikasyonları vardır. Bu çalışmada amacımız Hastanemiz Acil Genel Cerrahi Kliniğine Kolonoskopi sonrası oluşan perforasyon nedeni ile sevk edilmiş hastalardaki tanı, tedavi ve takip sonuçlarımızı irdelemektir.

Gereç-Yöntem:
Nisan 2014-Ocak 2017 tarihleri arasında kolonoskopik inceleme sonrasında perforasyon ön tanısı ile Hastanemiz Acil Genel Cerrahi Kliniğine sevk edilen ve tetkiklerinde kolon perforasyonu saplanan hastaların prospektif olarak tutulan verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, radyoloji bulguları, tedavi modaliteleri, hastanede kalış süreleri, morbidite ve mortalite oranları değerlendirildi.

Bulgular:
Yaş ortalaması 66 (min:51,max:81) olan 6 (4erkek,2kadın) hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Hastaların 6'sında dış merkezde kolonoskopi işlemi uygulanmıştı. Perforasyon bölgelerine göre hastaların 3'ünde sigmoid kolon, 1'inde rektosigmoid köşe, 1'inde inen kolon ve 1'inde çekumda perforasyon vardı. Hastaların 3'ü medikal, 1'i kolonoskopik klips, 1'i laparatomi ve primer süturasyon ve 1'i laparoskopik primer süturasyon ile tedavi edilmiştir. 6 hastanın ortalama yatış süresi 6.6 gündür. Cerrahi tedavi uygulanan 2 hastanın ortalama yatış süresi 7.5 (Laparatomi:10gün, Laparoskopi:5gün) gündür. Kolonoskopik klips uygulanan hastanın yatış süresi 4 gündür. Medikal olarak takip edilen 3 hastanın ortalama yatış süresi 7 gündür. Laparoskopik primer tamir yapılan hastanın kolonoskopi sonrası ameliyata kadar geçen süre 24 saat, laparatomi ve primer tamir yapılan hastanın perforasyon sonrası ameliyata kadar geçen süresi 48 saattir. Endoskopik klip konularak tedavi edilen hastanın re-kolonoskopi süresi 4 saattir.

Sonuç:
Kolonoskopiye bağlı iatrojenik yaralanmalar düşük oranlarda görülmekle birlikte ciddi morbidite ve mortalite ile birlikte seyredebilmektedir. Özellikle tedavi amaçlı yapılan kolonoskopilerden sonra daha sık perforasyon gelişmekte ve daha geç semptom vermektedir. Kolonoskopi sonrası gelişen perforasyonların yönetiminde literatürde bir fikir birliği yoktur. Hastanemiz Acil Genel Cerrahi Kliniği olarak uygun iatrojenik kolon perforasyonlarına minimal invazif işlemler ile tedavi etme fikrindeyiz.

P-131
Hemodiyaliz Hastasında Akut Batın Nedeni Olarak İzole Sağ Kolon Nekrozu

Berk Gökçek, Hasan Tok, Rıza Gürhan Işıl, Metin Yeşiltaş, Seracettin Eğin, Semih Hot, Hakan Tezer, Sedat Kamalı
SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği (Acil Cerrahi), İstanbul

Amaç:
İzole sağ kolon iskemisi olan kronik böbrek yetmezlikli (KBY) bir olguyu tartışmak

Olgu:
Olgumuz 50 yaşında kadın, yaklaşık 24 saattir devam eden karın ağrısı şikayeti ile hastanemiz acil servisine müracaat etti. Bir gün önce hemodiyalize girdiği öğrenilen hastanın yapılan muayenesinde sağ üst ve alt kadranda hassasiyet tespit edildi. 9 yıldır KBY hastası olan olgumuz haftada 3 gün diyalize giriyor. Sol nefrektomi, laparoskopik kolesistektomi ve TAH + BSO operasyonları geçirmiş olan hastanın tetkiklerinde WBC:12900 uL, Hb: 16 g/dl, Hct: %47.9, PLT:130000 uL, Üre: 135 mg/dl, Kreatinin: 9.07 mg/L, ALT:67 U/L, AST:66 U/L, LDH:239 U/L, ALP:168 U/L, GGT:300 U/L, Total bilirubin:1.17 mg/dl, Direk bilirubin: 0.8 mg/dl, K:5.96 mmol/L, Ca:11 mg/dl, CRP:439 mg/L olarak bulundu. Ayakta direk batın grafisinde özellik izlenmedi. Batın ultrasonografisinde karaciğer ve sağ böbrekte kistler izlendi. Çekilen MR kolanjiografide Koledok 10 mm ve wirsung kanalı 3 mm çapında ölçüldü, hafif dilate olarak değerlendirildi. Batın tomografisinde (BT) karaciğer ve sol böbrekte kistler, sağ lomber bölgede fasya defekti izlendi. Hastanın şikâyeti gerilemedi, fizik muayenede periton irritasyon bulguları olması ve hipotansif hale gelmesi üzerine ameliyata alındı. Genel anestezi altında median

insizyonla batına girildi. Eksplorasyonda sağ kolon ileoçekal valvden hepatik fleksuraya kadar izole olarak nekrotikdi. Sağ hemikolektomi yapıldı. İleum uç ileostomi şeklinde sağ alt kadrandan transvers kolon muköz fistül şeklinde sol üst kadrandan batına ağızlaştırıldı.2 gün yoğun bakımda takip edildikten sonra ameliyat sonrası 9. gün komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edildi.

Sonuç:
Kronik böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda zaman zaman hipotansiyon gelişmekte ve buna bağlı olarak iskemik kolit görülebilmektedir. Semptomların hemodiyalizden sonra başlaması önemli bir belirtidir. İskemik kolit şüphesi varlığında batın tomografisi tanı koymada yardımcı olabilir. Bizim olgumuzda BT iskemik kolit açısından bilgilendirici olmamıştır. Hemodiyaliz hastalarında ateroskleroz diyaliz yaşı arttıkça artan bir sıklıkla görülmektedir. Özellikle diyaliz yaşı büyüdükçe ve iki diyaliz arası oral sıvı alımı fazla olan hastalarda hemodiyaliz sırasında fazla sıvı çekilmesine bağlı olarak hipotansiyon sıklıkla görülmektedir. Aterosklerotik zeminde uzun süreli hipotansiyon diyaliz hastalarında izole nekrozlara sebep olabilmektedir.

P-132
Akut Apandisit Tanısıyla Laparoskopik Apendektomi Yapılan Vakalarda Erken Geri Dönüş Nedenleri

Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Ahmet Tekin, Tevfik Küçükkartallar, Metin Belviranlı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya

Amaç:
Akut apandisit tanı ve tedavisinde laparoskopik apendektomi karın içini tümüyle değerlendirme ve minimal invaziv olması nedenleriyle oldukça avantajlı bir yöntemdir. Kliniğimizde son 5 yılda akut apandisit tanısıyla yatırılan hastalarımıza en çok uyguladığımız yöntem olan laparoskopik apendektomi ameliyatını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod:
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesinde 2012-2017 yılları arasında laparoskopik apendektomi uygulanan 848 olgu retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. Hastaların demografik verileri, ameliyat süreleri, intraoperatif komplikasyonlar, hastanede yatış süreleri, postoperatif komplikasyonlar, erken geri dönüş nedenleri yönünden değerlendirildi. Veriler kayıt altına alındı.

Bulgular:
Laparoskopik apendektomi uygulanan 848 vakanın 300'ü (%35,3) kadın, 548'i (%64,7) erkekti. Laparoskopik apendektomi uygulanan 848 vakanın 4›ünde yara yeri enfeksiyonu, 2›sinde trokar yeri fıtığı, 2›sinde kesi yerinde hematom, 4›sinde intrabdominal abse ve 2›inde de intraabdominal hematom saptandı.

Sonuç:
Laparoskopik apendektomi güvenle uygulanan minimal invaziv bir yöntemdir. Deneyimli merkezlerde ilk tercih olabilir.

P-133
Endoskopik Rektumdan Yabancı Cisim Çıkarılması

Sami Doğan, Mehmet Fuat Çetin, İsmet Özaydın
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Düzce

Amaç:
Rektumda yerleşen yabancı cisimler son yıllarda giderek artan bir oranda görülmekte ve yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle önemli acil cerrahi sorunlardan birini oluşturmaktadır. Ağızdan alım sonrası rektumda takılan yabancı cisimler daha çok entelektüel düzeyi düşük, zihinsel özürlü ve yaşlı kişilerde, hırsızlarda ve kaçakçılarda görülürken, anüsten itilen cisimler ise genellikle orta yaşlı erkeklerde cinsel uyarıcı olarak kullanılmasıyla karşımıza çıkmaktadırBu yazımızda kolonoskopik olarak çıkarılan rektal yabancı cisim olgusu sunuldu.

Olgu:
20 yaşında erkek hasta makat çevresinde ve kasıklarda ağrı şikayetiyle başvurdu. Hasta cinsel tatmin amacıyla salatalık kullandığını içeri kaçınca çıkaramadığını ifade etti. Olay ile olgunun hastaneye başvurması arasında geçen süre dört saatti. Ayakta karın grafisinde perforasyon saptanmazken yabancı cisim rektosigmoid bileşkede görüntülendi. Genitoüriner sistem muayenesi, geniş spektrumlu antibiyotik profilaksisi sonrasında sedasyon eşliğinde endoskopi ünitesinde yapıldı. Anal sfinkterde ve perianal bölgede travmaya ait herhangi bir patoloji saptanmadı. Kolonoskop ile girilip cisim görüldü, snear yardımıyla çıkışa yaklaştırıldı anal dilatasyon sonrasında yabancı cisim forseps yardımıyla elle dışarı çıkarıldı. Kontrol rektosigmoidoskopide yüzeyel mukozal laserasyonlar gözlendi. Tedavi ilgili herhangi bir komplikasyon olmaksızın, hasta 24 saat sonra taburcu edildi.

Tartışma:
Rektal yabancı cisim şikayetiyle başvurularda şemsiye sapı, taş, ampul, kemikler, dental protezler, çay bardağı, termometre, deney tüpleri, çeşitli şekil ve boyda şişeler, patlıcan, havuç vb. değişik cisimler bildirilmiştir. Hastalarda en belirgin yakınma rektum veya alt karında ağrı ve rahatsızlık hissidir. Hastalar hastaneye karın ağrısı, gaz çıkaramama, defekasyon yapamama, tenezm, rektal kanama yakınmalarıyla başvururlar. İlk başvuruda peritonitis bulguları ile de gelebilir. Ayrıntılı öykü, tam bir fizik muayene, dikkatli proktoskopi ile birlikte karın ve pelvisi içeren iki yönlü grafiler tanıda önemlidir. Tanı koyarken hastanın vermiş olduğu doğru ifade önemlidir. Genellikle hastalar olayın nasıl meydana geldiğini gizlemeye çalıştıkları için hastaya veya yakınlarına yargılayıcı değil yardımcı olma prensibi ile yaklaşmak hikayeyi daha doğru öğrenmemize yardımcı olacaktır. Bununla birlikte hastalar çoğu zaman hikayeyi farklı yansıtsalar bile yabancı cismin ne olduğunu konusunda doğru söylerler. Hastalara profilaktik antibiyotik tedavisi, tetanoz profilaksisi verilmesi ve olguların genitoüriner travma açısından da kontrol edilmesi önerilmektedir. Rektoskopi, sigmoidoskopi, konvansiyonel radyografiler ve suda çözünen opak madde verilerek çekilen grafiler, daha çok üst rektum ve sigmoid kolona geçen yabancı cisimlerin tanısında kullanılabilir. Rektal yabancı cisimlerin transanal yolla çıkarılabilmeleri için kolonoskop, Foley

kateter, vakum ekstraktör ve endotrakeal tüp gibi aletlerden de yararlanılabileceği bildirilmiştir. Yabancı cisimlerin transanal yoldan çıkartılamadığı durumlarda ise laparotomi yapılarak, öncelikli olarak intraabdominal ekstraluminal yolla cisim anüse doğru itilmeli ve transanal yoldan çıkarılmaya çalışılmalıdır. Rektumdaki yabancı cisimlere bağlı perforasyon gelişebilir. Peritoneal refleksiyonun üzerinde olan perforasyon olgularında direkt karın grafilerinde serbest hava görülebilir. Perforasyon saptanan olgularda geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi yanında, eğer hasta erken dönemde başvurmuşsa, peritoneal kirlenme yoksa ve perforasyon düzgün kenarlı ve küçük ise primer onarım uygulanabilir. Ancak olguların çoğunda fekal kontaminasyon olduğundan, bu durumda perforasyon alanı tamir edilerek proksimal loop kolostomi ya da sigmoid uç kolostomi ve Hartmann prosedürü yapılması gerektiği bildirilmiştir. Uyuşturucu kaçakçılığı amacıyla yutulan paketler yırtılabilirler. Bu paketlerin çıkarılmasında, yırtılmanın yol açabileceği ölümcül toksisiteyi önlemek için endoskopik girişimlerden kaçınılmalıdır. Gastrointestinal kanalda ilerleme göstermeyen ve yırtılma olasılığı olan olgularda acil cerrahi girişim uygulanmalıdır.

Sonuç:
Rektumdaki yabancı cisimlerin tipi,uzunluğu, şekline bağlı olarak müdahaleler değişmekle beraber endoskopik olarak güvenlede çıkarılabilir.

P-134
Akut Apandisit Tedavisinde 2 Port ve 3 Port Laparoskopik Appendektomi ile Açık Appendektominin Etkinlik ve Maliyet Değerlendirmesi

Oğuzhan Sunamak[1], Turgut Dönmez[2], Hüseyin İmam Avaroğlu[2]
[1]Haydarpasa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Lutfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Appendektomi cerrahide en çok yapılan ameliyatlardan biridir. Açık ve laparoskopik (LA) olarak yapılmaktadır. Laparoskopik olarak da 3 port, 2 port ve tek porttan yapılabilmektedir.Burada açık, 3 port ve 2 porttan yapılan appendektomileri etkinlik, güvenilirlik ve maliyet açısından karşılaştırdık.

Gereç-Yöntem:
2015 ocak -2016 aralık tarihleri arasında Lütfiye Nui Burat Devlet hastanesinde komplike olmayan apandisit tanısıyla ameliyata alınan hastalar çalışmaya dahil edildi. Yapılan retrospektif incelemede Açık(43), 2li(40) ve 3lü (41) port laparoskopik ameliyat edilen toplam 124 hasta retrospektif olarak, yaş, cinsiyet, ASA, boy ve kilo, lökosit sayısı, cerrahi süresi, ve hastanede kalış süresi,hastane maliyeti, dren kullanımı ve komplikasyonlar açısından incelendi.İstatiksel analizler SPSS 17.0 kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular:
Gruplar arasında yaş, ağırlık, cerrahi süresi anlamlı farklılık gösterdi. Yaş ve cerrahi süres 2-port LA da 3 porta LA ve açık appendektomiye göre daha düşüktü.(p<0,001).Hastane maliyeti açısından açık appendektomi 2 port ve 3 port LA ye göre daha düşüktü.(p<0,001). Cinsiyet, Taburcu zamanları, dren kullanımı, yara yeri enfeksiyonu 3 grup arasında istatiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

Sonuç:
Laparoskopik appendektomi,appendektomi ameliyatlarında yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ancak maliyet ve toplam insizyon açısından hala tartışılmaktadır.Çalışmamızda açık appendektomi ameliyatlarının maliyet açısından laparoskopik ameliyatlar üstünlüğü bariz olarak göze çarpmaktadır.Ancak laparoskopik ameliyat tekniklerinin konfor ve işe dönüş açısından üstünlükleri tartışılmaz bir gerçektir.

Tablo 1

	grup 1(2 port) n:40	grup 2(3 port) n:41	grup3(açık) n:43	p value
Yaş(y)	20,80±2,775	26,12±7,859	24,33±6,84	0,001
Cinsiyet(e/k)	27/13	22/19	33/10	0,080
Lökosit sayısı	13290±1565,9	12129±2021,1	12572±1773,1	0,341
Cerrahi süre	23,18±6,12	27,63±4,05	25,44±5,41	0.001
Yara yeri infeksiyonu	1	2	6	0,103
Maliyet(tl)	1275±134,8	1810±168,2	750,51±122,815	0,001

Hastaların demografik ve operasyon verileri

P-135
Endometriozisin Neden Olduğu Çekal Apendiksin İntussepsiyonu: Laparoskopik Yönetim Olgu Sunumu

Gökhan Pösteki, Alican Güreşin, Sertaç Ata Güler, Ersin Kılıç, Turgay Şimşek, Nihat Zafer Utkan
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç:
Apendiks intussepsiyonunun eşlik ettiği bir akut apandisit olgusunun yönetimini literatür eşliğinde değerlendirildi.

Olgu:
35 yaşında bayan hasta ani başlangıçlı karın ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü bulunmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Yapılan laboratuar incelemesinde WBC:7.89x10'3/uL, CRP:0.35 mg/dl İdi. Yapılan ultrasonografide apendiks 2 cm uzunluğunda invajine izlenmiş ayrıca duvarı ödemli ve çapı artmış olarak değerlendirildi. Radyolojik tanı intussepsiyonun eşlik ettiği akut apandisit ile uyumlu idi. Hastaya operasyon kararı alındı. Laparoskopi yapılan hastada çekumda inflamasyon ve ödem mevcuttu. Tenya kolilerin birleşim yerinde yaklaşık 1 cm appendiks segmentinin çekum dışında, kalan kısmının ise tamamıyla çekum içinde olduğu görüldü. Çekal kaf wedge rezeksiyonuna karar verildi. Apendiks intussepsiyonunun olduğu noktadan fibröz bantlar diseke edildiğinde yaklaşık 1 cm lik kısmı daha çekum dışına mobilize edilebildi. Çekum lateral peritondan yeteri kadar mobilize edildi. İleoçekal valv etkilenmeyecek şekilde laparoskopik lineer stapler aracılığıyla intussepsiyona uğrayan apendikside içine alacak şekilde

çekum wedge rezeksiyonu gerçekleştirildi. Piyes karın dışına alınarak yapılan kontrolde apendiksin total olarak eksize edildiği görüldü ve dren konularak operasyona son verildi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 6. gününde sıhhatle taburcu edildi. Patoloji spesmen sonucu endometriozis olarak bildirildi.

Sonuç:
Endometriozis semptomları, bulunduğu organın yerine göre değişkenlik gösterir. Apendikste görülen endometriozis farklı kategorilerde semptomatolojiye sahiptir. Bir grup hasta akut apandisit kliniği ile bir grup hasta apendiks intussepsiyonu ile, bir grup hasta ise kronik abdominal ağrı, bulantı ve melena ile başvurabilirler. Bazı cerrahlar ifade etmektedir ki apendiks intussepsiyonlarında apendektomi ile beraber çekal kaf rezeksiyonununda yapılmasını önermektedirler. Çünkü yapılan apendektomi sonrasıda apendiks güdüğünün yeniden intussepsiyona uğrayabileceğini ayrıca apendiks güdük kaçağının önlenebileceğini öngörmüşlerdir. Bizde olgunun yönetiminde apendiks intussepsiyonu olması sebebiyle çekal kaf wedge rezeksiyonu gerçekleştirdik.

P-136
Evre II-II Rektum Kanserinin Küratif Rezeksiyonunda <12 Lenf Nodu Çıkarılmasının Onkolojik Sonuçlara Etkisi ve Sağ Kalımı Etkileyen Diğer Patolojik Faktörler

Elif Çolak
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Amaç:
Evre II-III rektum kanserinin (RC) küratif rezeksiyonundan sonra sağ kalımı etkileyen patolojik verileri tanımlamak ve <12 lenf nodu(hLN) çıkarılmasının onkolojik sonuçlara etkisini araştırmak.

Gereç-Yöntem:
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2008-2013 yılları arasında küratif rezeksiyon yapılan tüm evre II-III rektum kanseri tanılı hastalar otomasyon sistemi üzerinden retrospektif olarak tarandı. Hastaların cinsiyeti, yaşı, tümör boyutu, AJCC evresi, invazyon derinliği, hLN sayısı, pozitif hLN›ler, vasküler invazyon, perinöral invazyon, tümör histolojisi ve neoadjuvan/adjuvan tedavi durumu kaydedildi. Analiz edilen hastaların sağ kalım bilgilerine hastane kayıtları, telefon görüşmesi ve ya nüfus müdürlüğü kayıtlarından ulaşıldı.

Bulgular:
Toplam 99 hasta, medyan takip sürresi 35 ay, 3 yıllık genel sağ kalım (OS) ve relapssız sağ kalım (DFS) sırasıyla;% 67.5 [% 95 güven aralığı:% 59.5 -% 75.6] ve% 71.9 [% 95 güven aralığı:% 64.1 -% 79.8] idi. Pozitif hLN› ler, perinöral invazyon, T4 invazyon derinliği, neoadjuvan kemoradyoterapi (NCRT) durumu ve evre IIIC hastalık OS›yi bağımsız olarak etkiledi. Evre II-III RC›de <12 hLN›ler ve sağ kalım oranları arasında herhangi bir ilişki yoktu.

Sonuç:
Bu çalışma, hLN sayısının sağ kalıma herhangi bir etkisi olmadığını, buna karşın pozitif hLN sayısının kötü prognostik belirteç olduğunu göstermiştir. Evre II-III rektum kanserinde metastatik olmayan hLN›lerin azlığının onkolojik sonuçlara negatif etkisi görülmemiştir.

P-137
Lokal İleri Sağ Kolon Tümörlerinde En bloc Sağ kolektomi ve Pankreatikoduodenektomi. Dokuz Eylül Üniversitesi Deneyimi

Cihan Ağalar, Aras Emre Canda, Tarkan Ünek, Selman Sökmen, Mehmet Füzün
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Kolorektal kanserde komşu organ invazyonunun oranı % 5.5 - 16.7 arasında bildirilmektedir. daha az lokal invaziv potansiyeli olduğu bilinmesine karşın sağ kolon tümörleri de duoudenum pankreas ve diğer çevre dokulara invaze olabilmektedirler. özellikle duodenum ve pankreasa olan invazyon major bir cerrahi girişim gerektirmektedir.
Bu çalışmanın amacı, lokal ileri sağ kolon kanserlerinde pankreatikoduodenektomi ile birlikte en bloc sağ kolektomi konusundaki deneyimimizi bildirmektir.

Olgu:
Merkezimizde 2000 2012 yılları arasında ortalama yaşı 62 (55-74) olan 4›ü elektif, 1›i acil şartlarda olmak üzere 5 hastaya en bloc sağ hemikolektomi ve pankreatikoduodenektomi uygulandı. ortalama ameliyat süresi 420 (380-490) dk. idi perioperatuvar mortalite ve major (clavien dindo (3-5)) morbidite görülmedi. ortalama sağkalım 42.1 ay olarak ölçüldü(4.5 - 70.4 ay).

Sonuç:
Preoperatif evrelemede ya da peroperatuvar karşılaşılan lokal ileri tümörlerin çevre dokularla olan infiltrasyonları, malign infiltrasyon olarak kabul edilmeli ve çevre dokular ile birlikte çıkarılmalıdır. Bu dokuların sepere edilerek çıkarılması yüksek erken rekurrens oranları ile ilişkinlendirilmektedir. En bloc pankreatikoduodenektomi ce sağ hemikolektomi deneyimli merkezlerde kabul edilebilir morbidite ve mortalite oranları ile uygulanabilmektedir.

P-138
İnce Barsakta 3 Farklı Lokalizasyonda Lenfoma: Olgu Sunumu

Burak Veli Ülger, Esra Hamurcu, Mesut Gül
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç:
Primer GİS lenfomaları, tüm GİS malignitelerinin %1-4'ünü oluşturur (1*2). En sık görülen semptomları karın ağrısı, iştahsızlık, GİS kanaması ve diyaredir. Bazı hastalar GİS obstruksiyonu veya perforasyonu ile başvurur. Klinik bulguları benzediği için, Primer GİS lenfomalarının GİS'in diğer malign hastalıklarından ayırımı zordur (1*kendisi). Primer GİS lenfoması en sık midede, 2. sıklıkta ise ince

barsaklarda görülür. Primer GİS lenfomalarının çoğunda tek bir kitlesel lezyon vardır ve bu lezyon Primer İnce Barsak lenfomalarında genellikle ileum'un son 100 cm'si içerisindedir. Primer GİS lenfomalarının %93'ü B hücre kökenlidir. Primer İnce Barsak lenfomalarının en sık görülen tipi Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma'dır. Diğer sık görülen tip ise MALT kaynaklı lenfomadır. Primer İnce Barsak Lenfomalarında hastalar genellikle kanama, obstruksiyon veya perforasyonla başvurdukları için, cerrahi tedavi neredeyse kaçınılmazdır. Cerrahi tedavide radikal sağ hemikolektomi, ince barsak rezeksiyonu, palyatif cerrahi yöntemler vb. tarif edilmiştir. Cerrahi sonrasında hastalara CHOP protokolü ile kemoterapi, Rituximab ile B hücrelerinin inaktivasyonu vb. protokoller tarif edilmiştir. Biz bu çalışmamızda, obstruksiyon bulgularıyla hastanemize başvuran ve takiplerinde GİS perforasyonu tanısıyla ameliyata alınan ve jejenum ve ileumda 3 adet kitlesel lezyon saptanan ve patolojik inceleme sonucu Burkitt Lenfoma tanısı alan bir olguyu sunacağız.

Olgu:
61 yaşındaki erkek hasta, karın ağrısı, bulantı kusma şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Çalışılan hemogramı normaldi. ADBG de incebarsakta yaygın gaz gölgesi olmasına rağmen (Şekil 1) genel cerrahiye konsulte edilmeden reçete ile externe edilmişti. Şikayetleri devam eden hasta Gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş ve ileri tetkik için yatırılmıştı. Burada yapılan abdomen US'sinde 10 mm'ye varan konsantrik duvar kalınlaşması olan dilate barsak ansları (intestinal tümör?) görülmüştü. Çekilen Abdomen BT'de de yaklaşık 6,5 cm lik ileal segmentte 9 mm ulaşan duvar kalınlık artışı ve sol alt kadranda 10 cmlik ince barsak segmentinde genişleme, duvar kalınlaşması ve lümen içerisinde aktif hemoraji ile uyumlu hiperdens görünüm saptandı (Şekil 2). Bunun üzerine hastaya önce üst GİS endoskopisi yapılmış, bunda patoloji saptanmayınca Çift Balon Enteroskopi yapılmıştı. Enteroskopi sonucunda Jejunum ortalarında yaklaşık 5-6 cm lik segmentte lümenin yaklaşık yarısını kaplayan üzeri beyaz eksudayla kaplı ülsere lezyon izlenmiş ve Bx alınmıştı. Daha sonra hastaya PET CT çekilmiş ve ince barsaklarda 4 yerde artmış FDG tutulumu saptanmıştı. Takiplerinde akut karın bulguları gelişen hasta tarafımıza konsulte edildi ve GİS perforasyonu tanısıyla ameliyata alındı. Laparotomi yapılan hastanın batınında serbest GİS içeriği olduğu, Treitz'den itibaren 40. cm'de, 130. cm'de ve 260. cm'de yaklaşık 10'ar cm lik segmentlerde duvar kalınlaşmasıyla birlikte kitlesel lezyonlar olduğu ve bu lezyonlardan 130. cm de olanının antimezenterik yüzden perfore olduğu görüldü(Şekil 3, 4, 5). 260. cm deki lezyonda da daha önceden perforasyon olduğu ancak omentum ve çevredeki ince barsaklar tarafından sınırlandırılmış olduğu saptandı. Her 3 lezyon ve perforasyonu sınırlamış olan omentum bölümü rezeke edildi. Rezeksiyon yapılan her 3 bölgede lineer stapler kullanarak yan yana ince barsak anastomozu yapılarak GİS devamlılığı sağlandı. Takiplerinde problem olmayan hasta, ameliyat sonrası 8. gün önerilerle taburcu edildi. Spesmenin patoloji sonucu Burkitt Lenfoma olarak raporlandı ve hasta medikal onkoloji polikliniğine yönlendirildi.

Sonuç:
GİS obstrüksiyonu bulgularıyla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda ince barsak lenfoması da akılda tutulmalıdır. Görüntüleme yöntemleriyle saptanan ince barsak duvarında kalınlaşma ve lümende genişleme bulguları lenfoma için tipiktir. İnce barsak lenfoması olan hastalar genelde obstrüksiyon ya da perforasyon gibi geç bulgularla başvurdukları için cerrahi tedavi neredeyse kaçınılmazdır. İnce barsak lenfomalarının %90dan fazlasında ince barsakta tek lezyon saptanırken, nadiren multiple lezyonlar da görülebilir. İnce barsak lenfomalarında en sık görülen histolojik tip Diffüz Büyük B Hücreli lenfoma olsa da, bizim olgumuzda karşılaştığımız gibi Burkitt lenfoma da görülebilir. Cerrahi tedavi sonrası hastalar kemoterapi için onkoloji kliniğine yönlendirilmelidir.

P-139
Apendiks Nöroendokrin Tümör; Klinik Deneyimlerimiz

Kazım Çağlar Özçelik[1], Sevim Turanlı[2], Alp Yıldız[1], Hüseyin Göbüt[1], İsmail Zihni[3]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara
[3]Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Van

Amaç:
Apendektomi sonrası apendiks noroendokrin tümörünün görülme sıklığı, epidemiyolojik, histopatolojik özellikleri, uygulanan tedaviler ve klinik seyirleri incelendi.

Yöntem-Gereçler:
Akut apandisit ön tanısıyla ameliyata alınan veya başka nedenle ameliyat edilen ve apendikste şüpheli kitle saptanarak apendektomi uygulanan 975 hasta arasından histopatolojik incelemesi nöroendokrin tümör raporlanan 9 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Apendektomi yapılan hastaların %0,9'unda apendiks nöroendokrin tümör saptandı. Hastaların 5'i erkek 4'ü kadın ve median tanı yaşı 32 (range;12-57) olarak saptandı. Nöroendokrin tümör tanısı 8 hastada akut apandisit ön tanısıyla yapılan apendektomi ile 1 hastada ise sol kolon tümörü nedeniyle yapılan sol hemikolektomide apendikste şüpheli kitle saptanmasıyla yapılan sağ hemikolektomi ile konuldu. Tümör hastaların 8'inde apendiksin distalinde, 1'inde apendiks tabanında yerleşim göstermekteydi. Tümör boyutu; %77,8 hastada 1 cm'in altında, %22,2 hastada 1–2 cm arasında ve median 0,6cm(range;0,2-1,5cm) saptandı. İnvazyon derinliği 4 hastada muskularis propria, 3 hastada seroza ve 2 hastada mezoapendiks invazyonu şeklindeydi. Mezoapendiks invazyonu saptanan 2 hastaya sağ hemikolektomi yapıldı. Bu hastaların spesmenlerinde rezidü tümör ve lenf nodu metastazı saptanmadı. Hastalar medyan 72 ay takip edildi. Kolon tümörü nedeniyle opere edilen hastanın takibinde metakron kolon tümörü gelişti. Bu hasta progresif hastalığa bağlı kaybedildi. Diğer hastalar halen hastalıksız takip edilmektedir.

Sonuç:
Apendiks nöroendokrin tümöründe tanı sıklıkla apendektomi sonrası spesmenin patolojik incelenmesi ile konulmaktadır.

Tümör boyutu ve invazyon derinliği hastalığın yaygınlığını belirlemede, uygulanacak cerrahinin seçiminde önemlidir.

Tümörün demografik ve histopatolojik özellikleri

		n(%)
Cinsiyet	Erkek	5(%55.5)
	Kadın	4(%45.5)
Tümör boyutu	1 cm'den küçük	7(%77,8)
	1-2 cm arası	2(%22,2)
Tümör lokalizasyonu	Apendiks distali	8(%88,9)
	Apendiks tabanı	1(%11,1)
Lenf nodu invazyonu	yok	0(%0)
İmmunokimyasal Değerlendirme	chromogranin ile boyanma	9(%100)
	synaptophysin ile boyanma	9(%100)
Grade	Grade1	9(%100)
Cerrahi uygulama	Apendektomi	6(%66,7)
	Sağ hemikolektomi	3(%33,3)
ENET's Evrelemesi	Evre1	7(%77,8)
	Evre2	2(%22,2)

P-140
Kolon ve Rektum Maliğn Tümörlerine Bağlı Karaciğer Metastazlarına Yaklaşımımız

Selen Beyza Kavuncu[1], Doğan Gönüllü[2], Muzaffer Ahmet Er[2], Okan Demiray[2], Samed Sayar[2], Aylin Hasanefendioğlu Bayrak[3], Gökhan Tolga Adaş[2]
[1]Sağlık Bilimler Üniversitesi, GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimler Üniversitesi, GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]Sağlık Bilimler Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanserlerinde tanı anında %25'inde ve rezeksyon sonrasında yarısından fazlasında karaciğer metastazları geliştiği gözlenmiştir. Kliniğimizde tanımlanan kolon ve rektum tümörlerine bağlı karaciğer matastazlarına uygulanmış olan işlemler irdelenmiştir.

Materyal-Metod:
Hastanemizin genel cerrahi kliniğinde kolon kanserlerine bağlı karaciğer metastazlarına yapılmış işlemler retrospektif olarak gözden geçirilmiştir. Mikrodalga ablasyonu(MKD) görüntüleme eşliğinde yapılmıştır, 100 w gücünde ve 2.45 Ghz frekansında enerji üreten bir MKD generatörü (Angiodinamic) kullanılmıştır. Eş zamanlı kolon rezeksiyonu ile karaciğer rezeksiyonu yapılan hastaların ASA (American Society for Anesthesiologists) skorları, ameliyat ortalama süresi, transfüzyon miktarları değerlendirildi.

Bulgular:
2012-2016 yıllar arasında ameliyat edilip ve takip altında bulunan 8 hastanın 7'si erkek olup, yaş ortalaması: 67(48-74) yıl; 6 olguda senkron, 2 olguda rezeksiyon sonrası takiplerinde karaciğer metastazları saptanmıştır. Senkron karaciğer metastazlarına kolon rezeksiyonu ile eş zamanlı karaciğer metastatik kitleye mikrodalga ablasyonu uygulandı (1hasta), 5 hastaya eş zamanlı karaciğer rezeksiyonları(sağ hepatektomi, sol lateral hepatektomi, segmentektomi, metastazektomi) uygulanmıştır. İki hastada takipler süresince karaciğer metastazı tespit edilerek, MKD (1) ve segmentektomi (1) uygulanmıştır. Takip sırasında karaciğer metastazı 8 ile16 ayda saptanmış olup birisinde akciğer ile karaciğer metastazı olması nedeni ile karaciğere 2 kez MKD uygulandı, diğerine segmentektomi yapılmıştır. Aynı seansta kolon/rektum rezeksiyonu ile karaciğer işlemi yapılmış olan hastaların ortalama ameliyat süresi 266(135-345)dk olup, ameliyat sırasında 1.6(1-2) ünite eritrosit süspansyonu kullanılmıştır; ASA değerleri ortalama 2.2(1-3) olarak bulunmuştur.

Sonuç:
Kolon kanserlerinin karaciğer metastazlarının tanısında görüntüleme metodlarının, tedavisinde onkolojik ve cerrahi tedavisinde ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir; yaşam süresini uzatan cerrahi rezeksiyon en uygun seçenektir, ancak takip sürecinde tespit edilen izole metastazlarında veya cerrahi işleme uygun olmayan metastatik kitlelerin tedavisinde MKD ablasyonu iyi bir seçenek olarak öne çıkmıştır.

P-141
Abdominoperineal Rezeksiyon Sonrası İnsizyon Hattında İzole Lokal Nüks, Olgu Sunumu

Deniz Tazeoğlu, Bahtiyar Chakhalov, Sadig Sekiliyev, Burak Güney, Cemal Ulusoy
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş:
Kolorektal kanser kadınlarda ve erkeklerde sık gözlenen kanserlerden olup, gastrointestinal sistem tümörleri içinde, cerrahi tedavi ile en çok kür sağlanabilen kanserdir. Rektum kanserinin klinik biyolojik davranışı, nüks ve sağkalım oranları, cerrahi tedavi sonrası yaşam kalitesi üzerine olan etkileri kolon kanserinden farklıdır. Buna ek olarak rektum: büyük bir bölümü ekstraperitoneal yerleşimli, pelvisin kemik yapıları ile sınırlı, ürogenital organlara ve pelvik otonom sinirlere yakın komşuluk gösteren bir organdır. Bu nedenle de cerrahi tedavisi kolon ameliyatlarına göre önemli ayrıcalıklar göstermektedir.

Olgu:
84 yaşında erkek hasta, 2012 yılında kabızlık şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş. Kolonoskopisinde distal rektumda tümöral kitle tespit edilmiş. Biyopsi sonucu adenokarsinom. Neoadjuvan radyoterapi almış. Distal rektum kanseri nedeniyle abdominoperineal rezeksiyon (APR) yapıldı, post-op 7. gün taburcu edilmiş. Patolojik tanısı adenokarsinom, T3N0. Onkoloji kliniğine yönlendirilmiş ve altı ay kemoterapi almış. Dört yıldır onkoloji kliniğinin takibinde olan hasta makattaki insizyon hattında ıslaklık, akıntı ve yavaş yavaş büyüyen kitle şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede insizyon hattında 10X10 cm boyutunda düzensiz sınırlı, frajil ve kanamalı tümöral kitle görüldü. Bilgisayarlı tomografi: Anal bölgede insizyon hattı üzerinde 60 mm çapında ölçülen yumuşak doku dansitesi artışı izlendi

(Nüks?). Pelvik manyetik rezonans (MR): Perianal bölgede cilt yüzeyine doğru yerleşim gösteren ve cilt altı yumuşak doku planları uzanım göstermeyen, 6x5x4 cm boyutunda lobüle, heterojen yapıda kitlesel lezyon izlendi. PET CT: Anal-perianal bölgede yoğun artmış FDG tutulumu izlendi. Kitlesel lezyon 1 cm sağlam sınırla rezeke edildi. Patoloji raporu; müsinöz adenokarsinom. Post-op 4.gün şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
Rektal kanserli olgulara uygulanacak cerrahi preoperatif tümör evresine, anorektal sfinkter kompleksinden uzaklığına, neoadjuvant tedavi uygulanmasına, histopatolojik özelliklerine ve hastanın radikal cerrahiyi tolere edebilme yeteneğine bağlıdır. Rektum kanserinde birincil tedavi olan cerrahinin temel amacı, R0 radikal rezeksiyon yapmaktır. Alt rektum kanserinde geleneksel cerrahi yöntem abdominoperineal rezeksiyondur (APR). APR sonrası takiplerde tüm tedavilere rağmen intrapelvik ve lokal nüks yine de görülmektedir.

Rezeksiyon ve ileri evre olduğu anlaşıldığı için cerrahiyi takiben adjuvan tedavi verilen hastalardan ortalama %20 -30 kadarında izole lokal ve bölgesel nüksler görülür. Nüks olgularda öncelikle intrapelvik lenf nodları sonrasında lokal yumuşak doku tutulumu gözlenirken, intrapelvik tutulum olmadan izole cilt yada insizyon hattı tutulumu ender görülmektedir.

Bizim olgumuzda da APR sonrası intrapelvik tutulum olmaksızın insizyon hattında tespit edilen, cilt altı tutulumu ve intrapelvik tutulumu olmayan kitle sadece cildi tutan, ender görülen lokal nüks olarak değerlendirildi ve salim cerrahi sınır ile rezeke edildi.

P-142
Kolorektal kanserlerin adrenal metastazı, Olgu Sunumu

Cüneyt Akyüz, Deniz Tazeoğlu, Hakan Güven,
Ahmet Cem Esmer, Bakhtiyar Chakhalov, Nadi Nazım Öztürk
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş:
Kolorektal kanserler en sık görülen 3. kanser türüdür. Dünyada her yıl 1 milyondan fazla kişiye kolorektal kanser tanısı konulmaktadır. Hastalık, hastaların %50›sinden fazlasında metastaz ile seyretmektedir. Kolorektal kanserler lenfatik, hematojen, komşuluk ve transperitoneal yollarla yayılır. En sık görülen metastaz bölgeleri, bölgesel lenf nodları, karaciğer ve peritondur. Nadiren hemotojen yolla karaciğer yayılımı olmaksızın uzak organ metastazı da görülmektedir. Adrenal bezlere metastaz daha sıklıkla kanser nedeni ile ölen hastaların otopsilerinde gözlemlenir. Çeşitli malignitelerin adrenal metastazları progresif sistemik yayılımın varlığının belirtisidir. Kolorektal kanserlerin soliter adrenal metastazları çok nadirdir. Karakteristik semptomu olmadığı için tanı koymak zordur. Kolorektal kanserden kaynaklanan tek başına adrenal metastaz rezeksiyonunu takiben hastalarda uzun süreli hastalıksız sağkalım bildirilmiştir.

Olgu:
54 yaşında kadın hasta, 2013 yılında rektosigmoid kolon kanseri tanısı konuldu. Hastaya elektif şartlarda low anterior rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu; adenokarsinom, orta derece diferansiye, tümör muskularis propriaya invaze, çıkarılan 21 adet lenf nodundan bir tanesinde metastaz mevcut, cerrahi sınırda tümör gözlenmedi, vasküler ve lenfovasküler invazyon yok (T2N1a). Ameliyat sonrası yapılan onkoloji takibinde 5 kür adjuvan kemoterapi aldı. Kemoterapi sonrası CEA (Karsinoembryonik antijen): 4,06 Ca19-9: 14,79 olarak ölçüldü. 2014'de kontrol amaçlı yapılan PET (pozitron emisyon tomografisi)'nde tutulum tespit edilmedi. Onkoloji takibi sırasında operasyondan 18 ay sonra yapılan PET'nde saptanan sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte 17 mm›lik metastatik kitle tespit edildi. Akciğer metastazı için sol akciğer wedge rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu kolonik tipte adenokarsinom olarak geldi. Adjuvan 12 kür Kemoterapi verildi. Kemoterapi sonrası CEA: 2,45 Ca19-9: 10,7 olarak ölçüldü. Onkoloji takibinde yapılan BT (Bilgisayarlı tomografi)'de sol adrenalde 4x3 cm'lik kitle saptandı. PET'nde sol adrenalde FDG tutulumu olduğu gözlenen hastada CEA: 347 Ca19-9: 1824 olarak ölçüldü. Ameliyat öncesi adrenaldeki kitleye yönelik kan ve idrar metabolitleri testi yapıldı, özellik izlenmedi. Endokrinoloji görüşü alındı ve ek öneri belirtilmedi. Mevcut klinik bulgularla kitlenin metastatik olduğuna kanaat getirildi. Hastaya konvansiyonel yöntemle sol adrenalektomi yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Patoloji, adenokarsinom metastazı olarak geldi.

Sonuç:
Kolorektal kanserlerde cerrahi tedaviden sonra prognozu belirleyen en önemli faktör, tümörün evresidir. Vasküler ve lenfatik invazyon kötü prognostik faktördür. Lokal nüks ve uzak metastaz riskini artırır. CEA›nin 5 ng/mL›nin üstünde olması evreden bağımsız kötü prognozu veya operasyon sonrası takiplerde metastatik odak olabileceğini işaret eder. Kolorektal kanserde uzak metastaz en çok karaciğere olur. Karaciğer metastazı hematojen yolla portal venöz sistem üzerinden olur. Diğer uzak metastaz bölgesi akciğerdir, hematojen yolla gelişir ve karaciğer metastazı olmaksızın akciğer metastazı gelişmesi nadirdir. Adrenal metastaz ise izole akciğer metastazından da nadir görülmektedir. Adrenal metastazların da akciğer metastazı gibi hematojen yolla gerçekleştiği yapılan çalışmalar sonucunda elde edilmiştir. Rezeksiyon kolorektal kanserlerin soliter adrenal metastazlarının tedavisi için bir yöntem olarak gösterilebilir. Kolorektal kanserlerin soliter adrenal metastazlı olgularında cerrahi rezeksiyon seçilmiş vakalarda sağkalım süresini uzatmada fayda sağlamaktadır. Bu olguyu paylaşmamızın nedeni kolorektal kanserin akciğer metastazı ve tedavisini takiben adrenal metastaz görülmesinin çok nadir bir durum olmasıdır.

P-143
Neoadjuvan Kemoradyoterapi Alan Orta ve Alt Rektum Kanserli Hastaların Ameliyat Sonrası Patoloji Sonuçlarında Tam Yanıtın Değerlendirilmesi

Yunus Emre Altuntaş, Ömer Faruk İnanç, Selçuk Kaya, Önder Altın, Ayhan Çevik, Abdulkadir Deniz, Cem Batuhan Ofluoğlu, Nejdet Bildik
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Rektum kanserinde asıl tedavi yöntemi cerrahidir. Ameliyat öncesi verilen neoadjuvan kemoradyoterapinin (nKRT) evre küçültmesi yaparak lokal nüksü azalttığı gösterilmesinden sonra orta alt rektum kanseri hastalarda nKRT çeşitli protokoller ile uygulanmaya başlanmıştır. Multidisipliner yaklaşım ile nKRT sonrası tam yanıt ile daha iyi onkolojik sonuçlara ulaşılabilir.

Gereç-Yöntem:
Bu çalışmada nKRT alan hastaların rezeksiyon sonrası patolojik yanıtları incelenmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya 2014-2016 yıllarında orta ve alt rektum kanseri tanılı hastaların ameliyatı öncesi nKRT alan 114 hasta alınmıştır. nKRT tamamlayamamış hastalar bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Yüz yirmi dört olgunun patolojik sonuçları ypT0N0, 12 hastada, ypT1-2N0 22 hastada, ypT3N0 33 hastada, ypT1-3N1-2 45 hastada, 15 hastada ypT1-3N1-2 M(+) hastalık saptandı.

Sonuç:
Sfinkteri koruma oranlarını artırdığı, lokal nüksü ve kötü sağkalım oranlarını düşürdüğü belirtilen nKRT rektum kanserinin tedavisinde rutin olarak uygulanmaktadır. nKRT sonrasında tam yanıt oranları literatürde %5-38 arasında değişmektedir. Bizim serimizde ise bu oran ypT0N0: %9.5' tur. Tam yanıt oranlarının yükseltilmesi için rektum kanseri tedavisine multidispliner yaklaşım gerektiğini düşünmekteyiz. Ancak yinede hangi hastaların nKRT'den fayda göreceğini gösterecek parametreler şimdilik ortaya konamamıştır. Bireyselleştirilmiş tedavi yöntemleri ve moleküler biyolojinin bu soruya cevap bulacağını düşünmekteyiz.

P-144
Kolon Lipomu ve Apendisyal Müsinöz Neoplazm

Hüsnü Çağrı Genç, Hakkı Coşkun, Sinan Soylu, Ali Cihan Yıldırır
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

Kolon Lipomu ile birlikte görülen apendisyal müsinöz neoplazm vakası

Giriş:
Kolon lipomları oldukça nadir görülen, adipoz dokudan köken olan mezenkimal benign tümörlerdir. Gastrointestinal sistemde en sık görüldüğü yer kolondur. Ezofagus, ince barsak ve midede görülmesi nadirdir(1). Lipomlar genellikle küçük ve asemptomatik olup, tanı tesadüfen konulur ve tedavi gerekmez (2) Bununla birlikte nadiren, özellikle 2 cm'den büyük olanlar karın ağrısı, kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklik ve kilo kaybı gibi semptomlara neden olabilir (3). 4 cm'den buyuk lipomlar dev lipom olarak değerlendirilir ve bunların %75'i semptomatiktir(4). Klinikte rastlanılan en önemli problem, spesifik bulguların olmadığı durumlarda diğer malign tümörler ile ayırıcı tanısının yapılması zorluğudur, kesin tanının ameliyat öncesi konulması kuşkusuz ameliyat stratejisini bütünüyle değiştirecektir. Kolon lipomlarında olduğu gibi apendiksten kaynaklanan musinoz neoplaziler de nadir olarak rastlanan tumorlerdir. Klinik davranışlarını onceden kestirilmesi zordur(5). Bizim vakamızda olduğu gibi genellikle başka patolojiler icin yapılan abdominal ve pelvik operasyonlarda insidental olarak tespit edilirler. Anormal müsin birikimi retansiyon, mukozal hiperplazi, kistadenom ya da kistadenokarsinoma bağlı olabilir. Genelikle 50 yaş üstünde görülmekte ve kadınlarda daha fazla saptanmaktadır(6).

Olgu:
69 yaşındaki kadın hasta son bir yıldır ara ara olan karın ağrısı kabızlık şikayetleri ve 3 gündür gaz gaita yapamama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Çekilen tomografisinde transvers kolon da 43*31 mm boyutlarında yağ dansitesinde hipodens lezyon ve çekumda duvar kalınlaşması izlendi. Hastanın tümör belirteçlerinden yalnızca karsinoembriyonik antijen 3.26 değeriyle minimal yüksek bulundu. Yapılan kolonoskopide transvers kolonda kitle görüldü ve byopsi alındı. Çekum mukozası normal olarak değerlendirildi. Byopsi sonucu lipom olarak gelmesi üzerine hasta opere edildi.

Tedavi:
Operasyonda laparotomi yapıldı transvers kolondaki lipom enükleasyon yöntemiyle eksize edildi kolon duvarı tamir edildi. Eksplarasyonda ayrıca apendiksin ileri derecede genişlediği çevre dokulara yapıştığı görüldü hastaya apendektomi yapıldı. Hasta postop beşinci gününde şifa ile taburcu edildi. Daha sonra hastanın apendiks patolojisi düşük dereceli apendisyal müsinöz neoplazm olarak tanılanmış ve cerrahi sınır değerlendirilemediği belirtilmiştir. Bunun üzerine hasta tekrar hazırlanarak sağ hemikolektomi yapılmıştır.

Tartışma:
Lipomlar gastrointestinal sistemde tüm tümörlerin %5›ni, benign tümörlerin ise %10›nu oluşturmaktadır(7). Apendiks kanserine cerrahi sırasında çok daha az rastlanılır. Apendiks kanseri tüm gastrointestinal sistem neoplazilerinin %0,4'ünden daha az insidansa sahiptir(8). Apendiks müsinöz neoplaziler(MAN) seyrek intestinal tümörlerdir ve Psödomiksoma Peritonei'nin (PMP) bilinen en sık sebebidir (9). Kolonik lipomlar, başlıca sağ kolonda yerleşim gösterir ve çekumdan sigmoid kolona doğru azalan sıklıkla izlenirler Kolon lipomu sıklıkla soliter, nadiren multipledir. Olguların yaklaşık % 90'ı submukozada, geri kalanı serozada yerleşim gösterir. Submukozal kaynaklı lipomlar sesil ya da pedinküllü olabilir. Boyutları 2 mm-30 cm arasında değişir. Genellikle asemptomatiktir. Klinik semptomların ortaya çıkmasında lezyonun boyutu üzerinde durulmakla birlikte, lokalizasyonun da ilişkili olduğunu

vurgulayan çalışmalar vardır (10). Kadınlarda erkeklere oranla biraz daha sık izlenmektedir. Yaşamın 5-6. dekatlarında pik yapmaktadır(2). Dufluk dereceli MAN olgular›nda ilk aşamada apendiks lumeni bol miktarda jelatinoz materyal ile dolmakta, apendiks rupturunu takiben bu materyal tum peritona yayılarak PMP tablosuna sebep olabilmektedir. PMP, progresif seyreden ve ileusa neden olarak olume sebebiyet verebilen bir klinik durumdur. Kadınlarda daha sık rastlanır ve ortalama tanı yafşı 53'tür (9). Müsinöz kistadenokarsinomlarda genellikle sağ hemikolektomi önerilmekle birlikte mukoza veya submukozaya sınırlı erken lezyonlarda apendektominin yeterli olabileceği ifade edilmektedir(6). Lipomlar için ise İki cm'den küçük ve pedinküllü lipomlar endoskopik olarak eksize edilebilirler. İki cm'den büyük ve subserozal lezyonlar için bu yöntem uygulandığında perforasyon ya da hemoraji riski bulunduğu bildirilmiştir(11). Literatürde 4 cm'den büyük, sesil görünümlü, endoskopik olarak çıkarılamayacak, müsküler tabaka ya da serozayla ilişkili lipomlar ile malignite şüphesi veya şiddetli semptomların eşlik ettiği lipomların varlığında cerrahi müdahale önerilmektedir (12). Cerrahi yöntemler arasında enükleasyonun yer aldığı konvansiyonel laparotomi, kolotomi ve eksizyon, segmental kolonik rezeksiyon yanı sıra daha az invaziv olan laparoskopik yöntem ve mini laparotomik uygulama sayılabilir. Eksizyon sonrası prognoz mükemmel olup; rekürrens saptanmamaktadır(13).

Sonuç:
Hem kolon lipomu hem de müsinöz apendiksyal neoplazm nadir görülen patolojilerdir. Her ikisinin de tanısını preoperatif dönemde koymak zordur. Litaratürde ikisi arasında bilinen bir ilişki yoktur. Ancak benzer semptomlara sahip oldukları ve hasta da aynı zamanda ikisininde bulunabileceği akılda tutulmalıdır.

P-145
İntraabdominal Yerleşimli Fibromatozis

Veli Vural, Ali Avanaz, Alaaddin Aydın, Eyyüp Mehmet Kılınç, İsmail Burak Gök, Ramazan Eryılmaz
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Olgu:
50 yaşında kadın, 1 yıldan bu yana karın şişliği şikayeti mevcutmuş. Karın şişliğine 2 aydan bu yana karın ağrısı eklenmiş ve bu nedenlerle hastaneye başvurmuş. Fizik muayenede alt kadran orta hatta hassasiyet mevcuttu. Vakaya 5 yıl önce Sezeryan ameliyatı yapılmış ve 2 yıl önce de myomektomi yapılmış. Dış merkezde çekilen oral ve intravenöz (IV) opaklı bilgisayarlı tomografi (BT)' de rektosigmoid kolon ile ara planı net olarak seçilemeyen 43x43 mm boyutlarında yumuşak doku dansitesinde kitle lezyonu dikkat çekmiştir. Yine dış merkezde 1 ay sonra çekilen BT' de 6 cm büyüklüğünde enfekte urakal kist saptanmıştır. Dış merkezde çekilen tüm abdomen Manyetik Rezonans (MR) incelemede sigmoid kolon ile yakın ilişkili urakal komplike kist veya sigmoid kitlesi olabilecek 43mm' lik lezyon saptanmıştır. Hasta opere edilmiştir. Kitle rektus kılıfına, omentuma, sigmoid kolon, terminal ileum, mesane kubbesine makroskopik olarak invazeydi. Kitlenin total eksizyonu ile birlikte segmenter kolon rezeksiyonu, segmenter ince barsak rezeksiyonu, omentektomi ve parsiyel sistektomi uygulandı. İntraoperatif frozen inceleme için rektus kası duvarından biyopsi alındı ve sonucunda malign hücre görülmedi. Hasta postoperatif sekizinci günde şifa ile taburcu edildi. Patolojik incelemede 3 adet makroskopik olarak 20x13x3 cm boyutlu omentektomi materyali (1 nolu spesimen), 5x3x2 cm boyutlu kolon mukozasına dıştan tutunmuş 2.2x2x1.6 cm' lik sert kıvamlı tümoral kitle (2 nolu spesimen) ve 15x8x6 cm boyutlu ince barsak ve mesaneyi içine alan rezeksiyon materyali (3 nolu spesimen) görüldü. Mikroskopik olarak 2 nolu spesimen barsak duvarını mukozaya kadar infiltre etmiş, iğsi nükleuslu, küçük nükleollü myofibroblast karakterde hücrelerden oluşmaktaydı. Arada yoğun kollajenizasyon izlenmektedir. 3 nolu spesimenin mikroskopik incelenmesinde barsak ve mesane serozasını, barsakta yer yer submukozayı infiltre etmiş lezyon izlenmiştir. Lezyon yoğun kollajenize stromada, iğsi nükleuslu, açık kromatinli, belirgin küçük nükleollü myofibroblast karakterde hücrelerden oluşmaktaydı. Nekroz, mitoz, atipi saptanmadı. 2 ve 3 nolu spesimenlerin immünohistokimyasal incelenmesinde S-100, NF, CD34, CD31, ve CD57 negatif, B-Katenin yaygın pozitif saptanmış ve patolojik olarak Fibromatozis tanısı konulmuştur. Makroskopik ve mikroskopik olarak cerrahi sınırlarda lezyon saptanmamıştır. Vakanın 4 aylık takibinde herhangi bir semptomu bulunmamıştır. Çekilen kontrol MR incelemede batın içinde nüks ile uyumlu görünüm saptanmamıştır.

Sonuç:
Olgumuza literatür ile uyumlu olarak ameliyatta geniş lokal rezeksiyon yapılmış ve patoloji sonucunda cerrahi sınırlarda tümör saptanmamıştır.

Bu vakada literatürden farklı olarak görüntüleme sonuçlarına göre ayırıcı tanıda urakal kist tümörü ve enfeksiyonunun göz önünde bulundurulması gerektiği ve en iyi tanı yönteminin histopatolojik örnekleme olduğu sonucuna varılmıştır.

P-146
Gebe Hastada Rektum Kanseri Tedavisi

Alaattin Öztürk, Alper Dursun Sağban
Yunus Emre Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Rektum kanserinin teşhis ve tedavi sürecini, gebeliğe zarar vermeksizin yapıldığını gösteren olguyu paylaşmak istiyoruz.

Olgu:
Otuzaltı yaşındaki kadın hasta, kanlı dışkılama şikayeti ile başvurdu. Rektal tuşe muayenesinde parmak ucuna değen kitle belirlendi. Hasta altı haftalık gebe idi. Kolonoskopide 9. cm'den başlayan ve lümeni tama yakın tıkayan vejetan kitle görüldü. Biopsi sonucunda adenokarsinom tesbit edildi. Rektal endoultrason ve manyetik rezonans görüntüleme tetkiklerinde anal kenardan 8 cm proksimalde, lümeni tama yakın tıkayan, 3x4 cm'lik kitle belirlendi. Diğer organlara metastaz ve pelvik bölgede patolojik LAP lehine bulgu görülmedi. Hasta, kadın hastalıkları uzmanı ile konsülte edildi. Hastaya, önce gebeliğin sonlandırılması sonra da rektum tümörü için ameliyat önerildi; ameliyatı kabul eden ama gebeliğin sonlandırılmasını kabul etmeyen hastaya, ameliyatın ve

sonrasındaki onkolojik tedavinin fetus üzerindeki riskleri anlatıldı. Bu riskleri kabul eden hastaya low anterior rezeksiyon ve koruyucu ileostomi ameliyatı yapıldı. Ameliyattan sonra komplikasyon olmadan 6. günde taburcu edildi. Ameliyat öncesi ve sonrası kadın hastalıkları uzmanı muayenesi ile fetusun canlı ve sağlıklı olduğu belirlendi. Histopatoloji sonucunda müsinöz rektum adenokarsinomu belirlendi. Ameliyat sonrası onkoloji uzmanı tarafından değerlendirilen hastaya kemoterapi önerildi. Ancak ilaçların yan etkileri sebebiyle hasta kemoterapiyi kabul etmedi. Ameliyattan 3 ay sonra başvuran hastanın karın ultrasonunda karaciğerde multipl metastatik kitleler belirlendi. Hasta onkoloji uzmanınca yeniden değerlendirildi. Gebeliği altıncı aya ulaşan hastaya, kemoterapi başlandı. Hasta, gebeliğin 36. haftasında sezaryen ile canlı bir erkek bebek doğurdu, sezaryen esnasında koruyucu ileostomisi kapatıldı. Doğum sonrası yapılan karın ve toraks tomografisinde karaciğerde metastatik lezyonlar olduğu görüldü. Hastaya kemoterapiye ilaveten radyoterapi de uygulandı. Ameliyattan iki yıl sonra nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvuran hastada akciğer metastazları belirlendi. Semptomatik tedaviye rağmen karaciğer ve akciğer yetmezliği sebebiyle vefat etti.

Sonuç:
Gebe hastalarda, rektum tümörünün tanı ve tedavi sürecinde fetusa zarar verecek uygulamalardan kaçınmak gerekir. Büyümüş uterusun oluşturduğu yer darlığı sebebiyle ameliyatın yapılması zor olabilir. Hasta, gebeliğin sonlandırılmasını istemiyorsa gebelik devam ederken rektum tümörü tedavi edilebilir. Ancak cerrahi ve onkolojik tedavi gerektiği gibi yapılamayabilir.

P-147
Bevacizumab'a Bağlı Geç Dönemde Oluşan Anastomoz Ayrışması

Deniz Tazeoğlu, Bahtiyar Chakhalov, Cüneyt Akyüz, Fazıl Sağlam
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanser, kanserle ilgili ölüm oranları üçüncü sırada yer alan önemli halk sağlığı sorunudur. Olguların% 20'sinde tanıda senkron metastazlar bulunur ve semptomatik ise primer tümör rezeksiyonundan sonra primer kemoterapi endikedir. Primer tümörün küratif cerrahi rezeksiyonundan sonra, olguların% 40'ında metastatik rekürrens gelişir. Sistemik kemoterapi daha sonra endike olur ve mümkünse cerrahi rezeksiyon uygulanır. Standart kemoterapiye bevacizumab eklenmesi, genel sağkalım ve hastalığın ilerlemesi açısından tek başına standart kemoterapiden daha iyi olduğu kanıtlanmıştır.

Nüks ve metastatik kolorektal kanser tedavisinde kullanılan bir monoklonal antikor olan Bevacizumab, vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) molekülü üzerine etkilidir.

Olgu:
46 yaşında erkek hasta, bilinen tıbbı öz geçmişi yok. Rektum Ca tanısı ile neo-adjuvan KT ve ardından low anterior rezeksiyon (LAR) - saptırıcı ileostomi operasyonu yapıldı. Patoloji raporu: Adenokarsinom, T3N1. Post-op 10. Ayda saptırıcı ileostomisi kapatıldı. Onkoloji klinik takibi sırasında karaciğerde metastaz düşündüren kitle tespit edildi. MR: Karaciğerde birkaç adet, en büyüğü sağ lob posterior segmentte yaklaşık 22 mm boyutunda olan, periferik kontrastlanan lezyon alanları izlendi (metastatik tutulumlar?). Onkolojik tedavisine Bevacizumab 500 mg eklendi. Bevacizumab başlandıktan 1.5 ay sonra ani gelişen masif alt gastrointestinal sistem (GİS) kanaması şikayeti ile acil servise başvurdu. Kolonoskopi: Rektum anastonoz hattının tamamen ayrıştığı görüldü. Pelvik duvar&kolon distal ucu biyopsi alındı. Patoloji: Ülserasyon ve altında granülasyon doku içeren fibromuskuler doku fragmanı, granülasyon dokusuna komşu epitelde reaktif değişiklikler içeren mukozal doku fragmanı, kesitlerde malignite lehine bulgu saptanmadı. Hastanın klinik durumu stabil hale geldi ve end kolostomi açıldı. Kolostomi açılmasından iki hafta sonra düzensiz seyirli 2-3 ped kirletecek sızıntı tarzında makattan kanla karışık akıntı şikayeti oldu. Genel cerrahi servisine yatışı yapıldı. Şikayeti olmadan önce bacakta ağrı oluşuyor, 5 dk sonra makattan abondan kanama şikayeti oluyordu. Makattan masif kanaması olması üzerine acil operasyona alındı, yüksek seviyeden vasküler kanama tespit edildi. Batın Anjio BT: Presakral düzeyde belirgin 2 cm'yi bulan kalınlıkta yumuşak doku dansiteleri (fibrozis ?) dikkat çekti, solda piriform adele düzeyinde tanımlanan yumuşak doku santralinde 17 mm çapa ulaşan hiperdens nodüler lezyon alanı saptandı ve vasküler pseudoanevrizma düşünüldü. Girişimsel Radyoloji: sol internal iliak arter orta gluteal arterden beslenen ince bir daldan orjin alan yaklaşık 2.5 cm'lik psödoanevrizma izlendi. Anevrizma proksimali coil ile embolize edildi. Takiplerinde stabil olan ve şikayeti olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç:
Bevacizumab, metastatik kolorektal kanserli hastalarda standart kemoterapi rejimleri ile kombinasyon halinde progresyonsuz ve genel sağkalım oranını büyük ölçüde arttıran vasküler endotelyal büyüme faktörü hedefli ajandır. Bevacizumab'in çalışma hipotezi, tümörün oluşturduğu neovaskülarazisyonu engellemesi ve tümör vasküler geçirgenliğine etki ederek kemotreapi ajanlarının daha fazla etki etmesini sağladığıdır.
Bevacizumab tedavisinin komplikasyonları arasında bağırsak iskemisi ve perforasyon bulunmaktadır ancak şu ana kadar cerrahi sonrası iyileştiği öngörülen anastomoz hattında çok nadiren bu komplikasyonları olduğu belirtilmiştir.
Thierry ve ark. yaptığı çalışmaya göre postoperatif sızıntı öyküsü varsa preoperatif radyoterapi verilen hastaların anastomoz ayrışma riski yüksektir [1].
Radyasyona bağlı fibroz, pelvik bölgede, özellikle de septik komplikasyondan sonra normal post-terapötik bir bulgu olarak tanımlanır. Bu doku, deneysel modellerde gösterildiği gibi, vasküler endotelyal büyüme faktörünün (VEGF) lokal aktivasyonu ile birlikte radyasyona bağlı bir tıkayıcı vaskülit ile ilişkili lokal iskemi ile karakterizedir. [2] Bu nedenle, bevacizumab'ın radyasyona maruz kalmış dokulardaki neoanjiogenezise etki yaptığı ve dolayısıyla doku nekrozu ile akut bir iskemik

mekanizmadan sorumlu olduğu varsayılmaktadır [1]. Bizim olgumuzda neoadjuvan RT öyküsü olan hastanın cerrahi sonrası onkoloji takibi sırasında karaciğerde metastatik odak tespit edildi, bevacizumab ile kombine kemoterapisi tedavisi başlandı ve bevacizumab sonrası nadir olarak görülen geç dönemde gelişen anastomoz ayrışması görüldüğü için paylaştık.

P-148
Nadir Bir İleus Nedeni, Stoma Stenozu

Deniz Tazeoğlu, Ahmet Saç, Cüneyt Akyüz, Cemal Ulusoy
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Stoma, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuar bağırsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir. Stoma sık kullanılan cerrahi bir yöntem olmasından dolayı, cerrahi tekniklerdeki gelişmeye ve alınan önlemlere rağmen değişen oranlarda komplikasyonları görülmektedir. Stoma komplikasyonlarının klinik prezentasyonu farklılık gösterebilmekte ve bazı takipsiz hastalar atipik şikayetlerle hastaya başvurmaktadır.

Olgu:
75 yaşında tıbbi öyküsünde özellik olmayan hastada 2-3 gündür giderek artan karın ağrısı, bulantı, kusma ve kanlı dışkılama şilayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan muayenesi sonrasında akut batın tanısı konulan hasta opere edildi. Üst 1/3 rektumda tümöral kitle palpe edildi ve perforasyon odağı görüldü. Batının kirli olması nedeniyle hartman prosüdürü ile rezeksiyon sonrası end kolostomi açıldı. Post-op komplikasyon gelişmedi. Patoloji: T4a N1 adenokarsinom, cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. Onkolojik tedaviye yönlendirildi. Kontrol PET BT'de patoloji saptanmadı. Operasyonundan yaklaşık 14 ay sonra hasta acile bulantı kusma şikayeti başvurdu. Stomadan önce katı gaytayı, sonra sıvı gaytayı ve en son katı ve sıvı dışkı çıkaramadığı gazı bile çıkarırken zorlandığını ve 3-4 gündür stomanın çalışmama öyküsü mevcuttu. Yapılan fizik muayenesinde end kolostominin çapının 1 cm'den az olduğu, fibrotik yapıda olduğu görüldü ve tuşe bile yapılamadı. Fibrotik stoma ve cilt altı kolon ansı rezeke edildi ve stoma revizyonu yapıldı. Post-op 2.gün end kolostomisi çalıştı. Patoloji raparu; yaygın fibrotik alanlar ve granülasyon dokusu, konjesyone damarlar. Şifa ile taburcu edildi, klinik takibi devam edilmektedir.

Sonuç:
Stoma takibinde; cerrahi tekniğe, primer patolojiye, yetersiz preoperatif hazırlığa ya da postoperatif bakımdaki eksikliğe bağlı olarak birçok nedenle komplikasyon gelişebilmektedir [1]. Ayrıca bireyin yaşı, gelir düzeyi, çalışma durumu, cerrahi teknik, stomanın açılma nedeni, yeri, türü, süresi ve deri yüzeyinden yüksekliği, preoperatif hazırlık, ameliyata kadar geçen süre, stoma bakımı ve kullanılan ürünler gibi birçok faktör stoma komplikasyonlarının gelişimini etkilemektedir [1].
Stoma komplikasyonları; hemen gelişen, erken dönem ve geç dönem komplikasyon olarak üç gurba ayrılabilir. Hemen gelişen komplikasyonlar, ameliyattan sonra 12 saat içinde gelişir; bunlar kanama ve iskemidir. Erken dönem komplikasyonları; ameliyattan sonra bir aydan daha kısa sürede gelişen komplikasyonlardır. Kanama, iskemi, prolapsus, obstrüksiyon, retraksiyon, peristomal deri irritasyonu, peristomal abse/fistül ve akut parastomal hernidir. Geç gelişen komplikasyonlar ise ameliyattan aylar sonra gelişen komplikasyonlardır. Geç dönem komplikasyonları; peristomal deri problemleri, stenoz, retraksiyon, prolapsus, fistül, sıvı-elektrolit kaybıdır.
Kolorektal cerrahide en çok hayal kırıklığı yaratan komplikasyonlardan biri stomanın stenozudur. Bu komplikasyon % 2-15 sıklıkla görülür [2]. Postoperatif dönemde, oluşumdan sonraki haftalar ila yıllar arasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir [3,4]. Stoma stenozu nadiren akut tıkanıklık olarak ortaya çıkmaktadır; ancak dilatasyon ile geçici tedavi edilebilse bile tekrarlayan tıkanıklık şikayetleri olmakta ve çoğunlukla revizyon gerektirmektedir.Şiddetli değilse, stenoz günlük stomal dilatasyonla tedavi edilebilirken, daha şiddetli striktür genellikle skar halkasının eksizyonunu veya yeniden biçimlenmeyi gerektirir [5]. Stoma stenozunun küratif çözümü revizyon ve post-operatif dönemde cerrahi ekip veya stoma hemşiresi tarafından yakın klinik takipdir [2]. Olgumuzu, stoma stenozu sonrası gelişen ileus kliniği ile başvurması ve nadir görülen stoma komplikasyonu olması üzerine literatür ışığında paylaşmak için sunuyoruz.

P-149
Anorektal Malign Melanom: 10 Hastanın Retrospektif Analizi

Banu Ural[1], Bülent Çalık[1], Gökhan Akbulut[1], Cengiz Aydın[1], Dudu Kahraman[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Malign melanom gastrointestinal sistemde oldukça nadir karşılaşılan agresif seyirli bir tümördür. En sık yerleşim yeri anorektal bölgedir. Çalışmamızda anorektal malign melanom (AMM) nedeni ile opere ettiğimiz hastalarımızın cerrahi ve onkolojik takip sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2000-Aralık 2016 arası anorektal malign melanom nedeni ile opere ettiğimiz 10 hastanın bilgileri geriye dönük olarak incelendi. Hastalar demografik veriler, şikayet süresi, fizik muayene ve görüntüleme bulguları, uygulanan cerrahi yöntem, histolopatolojik bulguları, onkolojik tedavi ve takip sonuçları açısından incelendi.

Bulgular:
Çalışma grubu, 4 (%40) kadın / 6 (%60) erkek, ortalama yaş 68.6± 9.4 (59-82 yaş) olmak üzere toplam 10 hastadan oluştu. Tüm hastaların ortak semptomu rektal kanama iken ortalama şikâyet süresi 10,75 ± 3,9 ay idi. 6 (% 60) hasta uzun süredir hemoroid tanısı ile medikal tedavi almaktaydı. Fizik muayene sonrası tüm hastalarda anorektal kitle saptandı.

Alınan biyopsilerin hepsi malign melanom ile uyumlu olarak rapor edildi. Tümör çapı ortalama 2,5± 1,9 cm idi.Tüm hastalara abdominoperineal rezeksiyon uygulandı. Adjuvan kemoradyoterapi 6 hastaya verildi. Median takip süresi 27.8± 13.8 (6-48) ay idi. Takip süresinde 7 hasta yaygın metastaz nedeni ile kaybedildi. Düzenli takipleri yapılan 3 hastamız halen hastalıksız yaşamını sürdürmektedir. Median yaşam süresi 25.1±13.5 (6-47) ay olarak bulundu.

Sonuç:
Gastrointestinal sistemde primer malign melanom görülmesi oldukça enderdir. Malign melanomlar agresif seyirli tümörlerdir. Anal malign melanom anal bölge tümörlerinin %1 ‹ni oluşturur. Malign melanomlar deri ve gözden sonra üçüncü sıklıkta anorektal bölgede yerleşim göstermektedir[1,2]. İlk defa 1857 yılında Moore tarafından bildirilmiştir ve şimdiye dek yaklaşık 500 olgu literatürde bildirilmiştir[3,4]. Seyrek görülmesinden dolayı deneyimler sınırlıdır.Hızlı invazyon gösteren bir tümör olmasından dolayı ayırıcı tanısı en kısa sürede yapılmalıdır. En sık 50-60 yaşları arasında görülür. Bizim serimizde ortalama yaş 68.6± 9.4 (59-82 yaş) idi. Kadınlarda erkeklere nazaran daha sık rastlanır..Bizim serimizde K/E:4/6 idi. Klinik semptomlar açısından anorektal bölgede sık rastlanan diğer benign hastalıklara benzerlik göstermektedir. Hastalar genellikle rektal kanama ile başvururlar. Bizim hastalarımızın da tümünde ortak başvuru semptomu rektal kanama idi. Konstipasyon ve ağrılı defekasyon da sık rastlanan diğer belirtilerdir. Tümör çapı tanı anında genellikle 2-5 cm. arasındadır. Bizim serimizde de tümör çapı ortalama 2,5± 1,9 cm idi. Posterior duvar yerleşimi sık görülür. %10 vakada tümör hemoroid veya anal fissür operasyonu esnasında pigmentli alanlar içeren polipoid yapılar şeklinde farkedilir. Mukoz membranlara yerleşen malign melanomlarda prognoz deri melanomlarına göre daha kötüdür. Radikal tedaviye rağmen 5 yıllık sağkalım %10 civarındadır.Yaşam süresini belirleyen en önemli faktörün direkt olarak erken tanı ile ilişkili olduğu unutulmamalıdır. Tümör hacmi ve derinliğinin fazla oluşu kötü prognostik faktör olarak bilinmektedir.(4,5) Tanı sonrası en kısa sürede uygun cerrahi ve adjuvan tedavinin planlanması hastalığın prognozunu düzeltmek adına önemlidir. Anorektal bölgede, mikroskopik incelemede indifferansiye karsinom olarak sınıflanan lezyonlarda ayırıcı tanıda malign melanomu düşünmek gerekir.

Cerrahi, tedavinin esasını teşkil etmekle beraber iki farklı teknik konusunda literatürde tartışmalar sürmektedir. Bazıları özellikle lokalize küçük tümörlerde abdominoperineal rezeksiyon (APR) önerirken, çoğu hasta yaygın sistemik hastalık ve uzak metastaz nedeni ile kaybedildiğinden sfinkter koruyucu geniş lokal eksizyon önerenler de bulunmaktadır[6]. Geçmişte yapılan erken çalışmalar APR ile agresif tedavinin daha iyi sağkalım oranlarına sahip olduğunu ve muhtemelen beraberinde yapılan lenfadenektominin bunda etkili olduğunu, lenfatik yayılımı (özellikle mezenterik lenf nodülleri) kontrol edebildiğini, daha geniş negatif cerrahi sınır ve daha düşük lokal rekürrens oranları elde edilebildiğini savunmuşlardır[4,7]. Günümüzde artık lenf nodülü diseksiyonu önerilmemekte ve uygun olgularda geniş lokal eksizyon sonrası adjuvan kemoradyoterapi ile benzer sonuçlar alınabilmektedir. Biz tüm vakalarımızda kitlenin anal kanaldan proksimale doğru uzanım göstermesi, lümeni neredeyse tamamen obstrükte etmesi ve kanamanın olması gibi nedenlerden dolayı APR›yi geniş lokal eksizyona tercih ettik. Sonuç olarak, anorektal malign melanom nadir görülen bir hastalıktır. Eğer bir hastada tekrarlayan kanama, ağrı gibi şikayetler varsa ayırıcı tanıda anorektal melanom dikkate alınmalıdır. Maalesef anorektal melanom tanısındaki gecikme morbidite ve mortalitede artmaya neden olmaktadır. Prognozu kötü olmakla birlikte, anorektal melanomlu olgularda APR ve genişletilmiş lokal eksizyon günümüzde halen kullanılan cerrahi tedavi seçenekleridir.

P-150
Kolorektal Kansere Bağlı Peritoneal Karsinomatozisde Peritoneal Yüzey Kanseri Şiddeti Skoru (PSDSS): Dokuz Eylül Üniversitesi Geçerlilik Değerlendirilmesi

Cihan Ağalar[1], Selman Sökmen[1], Naciye Çiğdem Arslan[3], Anıl Aysal[2], Sülen Sarıoğlu[2], Aras Emre Canda[1], Mustafa Cem Terzi[1], Mehmet Füzün[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir
[3]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanserin tanı anında peritoneal karsinomatozis (PK) ile birlikteliği %8-15 arasında bildirilmektedir. Sugarbaker(1985) tarafından tanımlanan sitoredüktif cerrahi (SRC) ve intraperitoneal kemoterapi, 2000'li yıllardan itibaren çok sayıda merkezde periton dışı uzak yayımı bulunmayan peritona metastatik kolorektal kanserli hastalarda uygulanmaya başlanmıştır. Pelz ve arkadaşları(2009) tarafından tanımlanan Peritoneal Yüzey Kanseri Şiddeti
Skoru (PSDSS) üç bileşenden oluşmaktadır:
• Klinik semptomlar: (semptom yok= 0 puan; hafif semptomlar= 1 puan; şiddetli semptomlar= 6 puan)
• Peritoneal kanser indeks skoru (PKİ):(PKİ<10 = 1 puan; 10<PKİ<20= 3 puan; PKİ>20= 7 puan)
• Primer tümörün histopatolojik özellikleri:(iyi-orta diferansiye ve N0= 1 puan; orta diferansiye ve N1/N2= 3 puan; kötü diferansiye veya taşlı yüzük hücreli tümör=9 puan)
Hastaların primer organ tümörü ve peritoneal yayılımına göre bu üç bileşenden aldığı toplam şiddet skoru hesaplanmakta ve PSDSS evrelemesi yapılmaktadır.
PSDSS skoru PSDSS evresi
2-3 I
4-7 II
8-10 III
>10 IV

Bu çalışmada peritoneal yüzey kanseri şiddeti skorunun Dokuz Eylül Üniversitesi kolorektal kansere bağlı PK hastaları veri tabanında geçerliliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde 2007 ve 2015 yılları arasında kolorektal kansere ikincil PK nedeniyle CC-0 SRC ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi (HİPEK) uygulanan 61 hastanın (34 kadın(%56), 27 erkek(%44)) verileri çalışmaya alındı.

Tam sitoredüksiyon sağlanamayan hastalar ve perioperatuvar dönemde (0-90 gün) ölenler çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular:
Hastaların ortalama yaşı 53±14.1 (22-84) idi. Hastaların 27'si (%44) senkron; 34'ü (%56) metakron PK tanısı almıştı. Morbiditeler Clavien-Dindo (CD) sınıflamasına göre gruplandı. Hastaların %66'sında morbidite gelişmezken, 1 hastada CD grade I, 7 hastada CD grade II, 9 hastada CD grade III, 4 hastada CD grade IV morbidite görüldü. Ortalama izlem süresi 30.7±19.5 ay olarak bulundu. İzlem süresince 36 hastada (%59) rekürren ya da uzak hastalık saptandı. Ortalama sağkalım 40±4.4 ay olarak hesaplandı. 1, 3 ve 5 yıllık sağkalımlar sırasıyla %85, %48 ve %16 idi. Hastaların verileri Peritoneal Yüzey Kanseri Şiddetine göre skorlandığında ortalama PSDS skoru 7.9±4.07 (2-17) olarak bulundu, buna göre 4,32,4 ve 8 hasta sırasıyla PSDSS evresi I, II,III ve IV olarak evrelendi. PSDSS grupları arasında yoğun bakımda kalma süresi, morbidite görülmesi, uzak metastaz ya da nüks gelişmesi açısından anlamlı fark bulunmadı. PSDSS evre I ve II hastaların hastane kalış süresinin, PSDSS evre III ve IV hastalara göre istatistiksel olarak sınırda anlamlı olacak şekilde daha kısa olduğu görüldü (p=0.053). Ortalama sağkalım; PSDSS evre I hastalarda 74±14.1 ay; PSDSS evre II hastalarda; 46±5.5 ay; PSDSS evre III hastalarda17.1±4.5 ay; PSDSS evre IV hastalarda ise 16.1±3.2 ay olarak bulundu(K-M; p<0.001). PSDSS evre I ve II hastaların ortalama sağkalım süreleri evre III ve IV hastalara göre anlamlı olarak daha uzundu(K-M; p <0.001)(Tablo 2).
Bu çalışmada nüks gelişmesi ölüm için 2.7 kat risk göstermekte iken, PSDS skoru 6.9 kat risk belirtmektedir(ORs).

Sonuç:
PSDSS evrelemesi, DEÜTF 2007 kolorektal peritoneal metastaz kohort'unda geçerlilik değerlendirilmesi uygulandığında sağkalımla güçlü anlamlı olarak bağıntılıdır. Daha önce tanımlanmış farklı peritoneal yüzey kanserleri evreleme algoritmaları cerrahın peroperatuvar dönemde yaptığı eksplorasyonu esas almaktayken, Peritoneal Yüzey Kanseri Şiddeti Skoru ameliyat öncesi dönemde bu evrelemenin yapılmasına olanak sağlamaktadır. Bu evreleme sisteminin en büyük kısıtlılığı bilgisayarlı tomografi ile yapılan preoperatuvar evrelemenin sensitivitesinin %59-98; spesifisitesinin %47-90 aralığında olmasıdır. Peritoneal Yüzey Kanseri Şiddeti Skorlama sistemi görece yüksek morbidite-mortalitesi ve maliyeti bulunan kompleks SRC ve HİPEK işleminden maksimum yarar görecek hastaların prognostik seçiminde önemli bir algoritma aracı olarak öne çıkmaktadır.

P-151
Rektum Kanserinde Neoadjuvan Tedavi Alan ve Almayan Hastaların Lenf Nodu Sayılarının Karşılaştırılması

Serhat Buldur[1], Cemil Çalışan[2]
[1]*Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir*

Amaç:
Neoadjuvan tedavi alan ve almayan hastaların lenf bezi metastaz durumunun epidemiyolojik, demografik ve klinik veriler ile birlikte literatür bilgileri eşliğinde karşılaştırılması

Gereç-Yöntem:
Ocak 2008 – Haziran 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Genel Cerrahi AD kliniğinde rektum kanseri nedeniyle opere olan 633 hastanın elektronik hasta dosyaları, poliklinik kartları, operasyon notları, patoloji raporları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, tümörlerin patolojik özellikleri ve 5 yıllık sağkalım süreleri; neoadjuvan tedavi alan ve almayan hastalar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular:
386 erkek, 247 kadın hasta değerlendirildi. Hastaların %86›sı 40 yaş ve üzerindeki kişilerden oluşmaktaydı. Hastaların %68›sine sfinkter koruyucu cerrahi, %32›sine abdominoperineal rezeksiyon (APR) yapılmıştır. APR yapılan bir hastada distal mukozal sınır pozitifliği mevcuttu.22 hastada radial cerrahi sınır pozitifliği mevcuttu; bunlardan %45›i neoadjuvan tedavi alan %55›i neoadjuvan tedavi almayan hastalardan oluşmaktaydı. Tümörlerin %95›i adenokanserler ve alt tiplerinden oluşmaktaydı. Tümörlerin 281›i alt rektum yerleşimliydi. Çalışmamızda raporların %50›sinde diferansiasyon derecesi belirtilmemişti. 53 hastada intraoperatif karaciğer metastazı saptandı. 50 hastada satellit tümör odağı mevcuttu. 85 hastada lenfovasküler invazyon, 123 hastada perinöral invazyon mevcuttu. Hastaların %72›sini evre 2 ve 3 hastalar oluşturmaktaydı. Ortalama takip süresi 38 ay, ortalama lenf bezi sayısı 14 ve ortalama tümör boyutu 3,6 cm idi.

Sonuç:
Neoadjuvan tedavi, çıkarılan lenf bezi sayısını ve tümör boyutunu negatif yönde anlamlı olarak etkilemektedir. Bunun haricinde ortalama tümör boyutunun da neoadjuvan tedavi alan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede küçük olduğu saptanmıştır. Neoadjuvan tedavi sonrasında toplam lenf nodu sayısı düşük olan hastalarda patolojik lenf nodu sayısı (PLS) / total lenf nodu sayısı (TLS) oranı, sağkalım göstergesi olarak kullanılabilir.

Neoadjuvan tedavinin tümör boyutu, lenf bezi sayısı ve 5 yıllık ortalama sağkalım üzerinde etkileri

	Neoadj. tdv. alan	Neoadj. tdv. almayan
Toplam LN sayısı	11.31	17.24
Tümör boyutu (cm)	2.89	4.62
Ortalama sağkalım (ay)	72	59.9

Neoadjuvan tedavinin tümör boyutu, lenf bezi sayısı ve 5 yıllık ortalama sağkalım üzerinde etkileri

P-152
Elektrolit Bozukluğu (Hiponatremi) ile Prezente Olan Rektal Villöz Adenom Olgusu. McKittrick- Wheelock Sendromu'nun Hafif Formu Olabilir mi?

Sadettin Er, Bülent Cavit Yüksel, Deniz Tikici, Barış Doğu Yıldız, Mesut Tez
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi / Kolorektal Cerrahi, Ankara

Gastarointestinal villöz adenom olgusunu, acaba literatürde tanımlanan McKittrick- Wheelock Sendromu' nun daha hafif bir varyantı olabilirliğini sorgulamak istedik. Gastrointestinal sistemin diğer tümörlerinden ziyade, kolonun villöz adenomları çoğu tuz ve protein kaybına yol açan patolojilerdir. Böyle elektrolit bozukluğuna neden olan tümörler McKittrick ve Wheelock tarafından ilk kez 1954' de ve 1956'da da Starr tarafından tekrar bildirilmiştir. Bu sendrom sıvı elektrolit bozukluğu, hipovolemik şok ve renal disfonksiyonla seyreden çoğu nedeni kolonik villöz adenom olan kompleks bir klinik sendromdur. Özellikle hiponatremi (baş ağrısı, iştahsızlık, zayıflık,kas krampları, letarji ve nöbetler) ve hipokalemi (yorgunluk,parastezi, kramplar, ileus,kusma, hipotansiyon,kardiyak aritmiler ve elektrokardiyografik değişiklikler) semptomlarıyla karakterizedir. Literatürde özellikle, 7 cm ve üzerinde büyüklüğe sahip villöz adenomların elektrolit bozukluğu ile seyrettiği ifade edilmektedir. Olgumuz 67 yaşında bayan hasta dış merkezde rektal kanama şikayeti ile başvuruyor. Karın muayenesi normal ve rektal digital muayenede yaklaşık 3-4 cm ebatlarında kitle saptanmış ve yapılan kolonoskopik incelemede rektum 8 cm' de lümeni tama yakın dolduran 5-7 cm boyutunda villöz adenom? şeklinde raporlanmış. Multiple biyopsi alınan hastanın patoloji sonucu ağır displazi olarak raporlanmış. Merkezimize yönlendirilen hastanın yapılan abdominal tomografide rektumu dolduran multilobüle polipoid yumuşak kitlesi saptandı. Hastanın yatışında sodyumu(Na: 117 mEq/lt) 117 mEq/lt, potasyumu normal ve diyabet öyküsü olan hastanın kan şekeri regüle idi. Böbrek fonksiyon testleri ve tümör markırları normaldi. Preoperatif dönemde replasman tedavisine dirençli bir sodyum düşüklüğü olan hasta, sodyum seviyesi 130 mEq/lt olunca operasyona alındı. Hastaya, mevcut tanımlanan kitlenin yüksek malignite olasılığı ve komplet rezeksiyonu dikkate alınarak laparoskopik low anterior rezeksiyon yapıldı. Postoperatif dönemde 1. günde sodyum seviyesi 138 mEq/lt yükseldi. Sodyum seviyesi dramatik şekilde düzelip stabil seyretti. Hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu villöz adenom olarak raporlandı.

P-153
Anal Kanal da Tam Obstruksiyon Yapan, Dekompresyon Sonrası Operasyona Alınan Malign Melanomlu Hasta: Olgu Sunumu

Şevket Barış Morkavuk, Murat Güner, Müjdat Güller, Ferit Aydın, Ömer Yalkın, Fatih Aslan, Salim Demirci
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç:
Anal kanal malign melanomları oldukça nadir görülen,tüm malign melanom olgularının %0,2-1'ini, tüm anorektal tümörlerin ise %0.1-4.6'sını teşkil eden agresif seyirli mukozal bir tümördür. Hastalar genellikle rektal kanama, tenesmus, anal kaşıntı, ağrı şikayetleri ile sağlık kuruluşlarına başvurmaktadırlar. Makroskopik olarak anal bölgenin selim hastalıkları olarak kabul edilen hemoroid, anal fissur, anal polip ile karıştırılmasından dolayı tanı geç konulmakta ve bu da hastalığın ilerlemesinde ve tedaviye geç başlamasına sebep olmaktadır. Çok nadir olarak hastalar erken evrelerde yakalanmış olup bu grup hastalarda geniş lokal eksizyon kabul edilir tedavi yöntemidir. Lokal olarak invaze ve ileri evre vakalarda ise abdominoperineal rezeksiyon tercih edilmektedir. Kemoterapi ve radyoterapinin faydası sınırlı olmakla beraber cerrahi sonrası vakalar da lokal nüks ve uzak organ metastazları önleme açısından kullanılabilinmektedir. Bizde bu olgu ile anal kanalda tam obstruksiyon yapan,5 gündür gaz gaita çıkışı olmayan, sedasyon altın da dekompresyon sağlanıp, sonrasında abdominoperineal rezeksiyon yaptığımız hastayı literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu:
Öncesin de dış merkezde anal kanal malign melanom tanısı konulan 67 yaşındaki erkek hasta 5 gündür gaz gaita yapamama şikayetleri olması üzerine kliniğimize kabul edildi. Hastanın alınan anamnezinde 3 ay önce anal kanal malign melanom tanısı aldığı,sağ inguinal bölgede metastazik lenf nodu tespit edilmesi üzerine ileri evre olarak kabul edildiği ve radyoterapiye yönlendirildiği öğrenildi. Hastaya rektum-anal kanal tümör bölgesine ve sağ inguinal lodu bölgesine 4 alandan (tek tedavi volümünden) 300 cGy fraksiyon/gün ile 13 fraksiyonda toplamda 3900 cGy eksternal radyoterapi uygulanmış. Ek şikayeti olmayan hasta 1 ay sonra kontrole gelmesi önerilerek taburcu edilmiş. Bu süre zarfında gaz gaita yapamama şikayetleri olması üzerine hasta kliniğimize başvuru sonrası yatırıldı. Yapılan fizik muayenede hastada distansiyon, barsak seslerinde hipoaktivite tespit edildi. Anal bölgede inspeksiyon da malign melanom ile uyumlu yaklaşık 2-3 cm'lik lezyon izlendi. Bu lezyonun mevcut ileus tablosunu açıklayamaması üzerine hastaya rektal tuşe yapıldı. Rektal tuşe sırasında sulu vasıflı, bol miktarda gaita deşarjı izlendi. Hastada ileri derece de ağrı olmasında dolayı işlem sonlandırıldı. Sedasyon eşliğinde hastaya rektal tüp takılarak dekompresyon sağlandı. Hastaya oral laktasif başlandı. Hastanın yapılan sistematik tetkiklerinde abdominopelvik tomografi de anal kanal distal ucunda intersfinkterik oluk düzeyinde lümeni ekspanse eden yaklaşık 25x25x15 mm ebadlarında malign lezyon ve sağ inguinal bölgede 35x30 mm boyutlarında nekrotik lenf nodulü ile uyumlu lezyon izlendi. Pet BT'de anal kanalda, sağ inguinal bölgede bulunan lenf nodulünde ve hilier lenf nodullerinde patolojik tutulum tespit

edildi. Hasta evre 4 olarak kabul edildi. Bu süreç zarfında hastanın hemoglobin değerlerinde düşme olmasında dolayı 5 ünite eritrosit süspansiyon replasmanı yapıldı. Hastanın aktif kanama şikayetleri olması ve obstruksiyon bulgularının varlığından dolayı operasyon planlandı. Kolonoskopide lezyonun tüm anal kanal mukozasını çepeçevre tutmuş olduğu, dentad lineden yaklaşık olarak 3 cm proksimale doğru uzanım gösterdiği izlenmesi üzerine lokal eksizyon tedavi seçeneği olarak düşünülmedi. Hastaya laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon ve sağ inguinal lenf nodu eksizyonu yapıldı. Hastanın patoloji sonucu tümörün 4 cm uzunluğunda olduğu, muskularis propriaya invaze ettiği, perirektal lenf nodüllerinde 0/14 metastaz izlenmediği, inguinal bölge lenf nodunda metastaz izlendiği raporlandı. Postoperatif 2. gün oral alımı açılan hasta 5. gün şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
Anorektal bölge malign melanomları oldukça nadir görülen fakat agresif seyir gösteren bir tümördür. Gastrointestinal sistemde en sık anarektum bölgesinde izlenmesine rağmen tüm anorektum bölgesi tümörleri arasında %0.1-4.6'lık bir görülme oranına sahiptir. Anorektal malign melanomlar dentat çizginin altındaki keratinize olmayan çok katlı yassı epitel veya transizyonel zondaki melanositlerden gelişebilmektedir. Hastalar en sık rektal kanama şikayetleri ile sağlık kuruluşlarına başvurmaktadırlar. Rektal kitle,dolgunluk hissi ve tenesmüs nadir olarak izlenen diğer semptomlardır. Semptomların benzerliğinden dolayı anal bölge selim hastalıkları ile karışabilmekte ve bu da geç tanı konulmasına neden olmaktadır. Hastalar sağlık kuruluşlarına başvuru sırasında genelde ileri evre olarak kabul edilmektedirler. Tanı; lezyon inspeksiyon ile görülebiliniyorsa insizyonel biyopsi ile yada kolonoskopik biyopsi ile konulur. Anal bölge kan ve lenfatik dolaşım yönünden zengin olmasından dolayı yeni tanı almış bir hastada bile %20 oranında inguinal bölgede lenf nodu metastazı saptanır. %7-25 arasında hematojenik metastaz oranı bildirilmekte olup en sık karaciğer, kemik, beyin ve akciğere yayılım izlenmektedir. Uzak organ tutulumu ve evreleme açısından torako abdominopelvik tomografi, endoanal ultrasonografi, pelvisin manyetik rezonans görüntülenmesi ve tüm vücut pozitron emisyon tomografisi yapılmalıdır. Radyoterapi ve kemoterapiye yanıtın yetersiz olmasında dolayı altın standart tedavi yöntemi cerrahidir. APR ve geniş lokal eksizyon en sık uygulanılan cerrahi yöntemleri olmakla beraber agresif seyir ve yüksek lokal nüks oranından dolayı abdominoperineal rezeksiyon daha sık uygulanmaktadır.

P-154
Pelvik Ekzenterasyon Uygulanan, Rektovajinal ve Vezikovajinal Fistülü Bulunan Servisk Kanserli Hasta: Olgu Sunumu

Şevket Barış Morkavuk[1], Duygu Altın Baskak[2], Özlem Irak[2], Salih Taşkın[2], Fırat Ortaç[2]
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara

Amaç:
Uterin serviks karsinomu kadın genital kanserleri içinde en sık 2. sırada görülen kanser türüdür. Yaşam boyu serviks kanserine yakalanma oranı %0,08'dir. Genelde az gelişmiş ülkelerde sık görülmektedir. Günümüz şartlarında gerçekleştirilen tarama programları sayesinde erken evre serviks kanserleri daha sık oranlarda saptanabilmektedir. Radikal histerektomi ve kemoterapi primer tedavi yöntemi olmakla beraber lokal invazyon gösteren, komplike olgularda pelvik ekzenterasyon tercih edilen bir tedavi metodudur. Pelvik ekzenterasyon lokal olarak invazyon gösteren serviks, vajen, vulva, rektum ve mesane kanserlerinde uygulanmaktadır. Operasyon kabaca birinci basamak olarak pelvik kavitedeki organların radikal rezeksiyonu, ikinci basamak ise rezeke edilen distal üreterlerin üriner diversiyonudur. Biz bu olguda 39 yaşında rektovajinal ve vezikovajinal fistülü bulunan serviks kanserli bayan hastayı literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu:
38 yaşında bayan hasta vajenden idrar ve gaita gelme şikayetleri ile kliniğe yatırıldı. Hastanın alınan anamnezinde yaklaşık 3 aydır defekasyon sonrası vajenden idrar ve gaita gelmesi şikayetleri bulunduğu ve bu şikayetler ile başvurduğu sağlık kurumunda hastaya ileri evre serviks kanseri tanısı konulduğu öğrenildi. Yapılan tetkiklerde hastanın laboratuar değerlerinde CA125 203,1U/mL, CA 15-3 90,4 U/mL olarak tespit edildi. Yapılan abdominopelvik MR'da mesane arka duvarı ile vajen 1/3›lük üst kısmı arasında yaklaşık 1 cm defekti içeren fistül izlenmiş olup geç evre kontrastlı serilerde mesane ve vajen içinde kontrast madde biriktiği izlendi. Ayrıca distal rektum anteriorundaki geniş defekt ile vajene fistülüze olduğu izlendi. Hastaya PET BT çekildi. Abdominopelvik lenf nodlarında ve servikste patolojik tutulum izlendi. Hasta ileri evre olarak kabul edildi. Komplike fistül varlığından dolayı hastaya pelvik ekzenterasyon uygulandı. Rektum, mesane, uterus, overler ve distal üreterler rezeke edildi. İnoperabl olmasından dolayı anüs rezeke edilmedi. Sigmoid kolon güdükten 15 cm proksimali cilde loop kolostomi olarak ağızlaştırıldı. Kalan 15 cm'lik distal ansına poş kabul edilerek üreterler 1'er cm ara ile anastomoz edildi. Bilateral double j kataterler yerleştirildi.Kataterlerin bir uçları ostomi ağzından çıkartılıp cilde tespitlendi. Kolonik müköz salgıya sekonder poşit ve üreter obstruksiyonunun önüne geçilmesi amacı ile ostomi ağzından bir adet foley katater üreter anastomozlarının yapıldığı güdük distal ansa gönderildi. Kalan vajen ve pelvik alan omentorafi ile kapatıldı.

Sonuç:
Pelvik ekzenterasyon ameliyatları nadiren yapılan, yüksek mortalite ve morbiditesi olan ameliyatlardır. Operasyon sırasındaki mortalite %3-5, major komplikasyon oranı ise %30-40'dır. Uygun vakalarda 5 yıllık sağ kalım oranlarını %30-42 arasında arttırdığı bildirilmiştir. İlk olarak 1948 yılında Brunswick tarafından uygulanmıştır. Cerrahideki amaç negatif cerrahi sınırlar doğrultusunda mesanenin, tüm üretranın, bitişik vajen duvarının, uterusun, distal üreterlerin, rektumun ve ilgili lenf nodlarının çıkarılması ve kalan üreterlerin diversiyonunu kapsar. Üriner diversiyonda üreterokutanostomi yada barsak segmentlerinden yeni mesane yapılması olarak ta bilinen üreterokutaneostomi uygulamalarıdır. Üreterokutaneostomide değişik intestinal segmentler; reflü olan ya da olmayan, kontinan olan ya da olmayan teknikler kullanılır. Sağlam cerrahi sınır sağlanamıyor ise rektum ve anus çıkartılarak proksimal ans uç kolostomi şeklinde cilde ağızlaştırılır.

P-155
Nadir Bir Vaka: Erişkin Yaşta Cilt Altı Şişlik ile Semptom Veren Rektorektal Teratom

Tayfun Bişgin[1], Ali Fırat Sarp[2], Sevilay Gürcan[3]
[1]Bitlis Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, Bitlis
[2]Bitlis Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü, Bitlis
[3]Bitlis Devlet Hastanesi Patoloji Bölümü, Bitlis

Giriş:
Rektorektal kitleler cerrahi pratikte oldukça nadir görülürler. Bu tümörlerin görülme oranı 1/40 000-60 000 olarak bildirilmiştir. Rektorektal kitlelerden biri olan teratomlar daha çok pediatrik yaş grubunda görülürler ve sıklıkla benign lezyonlardır. Erişkin yaşta görülen retrorektal teratomlar sıklıkla asemptomatiktir, eğer semptom verirse en sık semptom perineal bölgede ağrıdır. Pelvik bilgisayarli tomografi (BT) ve pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri hem tanı aşamasında yardımcı olur hem de cerrahi yöntem planlamasında yol gösterir. Erişkin yaşta görülen teratomlar tedavisiz bırakılırsa malign transformasyon gösterebilir. Bu yüzden tedavide agresif yaklaşımla kitlenin en-block çıkarılması oldukça önemlidir. Biz bu yazıda erişkin yaşta sakrokoksigeal bölgede cilt altında şişlik olarak semptom veren bir retrorektal teratom vakasının tanı ve tedavisini tartışacağız.

Vaka:
22 yaşında bayan hasta asemptomatik sakrokoksigeal bölgede ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sakrokoksigeal bölgede cilt altında yaklaşık 4x5 cm boyutunda kistik kitle ele geldi. Pelvik BT ve MR görüntülemelerde sakrumun posteriorunda yerleşen 4x4 cm boyutunda kistik lezyonun ince bir boyun vasıtası ile koksiksi soldan çevreleyerek, orta hatta ve rektorektal alana uzandığı görüldü.Kistik yapının yerleşimi nedeni ile prone pozisyonda posterior yaklaşımla kitleye mudahale edilmesine karar verildi. 10 cm uzunluğunda parakoksigeal insizyon ile kistik yapı parsiyel koksik rezeksiyonu ile en-block çıkarıldı. Postoperatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon görülmedi. Post operatif 5. günde taburcu edildi. Piyesin histopatolojik incelemesi sonucu sakrokoksigeal teratom tanısı konuldu.

Tartışma ve Sonuç:
Rektorektal teratomlar cerrahi pratikte her ne kadar az görülselerde, preoperatif görüntüleme yöntemleri ile iyi bir değerlendirme sonrası, bölge anatomisine hakim deneyimli cerrahlar tarafından oldukça iyi bir şekilde yönetilebilirler.

P-156
Kolonik Kitle: Nadir Bir İntra-Abdominal Desmoid Tümör Olgusu

Erdinç Kamer, Serkan Karaıslı, Arzu Avcı, Fevzi Cengiz
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Desmoid tümörler nadir görülen bir fibroblastik proliferatif hastalık olarak tanımlanır ve herhangi bir muskuloaponeurotic veya fasial dokuda ortaya çıkabilir. Desmoid tümörler nadir, benign ve potansiyel olarak agresif ve multifokal tümörlerdir. Nüksebilirler, ancak asla metastatik olmazlar. Çoğu zaman, tedavi konservatiftir. Ancak intra- abdominal yerleşimli olanlarda kitle, ağrı, barsak obstrüksiyonu ve perforasyon nedeni ile cerrahi gerekebilir. Burada, kolonda kitle nedeni ile ameliyat edilen ve patolojisi desmoid tümör çıkan 56 yaşındaki bir kadın hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
Ellialtı yaşında kadın hasta kabızlık ve ara sıra oluşan karın ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ üst kadranda ele gelen kitle saptandı. Ailesel adenomatöz polipozis, abdominal cerrahi ya da travma öyküsü yoktu. Tümör belirteçleri de dahil olmak üzere laboratuar kan testleri normal aralıklarla bulundu. Bilgisayarlı tomografide (BT), Hepatik fleksura düzeyinde kolon lümeninde kolokolik invajinasyon görünümüne neden olan yaklaşık 4.5x4.5x6 cm çapında düzensiz konturlu hipodens heterojen yapıda solid kitle izlendi (Resim 1). Metastaz saptanmadı. Hastanın kolonoskopisinde hepatik fleksuraya yakın kolonik ansta lümeni ileri derecede daraltan polipoid kitle saptandı ve distali mavi boya ile işaretlendi. Buradan alınan biyopside malign hücre saptanmadı. Hastaya operasyona alındı ve laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı. Çıkan piyesin makroskopik incelemesinde 5x5x4 cm boyutlarınsa düzgün sınırlı, yüzeyi mukoza ile kaplı, kesit yüzü lastik kıvamında solid nitelikte lezyon dikkati çekti. İmmunohistokimyasal incelemede ise hafif fasiküler düzelenim, CD34, CD117, Dog1 negatif; vasküler yapılarda CD34, vimentin, B katenin fokal pozitifliği saptandı. İğsi hücrelerde atipi bulguları yoktu (Resim 2). Patolojik tanı "desmoid tümör, hiposellüler mezenkimal lezyon" olarak tanımlandı. Ameliyattan sonra her hangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi. 7 aydır takipte olan hastada herhangi bir nüks ya da metastaz bulgusu saptanmadı.

Sonuç:
Desmoid tümörler benign tümörlerdir, ancak benign bir hastalık değildir. Bu tümörlerin çoğu sporadik olarak ortaya çıkar ancak yaklaşık %5 oranında ailesel adenomatöz polipoz ile ilişkili olarak ortaya çıkar. İntra-abdominal desmoid tümörler büyüme ve infiltrasyon visseral kompresyona neden olana kadar asemptomatik kalırlar. İntra-abdominal desmoid tümörlede cerrahinin etkinliği gösterilmiştir. Küratif tedaviye rağmen yüksek nüks oranı göz önüne alındığında yakın izlem gerekmektedir.

P-157
Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Sırasında Saptanamayan Tümörlerde Perioperatif Kolonoskopi Uygulanması

Erdinç Kamer, Fevzi Cengiz, Turan Acar, Emine Özlem Gür, Mehmet Hacıyanlı
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Laparoskopi kolorektal cerrahi (LKC) son yıllarda kolon ve rektum hastalıklarının cerrahi tedavisinde oldukça yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (1). LKC tamamen cihazlara bağımlı dokunma duyusu olmadan yapılan girişimlerdir. Ameliyat öncesi yapılan tetkiklerle tümörün lokalizasyonunu saptamak mümkündür (2). Ancak %28.5 oranında preoperatif

yapılan tetkiklerde yanılma olduğu saptanmıştır (2,3). Bu gibi durumlarda cerrah ameliyat sırasında laparoskopik olarak tümörün yerini tespit edemezse açık yönteme geçmek zorunda kalabilir. Ancak perioperatif kolonoskopi yapıldığı durumlarda tümör lokalizasyonu tespit edilip ameliyat laparoskopik olarak devam edilebilirliği sağlanmış olur (3-5). Biz bu çalışmamızda kolon kanseri nedeniyle LKC uyguladığımız ancak cerrahi sırasında preoperatif olarak lokalize edilen tümörü bulamadığımız ve perioperatif kolonoskopi yaptığımız hastalarımızı sunmayı amaçladık. Çalışmamızın amacı LKC sırasınsa lokalizasyonu tespit edilemeyen hastalarda uyguladığımız perioperatif kolonoskopi deneyimimizi literatür eşliğinde sunmaktır.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2013-Aralık 2016 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne kolon ve rektum hastalığı nedeniyle yatırılan ve laparoskopik kolorektal cerrahi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Rektum tümörleri, kolonoskopik işaretleme yapılan, benign patolojiler ve total kolektomi uygulanan hastalar çalışma dışı bırakılarak 88 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksleri, ameliyat endikasyonları, lezyon yerleşim yerleri, uygulanan ameliyat, ameliyat süresi, komplikasyonlar ve hastanede kalış süreleri, kolonoskopi süresi, lezyonun bulunma yeri kayıt edildi. (hastanın tamamına perioperatif kolonoskopi sorumlu cerrah yada ekipteki bir cerrah tarafından yapıldı.

Bulgular:
Sekiz hastanın 5'i kadın 3'ü erkek, yaş ortalaması 56.3 idi. Preoperatif lokalizasyon olguların 3'ünde sol kolon,2'sinde çıkan kolon, 1'inde sigmoid kolon, 1'inde çekum ve 1'inde splenik fleksura yerleşimli bulundu. Bu lokalizasyonlar preoperatif olguların 4'ünde bilgisayarlı tomografi+kolonoskopi ile diğer 4'ünde ise sadece kolonoskopi ile belirlendi. Hastaların perioperatif kolonoskopik bulguları ve uygulanan cerrahi yöntemler Tablo da belirtildi. 1olguda senkron tümör saptandı.

Sonuç:
Laparoskopik kolorektal cerrahide perioperatif tümörün bulunamaması durumunda laparaskopik rezeksiyonla yanlış segmentin çıkarılması, açığa geçiş ya da ek rezeksiyonlar ilk kez 1993 yılında larach ve ark tarafından tanımlandı. Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahları Derneği üyelerine yönelik yapılan bir araştırmada, toplam 278 üyeden 18'i (% 6,5) laparoskopik kolorektal cerrahi sırasında yanlış kolon parçasının çıkarılmasını bildirdiler. Bizim çalışmamızda %9.1 oranında LKC sırasında tümör bulunamadı. Perioperatif kolonoskopi yapılması ile tümörün yeri tespit edilip rezeksiyon yapılabildi. Bu çalışma preoperatif değerlendirmenin önemi, preoperatif kolonoskopi ve işaretlemenin cerrahın kendisinin yapmasının önemini, perioperatif kolonoskopi imkanlarının bulundurulması ve cerrahın ya da ekipten birinin kolonoskopi yapabilmesinin önemini birkez daha vurgulanması bakımından önemlidir.

P-158
Laparoskopik Rektum Kanseri Cerrahisinde Saptırıcı Stoma Uygulamaları Deneyimlerimiz

Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş
Günümüzde rektum kanseri cerrahisi sonrası yapılan anastomozlar için geçici saptırıcı stoma açılması gereğinin yanısıra, loop ileostomi veya kolostomi seçilmesi konusunda tartışmalar devam etmektedir. Bu amaçla loop ileostomi daha sık olarak tercih edilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde laparoskopik rektum kanseri cerrahisinde peritoneal refleksiyon altı kolorektal veya koloanal anastomozları için saptırıcı stoma uygulamaları incelendi.

Metod
Ocak 2015 – Ocak 2017 tarihleri arasında rektum kanseri nedeniyle rezeksiyon ve peritoneal refleksiyon altı anastomoz yapılan 49 hasta çalışmaya alındı.

Bulgu
24 kadın, 25 erkek toplam 49 hasta mevcut idi. Hastaların yaş ortalaması 62 idi. Rezeksiyonun tamamı laparoskopik yöntem ile yapıldı. Üst rektum tümörü nedeniyle 31, orta rektum tümörü nedeniyle 11, orta-alt rektum tümörü nedeniyle 7 hasta opere edildi. Tümör seviyesine göre Low Anterior Rezeksiyon (LAR) 32, Very Low Anterior Rezeksiyon (VLAR) 17 hastaya uygulandı. Anastomoz işleminde 48 hastada sirküler stapler kullanılırken, 1 hastada el ile anastomoz yapıldı. Rezeksiyon işlemiyle aynı seansta hastaların tamamına loop ileostomi uygulandı. Ameliyat sonrası genel erken dönem mortalite %2 (1/49) olarak saptandı. Loop ileostomi ortalama 3 ay (2-7 ay arası) sonra kapatıldı. Erken dönem takiplerinde ileostomi kapatıldıktan sonra hastalarımızın hiç birinde anastomoz kaçağı görülmedi. Sadece 1 hastada anastomoz hattında striktür gelişti. Bu hastamıza sedasyonla kolonoskopi eşliğinde 3 seans balon dilatasyon uygulaması yapıldı ve cerrahi uygulama olmadan anastomoz genişletildi.

Tartışma ve Sonuç
Hastalarımızın loop ileostomi kapatıldıktan sonra hiç birinde anastomoz kaçağı görülmemesi ve hasta memnuniyetimiz nedeniyle kliniğimizde rektum kanseri nedeniyle yapılan cerrahi girişimlerde saptırıcı loop ileostomi uygulanmasının tercih edildiği göze çarpmaktadır.

P-159
Kolon Kanserinde Nadir bir Tutulum: İzole Senkron Dalak Metastazı

Burak Güney, Cüneyt Akyüz, Deniz Tazeoğlu, Sedat Kamalı, Hakan Tezer
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş:
Splenik metastazlar tüm metastazların %1'inden azında gözlenir. Kolorektal karsinomun izole soliter splenik metastazı, insidansı kesin olarak mevcut literatürden çıkarılamamakla

birlikte oldukça nadirdir. Bu istisnai derecede gözlenen durum dalağın anatomik, histolojik ve immünolojik özellikleriyle ilgili birkaç hipotez ile açıklanmıştır. Dalak metastazı saptanan kolon kanseri olgusunda deneyimimizi sunmayı ve literatürdeki mevcut çalışmaların güncel bir incelemesini paylaşmayı amaçladık.

Olgu:
Bilinen kronik hastalık öyküsü tariflemeyen 78 yaşındaki erkek hastanın sol üst batın kadranında gelişen karın ağrısı ve artan kabızlık şikayeti sonrası yaptırdığı kolonoskopisinde anüsten itibaren 38.cm civarında lümeni tamamen daraltan ve endoskopun geçişine engel olan malign infiltrasyon görülmesi üzerine planlanan iv ve oral kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde(BT) sol kolonda splenik fleksura komşuluğunda lümende belirgin obstrüksiyon oluşturan 40 mm çaplı tümoral lezyon, pankreas kuyruğuna invazyon düşündüren yağlı planlarda silinme ve dalakta subkapsuler lokalizasyonda büyüğü 14 mm çapında iki adet hipodens nodüler lezyon(kist?) görüldü. CEA ölçümü 40 ng/mL idi. Çekilen PET/BT'de batında solda splenik fleksura düzeyinde inen kolon proksimaline uyan malignite düşündüren hipermetabolik odak(SUVmax:7,4) ve dalakta subkapsüler alanda 2 adet fokal malignite şüpheli hafif hipermetabolik odak(SUVmax:3,9) saptandı. Yapılan operasyonda gözlemde splenik fleksurada 5 cm'lik serozaya atake, pankreas distaline invaze görünümde kitle izlendi. Inferior mezenterik arter çıkış yeri hemen distalinden ve inferior mezenterik ven pankreas kuyruğunun hemen lateralinden bağlandı, orta kolik arter ve ven korunarak kitle 10 cm proksimal ve 20 cm distal mesafe dahil edilerek çıkarıldı. İnvaze alanı içine alacak şekilde sınırlı distal pankreatektomi yapıldı. Preoperatif incelemede PET görüntülemede dalaktaki FDG tutulumları nedenli, intraoperatif gözlemde bunlara uyduğu izlenen subkapsüler bölgede 2 adet beyaz renkte 2 cm çapında metastatik tutulum düşündüren lezyonlar görülmesiyle splenektomi uygulandı. Kolokolonik anastomoz ile ameliyat sonlandırıldı ve postoperatif dönemde sorun izlenmeyen hasta kapsüllü bakteri aşıları uygulanarak 6. günde taburcu edildi. Patoloji raporu splenik fleksurada yerleşik 1,5 cm çaplı kitlede ve distal pankreas materyalinde adenokarsinom ile dalakta adenokarsinom metastazı olarak geldi.

Tartışma ve Sonuç:
Splenik metastazlar nadir olarak gözlenirler ve genellikle asemptomatik olup multiorgan metastazların bir parçası olarak saptanırlar. 2000 yılında yapılan bir çalışmada toplam 92 splenik metastazlı hastanın %9'u kolon kaynaklı izlenmiş olup primer patolojiler arasında 5. sırayı almaktadır ve bunların tümü adenokarsinomdur. 2016 yılı sonunda yayınlanan bir çalışmada kolorektal kanserin dalak metastazı literatürde 48 vaka olarak tespit edilmiş olup daha çok sol kolon kaynaklı(34'e karşı 18) bildirilmektedir. Tüm vakalar adenokarsinom olarak raporlanmıştır ve izlenen olgularda, kolondaki primer kanserin oluşumundan ortalama 18 ay sonra dalak metastazının geliştiği gösterilmiştir. Dalak metastazı %55 vakada asemptomatik seyreden CEA yükselmesi ile rutin takip sırasında ortaya çıkarılmış olup %34'ünde normal CEA değerleri vardır. Soliter splenik metastazlar olguların %92'sini oluşturmaktadır. Dalaktaki lezyonların %86'sında metakron seyir söz konusudur. Bunların dışındaki %7 senkron tümörün çoğu izole metastazdır. Hastaların %97'sine splenektomi uygulanmış olup hastalıksız sağkalım ortalama 12 aydır. Splenik metastazın erken saptanmasının sağkalımı uzatmak için önemli olduğu kabul edilir, çünkü bu metastazlar terminal hastalık varlığı anlamına gelmez. Bunun nedeni, bu lezyonların çoğunun, bazen birkaç yıl sonra gözlenebilen, metakron lezyonlar olarak ortaya çıkmasıdır. Lezyon sınırlı ve izole olup erken dönemde yapılan splenektomiyle, genellikle iyi bir prognoz, daha yüksek tedavi oranları ve daha uzun sağkalım elde edilebilir. Bu nedenle erken dönemdeki metastaz şüphesi ve bu olguların PET/BT gibi uygun görüntüleme teknikleriyle değerlendirilmesi son derece önemlidir.

P-160
Asemptomatik Evre IV Kolorektal Kanserler İçin Palyatif Laparoskopik Rezeksiyonlar

Erdinç Kamer, Turan Acar, Fevzi Cengiz, Emine Özlem Gür, Yasin Peker, Mehmet Hacıyanlı
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Son yıllarda Amerikan Cerrahlar Koleji Palyatif Bakım Görev Gücü'nün kurulması ile inkürabl kanserli hastaların palyasyonunda cerrahların rolünün önemi ön plana çıktı. Kolorektal kanser ve senkron metastazlı hastalarda prognoz kötü olmakla birlikte palyatif rezeksiyon ile kazanımlar sağlanabilmektedir. Bu grup hastada palyatif cerrahi de laparoskopik olarak gerçekleştirilebilir. Biz bu çalışmamızda laparoskopik cerrahi uyguladığımız evre IV kolorektal kanserli hastalarımızı sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında 164 hastaya laparoskopik kolorektal cerrahi (LKC) uygulandı. Bu hastalardan metastatik kolorektal kanseri bulunan ve LKC uygulanan yedi hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, tümörün yerleşim yerleri, uygulanan cerrahi yöntemler, hastanede kalış süreleri, morbidite ve mortaliteleriretrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular:
Yedi hastanın altısı erkek biri kadın, yaş ortalamaları 62.6 idi. Tümörün yeri rektum, transvers kolon, çıkan kolon, çekum ve hastaların 3'ünde ise sigmoid kolondu. Kolon tümörüne eşilk eden metastazlar hastaların altısında multipl karaciğer ve birinde peritoneal idi. Hastaların tümünde obstrüktif bulgular mevcut olup elektif olgulardı. Tümör çapı ortalama 5.4cm idi. Postoperatif dönemde bir hastamızdapnömoni+derinve ntrombozu, bir hastamızda subileus, bir hastamızda sadece derin ventrombozu ve bir hastamızda yara yeri enfeksiyonu görüldü. Bir hastamızı PO 13. günde kardiyopulmonerarrest nedeniyle kaybettik. Hastanede kalış süresi 19.1 gündü (12-41gün) (Tablo).

Sonuç:
Evre IV hastaların sadece %20'sine uzak metastaz ile birlikte küratif cerrahi uygulanabilir. Hastaların çoğunda uzak metastaz rezeke edilemez. Ancak palyatif rezeksiyon ihtiyacı

olan seçilmiş hasta grubunda rezeksiyon laparoskopik olarak güvenle yapılabilir.

P-161
Kolorektal Kanser Nedeniyle Laparoskopik Cerrahi Uygulanan 59 Hastanın İncelenmesi

Murat Güner, Şevket Barış Morkavuk, Ali Ekrem Ünal, Salim Demirci
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç:
Son yıllarda tüm cerrahi girişmlerde olduğu gibi kolorektal kanserlerde de minimal invaziv teknikler daha popüler hale gelmiştir.kolorektal kanserli hastalarda laparoskopik cerrahinin açık cerrahi prosedüre göre postoperatif dönemde daha hızlı barsak hareketlerinin başlaması, daha az morbidite görülmesi, daha az hastanede yatış süresi ve daha hızlı iyileşme süreci sağladığı gösteren çalışmalar mevcuttur.Bu çalışmada kolorektal kanserli hastalarda laparoskopik cerrahinin güvenle uygulanabileceğini göstermek amacındayız.

Gereç-Yöntem:
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Kliniğinde ocak 2014-ocak 2017 yılları arasında kolorektal kanser nedeniyle küratif laparoskopik rezeksiyon uygulanan 59 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.Hastalar yaş,cinsiyet, yapılan ameliyat,TNM evrelemesi, çıkarılan lenf nodu sayısı, hastanede kalış süresi,komplikasyon olup olmamasına göre değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Hastaların 36'sı erkek 23 'ü kadındı.hastaların yaş dağılımı 34 ile 83 arasında değişmekteydi(median:64.1). Tümör lokalizasyonuna göre bakıldığında 10 hastada distal rektumda, 20 hastada rektosigmoid bölgede,10 hastada sol kolonda, 13 hastada sağ kolonda,6 hastada transvers kolonda tümöral lezyon mevcuttu. 10 hastaya laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon,20 hastaya laparoskopik anterior rezeksiyon, 13 hastaya laparoskopik sol hemikolektomi16 hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi uygulandı. TNM evreleme sistemine göre değerlendirildiğinde;9 hasta evre 1,26 hasta evre 2a,1 hasta evre 3a,14 hasta evre 3b, 5 hasta evre 3c, 4 hasta evre 4a olarak değerlendirildi..Disseke edilen lenf nodu sayıları 12 ile 34 arasında değişmekteydi (median:17).4 hastada karaciğerde tümöral lezyon mevcuttu ve bu lezyonlara da laparoskopik wedge rezeksiyon uygulandı. Hastanede kalış sürelerine bakıldığında ise 4 gün ile 16 gün arasında değişmekteydi (median: 7.1 gün) Postoperatif 1 hastada 5. Gün anastomoz kaçağı gözlendi hastaya kolostomi açıldı postoperatif 14.gün taburcu edildi. Apr uygulanan 1 hastada üretra yaralanması meydana geldi hasta non operatif olarak takip edildi ve postoperatif 16. Gün taburcu edildi.1 hastada kanama bulguları gözlendi TDP ve eritrosit replasmanı yapılarak non operatif konservatif olarak tedavi edildi.6 hastada yara enfeksiyonu gözlendi ve sorunsuz tedavi edildi.

Sonuç:
Literatürde laparoskopik kolorektal cerrahinin açık cerrahi girişime göre daha az morbidite ve daha yüksek sağkalım sonuçları olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur.Bu çalışmada kolorektal kanserli hastalarda laparoskopik cerrahinin onkolojik prensiplere uygun olarak güvenle kullanılabileceği vurgulanmak istenmiştir.

P-162
Benign Özellikli Retrorektal Kitle Nedeni ile Laparoskopik Cerrahi Yapılan İki Olgu Sunumu

Sadettin Er, Bülent Cavit Yüksel, Deniz Tikici, Barış Doğu Yıldız
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç:
Literatürde tanımlanan klinik prezentasyonun aksine, her iki vaka özellikle otururken olan anal bölgede ağrı tariflemekteydi. Bizde bu farklı klinik semptoma dikkat çekmeyi amaçlayarak olgularımızda minimal invaziv cerrahi olarak ve her iki olgununda benign natürde olduğunu düşünerek, laparoskopik cerrahi yönteminin uygulanabileceğini vurgulamak istedik.

Olgu 1
Yaklaşık bir yıldır özellikle pelvik bölgede olan karın ağrısı ve otururken artan anal bölgede ağrı tarifleyen 27 yaşındaki kadın hasta değerlendirildi. Özgeçmişinde idiyopatik trombositopenik purpura (ITP) ve kortikosteroid kullanımı dışında bir özellik yoktu. Dış merkezde yapılan alt abdomen ultrasonografide pelvik kitle saptanan hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Kontrastlı pelvik MR' da presakral alanda rektumu öne iten, inferiorda anal kanal posterioruna ve superiorda presakral-prekoksigeal alana doğru uzanan 5,8x5,2x7,3 cm ebatlarında düzgün konturlu, yoğun içerikli kistik yapıda yumuşak doku lezyonu (tailgut kisti?) saptandı. Şekil-1.Tümör markırları normal olan hastanın radyoloji ve cerrahi konseyi sonrasında mevcut kitlenin malign komponenti ve invaziv bulgu içermemesi üzerine benign tailgut kisti tanısı ile laparoskopik olarak eksize edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gözlenmeyen hasta 3. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu epidermoid kist (tailgut kisti) olarak raporlandı.

Olgu 2:
Altı aydır özellikle defekasyon ve otururken anal bölgede ağrı tarifleyen 43 yaşında bayan hasta, dış merkezde yapılan tetkiklerde retrorektal bölgede lezyon tanımlanması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan pelvik MR'da koksiks distal komşuluğunda, koksiks anteriorunda, rektum posteriorunda yaklaşık 18x12x8 mm ebatlarında T1A sekanslarda intermediate, T2A sekanslarda hiperintes IVKM enjeksiyonu sonrasında kontrast tutulumu olmayan düzgün sınırlı kistik (tailgut kisti?) lezyon izlendi. Tümör markırları normal rektal tuşede anal verjden 4 cm kranialde rektum posteriorunda yüzeyi düzgün lezyon izlendi. Hastaya yapılan kolonoskopi de rektum distalinde posterioru öne doğru iten ekstraluminal kaynaklı olduğu düşünülen lezyon görüldü. Lezyonun benign natürde olduğu düşünülerek laparoskopik eksizyon yapıldı. Postoperatif dönemde problem olmayan hasta 2. Gün taburcu edildi. Patoloji sonucu kronik inflamasyon benign basit kist (tailgut kisti?)olarak raporlandı. Tailgut kistleri genellikle yetişkinlerde asemptomatik olarak seyrederler. Semptomlar organları çevreleyen kitlenin lokal

etkisiyle rektal dolgunluk, kabızlık, ağrılı defekasyon, alt abdominal ve sırt ağrısı ve dizüri görülür. Literatürde bu kitleler rekurren anal sinüs, fistül yada anal apse hikayesiyle ortaya çıkabildiği gibi, ürine retansiyon, gayta kalibrasyonunda değişiklikler ve rektal kanama da görülebilir. Bizim her iki olguda da hastaların klinik yakınmaları özellikle otururken anal bölgede hissedilen ağrı semptomlarıydı. Hastaların çoğunluğu asemptomatik olmasına rağmen, uzun dönemde gözlenen perineal bölgede ağrı ve barsak alışkanlığındaki değişikliklerdi. Her iki olgumuzda, anal bölgede otururken görülen ağrı farklı bir klinik semptom olarak değerlendirilebilir. Tedavide kitlenin çevre dokularla ilişkisini ve kitlenin benign yada malign natürde ayırımını yapmada MRI bize yardımcı olabilir. Retrorektal kitlelerden biyopsi genellikle tartışmalı bir konudur. Literatürde bu konu ile ilgili olarak, olası displastik hücrelerin potansiyel yayılım riskini artıracağından dolayı önerilmemektedir. Sonuç olarak, tailgut kistleri primitif hind-gutun en yaygın görülen retrorektal kistlerinin konjenital kalıntısıdır. Bunlar semptomatik yada asemptomatik olabilir. MRI(magnetik rezonans görüntüleme) tanı ve tedavi planlamasında en önemli araçtır. Bu lezyonlar genellikle benign ve prognozları iyidir. Bizim olgularımızda literatürden klinik prezentasyon açısından bir farklılık olarak, hastalarımız otururken artan ve anal bölgede hissedilen ağrı yakınmalarıydı. Böyle benign özellikli lezyonlarda, abdominal- laparoskopik cerrahi yöntem hastaların ağrı, erken mobilizasyon ve işe erken dönüş gibi avantajları düşünüldüğünde iyi bir seçenek olacağı kanaatindeyiz.

P-163
Kolon Rezeksiyonu Yapılan Hastalarda Anastomoz Kaçak Riski Analiz Sisteminin Eksternal Validasyonu

Sadettin Er, Faruk Koca, Barış Doğu Yıldız,
Bülent Cavit Yüksel, Mesut Tez
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş:
Kolon kanseri nedeniyle yapılan rezeksiyonlar sonrası en önemli komplikasyonlardan biri anastomoz kaçağıdır. Anastomoz kaçağının tahmin edilmesi hastaların preoperatif/ operatif yönetimini değiştirebilir. Bu çalışmada kolon kanseri nedeniyle rezeksiyon yapılan hastalarda, anastomoz kaçak riskini öngören bir sistemin validasyon çalışması yapılmıştır.

Hastalar ve Yöntem:
1 Ocak 2016- 30 Ocak 2017 tarihleri arasında, kolon rezeksiyonu yapılan 95 hasta bu çalışmaya dahil edilmiştir. Bunların 6'sında postoperatif anastomoz kaçağı saptandı. Retrospektif olarak hastaların dosya bilgileri değerlendirilmiş ve anastomoz kaçak riski hesaplanmıştır (http://www.anastomoticleak.com/).

Bulgular:
Hastaların 56'sı (%58.9) erkek, 39'u (%41.1) kadındı. Ortalama yaş 61.7 (min:33 maks:90). Hastaların 6'sında (%6.3) postoperatif anastomoz kaçağı saptandı. ROC analizine göre öngörü sistemi için eğri altında kalan 0.767 idi.

Sonuç:
Anastomoz kaçağını öngören sistem bizim hasta grubumuzda da anlamlı sonuç vermiştir. Bu öngörü sistemini kullanılarak preoperatif ve operatif olarak önlem alınıp anastomoz kaçakları engellenebilir.

P-164
İntraabdominal Abse Öntanılı Hastada Insidental Saptanan Appendiks Karsinoid Tümörü

Ali Cihat Yıldırım[1], Aytaç Kayış[2], Aykut Sönmez[2],
Şahin Kahramanca[1], Turgut Anuk[3]
[1]Kars Harakani Devlet Hastanesi,Genel Cerrahi, Kars
[2]Kars Harakani Devlet Hastanesi,Üroloji, Kars
[3]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars

Amaç:
Son yılllarda laparoskopinin acil cerrahi vakalarda kullanımı giderek artmıştır. Başta tanısal laparoskopi olarak başlayan laparoskopik yaklaşım artık definitif cerrahi tedavinin de ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Laparoskopinin hasta ile ilişkili yara iyileşmesi, yatış süresi, kozmetik faydalarının yanı sıra geniş eksploratif bakı sunması bir çok hastada ek klinik faydalar sağlayabilmektedir.

Olgu:
53 yaşında kadın hasta acil servise 15 gündür devam eden karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı şikayetleri ile başvurdu. Tarafımıza konsülte edilen hastada akut karın bulguları mevcuttu. Biyokimyasal incelemede lökositozu olmayan ancak CRP değer 7 saptanan hastada tarafımızca istenen i.v kontrastlı abdomen Bt'de suprapubik pelvik bölgede intraabdominal yerleşimli mesane anterior duvar komşuluğunda 4 cm ebadında kalın duvarlı ve duvar kontrastlanması gösteren iç yoğunluğu yüksek sıvı kolleksiyonu izlendi(apse?) izlendi. Üroloji ve kadın doğum tarafından da değerlendirilen hastada jinekoürolojik acil patoloji öncelikle düşünülmedi. Tanısal amaçlı yapılan laparoskopide mesane superiorunda preperitoneal alanda olduğu izlenimi edinilen oval şekilli yaklaşık 5'cmlik kitle gözlendi. Yapılan ponksiyonda püy içerikli sıvı aspire edildi. Sıvı sitolojik ve mikrobiyolojik incelemeye gönderildi. Eksplorasyonun devamında appendikste uç kısmında genişleme ve ödematöz değişiklik gözlendi. Bu sebeple laparoskopik appendektomiye karar verildi. Spesimen patolojik incelemeye gönderildi. Devamında tariflenen kitlenin eksizyonuna karar verildi. Enfeksiyöz bir abse izlenimi veren kitle için batına enfeksiyon yayılmaması amacıyla açık cerrahiye karar verildi. Kitle kısmi GAM kesi sonrası eksize edilirken mesane ile iştirakli olduğu gözlendi. Üroloji ekibi operasyona dahil oldu. Kitle mesane anterior kesimini de içeren wedge rezeksiyon ile total eksize edildi. Mesane çift kat üzerinden onarıldı. Kontrol amaçlı mesaneye "Cystofix" kateteri ve batına Douglas mesafesine silikon boru dren konuldu. Katlar anatomik planda kapatıldı. Postoperatif hasta takibinde her hangi bir problem olmadı. Hasta cystofix çekilmesi sonrası mesane sonrası ile postoperatif 7. Gün taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu appendikste 1 cm'lik alanda appendiks karsinoid tümörü ile uyumlu gelirken, mesane anteriorundaki kitle süpüratif inflamasyon olarak yorumlandı. Hastaya sütür alınması sonrası onkolojik inceleme tetkik edildi.

Sonuç:
Acil cerrahide tanıya yol açan genelde tek bir cerrahi patoloji düşünülürken, insidental ek patolojilerin de hastada bulunabileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle seçilmiş vakalarda laparoskopik yaklaşım bu patolojilerin saptanmasında faydalı olacaktır.

P-165
70 Yaş ve Üzeri Hastalarda Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Deneyimimiz

Erdinç Kamer, Fevzi Cengiz, Turan Acar, Yasin Peker, Evren Durak, Nihan Acar, Osman Nuri Dilek
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Laparoskopik kolorektal cerrahi (LKC), konvansiyonel yöntemlere göre daha az postoperatif ağrı, daha iyi akciğer fonksiyonu, daha az postoperatif ileus ve hastanede kalış süresinin kısalığı gibi avantajlar sağlamaktadır. Yaşlanan nüfus nedeni ile yaşlı hastalarda KRC'nin sık uygulanacağı düşünülmektedir. Biz bu çalışmamızda 70 yaş ve üzerinde LKC uyguladığımız hastalarımızın kısa dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2013-Aralık 2016 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne kolon ve rektum hastalığı nedeniyle yatırılan ve laparoskopik kolorektal cerrahi uygulanan 164 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar 70 yaş ve üzeri (Grup A,n=51) ve 69 yaş ve altı (Grup B, n=113) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, BMI, Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA), komorbidite gibi), tümör özellikleri (yerleşim yeri, Evre, TNM gibi), uygulanan cerrahi, morbidite, mortalite ve hastanede kalış süreleri kaydedildi.

Bulgular:
Grup A'nın 19'u kadın, 32'si erkek, Grup B'nin 47'si kadın, 66'sı erkek idi. Grup A'nın yaş ortalaması 76.4±4.8 (aralık: 70-90), Grup B'nin yaş ortalaması 58.4± 6.2 (aralık:21-69) idi. Grup A ve Grup B'nin ASA skorlarına baktığımızda sırasıyla ASA skoru I 18'e karşılık 34, ASA skoru II 27'ye karşılık 78, ASA III 4'e karşılık 1 ve ASA skoru IV 2'e karşılık 0 idi. Charlson komorbidite indeksleri arasındaki fark iki grup arasında anlamlı bulundu (p=0.026). İki grup arasında tümör lokalizasyonu, tümör çapı, intraoperatif kan kaybı ve operasyon süreleri açısından istatistiksel fark saptanmadı. Lenf nod diseksiyonu, postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri ve konversiyon açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptandı.

Sonuç:
Yaşlanan nüfus nedeni ile >=70 kolorektal kanserli hasta grubunda laparoskopik cerrahinin uygulanması kaçınılmazdır. Cerrahlar sadece kendi ekip arkadaşları ile değil anesteziyologlar, kardiyologlar, dahiliyeci ve diğer bazı branşlar ile multisentrik çalışmaları gerekecektir. Kolorektal kanserli >=70 hasta grubunda açık cerrahiye oranla daha az invaziv olmasından dolayı uygulanabilir bir cerrahi yöntemdir. Ancak >=70 hastalar da laparoskopik cerrahiyi tolere edememesi (pulmoner basınç, göz içi basıncı vb), daha fazla açığa geçme oranı ve postoperatif komplikasyonların <70 hastalara göre biraz daha fazla olması LKC uygulanmasında kısıtlamalar getirdiği kanaatindeyiz. Hastaların preoperatif dönemde iyi hazırlanması bu bağlamda oldukça önemlidir.

P-166
Malign Asitti Olan Hastalarda Sitoredüktif Cerrahi Yapılmaksızın HIPEC Tedavinin Etkinliği; Klinik Deneyimlerimiz

Mehmet İlhan, Recep Erçin Sönmez, Ali Fuat Kaan Gök, Recep Güloğlu, Hakan Yanar, Mustafa Kayıhan Günay, Cemalettin Ertekin
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Malign asiti olan hastada sitoredüktif cerrahi yapılamadığı taktirde HIPEC ile sağlanan palyasyonun etkinliğini incelemek ve klinik deneyimimizi paylaşmak.

Gereç-Yöntem:
Şubat 2013 - Ocak 2017 tarihleri arasında hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HIPEC) yapılan 24 olgudan sitoredüktif cerrahiye uygun olmayan 3'tane malign asit tedavi için HIPEC yapıldı. Olguların yaş, cinsiyet, peritoneal karsinomatoz indeksi (PCI), hastanede kalış süreleri, hastalıksız sağkalım ve genel sağkalım, morbidite ve mortalite oranları retrospektif olarak değerlendirildi. Malign asitti olan hastalarda ameliyat ve tekrar parasentez arasındaki süre ve tekrarlayan parasentez gereksimi analiz edildi.

Bulgular:
Olguların 13›ü (% 54,1) erkek ve 11›i (% 45,9) kadın idi. Ortalama yaş 53,4 (27-80 yaş) idi. Ortalama ameliyat süresi 345 (240-570) dakikadaydı. Ortalama peritoneal karsinomatoz indeksi 16, 27 ± 5, 45 idi. Malign asiti olan 3 olgunun ameliyat öncesi haftada ortalama 1,25 kez yapılan parasenteze, ameliyat sonrası gerek kalmadı. Bir hastada minimal asit 70 gün sonra gelişti fakat drenaja gerek duyulmadı. Hastanede ortalama kalış süresi 28,4 (8 ila 82) gündü.

Sonuç:
Dirençli malign asit tedavisinde ve palyasyonunda sitoredüktif cerrahi yapılmaksızın yapılan HIPEC, etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu tedavi yaşam süresini uzatmıyor ama asitti azaltarak hayat kalitesini arttırır.

P-167
Nadir Bir Akut Apendisit Nedeni; Primer Apendiks Karsinomu

Hasan Ökmen, Fatih Dal, Meltem Küçükyılmaz, Emre Erdoğan, Mazlum Yavaş, Serkan Sarı
Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Apendektomi genel cerrahinin en sık uygulanan ameliyatlarındandır. Ancak apendektomi uygulanan hastalarda beklenen enflamatuar olayın dışında veya ek patolojilerle de karşılaşılmaktadır. 1882 yılında ilk kez Berger tarafından tanımlanan primer appendiks adenokarsinomları, appendektomi örneklerinde %0,1-1,35 oranında görülür. Genellikle akut appendisit tablosuyla ortaya çıkar ve tanı patolojik inceleme ile verilir. Appendiks karsinomu çoğunlukla 51-60 yaşları arasında görülür. Erkeklerde kadınlara göre 3 kat fazla izlenir.Burada nadir görülen akut apendisit kliniği ile karşımıza çıkan primer apendiks karsinomu olan olguyu sistematik olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu:
Elli dokuz yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine karın ağrısı, mide bulantısı, iştahsızlık şikayeti ile başvurdu. Şikayetlerinin yaklaşık 24 saattir olduğunu belirten hastanın ek olarak diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği ve hipertansiyon nedeniyle medikal tedavi aldığı saptandı. Yapılan fizik muayenesinde batın sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebaund bulguları mevcuttu. Laboratuvar bulgularında nötrofili hakimiyetinde kan lökosit değeri 17000/ µL, kan kreatinin değeri 2.18 mg/dl, üre: 6.9 mg/dl, glukoz: 308 mg/dl idi. Yapılan batın ultasonografisinde apendiks vizüalize edilememiş periçekal ve ileum etrafının minimal enflame olduğu saptanmıştı. Hastanın yaşı nedeniyle olası akut apendisit dışı nedenleri dışlamak sebebi ile hastaya batın tomografisi çekildi. Tomografi görüntülerinde retroçekal alanda çapı 22 mm' ye ulaşan kör bağırsak ansı izlendi ve periçekal bölgede kirlenme tespit edildi. Hastaya acil koşullarda laparaskopik apendektomi yapıldı. Ameliyat sonrası ikinci gün hasta ve yakınlarına önerilerde bulunularak problemsiz taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu tubulövillöz adenom zemininde gelişmiş intramukozal karsinom ve cerrahi sınırda intramukozal karsinom, yüksek dereceli displazi odakları gelmesi üzerine hastaya pozitron emisyon tomografisi(PET-CT) çekildi. PET-CT görüntüleri apendiks kökü sütür materyallerinin olduğu bölgede yoğun FDG tutulumu(SUVmax: 6.0) rezidü tümör şeklinde yorumlandı. Kolonoskopisinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Olgu tümör konseyinde görüşülerek sağ hemikolektomi kararı alındı. Hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi yapıldı ve ameliyat sonrası beşinci gün problemsiz taburcu edildi. Patoloji incelemesinde apendiks kökü veya piyesin herhangi bir bölgesinde displazi, malignite bulgusuna rastlanmadı. İncelenen 15 lenf nodunda reaktif lenfoid hiperplazi saptandı.

Sonuç:
Akut apendisit, cerrahi pratikte en sık rastlanan akut karın nedenidir. Özellikle ağrı karakteri akut apendisite uymayan ve aralıklı gelen, ağrının süresi değişik olan, sıklıkla görüldüğü yaş grubunun dışında, apendisit tanısından kesin emin olunamayan durumlarda nadir de olsa divertikül, karsinoid, karsinom, paraziter, enfeksiyon veya adenomlar ve bunlara bağlı gelişebilen komplikasyonlar akılda tutulmalıdır

P-168
Akut Karın ile Başvuran İnce Barsak Nöroendokrin Karsinomu

Orhan Üreyen[1], Enver İlhan[1], Ulvi Mehmet Meral[2], Özcan Alpdoğan[1], Murat Uz[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka ve Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Gastrointestinal nöroendokrin tümörler (GI-NET), klinik olarak semptomatik veya semptomatik olabilen gastrointestinal sistemin nadir hastalıklarındandır. Hastalar sadece intestina lsemptomlarla değil aynı zamanda bu hastalığa spesifik hormonal nedenlere bağlı farklı sendromlarla başvurabilirler. Biz burada akut karın nedeniyle tanısal laparoskopi yapılan GI-NET›li bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Otuzüç yaşında kadın hasta acil servise 3 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede abdominal hassasiyet ve muskuler defans mevcuttu. Abdominal tomografide mezenterde 3 cm lik kitle mevcuttu. Olguya tanısal laporoskopi yapılmasına karar verildi. Laparoskopik bakıda ileoçekal valvin 70 cm proksimalinde ileum duvarında mezoya uzanan yaklaşık 3 cm çapta sert fikse kitle gözlendi. Orta hat laparatomisi ile tüm kitleyi salim cerrahi sınırlarla birlikte içine alacak şekilde ince barsak rezeksiyonu ve uç-uca anastomoz yapıldı. Histopatolojik değerlendirme sonucu ''ince barsak nöroendokrin tümör (NET G2), lenf düğümünde nöroendokrin tümör metastazı(1/7), (GI-NET(T4, N1)'' olarak raporlandı. Ayrıca olguda Synaptophysin (+), Cromogranin (+), NSE (+), CD57 (+), CD 56 (-), P53 % 1(+) ve Ki67 % 2(+),Tümörde perinöral ve nöral invazyon(+), %25 oranında nekroz, lenfovasküler trombüs mevcuttu. Yapılan tüm vücut taramalarında metastaz saptanmadı. Octreotide sintigrafisinde nüks ya da metastaz görülmeyen olgu 2 yıldır sorunsuz takip edilmektedir.

Sonuç:
GI-NET'ler oldukça nadir görülmelerine rağmen çok farklı klinik bulgular ile insidental olarak saptanabilmektedir. GI-NET ler bir spesifik bir organa ait olduğu düşünülmeyen akut karınlı olgularda akılda tutulmalıdır.

P-169
Transanal Lokal Eksizyon Deneyimimiz

Bülent Gürbüz[1], Serkan Zenger[1], Burçak Abbas Kabaoğlu[1], Emre Balık[1], Tunç Yaltı[2], Dursun Buğra[2]
[1]VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Rektum ve anal kanal tümöral lezyonlarında seçilmiş vakalarda transanal lokal eksizyon (TAL) uygulaması primer tedavi yöntemi olabilmektedir. Bu çalışmamızda TAL uyguladığımız hastaları, patolojileri, endikasyonları ve takip protokolleri açısından sunmayı amaçladık.

Yöntem:
Aralık 2011-Aralık 2016 yılları arasında VKV Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde TAL uygulanan 21 vaka retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar cinsiyet, ortalama yaş, ameliyat süresi, hastanede yatış süresi, patoloji sonuçları ve daha sonraki takip ve tedavi süreçleri açısından değerlendirildi.

Bulgular:
Değerlendirilen 21 vakanın 7'si erkek (%33.3), 14'ü kadın(%66.6) idi. Ortalama yaş 61.6, ortalama yatış süresi 2.3 gün, ortalama ameliyat süresi ise 62.2 dakika idi. Patoloji sonuçlarının değerlendirilmesinde 7 (%33.3) vakada tubulovillöz adenom, 7 (%33.3) vakada intramukozal adenokarsinom, 2 (%9.6) vakada T2 adenokarsinom, 2 (%9.6) vakada squamöz hücreli karsinom, 1(%4.8) vakada squamöz displazi, 1 (%4.8) vakada malign melanom ve 1(%4.8) vakada gastrointestinal stromal tümör (GİST) saptandı. Tüm vakalar patoloji sonuçlarına göre onkoloji konseyinde görüşüldü. Tubulovillöz adenom, GİST ve intramukozal adenokanser tanılı vakalara takip kararı verildi. T2 adenokarsinom tanılı bir hastanın 4. Ay takibinde rektoskopi ve patolojide nüks saptanması üzerine, radyoterapi ve kemoterapi protokolü uygulanan hastanın 1.yıl takiplerinde nüks lehine bulgu saptanmadı. Diğer vakaların takiplerinde nüks hastalık lehine bulgu saptanmamıştır.

Sonuç:
Transanal lokal eksizyon, anal vergeden itibaren ilk 8 cm içinde yerleşmiş olan lezyonlarda uygulabilecek bir cerrahi yöntemdir. Benign vakalarda lezyonun total eksizyonu, hem tanının doğrulanmasını sağlamakta hem de tedavi edici olmaktadır. Ameliyat öncesi değerlendirme sonucu malign olan olgularda da TAL tamamı ile tedavi yöntemi olabilmekte, major cerrahi işlemlerden, rektum gibi önemli bir organın amputasyonundan hastayı kurtarabilmektedir. Sonuç olarak TAL benign olgularda rahatlıkla yapılabileceği gibi ameliyat öncesi değerlendirme sonucu uygun görülen malign olgularda ise tümor tipi ve evresine gore seçilebilecek daha az invaziv bir cerrahi yöntemdir.

P-170
Rektum Adenokarsinomunun Tiroid Bezine Metastazı

Kamil Erözkan, Osman Bozbıyık, Tayfun Yoldaş, Özer Makay, Mustafa Ali Korkut
Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Kolorektal kanser hastalarında tiroid bezine metastaz insidansı çok nadirdir. Kolonrektal kanserler genellikle hematojen bir şekilde karaciğer ve akciğerlere yayılır, nadiren veya ileri hastalık durumunda da beyin ve kemik tutulumu olabilir. Ekstratiroidal primer kanserlerden, tiroid bezine metastazlar da nadir olarak gözlemlenir. Her iki durumun da seyrek olması sebebiyle, biz de kliniğimizde tespit ettiğimiz vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
61 yaşında kadın hastamızda, kolonoskopi ile rektum onuncu santimetrede ülserovejetan kitle tespit edilip, alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde adenokarsinom saptandı. Bilgisayarlı tomografi ile herhangi bir uzak metastazın olmadığı teyit edilen hasta, neoadjuvan kemoradyoterapiye yönlendirildi. Onkolojik tedavi sonrası, 2015 Şubat ayında "aşağı anterior rezeksiyon ve loop ileostomi" uygulandı. Adjuvan olarak oxaliplatin ve kapasitabin tedavisi uygulanan ve takipteki pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide (PET/BT), karaciğer segment 1 ve segment 5'de dörder santimetrelik metastazları saptanan hastaya Eylül 2015'te "loop ileostomi kapatılması ve karaciğer metastazektomisi" uygulandı. Adjuvan kemoterapsine oxaliplatin ve bevacizumab ile devam edilen hastanın takibindeki PET/BT'sinde, tiroid bezi sol lobunda hipermetabolik odak saptandı. Ötiroid saptanan, kalsitonin değeri normal olan ve boyun ultrasonografisinde patolojik görünümlü lenfadenopati saptanmayan hastaya, ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulandı. Biyopsi materyalinin immünohistokimyasal incelenmesi sonucu "malign sitoloji, immunsitokimyasal bulgular tiroid bezinde rektum adenokarsinom metastazını destekler nitelikte" olarak raporlandı ve operasyon kararı alındı. Hastaya total tiroidektomi uygulandı. Hasta postoperatif birinci günde levotiroksin replasmanı başlanılarak komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Operasyon materyalinin histopatolojik incelemesinde sol lobda 17 milimetre çapında adenokarsinom metastazı ile uyumlu tümör saptandı. Hastamızın adjuvan kemoterapisi ve takipleri sorunsuz devam etmektedir.

Sonuç:
Tiroid bezine tümör metastazı çok seyrek olmakla birlikte, malignite öyküsü olan bir hastada yeni gelişen bir tiroid bulgusu ile karşılaşıldığında tiroid bezine metastaz düşünülmelidir.

P-171
Kolorektal Kanserli Olguların Tümör Yerleşim Yerine Göre Klinik Özellikleri

Enver İlhan, Emrah Dadalı, Orhan Üreyen, Uğur Gökçelli, Mehmet Tahsin Tekeli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Kolon kanseri dünyada görülen kanser ölümlerinin en sık nedenlerinden birisidir. Sıklıkla rektosigmoid bölgede görülse de sol kolon ve sağ kolon sıralamasını izlemektedir. Aynı hastalık olmasına rağmen yerleştiği bölgeye göre farklı klinik özellikler göstermektedir. Bu farklılığın aslında sağ ve sol kolonun farklı embriyolojik kökenden gelişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Metastatik olmayan kolorektal kanserlerde temel prognostik faktörlerin başında lenf nodu metastazı olup olmadığı yer almaktadır. Doğru evreleme yapılabilmesi için en az 12 lenf nodu çıkarılması önerilmektedir. Lenf nodu tutulum durumu, postoperatif adjuvant kemoterapi tedavi protokolü oluşturulmasında anahtar rol oynamaktadır.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde kolorektal kanser nedeniyle cerrahi yapılan olgular tümor yerleşim yerine göre yaş, cinsiyet,çıkarılan lenf nodu sayısı, metastatik lenf nodu sayısı açısından irdelendi. Neoadjuvan tedavi alan rektum tümörleri çalışmaya alınırken lokal ileri olup neoadjuvan tedavi alan kolon tümörlü olgular ile senkron tümörü olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular:
Çalışmamıza 43-90 yaş arasında 67›si erkek(%65,6) 35›i kadın(%34,4) olmak üzere toplam 102 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 66 (aralık 43-90) idi. Yirmi bir(%20,5) olgu sağ kolon,9(%8,8) olgu sol kolon, 23 (%22,5)olgu sigmoid kolon, 46 (%45,3)olgu rektum, 3(%2,9) olgu da transvers kolon tümörü idi. Sağ kolon tümörlerinde ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 32,2 (aralık 7-81), ortalama metastatik lenf nodu sayısı ise 2,14 (aralık 0-8) idi. Sol kolon tümörlerinde çıkarılan lenf nodu sayısı 25 (aralık 4-64), ortalama metastatik lenf nodu sayısı ise 0,33 (aralık 0-1) idi. Sigmoid kolon tümörlerinde çıkarılan lenf nodu sayısı 23,91 (aralık 3-62), metastatik lenf nodu sayısı ise 1,6 (%6,6) (0-7) idi. Neoadjuvan tedavi almamış rektum tümörlerinde çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 23,67 (aralık 9-73), metastatik lenf nodu sayısı ise 3,67(aralık 0-18) idi. Neoadjuvan tedavi almış rektum tümörlerinde çıkarılan lenf nodu sayısı 20,73 (aralık 7-52), metastatik lenf nodu sayısı ise 0,2 (aralık 0-3) idi. Sağ kolon, transvers kolon, sol kolon, sigmoid kolon, neoadjuvan tedavi almamış rektum ve neoadjuvan almış rektum tümörleri için yaş ortalaması sırasıyla; 69, 56, 67, 68, 64 ve 63 idi. Tümör boyutu ortalaması ise sırasıyla 45.1, 35.6, 50.6, 39.6, 44 ve 26.2 mm idi. Cerrahi tipine göre (acil/elektif) olgu sayıları sırasıyla 4/17, 0/3, 5/4, 1/22,7/24 ve 0/15 idi. Tümör yerleşim yerine göre bakıldığında sigmoid kolon ve noeadjuvan tedavi almayan rektum tümörlerinin yarısından fazlası evre III idi. Olguların tümör yerleşim yeri ve evrelerine göre dağılımı Tablo 1 de gösterilmiştir.

Sonuç:
Çalışmamızda en sık rektum tümörlerinin olduğunu gördük. En yüksek tümör boyutu sol kolonda idi. Bunu sağ kolon ve rektum tümörleri takip etmekteydi.Tüm segmentlerde çıkarılan lenf nodu sayısı evrelemenin yeterli olması için gerekli olan 12 lenf nodu sayısına ulaşılmış olup en çok lenf nodunun sağ kolon tümörlerinde çıkarıldığını gördük. Neoadjuvan tedavi alan rektum tümörlerinde hem metastatik lenf nodu sayısı hemde tümör boyutunun oldukça düşük olduğu görüldü. Kolorektal kanserler tümör yerleşim yerine göre farklı klinik özellikler göstermektedirler. Bu nedenle bu olgular; tek bir hastalıkmış gibi değil tümör yerleşim yeri de göz önüne alınarak bireysel olarak ele alınmalıdırlar.

Tablo 1:

Evre	Sağ kolon n(%)	Transvers kolon n(%)	Sol kolon n(%)	Sigmoid kolon n(%)	Neoadjuvan almayan rektum n(%)	Neoadjuvan alan rektum n(%)
I	1(4,7)	0	0	0	4(13)	2(13,3)
II	10(47,6)	2(66,6)	5(55,5)	10(43,5)	9(29)	7(46,6)
III	10(47,6)	1(33,7)	4(44,5)	13(56,5)	16(51,6)	5(33,3)
IV	0	0	0	0	2(6,4	1(6,6)
Toplam	21(100)	3(100)	9(100)	23(100)	31(100)	15(100)

Tümör yerleşim yerine göre olguların evreleri

P-172
Transanal Yolla Rektal Kitle Eksizyonu; Kısa Dönem Sonuçlarımız

Kamil Erözkan, Tayfun Yoldaş, Osman Bozbıyık, Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Ali Korkut
Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Benign, premalign lezyonlar ile lenf nodu tutulumu olmayan tümörlerin eksizyonunda transanal yöntemler kullanılabilir. Transanal endoskopik yolla ve konvansiyonel yöntem ile opere ettiğimiz hastaların verilerini ve kısa dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Aralık 2013 ile Aralık 2016 tarihleri arasında transanal yolla opere edilen 23 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve preoperatif verileri, operasyon prosedürleri, postoperatif histopatolojik bulguları, takip verileri ile komplikasyonlar ve nüksler kaydedildi.

Bulgular:
Çalışmaya 16 erkek (%69,5), 7 kadın (%30,5) toplam 23 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 63 (43-77) idi. Tümörlerin anal vergeden ortalama uzaklığı 6,4 santimetre (1-11) olarak saptandı. 15 hastaya transanal endoskopik operasyon (TEO) uygulanırken, 8 lezyon konvansiyonel retraktörler yardımı ile transanal lokal eksizyon (TALE) ile rezeke edildi. Hiçbir hastaya diversiyon kolostomisi uygulanmadı. Operasyonda çıkarılan lezyonların histopatolojik incelemelerinde 3 lezyon benign (%13) saptandı. 6 (%26) hastada adenomatöz polip saptanırken, 5 (%21,7) hastada karsinoma in situ tespit edildi. 9 (%39,3) hastada invaziv kanser mevcuttu. Ortalama tümör çapı 27 mm (5-80) olarak tespit edildi. Komplikasyonlar

incelendiğinde 1 hastada (%4,3) erken postoperatif dönemde kanama gelişti. Hastalarımızda takipte hastalıkla ilişkili mortalite saptanmadı. Hastalarda inkontinans gelişimi izlenmedi.

Sonuç:
Transanal yöntemler ile eksizyon distal rektal kitlelerde, uygun hastalarda onkolojik ve fonksiyonel açıdan uygulanabilir bir yöntemlerdir.

P-173
Pulmoner Metastazlı Kolon Kanserinde Sistemik Tedavi Sonrası Primer ve Metastazda Tam Yanıt

Orhan Üreyen[1], Enver İlhan[1], Olçun Ümit Ünal[2], Demet Alay[1], Mehmet Tahsin Tekeli[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, İzmir

Amaç:
Kolon kanseri; dünyada kanser nedeniyle ölümlerin en sık nedenlerinden birisidir. Son zamanlarda farklı tedavi ajanlarının üretilmesi ve uygulanmasına bağlı olarak multidisipliner yaklaşımla hastalıksız ve genel sağkalım da artış görülmektedir. Burada akciğer metastazı olan sigmoid kolon kanserli bir olgunun yönetimini sunduk.

Olgu:
Yetmişbeş yaşında erkek hasta makattan kanama ve kabızlık yakınması ile başvurdu. Anamnez ve klinik muayenesinde özellik yoktu. Kolonoskopide sigmoid kolonda frajil ülsere kitle mevuttu. Kitleden alınan biyopsininin histopatolojik incelemesi adenokarsinom ile uyumluydu. Olgunun tüm vücut taramaları yapıldı. Batın bilgisayarlı tomografisinde (BT); Sigmoid kolonda yaklaşık 6,5 cm lik bir segmenti etkileyen duvar kalınlık artışı ve komşuluğunda mezenter içerisinde milimetrik boyutta birkaç adet lenf bezi mevcuttu. Toraks BT'sinde ise akciğer sağ alt lob superior, sol alt lob süperior, sağ üst lob anterior ve sağ alt lob superior segmentte en büyüğü 3 cm olan multipl metastatik lezyonları mevcuttu. Bu bulgular sonrası istenen PET-BT'de ise; toraks BT ile uyumlu olarak en büyük boyutu 26 mm ve en yüksek SUVmax değeri 7.7 olan multipl metastatik lezyonlar mevcuttu. Ayrıca sigmoid kolonda rektuma kadar uzanım gösteren en geniş yerinde yaklaşık 2 cm›ye ulaşan belirgin duvar kalınlaşmasına eşlik eden yüksek metabolik aktivite tutulumu izlendi(SUVmax: 15.8). Barsak pasaj sorunu olmayan olguya sistemik kemoterapi uygulanması kararı alındı. 12 kür Folfox-4 + Altuzan tedavisi uygulandı. Tedavi bitiminde yapılan yeni evrelemesinde PET BT: ''bir önceki PET/BT tetkiki ile karşılaştırıldığında, Bir önceki çalışmada tanımlanan sigmoid kolondan rektuma uzanan duvar kalınlaşmasının da eşlik ettiği patolojik F-18 FDG tutulumu bu çalışmada izlenmemiştir. Tam metabolik yanıt, belirgin boyutsal regresyon. Lezyon komşuluğunda bir önceki çalışmada tanımlanan milimetrik lenf nodları bu çalışmada izlenmemiştir. Akciğerde tanımlanan metastatik nodüllerde belirgin boyutsal ve metabolik regresyon izlenmiştir'' olarak raporlandı. Ayrıca batın BT de bariz patoloji izlenmedi. Toraks BT de ise eski lezyonların olduğe yerlerde fibrotik, atelektazik değişiklikler izlenmekteydi. Kontrol kolonoskopisi ise olağan idi. Bu haliyle olguya tümörün primer odağına cerrahi yapılmasına karar verildi. Per-operatif muayenede kolon olağan idi. Geniş cerrahi rezeksiyon ile üst 1/3 rektum, sigmoid ve inen kolon rezeke edilerek; Low anterior rezeksiyon+kolorektal anastomoz uygulandı. Olgu postoperatif 7. gün sorunsuz taburcu edildi. Çıkarılan piyesin histopatolojisi ''tümör görülmedi. ''Tedaviye komplet yanıt (tümör regresyon score 0). Reaktif lenf düğümleri (21 adet)'' olarak raporlandı. Olgu cerrahi sonrası 10 aydır hastalıksız takip edilmektedir.

Sonuç:
Akciğere metastaz nedeniyle Folfox-4 + Altuzan tedavisi alan kolon kanserinde; hem primer tümörde hem de metastazlarında tam yanıt alınabildiğini gördük. Metastatik kolorektal kanserli olgular sistemik tedavi öncesi multidisipliner olarak değerlendirilmeli ve bu tedavi bitiminde klinik tam yanıt gelişmiş olsa bile primer tümöre yönelik cerrahi uygulanmalıdır.

P-174
Rektum Tümörlerinde Pelvik MR İncelemesinin Ameliyat Öncesi Evreleme ve Tümör Lokalizasyonunu Belirlemesindeki Önemi

Ahmet Sürek, Sinan Binboğa, Mehmet Karabulut, Bahadır Kartal, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Murat Çikot, Halil Alış
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç
Bu çalışmamızda rektum kanseri nedeniyle ameliyat edilen olguların pelvik mr ile yapılan preop TNM evreleri ile post operatif TNM patoloji evrelerini karşılaştırmayı ayrıca pelvik mr ve kolonoskopide tespit edilen tümörün yerinin preop tümör yerini ne kadar oranla doğru olarak belirlediğini tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem
Aralık 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde rektum tümörü nedeniyle opere edilen 40 hastanın dosyası retrospektif olarak tarandı.Hastaların cinsiyeti, yaşı,pelvik MR ile değerlendirilen pre op evrelemeleri, post operatif patoloji evreleri,pelvik MR da belirtilen, kolonoskopide görülen ve perop ameliyatta tespit edilen tümörün yeri incelendi.

Bulgular
Hastaların 29'u (%72,5) erkek, 11'i (%27,5) kadın idi. Yaş ortalaması 61,8 idi (42-76). Ameliyat öncesi pelvik MR ile TNM evreleme sistemine göre 20 hasta evre 3, 16 hasta evre 2, 4 hasta evre 4 olarak tespit edildi. Ameliyat sonrasında pTNM evrelendirmesine göre ise, 18 hasta evre 3, 16 hasta evre 2, 4 hasta evre 4 ve 2 hasta evre 1 olarak tespit edildi. 40 olgunun 34'ünde (%85) ameliyat öncesi evre ile ameliyat sonrası patolojik evre aynıydı. Sadece 6 (%15) olguda farklı patolojik evre belirlendi. Ameliyat öncesi TNM evresi evre 3 olan 3 olgunun patolojik evresi evre 2 olarak, evre 2 olan bir olgu evre 3 olarak ve evre 2 olan 2 olgu evre 1 olarak belirlendi. Pelvik MR incelemede, 25 olguda üst rektumda, 8 olguda

alt rektumda, 7 olguda ise orta rektumda tümör belirtilmiş. Kolonoskopide ise 22 olguda üst rektumda, 10 olguda orta rektumda ve 8 olguda alt rektumda tümör tespit edilmiş. Ameliyat esnasında tümör yerleri ile karşılaştırıldığında pelvik MR incelemede 38(%95) olguda tümörün bildirilen yerde olduğu belirlendi. Kolonoskopide tespit edilen tümör yerinin ise 37(%92,5) olguda doğru olarak raporlandığı tespit edildi.

Sonuç
Rektum kanserinde pelvik MR incelemenin ameliyat öncesi tümör evresi ve tümörün lokalizasyonunun belirlenmesinde son derece etkin bir görüntüleme yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

P-175
Jinekolojik Onkolojide Palyatif Pelvik Egzenterasyon Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Hüseyin Onur Aydın[1], Tevfik Avcı[1], Tugan Tezcaner[1], Sedat Yıldırım[1], Yüksek Cem Aygün[3], Ali Ayhan[2]
[1]Başkent Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Ankara
[3]Başkent Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Pelvik egzenterasyon ilk olarak 1948 yılında Alexander Brunschwig tarafından rekürren pelvik malignensilerin palyatif tedavisi amacıyla tanımlanmıştır. Alternatif tedavi seçeneği olmayan hastalarda, morbidite ve mortalite riskine rağmen küratif tedavi olabilmektedir. Çalışmamızda amacımız pelvik bölgede nüks ya da fistullerle komplike olan, cerrahi dışı tedavi seçeneği olmayan lokal ileri evre pelvik tümörlü hastalarda uyguladığımız palyatif pelvik egzenterayon sonuçlarını değerlendirmek, nüks görülen hastalar ve hastalıksız yaşam süresine etki eden faktörleri gözden geçirmektir.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2007 ile Ocak 2016 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesinde nüks ya da komplike pelvik tümörlü hastalarda uygulanan pelvik egzenterasyon sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, ek dahili hastalık, ameliyat öncesi kemoradyoterapi varlığı, ameliyat süresi ve kan kaybı, ameliyat sonrası dönemde anastomoz kaçağı, cerrahi komplikasyon, patolojik değerlendirmede cerrahi sınırlar değerlendirildi. Hastaların takiplerinde nüks ya da metastaz görülme süreleri ve buna etki eden faktörler araştırıldı. Hastalara anterior, posterior ve total pelvik egzenterasyon uygulandı. İstatistiksel değerlendirme için SPSS 21.0 programı kullanıldı.

Sonuçlar:
1 hasta erkek olmak üzere toplam 39 hastaya pelvik egzenterasyon uygulandı. 24 hasta serviks ca (18/24 rekürren), 6 hasta endometriyum ca (3/3 rekürren), 3 hasta uterin leiomyosarkom (5/5 rekürren), 2 hasta over ca (2/2 rekürren), 2 hasta rektum ca (1/2 rekürren) ve 1 hasta vulva ca idi. 12 hastada (% 31.5) nüks kitleden mesaneye ya da rektuma fistülizasyon tespit edildi. 8 hastaya anterior, 1 hastaya posterior ve 29 hastaya total pelvik egzenterasyon uygulandı. Total pelvik egzenterasyon uygulanan 2 hastanın perine rekonstrüksiyonu gracilis flep ile plastik cerrahi tarafından yapıldı. Genel mortalite oranı % 13.1 olarak hesaplandı. Cerrahi, ürolojik ve jinekolojik girişimlere bağlı morbidite % 28.9, genel morbidite oranı ise % 39.4 olarak hesaplandı. Radyoterapi almış hastalarda % 16.6 oranında üreteroileal anastomoz kaçağı görüldü. Ameliyat sonrası hastaların ortalama takip süresi 23.9 aydı (min: 12 ay; max: 62 ay). Takip edilen hastaların % 13.1'inde nüks kitle tespit edildi.

Tartışma:
Hasta seçimi ve cerrahi teknikteki gelişmelere rağmen pelvik egzenterasyon sonrası genel morbidite oranı anlamlı şekilde gelişmedi. Çalışmamızda genel morbidite oranı % 39.4 olarak hesaplandı. Özellikle lokal nüks gösteren olgularda kemoradyoterapinin yetersiz kalması, uygulanabilecek başka tedavi seçeneğinin olmaması veya tekrarlayan sepsise neden olan komplike fistüllerin gelişmesi nedeniyle cerrahi yaklaşım gerekli olmaktadır. Bu tip olgularda pelvik egzenterasyonun yaşam süresine katkısı tartışmalı olsa da, palyatif cerrahi ile hastanın yaşam kalitesi üzerine ve mortal komplikasyonların önlenmesi üzerine olumlu etkisi vardır. İlerleyen çalışmalarda uygun hasta seçim kriterlerinin belirlenmesi ve morbiditeye etki eden faktörlerin ortaya konulması ile daha düşük morbidite ve mortalite oranları ile uygulanabilecektir.

P-176
Orta ve Distal Yerleşimli Rektum Kanserinde Onkolojik Sonuçlara Etkili Faktörler

İsmail Tırnova[1], Özgen Işık[1], Nesrin Uğraş[2], Ömer Yerci[2], Ersin Öztürk[1], Tuncay Yılmazlar[1]
[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa
[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç:
Total Mezorektal Eksizyonunun (TME) tanımlamasıyla rektum kanseri cerrahisinde lokal rekürrens ve sağ kalım değerlerinde dramatik iyileşme sağlanmış ve bu teknik altın standart olmuştur. Çalışmamızda kliniğimizde yapılan rektum rezeksiyonlarında onkolojik sonuçlara olan etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde ocak 2010 ile aralık 2014 tarihleri arasında elektif ameliyata alınan ardışık 282 hasta retrospektif incelenmiştir ve operasyonda karaciğer metastazı olan, tümörü üst rektumda veya rektosigmoid bölgede olan hastalar dışlandıktan sonra kalan 158 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmamızda hastaların demografik ve patolojik verileri ile hastalıksız sağ kalım, sağ kalım ve lokal rekürrens parametrelerini içeren onkolojik sonuçları incelenmiştir.

Bulgular:
Çalışmamızda median yaş 60'tı (22-83). Hastaların 95'i erkek (%60), 63'ü kadındı(%40). Hastaların çoğu ASA-II (%70) idi. 80 tane orta rektum (%50,4), 78 tane distal rektum tümörü saptandı (%49,6). Tümör lokalizasyonunun onkolojik sonuçlara etkisi gösterilemedi. Sirkumferensiyel rezeksiyon marjini (CRM) ve distal rezeksiyon marjininin (DRM) hastalıksız sağ kalım, sağ kalım ve lokal rekürrens (LR) üzerine etkisi saptanmadı ($p>0,05$). Ancak univaryans analizlerde TME bütünlüğünün daha uzun hastalıksız sağ kalım ve sağ

kalım süreleri ile ilişkili olduğu saptandı (p=0.036, p=0.048). Multivaryans analizlerde, perinöral invazyon varlığının hastalıksız sağ kalım için (p=0,048) bağımsız bir risk faktörü olduğu saptandı. APR yapılmasının anterior rezeksiyona göre hem hastalıksız sağ kalım (p=0,008), hem de sağ kalım (p=0,013) için bağımsız bir risk faktörü olduğu görüldü. Anastomoz kaçağı olması (p=0,016) ve venöz-vasküler invazyon bulunması (p=0,007) lokal rekürrens için bağımsız birer risk faktörüydü.

Sonuç:
Çalışmamızda rektum kanseri nedeni ile yapılan rezeksiyonlarda onkolojik sonuçlara etkili olan faktörler değerlendirilmiş ve multivaryans analizler sonucunda hastalıksız sağ kalımı etkileyen faktörler olarak abdominoperineal rezeksiyon (APR) yapılması ve perinöral invazyon saptanması, sağ kalım açısından bakıldığında ise yalnızca APR yapılması bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur. LR'te ise anastomoz kaçağı ve venöz-vasküler invazyon bulunması bağımsız birer risk faktörü olarak saptanmıştır.

P-177
Safra Kesesi Perforasyonuna Eşlik Eden Apendiks Müsinöz Neoplazmı: Olgu Sunumu

Orhan Üreyen[1], Uğur Gökçelli[1], Demet Alay[1], Hüseyin Fenercioğlu[1], Hale Kızanoğlu[2], Enver İlhan[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İzmir

Amaç:
Apendiks mukosellerinin etyolojisi halen anlaşılamamış olup tanı ve tedavisi oldukça zordur. Apendiks mukoseli müsin birikimine bağlı apendiks lümeninin kronik kistik dilatasyonudur. Nadir izlenir ve nadiren operasyon öncesi teşhis edilir. Görülme sıklığı 50 yaş üzeri hastalarda artmaktadır. Özellikle kadınlarda 4 kat daha fazla görülür. Cerrahi sırasında ya da spontan rüptüre olmasi durumunda psödomiksoma peritonei gelişebilir. Günümüzde artan yaşla beraber genel olarak kanser görülme sıklığının da arttığı bilinen bir gerçektir. Biz de burada 85 yaşında safra kesesi perforasyonu nedeniyle opere edilen ve insidental olarak apendiks müsinöz neoplazm saptanan olguyu sunduk.

Olgu:
Seksenbeş yaşında kadın hasta karın ağrısı bulantı kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyeti ve musküler defansı vardı. Ek hastalik olarak hipertansiyon ve Alzheimer hastalığı mevcuttu. Görüntüleme tetkiklerinde tüm batın ultasonografisinde safra kesesi hidropik ve perikolesistik sıvısı mevcuttu. Batın bigisayarlı tomografisinde batında yaygın serbest sıvı, safra kesesi korpus ve kollum lokalizasyonunda duvar bütünlüğü kaybı ve perfore safra kesesi bulguları saptandı. Orta hat insizyonla acil operasyona alınan olguda safra kesesi korpusta perforasyon ve apendiks distalinde yaklasik 3x2 cm boyutlarında kitlesel lezyon mevcuttu. Olguya kolesistektomi ve apendektomi uygulandı. safra kesesinin histopatolojisi; ''intrakolesistik papiller - tubuler neoplazi (bilier tip) + kronik kolesistit'', apendektominin histopatolojisi ise; «low-grade appendisyel müsinöz neoplazi (proksimal cerrahi sınır salimdir)'' olarak raporlandı.

Sonuç:
Özellikle ileri yaş olgularda yapılan acil operasyonlarda primer patolojiye ek olarak malignite ve benzeri ek hastalıklar olabileceği akılda tutalarak batın içi eksplorasyon ayrıntılı olarak yapılmalıdır.

P-178
Rektal Teratom

Erkan Somuncu, İnanç Şamil Sarıcı, Tansu Altıntaş, Mustafa Uygar Kalaycı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilimdalı, İstanbul

Amaç:
Teratomlar 3 germinal tabakadan oluşan tümörlerdir. Sıklıkla retroperitoneum, sakrokoksigeal alan, over ve testis gibi organlardan embriyolojik kökenli olarak gelişmekle birlikte gastrointestinal traktta teratom gelişimi oldukça enderdir. Primer rektal teratom teşhisiyle endoskopik olarak rezeke ettiğimiz olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
32 yaşında bayan hasta yıllardır olan ancak seksio sonrasında artan kabızlık şikayeti ile genel cerrahi kliniğine refere edildi. Hastanın yapılan anal muayenesinde rektumda lümenin tamamına yakınını dolduran, mobil, sert, polipoid kitle palpe edildi. Yapılan rektoskopide anal vergeden itibaren 10.cm'de yaklaşık 6cm civarında üzerinde saç kılları bulunan, bilobule, saplı lezyon görüldü. Çekilen pelvik MR'da rektumda intraluminal vejetan uzanım gösteren, 55x50 mm ebadında, makroskopik yağ komponenti bulunan polipoid lezyon alanı izlendi. EUS incelemede ise; hipoekoik arada hiperekojen çizgilenme tarzında alanlar ve anekoik kistik alanlar izlenen kitle Teratom lehine yorumlandı ve lezyon endoskopik olarak rezeke edildi.

Sonuç:
Rektumun primer teratomu oldukça enderdir. Patogenezde embriyolojik germ hücrelerinin anormal göçü rol oynamaktadır. Olguların çoğu overlerin rektuma yakın olması sebebiyle kadındır. Ayırıcı tanıda submukozal tümörler(leimyoma, lenfoma, myojenik tümörler) akılda tutulmalıdır. Genellikle mobil, saplı olması sebebiyle endoskopik rezeksiyon yeterlidir.

P-179
Fekal Diversiyonda Konvansiyonel İleostomiye Alternatif Olarak Kullanılan Tüp Ileostomide Marmara Üniversitesi Tekniği

Wafi Attaallah, Ali Sina Bulut, Cumhur Yeğen
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Distal anastomozları korumak için konvansiyonel olarak loop ileostomi günümüzde çok yaygın kullanılmaktadır Bunun ile beraber loop ileostomiye bağlı morbiditeler ve ikinci operasyon gerekliliği gibi sorunlar da devam etmektedir. Tüp

ileostomi ile ilgili literatürde çok sayıda çalışma olmasına rağmen yöntemin etkinliği ve uygulama problemleri nedeni ile pratik hayatta henüz loop ileostomi yerine geçmemiştir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde uyguladığımız tüp ileostomi tekniği ve kısa dönem sonuçları sunmak amaçlanmıştır

Gereç-Yöntem:
Prospektif olarak yapılan bu çalışmada anastomoz kaçağı açısından riskli ve ileostomi açılması endikasyonu olan 7 hastaya distaldeki anastomzu korumak için tüp ileostomi yapılmıştır. Tümör bölgesinin rezeksiyon ve rekonstriksiyonunu takiben terminal ileuma purse string sütür atıldıktan sonra koter ile ileum duvarı perfore edildi. Ciltten karın boşluğuna doğru gönderilen 7.5 mm çapında spiralli endotrakeal tüp,ileumun proksimaline doğru yerleştirildi. Balon, lümeni dolduracak kadar şişirildi. Purse bağlandıktan sonra,aynı sütür ve 180 derece karşıdan geçirilen ikinci sütür ile ileum karın lateral duvarına tespit edildi. Distale geçişi tamamen engellemek amacı ile tüpün ileuma girdiği alanın 5cm distalinde, ileum un mezosundan penröz dren geçirilerek barsak asılarak klemlendi ve penröz dren karın duvarından geçirilerek ciltten çıkarıldı ve cilde tespit edildi. Hastaların takiplerinde tüp varlığında defekasyon,cilt maserasyonu olup olmadığına bakıldı ve tüp ileostomiden gelen günlük output miktarı ölçüldü. Penröz kateterin kalma süresi, kateter çekildikten sonra defekasyona kadar geçen süre, tüpün kalma süresi, oluşan fistülün kapanma süresi hesaplandı ve anastomoz kaçağı açısından hastalar değerlendirildi.

Bulgular:
Haziran 2016-Kasım 2016 arasında 7 hastaya yukarda bahsedilen tüp ileostomi tekniği uygulandı. Hastaların median yaşı 67 (31-82) ve dördü erkek hastaydı. 5›i rektum ca, biri rektovajinal fistül ve biri de çekum tümörü nedeni ile opere edildi.Toplam 5 hastada ileri yaş ve komorbid durumlar sebebiyle ileostomi endike görülürken,nispeten daha genç yaşta olan 1 hasta neoadjuvan RT alması sebebiyle ve 1 hasta da çok aşağı mesafede anastomoz yapılması sebebiyle tüp ileostomiye uygun bulundu. İki hastaya laparoskopik cerrahi uygulandı.Tüm hastalarda postoperatif 1-2›de oral başlandı. İleostomiden gelen median output 600 (200-1200) olarak ölçüldü. Tüm hastalarda penröz kateter ameliyattan 2 hafta sonra çekildi ve kateter varken hastaların hiç birinde makattan defekasyon olmadı. Dört hastada askı kateteri çekildikten bir gün sonra defekasyon izlenirken 1 hastada 3, 2 hastada 5 gün sonra defekasyon izlendi.Toplam ameliyattan 3 hafta sonra tüp çekildi. Fistülün kapanması median olarak 5 (3-30) gündü. Hastalarda cilt maserasyonu, sıvı kaybı gibi sorunlar yaşanmadı. Anastomoz kaçağı izlenmedi. Hastanede kalış süresi 4 (3-7) gündü.

Sonuç:
Tanımladığımız yöntem ile tüp ileostomi uygulanması tam diversiyon sağlayacak bir yöntem olması bakımından etkin;diverisyonu sonlandırmak için ikinci operasyon gerekmemesi,cilt maserasyonu gibi sorunlara sekonder hastanın konforunun bozulmaması ve ucuz olması nedeni ile loop ileostomi yerine tercih edilebilir bir yöntemdir.

P-180
Tümöre Bağlı Kolo-Kolonik İnvajinasyon Olgusu

Hüseyin Cahit Yalçın[1], Yusuf Yücel[1], Orhan Gözeneli[1], Faik Tatlı[1], Mehmet Kaplan[2], Abdullah Özgönül[1], Ali Uzunköy[1]
[1]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa*
[2]*Bahçeşehir Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç:
İntestinal invajinasyonlar (İİ) erişkinlerde nadirdir, genellikle 1,5 yaştan küçük çocuklarda rastlanır. Çocuklarda kolay teşhis ve tedavi edilen acil cerrahi sorunlardan biridir. (İİ)›da distal barsak segmenti, proksimal segmentin içine girerek tıkanıklığa yol açar. İnvajinasyon (intussusception) olgularının %95'i çocuk, %5'i erişkindir. Çocuklarda %90 idiyopatik, % 10 benign etkenler söz konusudur ve medikal tedaviyle düzelebilirler. Erişkinde invajinasyon %55 ince barsak, %45 oranıyla kolondadır, genellikle ileum kolonun içine girer, kolo-kolik invajinasyon (KKİ) daha nadirdir, etyolojik faktör büyük ölçüde malign polip veya tümördür ve çoğunlukla cerrahi tedavi gerekir. (İİ) semptomları ve klinik bulguları nonspesifik olduğu için, çoğu zaman laparotomide veya obstrüksiyon tablosuyla hasta acil servise başvurunca tanı konulur. Sol hemikolektomi + parsiyel sigmoidektomi uyguladığımız, inen kolonda malign polipoid tümöre bağlı, (KKİ) olgumuzu sunmak istedik ve bulgularımızı literatür bilgileriyle karşılaştırmayı amaçladık.

Olgu:
43 yaşında bayan hasta (A.H.), üç aydır, aralıklı karın ağrısı, karında şişkinlik, 3 gündür gaz-gaita çıkaramama, bulantı-kusma yakınmalarıyle 28/07/2016› da acil serviste görüldü. Yapılan fizik muayenesinde: genel durumu orta, anemik, dehidrate, ateşi 37 °C, karında belirgin distansiyon, sol paraumbilikalde 10*6 cm lik ağrılı kitle vardı. Rektal tuşede az miktarda kanlı dışkı izlendi. Lab.:CRP 6,57 mg/dL, WBC 10,04 10e3/uL, HGB 8,87 g/dL, albümin 2,3 g/dL; diğer biokimyasal değerler normaldi. ADK grf.de sol üst batında hava-sıvı seviyeleri gözlendi. Abdomen USG›de: ‹›batın sol alt kadranda 4 cm lik, iç içe geçmiş barsak ansı (invajinasyon)»; kontrastlı BT› de: «desendan kolon düzeyinde 55 mm çaplı, iç içe geçmiş kolonik anslar izlendi (invajinasyon), desendan kolonun sigmoid ile birleşim düzeyinde intralüminal 50 mm çaplı hiperdens nodüler lezyon (polip?,kitle?)››. Preop., hastaya sıvı-elektrolit replasmanı yapılarak acilen operasyona alındı. Kısmen göbek üstü ve altı median kesiyle laparotomide: desendan ve sigmoid kolon bileşkesinde yaklaşık 15*7 cm.lik (KKİ) kitlesinin içinde yaklaşık 6*6 cm. lik polipoid tümöral kitle belirlendi. Proksimal kolon ve distal ileum dilate idi. Malignite düşünülerek acil şartlarda, onkolojik prensiplere göre,» sol hemikolektomi + parsiyel sigmoidektomi + uç-uca kolo-kolonik anastomoz (2 kat, elle) yapıldı. Distal ileum ve proksimal kolon içeriği anastomozdan önce boşaltılıp irrigasyon uygulandı. Koruyucu ileostomi tercihen yaplmadı. Postop.dönem normal seyretti, 10/08/2016›da hasta cerrahi şifa ile çıktı. Poliklinik kontrolünde, patoloji sonucu malignite geldikten sonra onkoloji polikliniğine yönlendirildi. Patoloji raporu: Malign neoplazi (lenfoma?), tümör maksimum çapı 6 cm, uzak ve yakın cerrahi sınırda tümör (-), 9 adet reaktif lenf nodu, sol hemikolektomi materyali «. Patoloji

preparatları konsültasyon için Adana Ç:Ü: Tıp Fak. Patoloji Lab.›da incelendi. Tipi belirlenemeyen malign neoplazi olarak yorumlandı. Postop. PET-BT, toraks BT ‹de onkolojik patoloji görülmedi. Adjuvan kemoterapi uygulandı. 25/01/2017›de yapılan kolonoskopide ve abdomen USG› de normal bulgular izlendi. Tümör belirteçleri ve biokimya testleri normaldi. Hastamızın son kontrolünde abdominal şikayetleri yoktu ve sağlıklı idi.

Sonuç:
(İİ) insidansı toplumda 1/4000 olup, yetişkinlerde sıklıkla 6. ile 7. dekatlar arasında görülür, erkek kadın oranı 3/2 civarındadır. Jejuno-gastrik, entero-enteral, ileo-kolik, kolo-kolik, intussusceptum'un yönüne göre (antegrad, retrograd), etiyolojiye göre tümörle ilişkili, postoperatif, çeşitli nedenlere bağlı ya da idiopatik olabilir. İntestinal sistemde duvardaki bir lezyonun veya lümendeki bir irritan oluşumun ‹›lead point›› gibi barsak hareketlerini arttırarak invajinasyona yol açtığı düşünülmektedir. Olguların % 28› inde ‹›lead point›› adenomatöz poliptir; lipom, Meckel divertikülü, ektopik pankreas dokusu, enterik kist, çocuklarda viral gastroenteritler de etken olabilir. İnce barsaktaki (İİ)›da etyoloji: Meckel divertikülü, lenfoid hiperplazi, travma, Çöliak hastalığı, Henoch-Schonlein purpurası, inflamatuvar barsak hastalıkları, lenfoma, karsinoid tümör, lipom, leiomiyoma, hemanjiom, nörofibroma ve adezyonlardır. Gastrointestinal polipler en sık kolon ve rektumda görülür. Neoplastik olan polipler: adenomlar (tübüler, tubovillöz, villöz) ve familyal adenomatozis polipozis›tir. Adenomatöz polipler, kanser gelişiminin prekürsörüdür. (KKİ)› da patolojik etken, olgumuzdaki gibi genellikle malignidir ve adenokarsinomdur, sonra lenfoma ve metastatik lezyonlardır. Ancak olgumuzda malign polipoid tümörün tipi belirlenememiştir (lenfoma?. (İİ)›da hastalarda kronik kolik tarzında karın ağrıları, bulantı-kusma, karında kitle hissi, kanlı gaita (çilek jölesi), kabızlık görülür. Erişkinlerde akut tabloyla gelenlerde obstrüktif ileus bulguları belirgindir. Preoperatif tanıda invajinasyon şüphesi olduğunda, abdominal USG ve BT genellikle doğru tanıya götürür. Tanıda USG› de target lezyon veya yalancı böbrek görünümü, kontrastlı BT'de intussusceptum ve etkene dair bulgular vardır. Olgumuz bayan ve 43 yaşındaydı, acil ileus tablosuyla başvurdu. USG ve BT ile preop. tanı kondu. Hastamızda desendan kolonun distalinde malign polipoid tümöre bağlı akut obstrüksiyon mevcuttu. Cerrahi yaklaşımda, tümöre bağlı (İİ)›da malignite ihtimali sebebiyle, invajinasyonun redüksiyonu yapılmadan, onkolojik ilkelere uygun segmental barsak rezeksiyonu veya hemikolektomi önerilmektedir. Olgumuzda (KKİ) kitlesi oldukça büyüktü, o nedenle, sol hemikolektomi + parsiyel sigmoidektomi uygulandı ve başarılı sonuç alındı. Patoloji sonucu: ‹›malign neoplazi (lenfoma?), tümör maksimum çapı 6 cm›› idi. Sonuç olarak, erişkinlerde farklı etken ve semptomları nedeniyle, akut karında ayırıcı tanıda (İİ)›nun dikkate alınmasını önermekteyiz. Literatürde bildirildiği gibi, (KKİ)›da etkenin neoplazik polip veya malign tümör olabileceği göz önünde bulundurularak, onkolojik cerrahi uygulanmasının doğru yaklaşım olduğu düşüncesindeyiz.

P-181
Karaciğer Metastazı Olan Kolorektal Kanserli Hastalarda Metastazektomi

Esin Kaplan, Abdülkerim Özakay, Özhan Albayrak,
Mert Mahsuni Sevinç, Erdem Kınacı, Acar Aren, Serkan Sarı
İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanserler dünya genelinde erkeklerde 3. sıklıkta ve kadınlarda 2. sıklıkta görülen kanser türüdür. Yeni kemoterapötik ajanlar ve hedefe yönelik tedavilere rağmen radikal kolorektal rezeksiyon sonrasında %60 hastada hepatik metastazlar gelişir. Kolorektal kanser karaciğer metastazları (KKM) uzun süre inkürabl bir hastalık olarak kabul gördü. Ancak KKM›de kür şansı için en uygun tedavi radikal cerrahi yöntemlerle çıkarılmalarıdır. Bu hastaların yarısından fazlasında büyük çoğunluğu karaciğerde olmak üzere metastaz gelişir. KKM›lerinin rezeksiyonu hastalarda uzun süreli sağ kalımı sağlayabilir. KKM›lerinin %20 kadarı ilk tespit edildiğinde cerrahi olarak çıkarılmaya uygundur. Onkolojinin ve cerrahi tekniklerin gelişmesi ve multidisipliner yaklaşımlar sayesinde 5 yıllık sağkalımlar %50-60›lar civarına ulaşmıştır. Bu çalışmamızın amacı kliniğimizde son 6 yılda yapılan primeri kolon olan karaciğer metastezektomilerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem:
Çalışmada 2010-2016 yılları arasında İEAH Genel Cerrahi AD.'da karaciğer metastazlı kolorektal kanseri nedeniyle metastezektomi yapılan 19 hastanın dosyaları retrospektif olarak tarandı.

Bulgular:
Hastaların ortalama yaşı 64 idi.13(%68,3)›ü erkek, 6(%31,7)›sı kadın idi. Hastalardan 7(%36,4)›si çıkan kolon ve çekum ca, 4(%21,4)›ü transvers kolon ca, 8(%42,2)›i rektum ve sigmoid kolon ca idi. Hepsinin patolojisi adenokarsinom idi.5(%26,4) hastanın kolon ameliyatından sonra takipleri sırasında metastazları saptanmış, 1(%5,2) hasta hartman kolostomi kapatımı sırasında operasyonda saptanmış,13(%68,4) hasta kolon operasyonundan önce saptanmış aynı seansda metastezektomi yapılmış. 8(%42,2) hastada multipl(en fazla 3),11(%57,8) hastada tek metastaz odağı mevcut idi. 1(%5,2)›inin patololojisi kolon ve karaciğer patolojik tam yanıt gelen haricinde diğerleri adenokarsinom infiltrasyonu ve cerrahi sınırlar temiz olarak raporlandı.Hastaların takiplerinde mortalite(%0) mevcut değil. 10(%52,6) adet hasta batın içi çeşitli metastazlar(karaciğer dahil) ve nüks nedeni ile onkolojik tedavi almaktadır.

Sonuç:
KKM olan hastalarda değişik tedavi yöntemlerinin uzun dönem sağ kalıma katkısı olabilir ve karaciğer metastazlarının tedavisinde cerrahi optimal strateji olmuştur. Tanı araçlarının preoperatif uygun şekilde kullanımı teşhis ve lokalizasyonun doğru belirlenmesinde ve uygun tedavi metodunun seçiminde önemlidir.

P-182
Benign Özofagus Striktüründe Özofajektomi ve Kolon İnterpozisyonu

İbrahim Ethem Cakcak[1], Eyüp Kahya[1], Yusuf Emre Aytin[1], Ahmet Orhan Sunar[1], Tamer Sağıroğlu[1], İrfan Coşkun[1], Gönül Sağıroğlu[2], Fazlı Yanık[4], Serdar Efe[3], Elif Çopuroğlu[2]
[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne
[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Edirne
[3]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne
[4]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne

Amaç:
Özofagus striktürleri malign ve benign olmak üzere iki ana guruba ayrılır. Benign özofagus striktürleri içinde en sık görülenler peptik striktür, Schatzki halkası, webler, radyoterapi sonrasında gelişen darlıklar, anastomoz darlıkları ve koroziv madde alınması sonrasında gelişen darlıklardır. Koroziv madde maruziyetine bağlı özofagus hasarında, perforasyon gibi acil cerrahi girişim endikasyonu yok ise mümkün olduğunca özofagus dokusu korunmalıdır. Medikal tedaviler ve gereğinde endoskopik dilatasyon gibi yöntemler ile semptomlar giderilebilir. Biz bu olguda, özofagus benign striktürüne bağlı gelişen semptomların minimal invaziv yöntemlerle giderilememesi üzerine cerrahi çözüm yoluna başvurduk.

Olgu:
4 ay önce suisid amaçlı koroziv madde içim öyküsü olan hastanın, olay sonrası yaklaşık 10 gün yoğun bakım ünitesi takibi yapılmış olup sonraki takiplerinde kilo kaybı ve yutma güçlüğü şikayetleri olduğu görülmüştür. Hastaya uygulanan medikal tedavinin yanı sıra semptomları gerilememesi üzerine multipl özofagoskopi eşliğinde buji dilatasyon ve balon dilatasyon denenmiştir. Yapılan işlemler sonrasında semptomlarında gerileme görülmeyen hastaya tarafımızca özofajektomi, kolon interpozisyonu, proksimal gastrektomi, gastrokolik anastomoz ve kolokolik anastomoz ameliyatı uygulanmıştır. Postoperatif dönemde problem görülmeyen hasta şifa ile taburcu edilmiştir. Hastanın 2 yıldır, 3 ay aralıklarla yapılan takiplerinde komplikasyon görülmemiştir.

Sonuç:
Benign özofagus darlıkları basit ve kompleks olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Kompleks striktürler iki cm den uzun ve kıvrımlı yapıya sahip olup diagnostik gastroskopun geçişine izin vermemektedir. En sık koroziv madde içimi ve radyoterapi sonrası gelişir. Kompleks striktürler medikal tedavi ve dilatasyona güç cevap vermesi sebebiyle cerrahi her zaman akılda tutlmalıdır. Cerrrahi tercih olarak özofajektomi sonrası peroperatif midede görülebilecek hasar durumuna göre cerrahi yönteme karar verilir. Mide salim ise fizyolojik duruma en yakın olan gastrik pull up ile beraber yapılacak piloroplasti operasyonu tercih edilmesi gereken ilk yöntemdir. Ancak eksplorasyonda mide hasarlı ise kolon interpozisyonu yöntemi tercih edilebilir.

P-183
Sağ Kolon Kanserinde Dev Krukenberg Tümörü

Emine Özlem Gür[1], Selda Hacıyanlı[1], Oğuzhan Özşay[1], İbrahim Kokulu[1], Neşe Ekinci[2], Mehmet Hacıyanlı[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İzmir

Amaç:
Krukenberg tümörü (KT) genellikle mide kanserine bağlı olarak görülen over metastazlarıdır. KT'lerin mide kanserinden sonra en sık nedeni kolon kanseridir. Genellikle bilateral olarak görülen KT metastaz olarak kabul edilir. Biz bu yazıda kolon kanseri sonrasında gelişen dev KT'nü sunmayı amaçladık.

Olgu:
65 yaşında kadın hasta karın ağrısı, karında şişlik ve halsizlik nedeniyle 2015 Mart ayında kliniğimize başvurdu. Duodenum ve sigmoid kolona invaze sağ kolon tümörü tanısıyla sağ hemikolektomi, sigmoid kolon rezeksiyonu ve duodenum 3. kıta duvar rezeksiyonu ile birlikte tümör unblok olarak çıkarıldı. Kitlenin patoloji sonucu kolon kökenli müsinöz adenokarsinom olarak rapor edildi. Hastaya adjuvan kemoterapi verildi. Kemoterapi devam ederken hastanın akciğerinde her iki lobda metastazla uyumlu nodüller ve karında 10cmlik kitle saptandı. Kemoterapi rejimi değiştirilen hastanın akciğer nodüllerinde gerileme ve bazılarında kaybolma saptanırken karındaki kitlenin büyüdüğü görüldü. Şubat 2017 de tekrar ameliyata alınan hastada sağ over kaynaklı yaklaşık 30 cmlik solid ve kistik alanlar barındıran dev kitle rezeke edildi ve frozen çalışıldı. Frozen sonucu kolon tümörü metastazı olarak değerlendirilen hastaya histerektomi ve sol ooferektomi eklendi. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hastanın takibi devam etmektedir.

Sonuç:
Kolon kanseri nedeniyle tedavi edilen hastalarda tedavi sonrasında ya da kemoterapi sırasında gelişen dev pelvik kitlelerde KT akla gelmelidir.

P-184
Nüks Kolorektal Tümörde Ayırıcı Tanı: Primer Duodenum Tümörü

İbrahim Ethem Cakcak[1], Eyüp Kahya[1], Ahmet Orhan Sunar[1], Yusuf Emre Aytin[1], Tamer Sağıroğlu[1], Gönül Sağıroğlu[2], Elif Çapuroğlu[2], İrfan Coşkun[1], Serdar Fere[3]
[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne
[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Edirne
[3]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

Amaç:
Kolorektal kanser en sık görülen ve en çok ölüme sebep olan üçüncü kanserdir. Erken tanı ve tedavi ile kür mümkündür. Hastalık uzak organ metastazı olsa bile uygun cerrahi tedavi ile kür sağlanabilir. Ancak lokal rekürrens olduğu zaman uygun cerrahi tedaviyi gerçekleştirmek güç olması sebebiyle rekürrens ve metastaza erken tanı koymak çok önemlidir. Tüm tanı ve tedavi seçeneklerine rağmen lokal rekürrens oranı yaklaşık %30'dur. Bu hastaların da yaklaşık %20'si küratif rezeksiyon

için uygundur. Lokal rekürrens gelişen olguların büyük çoğunluğunda rekürrens ilk 3 yıl içinde gerçekleşmektedir. Bu yazımızda sunmayı planladığımız vaka başlangıçta ikinci primer duodenum tümörü olarak düşünülmesine rağmen patolojik inceleme sonucunda rektosigmoid bölge tümörünün nüksü olarak değerlendirilmiştir.

Olgu:
73 yaş erkek hasta daha önce rektosigmoid tümör perforasyonu nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttur.Operasyon sonrası düzenli takiplerine gitmeyen hasta operasyondan yaklaşık 1 yıl sonra kilo kaybı, karın ağrısı ve safralı kusma şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yapılan tetkiklerde hastada duodenojejunal bileşkede, lümende geçişe izin vermeyen yaklaşık 50 mm lik, kolonik anastomoz hattında yaklaşık 35 mm lik tümoral kitlenin yanısıra, batın sol alt kadranda yaklaşık 15mm lik peritoneal tümoral kitle olduğu tespit edilmiştir. Hastaya duodenum 4. Kıta dahil parsiyel ince barsak rezeksiyon ve duodenojejunal anastomoz, eski anastomoz hattındaki nüksü içine alacak şekilde low anterior rezeksiyon ve anastomoz, batın sol alt kadrandan peritoneal kitle eksizyonu, koruyucu loop ileostomi açılması, transjejunal tüp duodenostomi açılması, besleme jejuostomisi açılması operasyonu yapılmıştır. Hastanın postoperatif takiplerinde problem olmayıp şifa ile taburculuğu yapılmıştır.

Sonuç:
Duodenum tümörlerinde kitle duodenum 3.-4. kıta tutulumu yapmış ise hastada ilk olarak intestinal pasaj problemine bağlı safralı kusma ön planda olur. Preop değerlendirmede planlanacak ameliyat kitlenin düzeyine göre pankreas başını da içine alabilir. Ameliyat öncesi semptomları ile birlikte değerlendirildiğinde duodenum tümörüne benzer semptomlar sergileyen hastada, eksplorasyon ile birlikte duodenum 4. kıtaya invaze lezyon görülmüştür. Dolayısıyla rektosigmoid bölge tümörlerinin perfore olduğu olgularda görülebilecek nükslerin uzak lokalizasyonlarda olabileceği de akılda tutulmalıdır. Özgeçmişinde kolorektal tümör perforasyonuna bağlı ameliyat olan olgularda, semptomlar duodenal tümörleri gösterse de kolorektal bölge tümörlerinin nüksü olabileceği de akılda tutulmalıdır.

P-185
İleoanal Anastomozda S Poş Tercihi

İbrahim Ethem Cakcak[1], Eyüp Kahya[1], Yusuf Emre Aytin[1], Ahmet Orhan Sunar[1], Tamer Sağıroğlu[1], Gönül Sağıroğlu[2]
[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne
[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Edirne

Amaç:
Ailesel adenomatöz polipozis (FAP), kalın barsağın iç yüzeyinde yüzlerce hatta binlerce polip gelişimi ile seyreden kalıtsal bir hastalıktır. OD geçişli olan bu hastalıkta 5. Kromozomda APC gen mutasyonu mevcuttur. Erken yetişkinlikte, kolorektal lümenlerde kanser gelişme riski yüksek olan çok sayıda adenomatöz polip görülmektedir. 35 yaş ve öncesinde kalın barsakta yüzlerce polip görülme olasılığı %95 tir. Yaşla birlikte kanser riski de artmaktadır. İlerleyen yaş ile FAP hastalarında kolorektal kanser gelişme riski %100 e ulaşır. FAP tanısı alan hastalarda kesin tedavi yöntemi cerrahidir. Hastalara rutin olarak total proktokolektomi ve trans anal mukozektomi uygulanır ve hayat standartlarını korumak adına mümkünse ileoanal J, S veya W poş anastomozları yapılır, 6 – 8 hafta sonra kapatmak üzere koruyucu loop ileostomi açılır. En çok tercih edilen yöntem J poş olmasına rağmen biz bu vakada neden S poş uyguladığımızı anlatmayı amaçladık.

Olgu:
44 yaşında erkek hasta hematokezya şikayeti ile başvurusu sonrasında yapılan kolonoskopisinde anal wedgeden 3.cm de 3cm lik tümoral kitle ve tüm ko0lonun FAP ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Tümöral kitleden alınan biopsi sonucunda adenokarsinom gelmesi üzerine evrelemesi yapılıp, hastaya neoadjuvan kemoradyoterapi uygulanmıştır. Neoadjuvan tedavi sonrası yapılan tetkiklerde karaciğer domda 21mm tek metastatik lezyonu saptanmıştır. Hastaya total proktokolektomi, transanal mukozektomi, ileo anal S poş anstomozu, perop karaciğer domdaki tek metastaza mikrodalga uygulama ve koruyucu loop ileostomi operasyonu uygulandı. Hastanın postoperatif takiplerinde stabil olması ve komplikasyon görülmemesi üzerine şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
Total proktokolektomi, transanal mukozektomi sonrası ileoanal poş oluşturması genellikle, bilinen üç yöntem ile olur. Bu üç yöntem J poş, S poş ve W poş olarak adlandırılır. İleal poş oluşturmaktaki amaç neorektum yaratmaktır. 1980 li yılların başlarında uygulanmaya başlanan S poş un yerine, kısa süre sonra Utsonomiya nın yayınladığı iki anslı J poş tekniği kullanılmaya başlanmış ve böylece S poşun uzun götürücü ansı nedeniyle sebep olduğu kateterizasyon gereksinimi, iki anslı J poş yöntemi ile giderilmiş ve poşit riski minimalize edilmiştir. J poşun oluşturulmasının daha kolay olması diğer bir avantajıdır. S poşu J poşuna göre daha büyük hacimlidir ve J poşa göre daha rahat pelvise ulaşabilir. Bu özellik nedeniyle S poşun kısa mezenteri olan ve ince uzun pelvis yapısı olan kişilerde anal anastomoz gerginliğini azaltmak amacıyla kullanımı uygundur Bizim de bu vakada S poşu tercih etmemizin sebebi hastanın kısa mezenteri olması ve dar uzun bir pelvise sahip olmasıdır

P-186
Peritoneal Karsinomatoziste Tam Sitoredüksiyon ve HIPEC

İbrahim Ethem Cakcak[1], Eyüp Kahya[1], Ahmet Orhan Sunar[1], Yusuf Emre Aytin[1], Tamer Sağıroğlu[1], Gönül Sağıroğlu[2]
[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne
[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Edirne

Amaç:
Periton karsinomatozu (PK) gastrointestinal ve jinekolojik kanserin yanı sıra peritoneal mezotelyomanın ileri evrelerinde görülen ve uzun dönem sağkalımı etkileyen ortak bir klinik tablodur. Bu grup hastalardan kolorektal kanserlerin (KRK) yaklaşık %15'inde tanı anında PK saptanmakta, bu hastalarda palyatif tedavilerle ancak 6 aylık bir sağkalıma ulaşılabilmektedir. Geleneksel olarak evre 4 hastalık olarak kabul edilen bu tabloda yakın gecmişe kadar yalnızca palyatif tedaviler söz konusu iken 80'li yıllarda sırasıyla Spratt ve Sugarbaker PK'ya metastatik bir hastalıktan çok lokal ileri bir kanser gibi yaklaşıldığında yüz güldürücü sonuclar

alınabileceği fikrini ortaya attılar. Günümüzde sitoreduktif cerrahi (SRC) ve hipertermik intraperitoneal kemoterapinin (HİPEK) yaygınlaşması ve yayınlanan olumlu sonuclar PK'ya küratif yaklaşımı popüler hale getirmiştir. Sitoredüktif cerrahi Sugarbaker tarafından tanımlanmış bir dizi organ rezeksiyonu ve peritonektomi prosedürüdür. Amac intraabdominal kavitede gozle görülebilir tümör bırakmayacak şekilde tümöral doku, organ ve/veya peritoneal yüzeylerin çıkarılmasıdır. Cerrahi sonrası uygulanan intraperitoneal kemoterapi makroskopik sitoredüksiyonun mikroskopik sitoredüksiyona tamamlanmasını hedeflemektedir. Ekstra abdominal metastaz yapmamış, kolonun PK ya sebep olmuş tümörlerinde yaklaşım SRC ve HIPEC olmalıdır. Olguda sağ kolonun epitelyal tümörler sınıfında yer alan müsinöz adenokarsinomaya bağlı PK mevcuttur.

Olgu:
72 yaşında erkek hasta, bir yıl önce dış merkezde metastatik sağ kolon tümörü tanısı almıştır. Karaciğer metastazları ve peritoneal implantları olan hastanın primer kitleden alınan biopsi sonucu musinöz adenokarsinom gelmiştir. Neoadjuvan kemoterapi almış olan hastanın tarafımızca yapılan operasyon öncesi tetkiklerinde,çıkan kolonda yaklaşık 60 mm lik kitle, karaciğerde 3 adet büyüğü 30 mm lik metastaz ve peritoneal karsinomatöz görünümü mevcut idi. Hastaya genişletilmiş subtotal kolektomi, sitoredüktif cerrahi, karaciğerdeki metastazlara yönelik intraoperatif mikrodalga uygulama, ileorektal anastomoz, koruyucu loop ileostomi açılması ve intraoperatif sıcak kemoterapi uygulandı. Operasyon sonrası takiplerinde genel durumu stabil olan ve komplikasyon görülmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
PK lı hastalarda SRC ve HIPEC sağkalımı arttırmaktadır. Ekstraperitoneal metastazın olmaması, R0 veya R1 rezeksiyon yapılması, hastanın performansının iyi olması ve tam SRC yapılan hastalara HIPEC uygulanması genel endikasyonlardır. Güncel literatür bilgilerine dayanarak PK lı hastalarda olgumuzda da olduğu gibi endikasyonları karşılaması durumunda, sağkalımı arttırmak adına SRC ve HIPEC yapılacak en doğru cerrahi tercihtir.

P-187
Cerrahi Tedavide Uluslararası Destek

İbrahim Ethem Cakcak[1], Eyüp Kahya[1], Ahmet Orhan Sunar[1], Yusuf Emre Aytin[1], Tamer Sağıroğlu[1], Gönül Sağıroğlu[2]
[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne
[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Edirne

Amaç:
80'li yıllarda Spartt ve Sugerbaker'ın peritoneal karsinomatozise (PK) metastatik bir hastalıktan çok lokal ileri bir primer kanser gibi yaklaşmasıyla, peritoneal karsinomatoziste tedavi yaklaşımı cerrahi yönünde değişmiştir. Günümüzde cerrahi endikasyonları sağlayan PK lı olgularda sitoredüktif cerrahi ve HİPEK uygulanmaktadır. Cerrahi, sağlık sisteminin esas bileşenlerinden biridir ancak küresel halk sağlığı tarafından genellikle ihmal edilir. Bu düşük orta gelirli ülkelerde, temel cerrahi bakımın maliyet etkinliğini kanıtlayan bulguların artmasına rağmen devam etmektedir.

Olgu:
55 yaşında kadın hasta, beş yıl önce dış merkezde yapılan appendektomi sonrası patolojisi müsinöz adenokarsinom gelmesi üzerine sağ hemikolektomi yapılmış. Adjuvan kemoterapi alan ve düzenli onkoloji takibinde olan hastanın kontrol batın bt'de sol pelvik bölgede yaklaşık 12 cm çapında sigmoid kolona invaze olduğu düşünülen nüks kitle görülmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hastaya tarafımızdan yapılan kolonoskopide sigmoid kolonda tümör invazyonu izlendi ve alınan patolojide müsinöz adenokarsinom raporlandı. Hastaya tarafımızdan anterior rezeksiyon + kolokolik anastomoz + batın içi kitle eksizyonu +sitoredüktif cerrahi + koruyucu loop ileostomi açılması uygulandı. Appendiks kaynaklı adenokarsinomlarda sitoredüktif cerrahi ve HİPEK birçok çalışma ve bazı ülkelerde kılavuzlar tarafından tedavi prosedürü olarak önerilmektedir. Ancak HİPEK cihazının kullanımı için gereken ücret ülkemizde sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmadığı ve meblağ hasta tarafından verilemediğinden HİPEK uygulanamadı. Postoperatif dönemde erken komplikasyon gelişmeyen ve genel durumu stabil seyreden hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
Dünya Bankası için hazırlanan ve Disease Control Priorities Network tarafından yayınlanan DCP3 (disease control priorities 3)'e göre gerekli cerahi prosedürlerin tam olarak sağlanması, düşük orta gelirli ülkelerde yılda 1,5 milyon ölümü engelleyebilir ve bu yılda önlenebilen ölümlerin %6-7'sine karşılık gelir. Yine aynı raporun önerisine göre düşük- orta gelirli ülkelerdeki kanser kontrolünde sorumlu küresel otoriteler, gerekli cerrahi uygulamalar için anahtar rol oynayan malzeme ve girdilerin fiyatını düşürmekle, teknik destek sağlamakla ve kanser araştırmalarını desteklemekle yükümlüdür. Dünya Tıp Birliği'nin sağlık bakımına ulaşma konusundaki bildirgesi de 8. maddesinde sağlık sektöründe teknoloji ve kaynakların adil ve eşit dağılımının sağlanmasına dikkat çekmektedir. Cerrahi girişimler, HİPEK de dahil olmak üzere şimdiye kadar ulusal ve uluslararası sağlık otoriteleri tarafından primer halk sağlığı bileşeni olarak görülmemekte ve ihmal edilmekte idi. Ancak dünyada gelişen yeni yaklaşımlara uygun şekilde cerrahi girişimlerin ve sonuçlarının da maliyet hesabı yapılmalı ve maliyet etkin, adil, eşit sağlık sunumu konusunda adımlar atılmalıdır.

P-188
Sıradışı Bir Polipozis Vakası: Olgu Sunumu

Beslen Göksoy[1], Metin Keskin[1], Adem Bayraktar[1], Cevat Tefik[2], Öner Şanlı[2], Mehmet Türker Bulut[1], Uluğ Eldegez[1], Emre Balık[3]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Familyal adenomatöz polipozis (FAP) otozomal dominant geçişli, kolonda yüzlerce adenomatöz polipten oluşan ve erken dönemde tedavi edilmesi gereken kalıtsal kolorektal kanser sendromlarından birisidir. Polipozis sendromlarında multipl kolorektal polipler (± kolorektal kanser) yanında çok sayıda osteom, yumuşak dokuda mezenkimal tümörler eşlik edebilir.

Desmoid tümör oldukça nadir rastlanan muskülo-aponörotik dokulardan gelişen bir tümördür. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte polipozis koli olgularında desmoid tümör prevelansı %7-%12 arasında ve normal toplumdan yüksek oranda bildirilmektedir. Tanı anında olguların tama yakını irrezektabldır. Polipozis koli olgularının artık erken yaşta tespit edilmesi, erken dönemde proflaktik total kolektomi veya proktokolektomilerin yapılması bu olgularda kolorektal kanserlere bağlı ölümleri azaltırken, desmoid tümörlere bağlı ölümler artmaktadır.

Olgu:
26 yaşında kadın hasta Mart 2007'de kabızlık nedeniyle başvurdu. Hastanın yapılan kolonoskopisinde kolonda yüzlerce polip görüldü ve alınan biyopsiler flat adenomatöz değişiklikler olarak belirlendi. Polipozis koli sendromu tanısı alan hastanın üst gastrointestinal sistem endoskopisinde duodenum 2.kıtasında saptanan poliplerin patolojileri polipoid tipte epitel hiperplazisi gösteren kronik duodenit olarak bildirildi. Temmuz 2008'de laparoskopik total abdominal kolektomi + ileorektal anastomoz yapılan hastanın patoloji sonucu multipl yassı tipte tubuler ve serrated adenomlar olarak rapor edildi. Takiplerinde Kasım 2012'ye kadar şikayeti olmayan hastanın bu tarihten sonra karın ağrısı ve karında ele gelen kitle şikayeti olması üzerine yapılan karın bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; batında sol üretere bası yapan, grade II-III hidroüreteronefroza neden olan 5cm'lik kitle tespit edildi. Bu kitleden yapılan tru-cut biyopsi sonucunda iğsi hücreli fibroblastik lezyon (desmoid fibromatozis) saptandı. Kitlenin mezo içine yerleşik olması ve süperior mezenterik arteri çevrelemesi nedeniyle inoperabl kabul edildi ve sol üretere pigtail kateter takıldı. 2013'te karın içi üretere bası yapan ve aynı zamanda mezo kökünü tutan desmoid tümör nedeni ile hastaya Amerika Birleşik Devletlerinde multiviseral organ nakli (mide, pankreas, kısmi karaciğer, duodenum, ince barsak, kolon), sol üreter distal uç rezeksiyonu ve sol üreterin sağ üretere anastomozu ameliyatı gerçekleştirildi. Nakil sonrası ikinci yılında kilo kaybı ve ishal şikayetlerinin rejeksiyona bağlı olabileceği düşünülerek kontrol endoskopileri yapıldı. Mide, duodenum, jejunum ve kolondan biyopsiler yapıldı. Biyopsi sonuçlarında rejeksiyon bulguları saptanmadı. Yapılan kontrol görüntülemelerinde karın duvarında toplam 6 adet sınırları düzensiz kitle ve ayrıca bir tane batın içinde üreteroüreterostomi anastomozunun distaline bası oluşturan kitle saptandı. Radyolojik olarak bu kitleler desmoid tumor nüksü ile uyumlu bulundu. İlk önce hidroüreteronefroz nedeniyle çift taraflı perkütan nefrostomi yapıldı. Sonra bu nüks lezyonların eksizyonuna karar verildi. Eksplorasyonda orta hatta bilateral rektus kası içinde ortalama boyutları 3 ile 2cm arasında değişen 6 adet solid lezyon tespit edildi ve temiz cerrahi sınırla tüm lezyonlar eksize edildi. Karın içi eksplorasyonda ise sağ üreter proksimalinde üreteroüreterostomi anastomozunun distalinde, sağ internal iliak arteri de içine almış yaklaşık 2x2cm boyutlarında düzensiz sınırlı kitle saptandı. Kitle, sağ internal iliak arteri ve sağ distal üreteri de içine alacak şekilde en bloc olarak eksize edildi. Kalan üreter ile mesane arasında mesafe uzun olduğu için üreteroneosistostomi yapılamadığından mesaneden hazırlanan Boari flep ile üreteroneosistostomi yapıldı. Ameliyat sonrası perkütan nefrostomi kateterleri alınan hasta nüks olmadan izlenmektedir.

Sonuç:
Desmoid tümör normal toplumda nadir görülen, ancak polipozis koli olgularında sık karşılaşılan yumuşak doku tümörüdür. Tümör cerrahisi yapan merkezlerin bile bu hastalık takibinde yeterli veri olmamasından dolayı bu hastalarda oturmuş, etkin bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. İrrezektabl olan olgularda, radyoterapi ve kemoterapinin etkisi yoktur. Proflaktik total kolektomi veya proktokolektomileri takiben bu hastalarda önemli bir mortalite nedeni olan desmoid tümörlerin tedavisinde kompleks ve pahalı bir cerrahi girişim olsada multiviseral organ nakli tek tedavi seçeneği olarak görünmektedir.

P-189
Kolorektal Kanserlerde Perinöral İnvazyon Önemli midir?

Sedat Kamalı[1], Gülçin Harman Kamalı[2], Emre Sivrikoz[1], Burak Güney[1], Deniz Tazeoğlu[1], Cemal Ulusoy[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı EA Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı EA Hastanesi Patoloji Bölümü, İstanbul

Amaç:
TNM sistemine göre kolorektal kanserlerin evrelendirilmesi, günümüzde standart olarak kabul edilmektedir. Erken ve ileri evrelerde prognostik değerlendirmeye önemli katkı sağlar, ancak ara evrelerde prognostik önemi azalmaktadır. Bu nedenle ek prognostik faktörlere ihtiyaç duyulmaktadır. Hematoksilen eozin preparatlarda kolaylıkla belirlenebilen lenfovasküler ve perinöral invazyon bu faktörler arasında sayılabilir. Çalışmamızda lenf nodu invazyonu, lenfovasküler invazyon ve perinöral invazyon gibi histopatolojik kriterlerin prognostik önemini araştırdık.

Gereç-Yöntem:
Hastanemizde 2006-2014 yılları arasında ameliyat edilmiş non metastatik kolorektal kanserli hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu incelemeye lenf nodu pozitif veya en az 12 lenf nodu diseksiyonu yapılmış 756 hasta dahil edildi. Sağkalım analizi ve diğer istatistiksel yöntemler için SPSS 23 programı kullanıldı, $p<=0,005$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
331 kadın, 425 erkek hastanın yaş ortalaması 61 bulundu (19-93 SD:13,7). Hastalar ortalama 46 ay süre ile takip edilmişti. 297 hastada lenf nodu tutulumu izlenmemişti, 459 hastada lenf nodu tutulumu vardı. Lenf nodu tutulumu olan hastalarda sağ kalım ortalama 60 ay, lenf nod negatif olan hastalarda ise 89 aydı (Kaplan–Meier, log rank $p<0,0001$). Lenfovasküler invazyon 675 hastada izlenmedi, bu hastalarda ortalama sağ kalım 73 ay; lenfovasküler invazyon saptanan 81 hastada ise 30 ay olarak bulundu (p:0,018). Perinöral invazyon 684 hastada görülmezken bu grupta ortalama sağ kalım 73 ay, perinöral invazyon izlenen 72 hastada ise ortalama 31 ay olarak saptandı (p:0,012). Lenf nodu tutulumuna göre iki gruba ayrılan hastalarda

lenfovasküler ve perinöral invazyon sağ kalım açısından değerlendirildiğinde lenf nodu pozitif 459 hastadan 71'inde lenfovasküler invazyon, 62'sinde perinöral invazyon görüldü. Lenf nodu tutulumu görülen bu hastaların lenfo vasküler ve perinöral invazyon açısından kendi aralarında sağ kalım farkı yoktu (p>0,05). Lenf nodu tutulumu olmayan 297 hastadan 10'unda lenfovasküler invazyon ve 10'unda perinöral invazyon vardı. Lenfovasküler invazyon görülen 10 hasta ile invazyon görülmeyen hastalar arasında sağ kalım farkı bulunmadı. Perinöral invazyon görülen hastalarda sağ kalım ortalama 23 ay, perinöral invazyon bulunmayan hastalarda ise sağ kalım 91 ay olarak izlendi, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p< 0,0001).

Sonuç:
Perinöral invazyonun önemi birçok grup tarafından araştırılmıştır. Evre gözetmeksizin genel dağılımda her zaman anlamlı sağ kalım farkı yaratmayan perinöral invazyon; alt grup analizlerinde özellikle evre II kolorektal karsinomlarda anlamlı bir prognostik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

P-190
GIS'de Kolona Nadiren Metastaz Yapan Meme Lobüler Karsinomu: Olgu Sunumu

Gülçin Harman Kamalı[1], Sedat Kamalı[2], Burak Güney[2], Seracettin Eğin[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı EA Hastanesi Patoloji Bölümü, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı EA Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

Amaç:
Meme karsinomları genellikle akciğer, santral sinir sistemi, kemik, jinekolojik organlar, periton ve karaciğere metastaz yapar. Gastrointestinal sisteme metastaz ise nadirdir. GIS metastazları sırası ile mide, kolon ve rektumdur. Bazı vakalar makroskopik olarak primer kolon kanseri veya inflamatuvar barsak hastalığını taklit edebilir. Klinik olarak nonspesifik gastrointestinal semptomlar ile ortaya çıkıp endoskopik değerlendirmede inflamasyonla karışabilir. Metastaz tanı anında olabildiği gibi 30 sene sonra da ortaya çıkabilmektedir.

Olgu:
Bizim olgumuz, inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn), geçirilmiş enfeksiyona bağlı darlık veya tümör şüphesi ile endoskopik biyopsi yapılmış 56 yaşında kadın hastadır. Sigmoid proksimali, inen kolon distali, inen kolon ortalarından alınan 0,1-0,5 cm arasında değişen endoskopik biyopsilerden sigmoid proksimali ve inen kolon distaline ait örneklerde lamina propriada ve birkaç lenfatik içerisinde az sayıda atipik epitelyal hücre görülmüştür. İmmünhistokimyasal çalışmada bu hücrelerde PanCK ile pozitif boyanma, kesitlerde oldukça azalan birkaç hücrede ise CK7 ve ER ile pozitif boyanma izlenmiştir. Aynı zamanda alınan batın sıvısında izlenen PanCK ile pozitif boyanan atipik hücrelere malignite pozitif yayma tanısı verilmiştir. Endoskopide izlenen atipik hücreler metastaz yönünde değerlendirilip araştırıldığında hastanın 2008 yılında sağ meme karsinomu (invaziv lobüler tanılı) nedeni ile opere olduğu, adjuvan KRT aldığı, 2 yıl önce onkoloji takibini kendi isteği ile bıraktığı bilgisi alınmıştır. Daha sonra bölümümüze gelen segmenter bağırsak rezeksiyonunda 3,5x4,5x0,7 cm ölçüde alanda lümeni ileri derecede daraltan sert kıvamlı, gri beyaz renkte tümör, bağırsak dış yüzünde de 1x1 cm ölçüde bu lezyonla ilişkili infiltrasyon izlenmiştir. İmmünhistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinde CK7, GCDFP-15, PanCK, ER, PR ile pozitif boyanma, CK20 ve CD38 ile negatiflik bulunmuş, hastanın öyküsünde mevcut invaziv lobüler meme karsinomunun metastazı olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç:
Hasta meme karsinomu nedeni ile operasyonundan yaklaşık 8 yıl sonra 4 aydır süren karın ağrısı, konstipasyon, kusma ve kilo kaybı gibi tümör veya inflamatuvar barsak hastalıkları ile de karışabilecek semptomlarla kliniğe baş vurmuştur. Histopatolojik ve immünhistokimyasal incelemeler sonucunda nadir yerleşim yerlerinden olan gastrointestinal sistemde az rastlanan lokalizasyonda metastaz olarak tanı almıştır. İlginç lokalizasyonu nedeni ile bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

P-191
Genel Cerrahi Kliniğine Başvuran Hastaların Kolorektal Kanser Farkındalığı

İlkay Halıcıoğlu, Birgül Ödül Özkaya, Seymur Abdulleva, Yasir Musa Kesgin, Abdulsamet Bozkurt, Halil Alış
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Genel cerrahi kliniğine başvuran hastaların kolorektal kanser farkındalığı görmek için bu araştırmayı yaptık.

Bulgular:
Dünya çapında her yıl yaklaşık bir milyon kolorektal kanser (KRK) tanısı konulurken, 500.000 hasta KRK nedeniyle kaybedilmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2007-2008 yıllarında on iki ildeki kanser kayıt merkezi verilerine göre, KRK görülme sıklığı açısından tüm kanserler içinde % 7,8 ile kadınlarda üçüncü ve % 7,5 ile erkeklerde dördüncü sırada yer almaktadır. Kolon tümörleri yavaş büyür ve semptomatik hale geldiklerinde genellikle hastalık ileri evreye varmış durumdadır. KRK tanısı hastaların sadece % 40'ında erken evrede (lokalize hastalık evresi) konulmaktadır. KRK'deki prognoz ise tanı anındaki evreyle yakından ilişkilidir.

Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi yöntemleri ile yapılacak olan taramadır. Ülkemizde bu tarama 50 yaşından itibaren başlamaktadır.

Toplulumuzun kolorektal kanser farkındalığını belirlemek amacıyla genel cerrahi kliniğimize yatan veya refakatçi olarak gelen kişilere yaş, öğrenim durumu, medeni durum, ggk veya kolonoskopi testlerinden birini yaptırıp yaptırmadığı, kolon kanseri hakkında sağlık bakanlığının çalışmaları hakkında sorular içeren anket doldurttuk. Çalışmamıza toplam 110 kişi katıldı. Çalışmaya katılanların % 32 si daha önce kolonoskopi yaptırmış, GGK testini yaptıran katılımcı oranı ise sadece % 5 seviyesinde kalmıştır. Katılımcıların % 28 i kolorektal kanser hakkında bilgisi mevcut. %29 katılımcının ise sağlık bakanlığının kolorektal kanser taraması hakkında bilgisi vardı.

Sonuç:
Bu sonuçlar göz önüne alındığı zaman toplumumuzda kolorektal kanserler hakkında daha fazla bilgilendirme yapılmalı, kanser tarama programlarının yaygınlaştırılmalıdır. Daha geniş çaplı araştımalar yapılarak tarama programları daha etkin hale getirmenin yolları aranmalıdır.

P-192
Sigmoid Kolonda Primer Skuamoz Hücreli Karsinom

Veysel Umman, Yağmur Özge Turaç Kösem, Sinan Çarkman
Istanbul Universitesi Cerrahpasa Tıp Fakultesi, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanserlerin major kısmını adenokarsinomlar oluşturmakta olup primer skuamoz hücreli karsinom (SCC) anal kanal dışında oldukça nadir görülür. Kolorektal adenokarsinom içerisinde skuamoz hücre değişimi gösteren odaklar görülebilse de, saf skuamoz hücreli karsinom enderdir. 1 Hastaların prezentasyonu adenokarsinoma benzer şekilde, rektal kanama, kabızlık, ishal, ağrı, kilo kaybı şeklinde olmaktadır.

Olgu:
57 yaşında erkek hasta, dışkıda kan, kabızlık ve karın ağrısı şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Bir aydır başlamış ve giderek artan şikayetleri mevcut olan hastaya yapılan ilk incelemeler sonunda kolonoskopi yapılmasına karar verildi. Kolonoskopide anal kanal girişinden 18. cm'den başlayıp 24. cm'ye kadar devam eden ve lümeni tıkama eğilimi gösteren, lümeni ¾ dolduran üzeri hafif ülsere, hiperemik kitle görüldü. Gastrointestinal stromal tümör olabileceği düşünüldü, multipl biyopsiler alındı. Rektumdan çekum tabanına kadar izlenen diğer tüm kolon duvar ve mukozası doğaldı. Hastaya yapılan batın tomografisinde rektosigmoid bileşke düzeyinde yaklaşık 55 mm'lik bir segmentte mezo rektum presigmoid posterior yağlı planları invaze eden, egzofitik olarak barsak duvarından sol ağırlıklı etraf yağlı dokuya uzanımı olan düzensiz sınırlı, spiküle kontürlü 6x4.5x6.5 cm boyutlarında lezyon izlendi Presakral bölgede de multipl milimetrik lenf nodlarının eşlik ettiği ve bu düzeyde pasajın belirgin şekilde daraldığı görülmüştür. Metastaz taraması için yapılan pozitron emisyon tomografisi sonucunda, pelviste rektosigmoid kolon lojuna uyumlu duvar kalınlaşmasının eşlik eden malign karakterde hipermetabolik FDG tutulum alanı görülmüştür. Bilateral pararektal mesafelerde yerleşimli subsantimetrik boyutlarda minimal düzeyde FDG tutulumu gösteren ancak metastaz lehine değerlendirilen lenf nodları izlenmiştir. Vücudun diğer kısımlarında primer hastalığın uzak metastazını düşündürecek patolojik düzeyde FDG tutulum odağı saptanmamıştır. Biyopsi sonucu mukoza örnekleri, submukoza seviyesinde az diferansiye infiltrasyon olarak değerlendirildi. Alınan materyalde izlenen tümör hücreleri az diferansiye karsinom ile uyumlu olup adenokarsinom ve skuamoz ayrımı yapılamamıştır.

Sonuç:
Hastaya low anterior rezeksiyon operasyonu yapılmış ve postop 4. gününde dreni çekilmiş ve hasta postop 8. günde olaysız şekilde taburcu edilmiştir. Patoloji sonucu sigmoid kolonda grade 2, infiltratif yayılım paterni gösteren skuamoz karsinom olarak gelmiştir. İnvazyon derinliği pT3, subseroza ve perikolorektal dokular, muskularis propriadan uzaklığı ise 17 mm olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca 22 bölgesel lenf nodundan 2'sinde tutulum görülmüştür (pT3d/pN1b) Hastanın postop 7 ay takip edilmi ve bir sorun gözlenmemiştir.

Kolorektal SCC'nin altında yatan sebep tam net olmamakla birlikte birçok mekanizmanın rol alabileceği düşünülmüştür. Önerilen mekanizmalardan birisi bazal hücrelerin mukozal hasarlanma sonrasında çoğalması ve adenom içerisinde squamoz değişimin olmasıdır. 2,3 Adenokarsinomla senkron kolon SCC ise yaklaşık %3.2 hastada görülebildiği bildirilmiştir. 4 SCC etiyolojisi net olmamakla birlikte hasta sağkalımı açısında daha iyi seyretmekte olup, etiyolojiye yönelik ieri çalışmalar gereklidir.

P-193
Kolorektal Kanser Nedeniyle Uygulanan Ameliyatlar Sonrasında İlk Bir Yıl İçerisinde Görülen Mortalite Üzerine Etkili Faktörler

Oktay Gökçal, İlker Sücüllü, Ahmet Ziya Balta, Yavuz Özdemir, Ergün Yücel, Ali İlker Filiz, Yavuz Kurt
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

Amaç:
Kolorektal kanserlerde postoperatif ilk 1 yıl içinde mortaliteyi etkileyen faktörleri retrospektif olarak ortaya koymayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde Ocak 2011 ve Temmuz 2015 tarihleri arasında opere edilmiş, kolon ve/veya rektum kanseri tanısı almış 191 olgu çalışmaya dâhil edildi. Hastalar kolorektal kanser nedeni ile cerrahi uygulanmış hastalar postoperatif dönemde ölüm zamanlarına göre gruplara (0-30 gün, 30 gün-1yıl, 1 yıl sonrası) ayrıldı ve demografik özellikleri, preoperatif, perioperatif ve postoperatif dönem verileri ile patoloji ve takip dönemi verileri açısından istatistiksel analize tabii tutuldu

Bulgular:
Olguların 14 tanesi ameliyat sonrası erken dönemde (ilk 30 gün) ölen hastalardı (%7.35). Postoperatif erken dönemde ölümlerin, daha sıklıkla ameliyat ve hastanın komorbid hastalıklara bağlı gelişmiş komplikasyonlar neticesinde gerçekleştiği değerlendirildi.
Tek değişkenli analizlerde 1 yıllık mortaliteye etkili faktörler; komorbid hastalıklar, re-hospitalizasyon, metastatik lenf nodu, uzak organ metastazı, patolojik evre, lokal nüks ve uzak organ metastazı gelişmesi olarak tespit edildi. Çok değişkenli analizlerde renal hastalık varlığı, patolojik evre ve uzak organ metastazı, istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Sonuç:
Postoperatif 1 yıl içindeki mortalite yalnızca primer tümör özelliklerinden kaynaklı olmayıp aynı zamanda komorbiditelerin varlığı ile birliktedir.

P-194
Tiroid Metastazı ile Seyreden Kolon Kanseri, Olgu Sunumu

Mircelil Seyidov[1], Çağrı Büyükkasap[1], Saygın Altıner[1], Gülseren Maraş[2], Mahir Nasirov[1], Hasan Bostancı[1]
[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*
[2]*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara*

Amaç:
Kolon kanserinin en çok metastaz yaptığı organ karaciğerdir. Kolon kanserlerinin tiroid bezine metastazı nadirdir. Literatürde diğer organların adenokarsinomlarının tiroid bezine metastazı yaklaşık %1.4 - 3 oranındadır. Bu çalışmada yaklaşık 1 aydır ses kısıklığı ve nefes darlığı şikayeti olan ve fizik muayenede tiroid sol lobunda yaklaşık 3 cm çapında sert fikse nodülü olan ve yapılan tetkikler sonucunda bu nodülün adenokarsinom metastazı olduğu anlaşılan olgu sunulacaktır.

Olgu:
63 yaşında erkek hastanın yapılan tetkiklerinde parathormon, tiroid fonksiyon testleri ve diğer tiroid markerleri normaldi. Kalsitonin 20,3 µg/L ve CEA 6,16 µg/L idi. Diğer tümör markerleri normaldi. Yapılan tiroid ultrasonografisinde tiroid sol lobda yaklaşık 3 cm çapında solid nodül görüldü. İnce iğne aspirasyon biyopsisi adenokarsinom metastazı ile uyumlu olması üzerine yapılan gastrointestinal sistem taramasında rektosigmoid bölgede yaklaşık 5 cm'lik segmenti tutan kolonoskopun geçişine izin veren ülserovejetan kitle görüldü. Multiple biyopsiler alındı ve biyopsi sonucu iyi diferasiye adenokarsinom olarak raporlandı. Yapılan tomografi ve PET-CT'de trakeaya soldan bası yapan sol tiroid lobunda kitle, akciğerlerde multiple tutulum ve rektosigmoid bölgede duvar kalınlaşması görüldü. Akciğerlerdeki lezyonlardan yapılan biyopsi adenokarsinom metastazı ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya kemoterapi ve radyoterapi planlandı.

Sonuç:
Kolon kanserlerinin tiroid bezine metastazı nadir görülen bir durum olup, tiroid maligniteleri araştırılırken diğer organların uzak metastaz olasılığı da göz önünde buldurulmalıdır ve tedavisine multidisipliner bir şekilde yaklaşılmalıdır.

P-195
Peritoneal Karsinomatoziste Sitoredüktif Cerrahi ve HİPEK: Başlangıç Deneyimi

Gökhan Çipe[1], Sevim Kuşluçiçek[1], Abdullah As[1], Ali Osman Kaya[2], Mutlu Demiray[2], Muzaffer Sarıyar[1]
[1]*Medicana International İstanbul Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul*
[2]*Medicana International İstanbul Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü, İstanbul*

Amaç:
Sitoredüktif cerrahi (SRC) ve Hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HİPEK)'in seçilmiş hastalardaki etkinliği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Ancak SRC ve HİPEK'in morbidite ve mortalitesi oldukça yüksektir. Literatürdeki bilgiler daha çok tek merkez tecrübesi şeklinde olan olgu serilerinden elde edilmiştir. Bu bildiri ile kliniğimizde yakın zamanda uygulanmaya başlanan SRC ve HİPEK'in erken dönem sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Kliniğimizde Mart 2016-Ocak 2017 ameliyat edilen 8 hastanın verileri prospektif olarak topandı. Hastaların demografik verileri, yapılan ameliyat, ameliyat süreleri, hastanede yatış süresi, morbidite ve mortalite kaydedildi.

Bulgular:
Hastaların ortalama yaşı 52 ve 3 tanesi erkek, 5 tanesi kadın idi. Ortalama ameliyat süresi 432 dk. ve ortalama yatış süresi 13 gün oldu. Toplam morbidite oranı %37.5 olarak saptandı. Hastaların hepsi takibimizdedir. En uzun takip edilen hastanın takip süresi 11 aydır. Bir hastada rekürrens olmuştur. Ameliyat edilen hastaların hepsi hayattadır.

Sonuç:
Yaşam süresinin çok az olduğu bilinen peritoneal karsinomatozisli hastalarda, SRC ve HİPEK hastalara uzun dönem şansı sunmaktadır. SRC ve HİPEK'in morbidite ve mortalitesi kabul edilebilir düzeydedir. Göz ardı edilemeyecek oranlarda olan morbidite oranları dikkatli hasta seçimi ile azaltılabilir.

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

Demografik veriler	Sayı (%)
Yaş, Ort.(sd)	52(10)
Cinsiyet	
Kadın	5(62.5)
Erkek	3(37.5)
VKI	
<=18	1 (12.5)
19-25	2 (25)
26-30	3 (37.5)
>30	2 (25)
Kanser tipi	
Mide	3(37.5)
Over	3(37.5)
Kolon	1(12.5)
Safra kesesi sarkomatoid karsinom	1(12.5)

VKI: Vücut kitle indeksi

Tablo 2. Erken dönem sonuçlar

Postoperatif Sonuçlar	Sayı(%)
Ortalama ameliyat süresi (HİPEK dahil,dk)	432 (±122)
Sepsis	1 (12.5)
Yüzeyel cerrahi alan enfeksiyonu	3 (37.5)
Derin cerrahi alan enfeksiyonu	1 (12.5)
Pnömoni	2 (25)
Akut renal yetersizlik	1 (12.5)
DVT	0
Morbidite olan hasta sayısı	3(37.5)
30 günlük mortalite	0
30 gün içinde tekrar ameliyat edilen hasta sayısı	1 (12.5)
30 gün içinde tekrar hastaneye yatış	0
Hastanede yatış süresi, ortalama (SD), gün	13 (5)
Ortalama takip süresi, ay	7±4

DVT: Derin ven trombozu HİPEK:Hipertermik intraperitoneal kemoterapi

P-196
Hafife Alınmaması Gereken Şikayet-Perineal Ağrı: Retrorektal Schwannoma ve Retrorektal Leiomiyosarkomalı Olguların Sunumu:

Süleyman Deniz Kahraman, Hüseyin Sinan, Mustafa Tahir Özer, Sezai Demirbaş, Orhan Kozak
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Retrorektal ya da presakral bölgedeki kitleler nadiren görülmektedir.Görülme insidansı 1/40.000-63.000 olarak bildirilmiştir Retrorektal alanda bulunan lezyonlar konjenital ya da akkiz, benign veya malign olarak sınıflandırılmaktadır. Bu lezyonların 2/3'ü konjenitaldır.Bunların 1/3 malign;2/3'ü benign olarak bildirilmiştir.Malign ise agresif cerrahilere ihtiyaç duyulabilmektedir.Retrorektal bölgedeki kitlelere hatalı tanı konulması ve uygunsuz cerrahi tedavi edilmesi sonucunda ciddi ve geri dönüşümü olmayan komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle pelvik bölgeye ait şikayetlerle gelen hastanın tanısında doğru algoritmin seçilmesi ve en önemlisi uygun şekilde cerrahi olarak tedavi edilmesi gerekmektedir.Görüntüleme yöntemlerinde ileri teknolojilerin uygulanması, tümör biyolojisinin daha iyi anlaşılması, adjuvan kemoradyoterapi uygulamaları ve de daha agresif cerrahi yaklaşımlar sayesinde, retrorektal alandaki tümörlerin tanı ve tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler olmaktadır. Biz kliniğimizde retrorektal schwannoma ve retrorektal leiomyosarkom nedeniyle takip ettiğimiz iki hastayı literatür eşliğinde sunmayı planladık.

Olgu:
41 yaşındaki bayan hasta dışkılama ve koitus sırasında ağrı nedeniyle başvurmuş yapılan mueyene ve tetkikler sonucunda presakral alanda düzgün sınırlı, kapsüllü ve heterojen yapıda çevresel dokulara invazyon göstermeyen kitlesel lezyon gözlenmiş ve cerrahi ile ilgili lezyon, kapsülüyle birlikte çıkarılmış ve patolojik incelemeye gönderilmiş, patolojik inceleme sonrasında schwannoma olarak raporlanmıştır. Hasta ameliyat sonrası 21.gününde taburcu edilmiş ve takiplerinde şikayetleri gerilemiş ve nüks saptanmamıştır. 40 yaşında erkek hasta dışkılamada zorluk ve ağrı şikayetiyle başvurmuş ve yapılan muayene ve görüntülemesinde prostat sol yarısında 50*51*43 mm boyutlu heterojen hipointens kitlesel lezyon saptanmış ve alınan biopsi sonucu leomyosarkom tanısı almış ve neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası retrorektal 6.5*4.5 cmlik lobule konturlu lezyon gözlenmesi üzerine hastaya prostatı da içeren abdominoperineal rezeksiyon yapılmış ve hasta adjuvan kemoterapi tedavisi sonrası çoklu organ metastazı ile tanı sonrası 1. yılında exitus olmuştur.

Sonuç:
Perineal bölgede oluşan ağrı ve pelvik dolgunluk hissi genellikle halk arasında daha sık bilinen hemoroid ya da benzer perianal bölgesel hastalıklara bağlı ağrı olarak düşünülmektedir. Bu bölgenin sosyal nedenlerle klinisyene muayenesinde ertelemeler yaşanmakta ve bu durumda daha nadiren görülen ve görüldüğü zamanda oldukça agresif seyirli de olabilen retrorektal yerleşimli kitlelerin tanısının konulmasında gecikmelere yol açmaktadır. Hatta perineal ağrı semptomlarına sahip perianal selim hastalığı da olduğu gözlenen hastalarda atlanmış perianal muayeneden dolayı bu hastalıklar göz ardı edilebilmektedir. Biz perineal ağrı ile başvuran hastaların muayene ve tanı yöntemlerinde perianal bölgeden daha geniş olarak tüm perineal bölgenin daha geniş perspektifle değerlendirilmesinin nadir de gözlense daha agresif seyreden retrorektal kitlelerin tanılarının konulmasında ve tedavisinin planlanmasında çok önemli olduğu kanaatindeyiz.

P-197
Akut Mekanik İntestinal Obstruksiyonlarda Köprüleme Tedavisi: Kolostomi Açılmasını Engeller mi?

Emre Bozkurt, Sinan Ömeroğlu, Uygar Demir, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Mehmet Mihmanlı
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Kolon kanseri nedeniyle gelişen akut mekanik intestinal obstruksiyonlarda köprüleme tedavisi ile kolostomi ihtiyacının azalması, postoperatif komplikasyonlarda azalma, hastanın neoadjuvan tedavi alabilme imkanının sağlanması ve sağ kalıma olumlu etkileri olduğunu bildiren çalışmalar literatürde mevcuttur.
Akut mekanik intestinal obstruksiyon tanısı koyduğumuz ve köprüleme tedavisi uyguladığımız hastaların sonuçlarını değerlendirip literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesinde Ocak 2012 - Ocak 2016 yılları arasında stent konularak köprüleme tedavisi uyguladığımız kolon ve sigmoid tümör tanısı alan 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, komorbid durumları, geçirilmiş operasyon bilgileri, preop tomografi limitlerinde metastent takılması ile operasyon arasında geçen süre ve hastanede yatış süreleri kayıt edildi.

İstatiksel analiz için SPSS21.0 (IBM, ARMONK, NY, USA) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sayısal değişkenler için ortalama standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil ettiğimiz 20 hastanın kadın/erkek oranı13/7; yaş ortalaması 56∓8.4 Yaş (aralık:44-65 yaş) olarak saptandı. Hastaların preop malignite tanısı yoktu, acilde çekilen IV kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografi (BT) ile tanı konuldu. 2 Hastada benign jinekolojik operasyon geçmişi, 1 hastada inguinal operasyon öyküsü dışında özellik yoktu. Ek hastalık olarak 4 hastada tip-2 diyabet, 6 hastada hipertansiyon mevcuttu. Hastalardan kolonoskopi sırasında histopatolojik inceleme için biopsi alındı. 2 Hastamızda acil serviste çekilen BT'de karaciğerde metastaz ile uyumlu görünüm mevcuttu. Metastaz olan bu iki hasta stentleme sonrasında neoadjuvan tedaviye gönderildi. Diğer 18 hastada stent takılması ile ameliyata alınmaları arasında geçen süre ortalama 6.71∓1.66 Gün (2-15 gün) olarak saptandı. Ameliyat sonrasında hastanede yatış süresi ortalama 11∓2,48 gün olarak saptandı. 2 Hastada (%11) hastada yara yeri enfeksiyonu saptandı. Hastalarımızın hiç birinde anastomoz kaçağı gözlenmedi. Hiç bir hastamıza ostomi açılmadı.

Sonuç:
Köprüleme tedavisinin akut mekanik intestinal obstruksiyonun yönetiminde özellikle endoksopi ünitesi bulunan merkezlerde sağ kalımın artırılması, komplikasyonların önlenmesi, kolostomi açılma ihtiyacını azaltması ve kolostominin komplikasyonlarından kaçınılması açısından faydalı bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Daha fazla hasta sayısı içeren prospektif randomize kontrollü çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

P-198
Retroperitoneal Yerleşimli Ekstra Gastrointestinal Yerleşimli Stromal Tümör: Olgu Sunumu

Mehmet Aykut Yıldırım, Murat Çakır, Selman Alkan, Alper Varman, Ahmet Tekin
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), gastrointestinal sistemin (GİS) en sık görülen mezenkimal tümörlerindendir. (1) Yetişkinlerde 40 yaş üstü(ortalama 55-60), çocuklarda ise nadir görülür. En çok midede(%60-70) ya da ince barsakta(%25-35) görülür. Kolon, rektum, apendiks (%5), ve özofagusta (%2-3) ise nadir görülür. Primer olarak gastrointestinal sistemden köken almayan gastrointestinal sistem dışı yerleşimli olan tümörlere ekstra gastrointestinal stromal tümörler (EGIST) denilmektedir.(1) Biz bu yazımızda otuz üç yaşında erkek hastada saptanan retroperitoneal yerleşim gösteren histomorfolojik olarak gastrointestinal sistem tümörü bulguları olan bir EGIST olgusunu paylaşmaktayız.

P-199
Presakral Alanda Yerleşmiş Bir Sellüler Schwannoma Olgusu

Mehmet Aykut Yıldırım, Alper Varman, Mustafa Şentürk, Selman Alkan, Mehmet Metin Belviranlı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç:
Presakral (retrorektal) kitleler çok nadir oranlarda görülürler. Bu kitlelerin 2/3'ü konjenitaldir. Geriye kalan 1/3'ü ise nörojenik, osseoz, inflamatuar veya diğer patolojilere bağlı olarak ortaya çıkar. Solid lezyonların malignite ihtimali kistik lezyonlara göre daha fazladır. Nörojenik tümörler nörofibromları, sarkomları, schwannomları, ependimomları ve ganglionöromaları içerir. Bizde nadir görülen pelvik schwannoma vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu:
55 Yaşında kadın hasta sürekli olan devam eden bel ve karın ağrısı şikayeti ile tetkik edilmiş. Tetkiklerinde pelvik kitle tesbit edilen hastaya operasyon kararı verildi. Abdominal yaklaşımla kitle total olarak eksize edildi. Post operatif takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Kitlenin patolojik inceleme sonucu sellüler schwannom olarak yorumlandı.

Sonuç:
Karın ağrısı ve alt ekstremitedelerde güç kaybı ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda pelvik kitlelerin olabileceği unutulmamalıdır.

P-200
Erken Evre Rektum Kanserlerine Transanal Lokal Eksizyonla Yaklaşım

Çağrı Büyükkasap[1], İlkin İsmayilov[2], Mahir Nasirov[1], Gökay Çetinkaya[1], Osman Yüksel[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gence İnternational Hospital, Azerbaycan

Amaç:
Rektum kanserlerinde total mezorektal eksizyon (TME) tedavide altın standart olarak kabul edilmektedir. Distal rektum tümörlerinde erken evrelerde cerrahi tedavide TME, abdominoperineal rezeksiyonlar ve intersfinkterik rezeksiyonlar agresif tedavi seçenekleri olarak kabul edilmektedir. Erken evre rektum kanserlerinin cerrahi tedavisinde alternatif yöntem olarak daha az invaziv bir yöntem olan transanal lokal eksizyon (TLE) tedavi seçeneği olarak kullanılabilmektedir. Bu çalışmada TLE uyguladığımız erken evre distal rektum tümörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:
2012-2016 yılları arasında rektal polip nedeni ile TLE yaptığımız 75 hastayı değerlendirdik. Hastalara ve tümörlere ait özellikler, uygulanan cerrahi teknikler, patolojik değerlendirmeler ve sağkalım süreleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Hastaların 35'i erkek, 40'ı kadındı. Yaş ortalaması 61.18 ± 15.03 idi. Hastalar preoperatif olarak pelvik manyetik rezonans, transanal ultrasonografik görüntüleme ve kolonoskopi ile değerlendirildi. Bütün hastalardan doku örneklemesi yapıldı. Preoperatif 4 hastanın doku tanısı iyi diferansiye adenokarsinom olarak raporlandı. Hastaların pelvik MR incelemesinin T1 tümör olarak değerlendirilmesi üzerine hastaya TLE yapıldı. Hastanede kalış süresi ortalama 2.9 ± 1.3 idi. Tümör boyutları ortalama 2.93 ± 2.48 olarak bulundu (n:93). Patolojik analizlerde 12 hastada adenokarsinom (pT1) (%16), 1 hastada nöroendokrin tümör (%1.33), 1 hastada ise malign melanom (%1.33) tespit edildi. Adenokanserlerin 8'i villöz adenom zemininden (%66.7), 4'ü tubulovillöz adenom zemininden (%33.3) gelişmişti. Adenokanser tanısı konulan olguların 4'ünde (%33.3) cerrahi sınır pozitif olması üzerine 3'ü tekrar opere edildi.

Sonuç:
TLE'nin erken evre distal rektum kanserlerinin tedavisindeki yeri net olarak ortaya konulmuştur. Özellikle erken evre distal rektum tümörlerinde TME, abdominoperineal rezeksiyon veya intersfinkterik rezeksiyonların morbiditeleri göz önüne alındığında iyi seçilmiş olgularda (ileri yaş, komorbidite gibi) TLE etkili bir şekilde uygulanabilir. Sadece preoperatif dönemde olguların iyi seçilmesi son derece önemlidir.

P-201
Kolorektal Kanserlere Bağlı Peritoneal Karsinomatozis Olgularında İntraperitoneal Kemoterapinin Etkinliği, Klinik Deneyim

Aydın Yavuz[1], Çağrı Büyükkasap[2], Mahir Nasirov[2], Engin Küçükdiler[2], Gökay Çetinkaya[2], Osman Yüksel[2]
[1]*Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

Amaç:
Kolorektal kanserlere bağlı olarak gelişen peritoneal karsinomatozis'te (PK) komplet sitoredüksiyonla birlikte uygulanan intraperitoneal kemoterapi protokolleri ile hastaların sağkalımlarında artışlar sağlanabilmektedir
Özellikle seçilmiş olgularda uygulanacak tedavinin etkinliği daha fazla olabilmektedir. Bu çalışmada seçilmiş olgularda sitoredüktif cerrahi ile birlikte uygulanan intraperitoneal kemoterapinin etkinliğini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde son 5 yıl içerisinde kolorektal kanser kaynaklı olan PK'li olguları değerlendirildi. Toplam 18 olguya sitoredüktif cerrahi ile birlikte intraperitoneal kemoterapi uygulandı. 10 hasta rektum, 8 hasta kolon kaynaklı PK idi. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif radyolojik özellikleri, periton kanser indeksi (<10, >10), uygulanan kemoterapi protokolleri, morbiditeler ve sağkalım oranları değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların yaş ortalaması 54 (36-66) idi. Kolon kanserli 2, rektum kanserli 3 olguda müsinöz komponent tespit edildi. Periton kanser indeksi (PKİ) kolon kanserli olgularda <10 ve >10 için sırasıyla 2 ve 6 iken rektum kanserli olgularda sırasıyla 3 ve 7 idi. Morbidite oranı %36 olarak bulundu. Kolon kanserli 4 olguya ilave organ rezeksiyonları yapılırken; rektum kanserli 3 olguya ilave organ rezeksiyonları yapıldı. Hastaların hepsine HİPEK uygulandı. 2 ve 5 yıllık sağkalım oranları kolon kanserli olgular için %65 ve %35, rektum kanserli olgular için %55 ve %22 olarak bulundu.

Sonuç:
Kolorektal kanserlerde PK tedavisinde komplet sitoredüksiyonla birlikte uygulanan intraperitoneal perfüzyon kemoterapileri hastaların sağkalımlarının iyileştirilmesinde etkili olabilmektedir. Komplet sitoredüksiyon cerrahileri özellikle multidisipliner yaklaşım içerisinde deneyimli merkezlerde kabul edilebilir morbidite oranları ile seçilmiş olgularda etkili bir tedavi yöntemidir.

P-202
Palliative Pelvic Exenteration – A Single Institution Experience and Outcomes in Cervical and Vaginal Cancer

Suat Can Ulukent[1], Özgür Akbayır[2], Emel Canaz[2], Eser Şefik Özyürek[3], Yiğit Mehmet Özgün[4], Hamdi Bülent Uçan[1]
[1]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*
[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniği, İstanbul*
[3]*İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın ve Doğum Kliniği, İstanbul*
[4]*Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenterelojik Cerrahi Kliniği, Ankara*

Objectives:
Pelvic exenteration (PE) can be performed both with curative or palliative intent in locally advanced, recurrent or persistent cervical and vaginal cancer. We aimed to report our experience in palliative pelvic exenteration (pPE) regarding to its surgical technique, complications, early surgical and oncological outcomes.

Study Design:
Between July 2013 and June 2016, seven pPE cases (6 for cervical and 1 for vaginal cancer) selected from a series of 36 PEs performed for gynecological malignancies were reviewed.

Results:
All of these exenterations were total pPEs. Four supralevator and 3 infralevator PEs (1 of these cases performed with an additional modified vulvectomy) were performed. The principal indication for these pPEs were impaired quality of life due to rectovaginal or vesicovaginal fistulae, bleeding and fetid odour originating from infected necrotic tumour. None of these patients had intraoperative major complications or mortality. Urinary infection and subileus were the main complications. We had one postoperative mortality associated with pulmonary aspiration. Four patients with cervical cancer died of disease at postoperative follow-up. The mean postoperative survival was 7 months. All of the patients expressed relief of their tumour-related symptoms postoperatively.

Conclusions:
Locally advanced incurable cervical and vaginal cancers have very poor quality of life due to neighboring organ fistulae. pPE provides these patients a good quality of life by treating physical discomfort, emotional distress with reasonable morbidity, despite a lack of survival benefit.

P-203
Kolon Kanseri için Laparoskopik ve Açık Hemikolektomi Sonuçlarının Karşılaştırılması: Vaka Kontrol Çalışması

Tugan Tezcaner[1], Feza Y Karakayalı[1], Yahya Ekici[1], Hüseyin O Aydın[1], Elif Özçimen[1], Gonca Özgün[2], Gökhan Moray[1]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç:
Laparoskopik kolektomi, giderek artan oranda kabul görmekte ve yaygınlaşmaktadır; fakat özellikle sağ kolon kanserlerinde sonuçları halen tartışmalıdır. Laparoskopik cerrahinin onkolojik sonuçlar üzerine etkilerini araştıran çalışmalar olsa da bu konuda fikir birliği sağlanamamıştır. Bu çalışmanın amacı kolon kanseri tedavisinde laparoskopik ve açık sağ hemikolektominin cerrahi ve onkolojik sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem:
Merkezimizde Haziran 2010 ile Şubat 2016 arasında sağ kolon kanseri nedeniyle ameliyat edilen tüm hastalar geriye dönük olarak incelendi. Evre IV kanseri olan, kolon kanseri dışında kanserin kolon tutulumuna bağlı olan rezeksiyon yapılan veya palyatif rezeksiyon yapılan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Cerrahi yaklaşım, yöntemin doğasında bulunan riskler ve kazançların anlaşılmasına dayalı olarak cerrahın baskısı olmaksızın seçildi.
Hastaların demografik özellikleri, ameliyat öncesi kanser evrelendirmesi, ameliyat sonuçları, ameliyat sonrası erken dönem sonuçları ve ameliyat sonrası izlem, nüks, metastaz ve mortalite sonuçları irdelendi.
Tanımlayıcı istatistiksel değerlendirmeler için ortalama ve standart sapma değerleri ile yüzde değerleri kullanıldı. İki grup arası sayısal değerlerin karşılaştırması t- testi; sayısal olmaya değerlerin karşılaştırılması ki- kare testi ile gerçekleştirildi. Hayatta kalım ve hastalıksız hayatta kalım değerlendirmeleri Kapla Meier testi ile incelendi.P değerinin 0.05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular:
Bu tarihler arasında ameliyat edilen ardışık 91 hasta çalışmaya dahil edildi. Her iki grup demografik özellikler açısından benzer idi. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi açık grupta ortalan 7.74±2.75 gün iken laparoskopik grupta 5.87±3.64 gün idi (P=0.011). Her iki grupta tüm komplikasyonların oranları da benzerdi (P=0.104); komplikasyonlar irdelendiğinde yine iki grup arasında fark saptanmadı. Hastalıksız sağkalım açık grupta 3 yılda %77,4; laparoskopik grupta %90,7 idi (P=0.031). Genel sağ kalım yine 3 yılda açık grupta %80.3; laparoskopik grupta %89.0 idi (P= 0.258).

Sonuç:
Açık sağ hemikolektomi ile karşılaştırıldığında laparoskopik hemikolektominin daha kısa süre hastanede kalış, daha iyi ameliyat sonrası konfor gibi getirileri vardır. Bu getirilerin yanında benzer komplikasyon oranları ile en az açık teknik kadar güvenilirdir. Onkolojik sonuçları açısından her iki teknik arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Prognozu etkileyen etkenlerin belirlenmesi, hasta ve yöntem seçimi ve yöntemlerin karşılaştırılması açısından daha fazla çalışma ve veriye ihtiyaç vardır.

P-204
Peritoneal Karsinomatozis Tedavisinde Gastrointestinal Anastomoz Kaçakları ve İlişkili Faktörler

Naciye Çiğdem Arslan[1], Tayfun Bişgin[2], Tufan Egeli[2], Funda Obuz[3], Tuğba Yavuzşen[4], Aras Emre Canda[1], Cem Terzi[1], Selman Sökmen[1]
[1]İstinye Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı; Liv Hospital Ulus, İstanbul
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi Medikal Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Anastomoz kaçakları sitoredüktif cerrahi (SRC) ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HİPEK) sonrası morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Bu çalışmada peritoneal karsinomatozis (PK) cerrahisinde anastomoz kaçaklarıyla ilişkili faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Merkezimizde 2007-2015 arasında küratif SRC ve HİPEK yapılan 247 hastanın prospektif olarak kaydedilmiş verileri gözden geçirildi. Gastrointestinal anastomozu olan hastalar analize dahil edildi. Yandaş hastalıklar Charlson Komorbidite İndeksi'yle (CKİ), hasta performansı ECOG Performans Skalası'yla, hastalığın şiddeti Peritoneal Karsinomatoz İndeksiyle (PKİ), ve sitoredüksiyon tamlığı Rezidüel Tümör Skorlaması ile puanlandı. Postoperatif komplikasyonlar ve HİPEK'e bağlı toksisite Common Terminology Criteria for Adverse Events V4.0'a göre değerlendirildi. Radyolojik ve/veya klinik olarak saptanan gastrointestinal ekstraluminasyon anastomoz kaçağı olarak kaydedildi.

Bulgular:
Toplam 247 hastadan gastrointestinal anastomozu olan 108 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 54.4±12.6, 77 hasta kadın ve 31 hasta erkekti. Etiyoloji 44 (%40.7) hastada kolorektal, 36 (%33.3) hastada over, 9 (%8.3) hastada mide, 8 (%7.4) hastada appendiks ve 11 (%10.1) hastada diğer tümörlerdi. Ortalama PKİ 12.6±3.7 idi. Doksan üç hastada tek anastomoz, 12 hastada iki ve 3 hastada üç anastomoz yapıldı. Hastaların 15'inde (%13.8) saptırıcı stoma oluşturuldu. Tam sitoredüksiyona (CC-0) 91 (%84.2) hastada ulaşıldı. On bir (%10.1) hastada anastomoz kaçağı, 20 (%18.5) hastada HİPEK'e bağlı toksisite gelişti. Perioperatif mortalite gelişen 8 (%7.4) hastanın 3'ünde ölüm nedeni anastomoz kaçağına bağlı sepsisti. Anastomoz kaçağı gelişen hastalarda vücut kitle indeksi (p=0.012) ve preoperative albumin düzeyi (p<0.001) daha düşüktü. Sigara öyküsü (p=0.014), ECOG performans

skoru (p<0.001), neoadjuvant kemoterapi öyküsü (p=0.018), önceki cerrahi girişim (p<0.001), PKİ (p=0.009), rezidüel tümör skorlaması (p=0.014) ve HİPEK toksisitesi (p=0.029) anastomoz kaçağıyla ilişkili bulundu. Yaş, cins, primer tümör, Charlson komorbidite skoru, kan kaybı, ameliyat süresi, anastomoz sayısı, saptırıcı stoma varlığı, ve intraperitoneal kemoterapötik ajan anastomoz kaçağı ile ilişkili değildi. ECOG performans skorunun 1'den büyük olması (HR: 4.430, CI: 2.471-6.409) ve önceki palyatif/uygunsuz cerrahi girişim (HR: 1.8, CI: 1.266-2.178) anastomoz kaçağı için bağımsız prognostik faktörlerdi.

Tartışma ve Sonuç:
Peritoneal karsinomatozis tedavisinde düşük morbidite oranları ile tam sitoredüksiyon elde etmek doğru hasta seçimiyle mümkün olabilir. Hasta performansı ve tümöre bağlı özelliklerin yanı sıra merkez tecrübesi de cerrahi ve onkolojik sonuçları etkilemektedir. Hastaların ilk cerrahi girişimlerinin yeterli tecrübeye sahip merkezlerde küratif niyetle yapılması anastomoz kaçaklarını azaltabilir.

P-205
İnce Bağırsaklarda Nadir Görülen Ekstramedüller Plazmasitom Olgusu

Cengiz Tavusbay[1], Hüdai Genç[1], Emine Özlem Gür[1], Arzu Avcı[2], Mehmet Hacıyanlı[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Plazmositom, plazma hücre diskrazileri grubunda yer alan, plazma hücrelerinin anormal proliferasyonu sonucunda oluşan maligniteler olup, sistemik tutulum varlığında multipl myelom olarak adlandırılırlar. Ekstramedüller alanlarda nadiren (%4) görülürler. Bu çalışmamızda, ince bağırsakta görülen bir plazmositom olgusu sunularak, ilgili literatür eşliğinde hastalığın klinik özellikleri ve seyri yeniden gözden geçirilmiştir.

Olgu:
78 yaşında kadın hasta. Acil servisten akut karın bulguları ile kliniğimize yatırıldı. Yapılan laparotomide; ince bağırsakta tümör perforasyonu saptandı. Hastaya parsiyel ince bağırsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz ameliyatı uygulandı. Postoperatif dönemi olağan seyreden hasta, sorunsuz olarak taburcu edildi. Hasta postoperatif 7. ayda metastatik hastalık nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç:
İnce bağırsağın plazmasitomu oldukça nadir görülür. İnce bağırsak tıkanıklarınının nadir nedenlerinden biri olarak akılda tutulmalıdır.

P-206
İnce Bağırsak Perforasyonuna Neden Olan Malign Melanom Metastazı: Olgu Sunumu

Cengiz Tavusbay[1], Hüdai Genç[1], Neşe Ekinci[2], Emine Özlem Gür[1], Mehmet Hacıyanlı[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Malign melanom, (MM), melanositler ve nevus hücrelerinden köken alan ve primer olarak deriyi tutan kötü seyirli bir tümördür. Nadiren mukozalar, meninksler, göz ve iç organlardan da kaynaklanabilir. MM tüm deri kanserlerinin yaklaşık %2'sini oluşturur, ancak cilt kanserlerine bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir. Malign melanomun ince bağırsaklara metastazı oldukça nadirdir. Bu çalışmamızda, ince bağırsağa metastaz yapmış bir malign melanom olgusu sunularak, hastalığın klinik ve seyri ilgili literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu:
63 yaşında erkek hasta. Acil servise akut karın tablosu ile getirildi. Yapılan muayene ve tetkiklerde içi boş organ perforasyonu saptanan hasta acil olarak ameliyata alınarak laparotomi uygulandı. Hastada ince bağırsakta lokalize tümör perforasyonu saptanarak «parsiyel ince bağırsak rezeksiyonu ve uç uca anastomoz» ameliyatı uygulandı. Hasta postoperatif 4. gün anesteziye bağlı komplikasyonlar nedeni ile kaybedildi. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesi «Malign melanomun ince bağırsak metastazı» olarak rapor edildi.

Sonuç:
Malign melanom, ince bağırsağın nadir görülen metastatik tümörlerinden birisidir. Tanı genellikle acil olarak perforasyon, tıkanıklık veya kanama sonrası konulabilmektedir.

P-207
Senkronize Gastrointestinal tümör (GİST) ve Berrak Hücreli Böbrek Hücreli Kanser (BHBHK) Birlikteliği: Olgu sunumu

Cengiz Tavusbay[1], Ozan Horsanalı[2], Selda Hacıyanlı[1], Demet Etit[3], Mehmet Hacıyanlı[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Bu çalışmada, son derece nadir rastlanılan, Berrak Hücreli Böbrek Hücreli Karsinom (BHBHK) ile birlikte eş zamanlı olarak ince bağırsaklarda gastrointestinal stromal tümör saptanan bir olgu sunularak, ilgili literatür eşliğinde bilgilerin gözden geçirilmesi ve tartışılması amaçlandı.

Olgu:
41yaşında, erkek hasta. Yapılan tetkiklerinde sol böbrekte kitle saptanan hasta ameliyata alındı. Eş zamanlı olarak radikal sol

nefrektomi ve GİST için parsiyel ince bağırsak rezeksiyonu uygulandı. Postoperatif erken dönemi olağan seyreden hasta, 7. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Çıkartılan piyesin histopatolojik incelenmesinde»şeffaf hücreli renal hücreli karsinom (Sol böbrek) ve gastrointestinal stromal tümör (ince bağırsak) olarak rapor edildi.

Sonuç:
Berrak Hücreli Böbrek Hücreli Karsinom (BHBHK) ile birlikte eş zamanlı olarak ince bağırsaklarda gastrointestinal stromal tümör birlikteliği son derece nadirdir. Bu durum aynı yolağı kullanan veya aynı şekilde ortaya çıkan genetik mutasyonların bir sonucu olabilir ve daha ileri genetik araştırmalara gereksinim vardır.

P-208
Senkronize Sigmoid Kolon Kanseri ve Meckel Divertikülünde Lokalize Gastrointestinal Stromal Tümör: Olgu Sunumu

Cengiz Tavusbay[1], Selda Hacıyanlı[1], Oğuzhan Özşay[1], Ilgın Aydın[2], Mehmet Hacıyanlı[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Meckel divertikülü, nüfusun yaklaşık %2'sinde saptanan ve ince bağırsakların en sık görülen konjenital anomalisidir. Buna karşılık, neoplazmalrı son derece nadir. görülür. Bu çalışmada sigmoid kolon kanseri nedeni ile opere edilen, ve eşzamanlı Meckel divertikülünde gastrointestinal stromal tümör saptanan bir olgunun klinik, radyolojik ve postoperatif bulguları değerlendirilmiştir.

Olgu:
82 yaşında erkek hasta. Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ve sol dev skrotal herni nedeni ile polikliniğimize başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde; sol sigmoid kolon kanseri ve solda skrotal herni saptanarak ameliyata alındı. Ameliyat sırasında sigmoid kolon rezeksiyonu, uç uca kolokolonal anastomoz ve prolen mesh greft ile herni onarımı yapıldı. Ayrıca, eş zamanlı Meckel divertikülü saptanması üzerine ek olarak, Meckel divertikül eksizyonu da yapıldı. Postoperatif dönemi olağan seyreden hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Çıkartılan piyesin histopatolojik tetkiki»Sigmoid kolonda adenokarsinom ve Meckel divertikülünde GIST»olarak rapor edildi. Hasta postoperatif 6. ayında olup herhangi bir sorunu yoktur.

Sonuç:
Meckel divertikünde lokalize tümörler nadir görülür. Preoperatif dönemde yapılan görüntüleme metotları bu tümörlerin saptanmasında yetersiz kalabilir. İnsidental olarak saptanan Meckel divertiküllerinin hastanın koşulları elverişli ise, eksize edilmesinin uygun olduğu kanısındayız.

P-209
Gardner Sendromlu Hastada Çoklu Tümör Gelişimi: Olgu Sunumu

Osman Nuri Dilek[1], Cengiz Tavusbay[1], Turan Acar[1], Fatma Hüsniye Dilek[2], Mehmet Hacıyanlı[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Gardner sendromu, son derece nadir görülen, herediter, otozomal dominant geçen ve kolonik polipozis, çok sayıda kutanöz ve subkutanöz tümörler, osteomlar ile karakterize bir klinik tablodur. Gardner Sendromunda gözlenen genetik mutasyonun değişken penetransı çok çeşitli ekstrakolonik belirti ve hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Olgu:
50 yaşında kadın hasta. Daha önce Gardner sendromu tanısı ile total kolektomi ameliyatı geçiren hasta daha sonra bilateral meme neoplazmları nedeni ile opere edilmişti. En son yapılan tetkiklerinde ise, pankreasta tümöral kitle ve ayrıca ve sağ sürrenalde ayrı bir tümöral kitle saptanması üzerine hasta kliniğimize yatırıldı. Hastaya Whipple ameliyatı ve sağ adrenalektomi ameliyatı uygulandı. Postop erken dönemde önemli bir problemi olmayan hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Çıkartılan piyeslerin histopatolojik tetkikinde «Pankreasta psödopapiller tümör ve sol sürrenalde kortikal adenom»saptandı.

Sonuç:
Gardner sendromlu hastalarda ekstrakolonik tümör gelişimi yönünden dikkatli olunmalı, hasta izlemi sık aralıklarla ve titizlikle yapılmalıdır.

P-210
Osteoklast Tipi Dev Hücreler İçeren Kolon Karsinomu; İndeks Olgu

Kıvılcım Eren Erdoğan[1], Kubilay Dalcı[2], Ahmet Rencüzoğulları[2], Atıl Bişgin[3], Şebnem Sema İçer[4], Figen Doran[1]
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
[3]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Adana
[4]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

Osteoklast tipi dev hücreler kemik iliği mononükleer fagositik sistem kökenli hücrelerdir. Bu hücrelerin eşlik ettiği karsinomlar meme, akciğer, pankreas, mide, ince barsak ve tiroid glandında iyi tanımlanmıştır. Literatürde kolonun dev hücreli tümörü tanımlanmış ancak karsinoma eşlik eden osteoklast tipi dev hücreli komponent bildirilmemiştir. Sunulan olgu 66 yaşında erkek hasta olup, karın ağrısı ve rektal kanama şikayetleri ile kliniğe başvurmuştur. Fizik muayenesinde, rektal tuşede kan, laboratuvar bulgularında da CEA:23.18 ng/mL yüksekliği dışında anormal bulgu saptanmamıştır. Kolonoskopik incelemede, transvers kolon ortasında 1 cm'lik polip ve inen kolon proksimalinde yaklaşık

5cm ülserovejetan kitle görülmüş olup yapılan biyopsi sonucunda adenokarsinom tanısı alan hastaya genişletilmiş sol hemikolektomi ve uç uca anastomoz yapılmıştır.
Postoperatif problemi olmayan hasta 7. günde taburcu edilmiştir. Histopatolojik incelemede, muskularis propria invazyonu gösteren iyi diferansiye adenokarsinom alanları ile içiçe osteoklast tipi dev hücreler görülen alanlar saptanmıştır. Yapılan moleküler genetik tetkik neticesinde KRAS geninde somatik c.38G>A (p.G13D) mutasyonu saptanmış olan hasta T2N0M0 evre 1 olarak sınıflandırılmıştır. Yedi aylık takiplerinde hastada herhangi bir problem bulunmamaktadır. Osteoklast tipi dev hücreler reaktif nonneoplastik natürdedir. Bu hücrelerin eşlik etiği karsinomların pankreasta, tükürük bezinde, memede daha iyi prognozu olduğu belirtilse de midede kötü prognoz gösterdiği saptanmıştır. Kolonda ilk defa tanımladığımız bu antitenin, evre 1 olmasına karşın osteoklast tipi dev hücrelerin literatürde kötü prognozla da ilişkililendirildiği için daha yakından takip edilmesi ve bu konuda tecrübe birikimi gerekmektedir.

P-211
Rektum Kanserinde Neoadjuvan Tedavinin İleostomi Miktarlarına Etkisi

Serkan Zenger[1], Gözde Türkmenoğlu[2], Erman Sobutay[1], Bülent Gürbüz[1], Seda Gönen[3], Emre Balık[4], Dursun Buğra[4]
[1]V.K.V. Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Bölümü, İstanbul
[3]V.K.V. Amerikan Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Bölümü, İstanbul
[4]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Rektum kanserinin esas tedavisi cerrahidir. Lokal nüks açısından yüksek riskli hastalarda neoadjuvan tedavi için çeşitli protokoller uygulanmaya başlanmıştır. Neoadjuvan tedavi sonrası yapılan cerrahi girişimde anastomoz kaçağı açısından riskli hastalarda anastomozu güvence altına almak için saptırıcı ileostomi uygulanmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız; neoadjuvan tedavi alan hastalar ile neoadjuvan tedavi almayan hastaların ameliyat sonrası dönemdeki ileostomi miktarlarını karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem:
Ocak 2012 ile Ocak 2016 tarihleri arasında, V.K.V. Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda, orta veya distal yerleşimli rektum kanseri tanısıyla cerrahi işlem tamamlandıktan sonra koruyucu ileostomi uygulanan hastalar çalışmaya alındı. Neoadjuvan tedavi alan hastalar ile neoadjuvan tedavi almayan hastaların, ameliyat sonrası 5 günlük dönemdeki ileostomi miktarları retrospektif olarak karşılaştırıldı.

Bulgular:
Orta veya distal yerleşimli rektum kanseri nedeniyle ameliyat edilen ve koruyucu ileostomi uygulanan 111 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların 74'ü (%66,6) erkek, 37'si (%33,3) kadındı. Yaş ortalamaları 55,77±13,23 idi. Hastaların 13'ü (%11,7) neoadjuvan tedavi almamış, 66'sı (%59,4) neoadjuvan kemoradyoterapi (nKRT), 23'ü (%20 ,7) neoadjuvan radyoterapi (nRT), 9'u (%8,2) da neoadjuvan kemoterapi (nKT) almıştı. Neoadjuvan tedavi alan hastaların ameliyat sonrası 5 günlük dönemde stomasından günlük gelen miktar, neoadjuvan tedavi almayan hastalara göre daha fazla olmakla birlikte gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). nKRT alan 6 hastaya ameliyat sonrası dönemde sıvı-elektrolit dengesizliği nedeniyle tekrar yatarak tedavi uygulanmışken, diğer hasta gruplarında tekrar yatış gerektirecek sıvı-elektrolit dengesizliği saptanmadı.

Sonuç:
Neoadjuvan tedavi alan hastalarda ameliyat sonrası dönemde ileostomiden kaybedilen sıvı miktarları, neoadjuvan tedavi almamış hastalara göre daha fazladır. Buna bağlı sıvı-elektrolit dengesizliği ve elektrolit replasmanı ihtiyacı da olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Bu yönde daha yüksek hasta sayılı çalışmaların faydalı olabileceği düşüncesindeyiz.

P-212
Retrorektal Kitlelere Posterior Yaklaşım

Onur Bayram, Dursun Buğra
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Retrorektal kitleler birçok farklı embriyolojik ve histolojik tipten kaynaklanmaktadırlar. Bu nedenle tanıları ve tedaviye yönelik yaklaşımları da çeşitlilik göstermektedir. Yine de standart bir yaklaşım algoritmasını takip etmek gereklidir. Retrorektal lezyonlar konjenital, inflamatuvar, nörojenik, osseöz veya başka farklı tipte patolojiler içerebilirler. Hem benign hem malign lezyonları benzer davranış göstermektedirler. Genellikle tanı diğer sebeplerle yapılan rektal muayene veya bu bölgeyi başka bir sebeple görüntüleme esnasında konur. Aynı zamanda rektal bası semptomları mevcut, rektal doluluk hissi, tenezm şikayetleri olan hastalar olmakla birlikte apse, fistül benzeri kliniklerle de kaşılaşılabilir. Biyopsi tümörün ekimi ve enfeksiyon risklerinden dolayı önerilmemektedir. Pelvik bölgeye yönelik manyetik rezonans görüntüleme ve endorektal ultrasonografi ön planda olmak üzere özelleşmiş görüntüleme yöntemleri ile kitlenin yerleşimi hakkında bilgi sahibi olunduktan sonra cerrahi olarak total eksizyon tedavide esastır.

Olgu:
Kırkbeş yaşında erkek hasta 2011 yılında sağ göğüs ön duvarı cilt altı dokudan çıkarılan sarkom nedeniyle ameliyat edilerek eksizyon yapılmıştır. Radyoterapi sonrası 2015 yılında akciğer metastazı saptanmış hastaya sol üst lobektomi yapılmış yakın dönemde saptanan pankreas kuyrukta metastaz nedeniyle distal pankreatektomi eklenmiştir. Takiplerinde kemoradyoterapi tedavisi almış hastanın 2016 yılı Mayıs ayında saptanan sol iskiorektal fossa kitlesine posterior yaklaşımlı retrorektal kitle eksizyonu yapılmıştır.

Sonuç:
Cerrahi tedavide kitlenin yerleşimi yaklaşımın belirlenmesi açısından oldukça önemlidir. Literatürdeki vakaların %50'den fazlasına posterior yaklaşım, yaklaşık %35'ine anterior yaklaşım, %15'ine de kombine yaklaşım uygulandığı belirtilmektedir. Bu noktada önemli olan bir diğer konu ise kitlenin nörolojik veya osseöz köken içerdiği şüphesi mevcut ise ilgili sistemlere müdahalenin doğru yapılabilmesi için

beyin cerrahisi veya ortopedi branşlarıyla birlikte cerrahi yapılmasıdır. Prognoz lokal kontrolün sağlanması ile belirlenir. Malign lezyonlarda bu daha zorlukla sağlanmaktadır. Sunumumuzda bir retrorektal kitleye posterior yaklaşımın teknik olarak önemli noktaları belirtilmiştir. Ameliyatta koksigs eksizyonu yapıldıktan sonra tam anlamıyla rektum komşuluğundaki kitleye ulaşılabilmiştir. Eksplorasyonun yeterli yapılması komşuluğundaki yapıların korunması ön planda vurgulanmaktadır.

P-213
Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Deneyimimiz; Kısa Dönem Sonuçlarımız

Eyüp Murat Yılmaz[1], Erdem Barış Cartı[1], Altay Kandemir[2]
[1]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın
[2]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç:
Laparoskopik kolorektal cerrahi günümüzde birçok merkezde yaygın olarak kullanılan bir prosedür halini almaya başlamıştır. Kliniğimizdeki ilk laparoskopik kolorektal cerrahi vakalarımızın erken dönem sonuçlarını sunmayı planladık

Gereç-Yöntem:
Eylül 2014-Ağustos 2016 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği'nde laparoskopik olarak kolorektal cerrahi uygulanan vakalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya toplam 30 hasta dahil edildi. 11 vakaya(%36,7) Low anterior rezeksiyon (LAR), 10 vakaya (%33,3) sağ kolektomi, 7 vakaya (%23,3) anterior rezeksiyon, 1 vakaya(%3,3) subtotal kolektomi, 1 vakaya da (%3,3) abdominoperineal rezeksiyon (APR) işlemi uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 149,67 dakika(100-300) olarak kaydedildi. Hastaların ortalama hastanede yatış süreleri 6,87 gün (3-34) olarak belirlendi. Toplam 2 hastada (%6,7) anastomoz kaçağı gelişirken, 1 hastada (%3,3) üreter hasarı, 5 hasta da(%16,7) yara yeri enfeksiyonu gelişti.

Sonuç:
Laparoskopik kolorektal cerrahi sonuçlarımız litaratür ile benzer sonuçlar vermektedir.

P-214
Robotik Cerrahi Yardımlı Rektum Kanserinde Düşük Anterior Rezeksiyon ve Spesimenin Vaginal Yolla Çıkarımı

Tuğrul Çakır, Arif Aslaner
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Organ Nakli ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Amaç:
Robotik cerrahi (da Vinci Xi) daha net ve üç boyutlu görüntüsü, aletler için daha geniş bir hareket kolaylığı sağlamsıyla klasik laparoskopiden daha üstündür. Biz bu robotu rektum kanseri tanılı hastada rektumun rezeksiyonunu ve spesimenin transvaginal yolla dışarı alıp, transanal yolla kolorektal anastomozu ve loop ileostomi uyguladığımız 65 yaşında bayan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
65 yaşında rektum adenokarsinom tanılı bayan hasta sunuldu. Hastaya Da vinci Xi robot yardımlı rektal cerrahi ile düşük anterior rezeksiyon (LAR) için öncelikle splenik fleksura mobilizasyonu, rektal diseksiyon ve rezeksiyon, transvaginal çıkarım, sirküler stapler ile kolorektal anastomoz ve loop ileostomi izledi. Spesimen vaginal yolla dışarı alındı. Ameliyat süresi 110 dakika idi. Hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi. Tümör evresi evre 1 idi. Hastada proksimal ve distal rezeksiyon marjinler de tutulum izlenmedi. Hasta oral diyet almaya başladı ve ameliyat sonrası beşinci gün taburcu edildi.

Sonuç:
Rektal kanserli hastalarda robotik cerrahi güvenli bir yöntemdir. Bu yaklaşım ile total mezorektal eksizyon, kolorektal anastomoz, spesimenin vaginal yolla çıkarımı ve loop ileostomi robotik cerrahi ile uygulanıldı. Spesimenin vajinal yolla çıkarılması ile geleneksel abdominal kesiden kaçınılmıştır.

P-215
Robotik Rektum Cerrahisinde Robotik Staplerin Kullanımı Erken Dönem Sonuçları Etkiliyor mu?

Deniz Atasoy, Erman Aytaç, Volkan Özben, Onur Bayraktar, İlknur Erenler, Bilgi Baca, İsmail Hamzaoğlu, Tayfun Karahasanoğlu
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Robotik rektal cerrahinin başlarında distal rektal transeksiyon laparoskopik stapler ile gerçekleştirilmekteydi. Robotik staplerin bu alanda kullanımı oldukça yenidir ve özellikle erken dönem sonuçlara etkisi ile ilgili veri kısıtlıdır. Bu çalışmada rektal kanser için uygulanan sfinkter koruyucu robotik rektum cerrahisinde robotik staplerin kullanımının rolü değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem:
Aralık 2014 ve Ocak 2017 tarihleri arasında, rektal kanser için uygulanan sfinkter koruyucu robotik rektum cerrahisi olguları retrospektif olarak incelendi. Rektumun distal transeksiyonunda laparoskopik (60mm) veya robotik lineer stapler (45 mm) uygulanan ameliyatlar çalışmaya dahil edildi. Olgular robotik stapler ve laparoskopik stapler kullanılan iki gruba ayrılarak, perioperatif ve postoperatif erken dönem sonuçlar karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışma süresi içinde kriterlere uyan 105 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 64'üne laparoskopik 41'ine robotik stapler uygulandı. Cinsiyet [Kadın: 28 (44%) ile 10 (24%), p=0,04], yaş (59±11 ile 63±10, p=0,633) ASA skoru [2 ile 2, p=0,20], vücut kitle indeksi (27 ± 4 ile 27 ± 4, p=0,55), neoadjuvan

kemo-radyasyon [21 (33%) ile 15 (37 %), p=0,69] ve geçirilmiş karın cerrahisi [19 (30 %) ile 9 (22 %), p=0,38] sırasıyla laparoskopik ve robotik stapler grupları arasında karşılaştırıldı. Açık cerrahiye geçiş [2 (3%) ile 0; p=0,52], stoma açılması [29 (45%) ile 19 (46 %), p=0,92], kullanılan stapler sayısı [2 ± 1 ile 2 ± 1, p=0,58], anastomoz seviyesi [7 ± 1 ile 6 ± 1, p=0,21], ameliyat süresi (322±127 ile 310±108 dk, p=0,95), yaklaşık kanama miktarı (130±80 ile 80± 50 ml, p=0,06), flatus zamanı (2 ± 1 ile 2 ± 1, p=0,18) ve hastanede kalış süresi (6±3 ile 6±3, p=0,48) gruplar arasında benzerdi. Her iki grupta da inkomplet total mezorektal eksizyon yoktu. Postoperatif komplikasyonlar iki grup arasında benzerdi (Tablo 1).

Sonuç:
Rektal kanser için uygulanan sfinkter koruyucu robotik rektum cerrahisinde robotik stapler kullanımı ameliyat sonrası sonuçlarını olumsuz etkilememektedir. Özellikle dar ve derin pelvise sahip erkek hastalarda güvenli rektal transeksiyonu kolaylaştırabilir.

Postoperatif komplikasyonlar açısından grupların karşılaştırılması

	Laparoskopik stapler grubu (n=64)	Robotik stapler grubu (n=41)	P
Tüm komplikasyonlar, n (%)	15 (23)	14 (34)	0.23
Pulmoner emboli, n (%)	1 (2)	1 (2)	1
Yara infeksiyonu, n (%)	3 (5)	1 (2)	1
Abdominopelvik apse, n (%)	2 (3)	2 (5)	0,64
Renal yetmezlik, n (%)	1 (2)	1 (2)	1
Anastomoz kaçağı, n (%)	2 (3)	2 (5)	0,64
Kardiyak komplikasyonlar, n (%)	1 (2)	0	1
Fistül, n (%)	0	1 (2)	0,39
Üriner komplikasyon, n (%)	1 (2)	0	1
İleus, n (%)	7 (11)	10 (24)	0,07

P-216
Sıradışı Bir Perianal Lezyon: Hidradenoma Papilliferum Olgusu

Hasan Eroğlu[1], Deniz Necdet Tihan[1], Serkan Sarıkaya[1], Uğur Duman[1], Emrah Mehmet Bayam[1], Evren Dilektaşlı[1], Ayhan Hüseyin Kayaoğlu[1], Ahmet Bayer[2]
[1]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa
[2]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Bursa

Amaç:
Hidradenoma papilliferum, sıklıkla anogenital bölgede rastlanan ve cilt adneklerinden köken alan selim karakterli bir tümördür. Genellikle küçük ve kistik yapılı lezyonlar olan papillifer hidroadenomlar, çoğunlukla 30-50 yaş aralığındaki erişkin kadınlarda görülür. Kanama, kaşıntı ve ağrı gibi şikayetlere yol açabilir.

Olgu:
Otuz dokuz yaşında kadın hasta, genel cerrahi polikliniğine perianal bölgede 3 aydır olan şişlik, ağrı ve kaşıntı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan inspeksiyonunda saat 2-3 hizasında hemen anal girim seviyesinde yaklaşık 2 cm çapında anodermden kabarık düzgün yüzeyli lezyon saptandı. Rektal tuşede özellik saptanmadı. Hastaya rektoskopi uygulandı ve herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Lezyon, anamnez ve fizik muayenede başka özellik saptanmaması üzerine, eksternal hemoroid pakesi ön tanısı ile lokal anestezi altında bir miktar sağlam anoderm ile eksize edildi. Eksizyon sonrasında lezyonun, klasik hemoroid pakesinin haiz olduğu makroskopik özellikleri taşımadığı düşünülerek patolojiye gönderilmesine karar verildi. Histopatolojik incelemede mikroskop altında çift sıralı epitelyum ile döşeli glandüler papiller yapılar görülmesi üzerine "hidradenoma papilliferum" tanısı konuldu. Hasta işlem sonrası 6. saatte taburcu edildi. Takiplerinde herhangi bir özellik saptanmadı.

Sonuç:
Hidradenoma papilliferum, genellikle vulva bölgesini tutan nadir bir lezyondur. Perianal bölgede de görülebilir. Fizik muayenede, eksternal hemoroidal hastalık, mavi nevüs, perianal apse gibi lezyonlarla karışabilir. Her ne kadar selim bir lezyon olarak kabul edilse de, literatürde bazı özellikli gen mutasyonlarını taşıyan papillifer hidroadenomların düşük de olsa maling transformasyon riski taşıdıkları belirtilmektedir. Dolayısıyla, perianal bölgede saptanan küçük kistik cilt lezyonları arasında ayırıcı tanıda nadir bir antite olan hidradenoma papilliferum da düşünülmesi ve eksize edilen lezyonun histopatolojik olarak değerlendirilmesi gereklidir. Maling potansiyeli çok düşük de olsa hastaların aralıklı takibi önerilir.

P-217
Anal Kanalda Pilonidal Sinüs: Olgu Sunumu

Sedat Kamalı[1], Nazım Öztürk[1], Gülçin Harman Kamalı[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

Amaç:
Pilonidal sinüs hastalığı genellikle sakrokoksigeal ve natal bölgede görülen kronik bir hastalıktır. Görülebildiği diğer yerler parmak arası, aksiller bölge, kulak, amputasyon ucu, meme ucu, penis, vulva, klitoris ve anal bölge olarak bildirilmiştir. Bu yazıda anal bölgede şişliik, ağrı ve zaman zaman akıntı ile başvuran hastada saptanan intersifinkterik pilonidal sinüs olgusu sunulmuştur.

Olgu:
40 yaşında erkek hasta makatta ağrı şişlik ve zaman zaman akıntı şikayeti ile geldiği hastanemizde yapılan muayenesinde Dizdirsek pozisyonunda saat 6 hizasında intersfinkterik sulkusta dış orifis gözlenmiş ve yapılan MR›da perianal fistül ile uyumlu olabilir diye belirtilmesi üzerine endoskopi planlanmış ve rektosigmoidoskopide özellik bulunamamıştır. Bu sonuçlarla perianal fistül ön tanısı ile hastanın ameliyatı planlanmıştır. Genel anestezi altında jinekolojik pozisyonda saat 12 hizasındaki dış orifisden oksijenli su ve stile ile

muayene yapıldığında anal kanal ile ilişkisinin olmadığı yaklaşık 1,5 cm uzunluğunda olduğu görülmüştür. Dış orifis stile kılavuzluğunda insize edildiğinde yüzeyel sinüs ve içinden kıl yumağının çıktığı görülmüştür (şekil 1,2). İnsizyon yeri unroofing yapılarak açık bırakılmıştır. Hastanın daha sonraki takiplerinde sekonder iyileşmeye bırakılan alanın herhangi bir komplikasyon gelişmeden kapandığı görülmüştür.

Sonuç:
Pilonidal sinüs hastalığı erkek cinste daha sık görülmekte olan genç-erişkin dönemi hastalığıdır. Hastalığın doğumsal olduğuna ilişkin inanışlar Patey ve Scraff›ın yaptıkları çalışmalarla yerini edinsel teoriye bırakmıştır. Predispozan faktörler; derin deri katlantılarının olması, kıl ve sekresyonun fazla olduğu cilt yapısının kaba ve porlu bölümlerinde sık görülmesi, follikülit ve orta derecede şişmanlık olarak bildirilmiştir. Perianal pilonidal sinüs literatürde tanımlanmış olup bunların tanısı ve anal fistüllerden ayırımları için fistülografi, fistül içi endoskopi, Magnetik rezonans (MR) görüntüleme ve endoskopik incelemelerin yardımcı olarak kullanılabileceği bildirilmiştir. Bizim olgumuzda yapılan MR incelemede perianal fistül tarif edilmişitir. Tedavide eksizyon ve sonrası açık bırakma, primer kapatma, flap uygulamaları, fenol gibi sklerozan madde uygulanması, termal veya krio ile sinüs traktının destrüksiyonu gibi yöntemler kullanıldığı bildirilmektedir.

P-218
Hemoroid Lastik Band Ligasyon Komplikasyonlarının Yönetimi: Masif Alt Gastrointestinal Kanama

Merter Gülen, Bahadır Ege
Koru Hastanesi, Çukurambar, Ankara

Amaç:
Bu çalışmanın amacı, hemoroidal hastalıkta cerrahi dışı tedavi seçeneklerinden biri olan ve yaygın olarak uygulanan lastik band ligasyonunu, buna bağlı gelişen komplikasyonlarını ve morbiditesi nedeniyle önem arz eden komplikasyonu olan masif alt gastrointestinal kanamanın yönetimini sunmaktır.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimize 2012-2016 yılları arasında evre I-II ve III internal hemoroidal hastalık nedeniyle lastik band ligasyonu yapılan 565 hasta retrospektif olarak irdelenmiştir. Bu hastaların 492›si çalışmaya dahil edilmiştir. Yetmiş üç hasta geçirilmiş anorektal cerrahi, gebelik durumu, kronik karaciğer hastalığı nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Hastaların tümüne proktoloji ünitesinde detaylı anorektal muayene, 50 yaş üstündeki hastalara kolonoskopik değerlendirme yapılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, uygulanan band ligasyon sayısı ve gelişen komplikasyonlar (minör-major) standardize edilmiş formlara kayıt edilmiştir.

Bulgular:
Hastaların 385'i (78,2%) erkekti. Yaş ortalaması 33.4 ± 11(18-65)'dü. Hastaların 39 (8%)'ne tek kadran, 447 (91%)'ne iki (2) kadran ve 5 hastaya üç (3) kadran lastik band ligasyon uygulandı. Yirmi hastada (%4) lastik band ligasyonu sonrası minör komplikasyonlar (anal ağrı, vazovagal semptomlar, minör rektal kanama, üriner retansiyon) gelişirken, 4 hastada (%0,8) masif alt gastrointestinal kanama meydana gelmiştir. Masif alt gastrointestinal kanama gelişen hastaların hepsi acil şartlarda hospitalize edilerek operasyona alındı. Bu hastaların üçüne 4 ünite, bir hastaya ise 3 ünite transfüzyon yapıldı.

Sonuç:
Hemoroidal band ligasyonu hemoroidal hastalık tedavisinde güvenli ve etkili bir yöntem olmasına karşın hayatı tehdit edecek ciddi kanamalara yol açabilmektedir.

Tablo 1: Demografik özellikler ve uygulanan band sayısı

	n(%)
Demografik Özellikler	
Yaş	33.4 ±11
Cinsiyet	
Kadın	107 (21,8)
Erkek	385 (78,2)
Band Sayısı	
Tek Kadran	39 (8)
İki Kadran	447 (91)
Üç Kadran	5 (1)

Tablo 2: Komplikasyonlar

	Hastalar (n:492)
Major komplikasyonlar	4 (%0.8)
Masif alt gastrointestinal kanama	4 (%0.8)
Pelvik sepsis	0
Minor komplikasyonlar	20(%4)
Minor rektal kanama	17
Anal ağrı	1
Vazovagal semptomlar	1
Üriner retansiyon	1

P-219
Hemoroid Hastalığının Cerrahi Tedavisinde Ferguson Hemoroidektomi

Fatih Çiftci[1], Turgut Anuk[2]
[1]*İstanbul Gelişim Üniversitesi SHMYO, İstanbul*
[2]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars*

Amaç:
Geleneksel Ferguson usulü hemoroidektomi yaptığımız prolabe internal hemoroidli hastalarımızın sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem:
Mart 2007-Ocak 2016 tarihleri arasında, Ferguson tekniği uygulanan 769 hasta çalışmaya alındı. Hastaların verileri incelenerek; şikâyetleri, anorektal yandaş hastalıkları, operasyon bulguları, postoperatif erken ve geç komplikasyonları kaydedildi.

Bulgular:
Hastaların %65'i erkek ve ortalama yaş 39 (18–81) idi. Şikâyetleri 1 hafta ile 5 yıl arasında var olup sıklık sırasına göre ele gelen pake, kanama ve ağrı idi. %69'unda pakeler klasik (saat 3.5,7.11) yerleşimliydi. Çoğunluğu (%65) grade 4 hemoroid idi. Hastalarımızın %19'unda yandaş anorektal hastalık olarak anal fissür mevcuttu. Hepsi spinal anestezi altında ve litotomi pozisyonunda ameliyat edildi. Ferguson tekniği için ameliyat süresi ortalama 20 dk, hastanede kalış süresi 1 gün idi. Postoperatif dönemde 55 hastada erken komplikasyon gelişti. 25 hastada şiddetli ağrı (%3,25), 3 hastada kanama (%0,04), 28 hastada (%3.6) idrar retansiyonu görüldü. Altı hastada geç dönemde komplikasyon gelişti. Bir hastada anal stenoz, üç hastada anal fissür, iki hastada anal fistül-apse gelişti. Hiçbir hastada inkontinans olmadı ve nüks gözlenmedi.

Sonuç:
Ferguson tekniği hemoroid cerrahisinde halen uygulanan tekniktir. FH'nin etkin ve güvenilir bir yöntem olması nedeniyle tercih edilebilir olduğu kanaatindeyiz.

Tablo 1

Tanı	Hasta sayısı(n)	%
Nodül	745	97
Kanama	692	90
Ağrı	146	19
kaşıntı	130	17
anemi	7	1
mukoid akıntı	84	11

Hastaların klinik şikayetleri

Tablo 2

Uygulanan Cerrahi Teknik	n	%
Ferguson Hemoroidektomi	709	92
Ferguson Hemoroidektomi+ Lateral İnternal Sfinkterotomi	60	8

P-221
Lazer Hemoroidopeksi Uygulamalarımız; İlk 25 Vaka'nın Erken Dönem Sonuçları

Mustafa M Kalfaoğlu, Tevfik Eker
Gazimağusa Devlet Hastanesi, Gazimağusa

Amaç:
Hemoroidal hastalık cerrahisi, genel cerrahi pratiğinde en sık yapılan girişimlerden biridir. Günümüzde klasik cerrahi yöntemlerin yanında yeni teknolojik gelişmelerle birlikte yeni yöntemler bu hastalığın tedavisi için tanımlanmıştır. Bu poster sunumunda Gazimağusa Devlet Hastanesinde, Kıbrıs'da ilk kez uygulanmaya başlanan lazer hemoroidopeksi işlemlerini ve erken dönem sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Gazimağusa Devlet Hastanesinde Kasım 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında 25 hastaya uygulanan lazer hemoroidopeksi işlemleri; yaş, cinsiyet, hemoroidal hastalık derecesi, ameliyat süresi, post-op hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar yönünden değerlendirildi.

Bulgular:
Hemoroidal hastalık için lazer hemoroidopeksi işlemleri sağladığı kısa operasyon süreleri ve post operatif hastanede kalış süresini kısaltması nedeni ile günübirlik cerrahi uygulamaları için efektif bir yöntemdir.

P-222
Hemoroidektomide Enerji Cihazların Üstünlüğü

Yıldıray Dadük, Murat Karakoç
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Birimi, Şanlıurfa

Amaç:
Hemoroidektomi, enerji cıhazları ile yapıldığında hastanede kalma süreleri, ağrı ve kanamanın belirgin şekilde azaldığını saptamak.

Materyal-Metod:
2015-2016 yılında hastanemize hemoroid şikayetleri ile başvuran grade II ve III hemoroidi olan 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Enerji cihazı olarak 7 mm kadar damar kapama mühürleme cihazı kullanıldı. Teknikte sütür kullanılmadı.

Bulgular:
Erkek ve kadın sayısı eşit tutuldu. Ortalama yaş 33 (25-51) tür. Hastanede kalma süreleri 1.8 gün. Milligan Morgan tekniğine göre kanama ve ağrı belirgin olarak az olduğu görüldü.

Sonuç:
Enerji cihazları ile yapılan hemoroidektomilerde hastanede kalma süreleri daha az olup postoperatif komplikasyonlar yok denecek kadar azdır.

P-223
Hemoroidektomide Kullanılan Enerjı Cihazların Kullanılan Uç Yapıları ile Komplikasyonlar Arasındaki İlişki

Yıldıray Dadük, Murat Karakoç
Şanlıurfa M.Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Birimi, Şanlıurfa

Amaç:
Hemoroidektomi sonrası komplikasyonları azaltmak açısından hangi tür enerji cihazların kullanılması gerektiğini vurgulamak

Gereç-Yöntem:
Hastenemize 2016 haziran-aralık ayı arasında başvuran 20 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Enerji cihazı olarak 7 mm kadar damar kapama mühürleme yapan aynı markalı iki ayrı uç karşılaştırıldı. Birinci uç mühürleme genişliği 4.7 mm mühürleme hattı uzunluğu 36 mm, 2. uç mühürleme genişliği 4 mm mühürleme hattı uzunluğu 16 mm dir. Hiç bir sütürasyon uygulanmadı.

Bulgular:
Hastalarda kanama ve ağrı açısından değerlendirildi. Birinci

uçla yapılan operasyonlarda post operatif kanama hiç görülmedi. İkinci uçla yapılanda bir hastada iki kez kanama oldu, ağrı açısından ikisi arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Sonuç:
Daha geniş ve uzun doku olan enerji cihazları kullanıldığında post operatif komplikasyonların az olacağını düşünmekteyiz. Vaka sayısı artması durumunda görüşümüzü destekleyecek sonuçlara ulaşılabilir.

P-224
İleri Evre Hemoroidlerde Stapler Hemoroidepeksi Tekniğinin Üstünlüğü

Yıldıray Dadük, Murat Karakoç
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Birimi, Şanlıurfa

Amaç:
Hemoroidopeksi sonrası komplikasyonları ve uzun dönem sonuçların değerlendirilmesini amaçladık.

Materyal-Metod:
Hastanemize 2014-2015 grade III-IV hemoroid ile başvuran 21 hastaya stapler hemoroidepeksi tekniği uygulandı. En az 1 yıl takipleri olan hastalar çalışmaya dahil edildi. No 2/0 yuvarlak poliprolen ve hemoroidal stapler kullanıldı.

Bulgular:
Post operatif dönemde hiçbir hastada kanama, ağrı rastlanmadı.3 aylık kontrollerde nüks rastlanmadı. Ortalama hastanede kalma süresi 1 gündür.

Sonuç:
Yapılan teknikle hastanın konforunun yüksek olduğu ve nükse rastlanmadığından Grade III-IV hemoroidli hastalarda ilk tercih stapler hemoroidepeksi yöntemin kullanılması kanısındayız.

P-225
Ligasure Hemoroidektomi Klinik Sonuçlarının Ferguson Hemoroidektomi ile Karşılaştırılması

İlhan Ece, Hüseyin Yılmaz, Fahrettin Acar, Serdar Yormaz, Bayram Çolak, Mustafa Şahin
Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç:
Bu çalışmanın amacı semptomatik hemoroid tedavisinde Ligasure hemoroidektomi ve Ferguson hemoroidektomi sonuçlarını karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem:
Çalışma süresince evre III ve IV hemoroid ile hemoroidektomi uygulanan 178 hasta geriye dönük olarak incelendi. Ligasure hemoroidektomi 86 hastada, FH 92 hastada gerçekleştirildi. Tüm hastalarda standart bir postoperatif analjezi protokolü uygulandı. İki teknik yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, ameliyat süresi, kan kaybı, ameliyat sonrası görsel analog skala skoru, hastanede kalma süresi ve postoperatif erken komplikasyonlar yönünden karşılaştırıldı.

Bulgular:
48 erkek ve 38 kadın hasta LH ile 50 erkek 42 kadın hasta FH ile tedavi edildi. Hastaların ortalama yaşı 43,6±14.3 (20-73) idi. Her iki grupta ameliyat sırasında ve sonrasında oluşan komplikasyon oranı benzerdi. En sık görülen komplikasyon kanama, üriner retansiyon ve cerrahi alanine ayrışması idi. Ortalama ameliyat süresi LH grubunda FH grubuna göre anlamlı oranda daha kısa idi. Ortalama kan kaybı LH grubunda 11.4±3.5 ml FH grubunda 23.2±4.5 ml olarak saptandı. 1. ve 3. gündeki VAS ağrı skoru her iki grupta istatistiksel olarak farklı idi. FH grubu daha yüksek ağrı skoruna sahipti. Ameliyat sonrası 7. günde ağrı skorunda fark yoktu.

Sonuç:
LH en az doku hasarı yapan güvenli, etkili ve kansız bir ameliyat tekniğidir. FH ile karşılaştırıldığında benzer komplikasyon oranları ile ameliyat sonrası ağrıda önemli azalma sağlar.

P-226
Nüks Perianal Abselerde Etkili Faktörler

Ali Sapmaz, Sencer Ergin, Ahmet Serdar Karaca
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç:
Anorektal apse günlük cerrahi pratikte sık karşılaşılan klinik bir durumdur ve rekürrens tedavide uygulanan yeterli insizyon ve drenaj sonrasında karşılaşılabilen bir olgudur. Bu çalışmanın birincil amacı, merkezimizde görülen tekrarlayıcı anorektal apselere neden olabilecek değişkenlerin geriye dönük olarak incelenmesidir.

Gereç ve Yöntemler:
Merkezimizde 2012-2015 yılları arasında anorektal apse nedeniyle ameliyat edilen 317 hasta çalışmaya dâhil edilerek; yaş, cinsiyet, rekürrens varlığı, rekürrens zamanı, apse tipi, fistül varlığı, fistül tipi, dren kullanımı, takip ve yatış süreleri geriye yönelik incelendi.

Bulgular:
Hastalar rekürrens grubu ve tedavi grubu olarak iki gruba ayrıldı. yirmi hastada (%6.3) rekürrens olduğu ve ortanca rekürrens gelişme zamanının 2 ay olduğu saptandı. İncelenen değişkenlerden hiç birinin rekürrens gelişimiyle anlamlı ilişkisi olmadığı görüldü.

Sonuç:
Anorektal apse nedeniyle insizyon ve drenaj uygulanan hastalarda yaş, cinsiyet, apse tipi, fistül varlığı ve dren kullanımı gibi değişkenlerin rekürrens gelişimiyle ilişkisi bulunmamıştır.

P-227
Fournier Gangreni Tedavisinde Vakum Yardımlı Kapama Sistemi

Mürşit Dincer[1], Gamze Çıtlak[2], Ekrem Ferlengez[2], Ahmet Kocakuşak[2], Hüda Ümit Gür[2], Mehmet Kulus[2], Muzaffer Akıncı[2]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Fournier gangreni genital, perineal veya perianal bölgenin nadir olarak görülen nekrotizan fasciitidir. Ciltaltı dokuları besleyen arterlerin obliteratif endarteriti ve trombozisi sonucu cilt ve ciltaltı dokuda oluşan gangren ile karakterizedir. Çoğu hastada sinerjistik polimikrobiyal nekrotizan enfeksiyon vardır. E.coli ve Bacteriodes en sık saptanan bakterilerdir. Kliniği sinsi seyirlidir. Acil cerrahi girişim gerektirir. Tanı ve tedavisinde gecikme mortaliteye kadar gidebilen ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu yazıda vakum yardımlı kapama sistemi (VAC) ile yönetilen bir fournier gangreni olgusu sunuldu.

Olgu:
Kırk beş yaşında erkek hasta skrotumda kızarıklık ve rektal ağrı şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde perianal ve perineal apse saptandı. Laboratuar değerlerinde WBC: 18320, CRP: 16.8 mg/L idi. Hasta acil olarak operasyona alındı. Eksplorasyonda litotomi poziyonunda perianal bölgenin sağ tarafından perine ve skrotuma doğru uzanım gösteren apse poşu saptandı. İnsizyon skrotuma kadar uzatılıp drenaj sağlandı. Hastaya Seftriakson 2x1, Metronidazol 3x1 şeklinde antibiyoterapi başlandı. Ameliyat sonrası 1. gün hastanın yarasında nekroz olduğu saptandı ve operasyona alınarak debritman uygulandı. Debritman sonrası VAC işlemi yapıldı (Resim 1). Hastanın antibiyoterapisi Enfeksiyon Hastalıkları konsultasyonu sonucu İmipenem 4x500mg ile değiştirildi. Üç gün aralıklarla yapılan iki seans VAC işlemi sonrası insizyon hattının kanlanmasının iyi olduğu görüldü (Resim 2). Sonrasında skrotum plastik cerrahi tarafından sağ femoral bölgeden uygulanan cilt flebi yardımıyla kapatıldı (Resim 3). Son ameliyatının 5. gününde hasta taburcu edildi.

Sonuç:
Fournier gangreni yaşamı tehdit eden, tedavisinde geniş debritman ve antibiyoterapi gerektiren ciddi bir hastalıktır. Vakum yardımlı kapama sistemleri fournier gangreni tedavisinde faydalı bir seçenek olabilir.

P-228
Fornier Gangreni ile Prezente 50 Olgunun Cerrahi Tedavi Sonuçları

Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş:
Fournier gangreni, perine, skrotum ve penisin, subkutan doku ve üzerindeki derinin gangreni ile sonuçlanan subkutan arterlerin obliterasyonu ile karekterize, polimikrobiyal nekrotizan fasiiti olarak tarif edilmektedir. Etiyolojisinde, genitoüriner ve anorektal cerrahi girişimler, idrarın periüretral ekstravasazyonu, perirektal ve perianal enfeksiyonlar, lokal travma gibi birçok etken rol oynamaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde opere edilen fournier gangreni tablosundaki hastaları sunmayı amaçladık.

Metod:
Kliniğimizde fournier gangreni nedeniyle takip ve tedavi edilmiş 50 hastanın verilerini retrospektif olarak inceledik. Hastaların demografik özellikleri, semptom süreleri, yoğun bakımda ve hastanede kalış süreleri, yandaş hastalıkları, etiyoloji, mikrobiyal kültür sonuçları, ostomi ihtiyacı, debridman sayısı, mortalite oranı ve mortaliteye etkili faktörleri araştırdık.

Bulgular:
Hastaların 32'si erkek, 18'i kadındı. Ortanca yaş 54 (21-83) idi. 37 hasta dış merkezden sevk edilmişti. Semptom süresi 8 (1-26) gündü. 21 hastada yoğun bakım, 11 hastada respiratör desteği gerekmişti. Yoğun bakımda kalma süresi 9 (2-42) gündü. Respiratörde kalış süresi 8 (1-23) gündü. Hastaların 34'ünde diyabet vardı. Gangren 21 hastada perianal, 25 hastada ürogenital ve 4 hastada cilt kökenliydi. 2 hastada üreme saptanmadı. Üreme saptanan tüm hastalarda multibakteriyel üreme vardı. En sık rastlanan bakteri E.Coli ve enterik bakterilerdi. 1 hastada mantar üredi ve hasta eksitus oldu. 21 hastada ostomi açıldı. 37 hasta spinoepidural anestezi ile ameliyat edilmişti. Debridman sayısı 5 (1-16) ti. 11 hastada Vacuum Assisted Closure (VAC) tedavisi uygulandı. VAC tedavisinin mortaliteye etkisi yoktu ancak debridman ihtiyacını 5 (1-16) den 3 (1-9) e indirmişti. Mortalite %12 idi (6 hasta ex oldu). Mortalite sebepleri 3 hastada sepsis, 1 hastada kardiyak nedenli, 1 hastada pnömoni ve 1 hastada çoklu organ yetmezliğiydi. Erkeklerde daha sık mortalite görüldü. (4 Erkek, 2 Kadın).

Tartışma ve Sonuç
Fournier gangreni agresif cerrahi debridman ve antibiyotiklere rağmen halen yüksek mortalite oranları ile seyretmektedir. Kliniğe başvuru anında hastada bilinç bulanıklığının bulunması ve ilerlemiş hasta yaşı mortaliteyi etkileyen en önemli etkenlerdir. Erken hemodinamik destek ve acil cerrahi debridman fournier gangreninin tedavisinde en önemli basamaklardır. VAC kullanımı cerrahi tedavide hekime ve hastaya kolaylık getirmiştir.

P-229
Negatif Basınç Yardımlı Yara Örtüm Sistemlerine Ait Klinik Uygulamalarımız

Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Yüksel Arıkan
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş:
Cerrahi alanda gelişen enfeksiyonun bölgesel tedavisinde negatif basınç yardımlı örtüm sistemi ile elde ettiğimiz sonuçlar değerlendirildi.

Metod:
Ocak 2015-Ocak 2017 yılları arasında Afyon Kocatepe

Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde değişik nedenlerle vakum yardımlı yara kapama sistemi ile tedavi görmüş olan 40 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait demografik veriler, primer hastalıkları, ameliyatları, komplikasyonlar, hastanede kalma ve Negatif Basınç Yardımlı Yara Örtüm Sistemi uygulama süreleri, mortalite ve morbidite yönünden incelendi.

Bulgu:
Hastalarımızın 30'u (%75), kadın, 10'u (%25) erkek olup ortalama yaş 57 idi. Negatif Basınç yardımlı yara kapama sistemi; 17 (%42.5) olguda open abdomen+enteroatmosferik fistül, 11 (%27.5) olguda nekrotizan fasiit ve yara ayrışması, 9 (%22.5) olguda open abdomen, 2 (%5) olguda fournier gangreni ve 1 (%2.5) olguda dekübit ülseri nedeniyle kullanıldı. 18 hastada ameliyat kesisi geç dönemde kapatıldı. 9 olgu primer hastalıklarından dolayı kaybedildi. Negatif Basınç Yardımlı Yara Örtüm Sistemi uygulamasına bağlı sadece 2 (%2.5) olguda enterik fistül gelişimi görüldü.

Tartışma ve Sonuç:
Negatif Basınç Yardımlı yara örtüm yöntemi, enfekte yaraların bakımında bölgesel üstünlükleri yanı sıra daha hızlı ve konforlu bir tedavi olanağı sunar. Bu özellikleri ile konvansiyonel yara bakım yöntemlerine güvenilir bir seçenek sayılabilir.

P-230
İleri Evre Hemoroidal Hastalıkta Longo Tekniği

Ömer Faruk İnanç, Yunus Emre Altuntaş,
Cem Batuhan Ofluoğlu, Abdulkadir Deniz, Önder Altın,
Selçuk Kaya, Ayhan Çevik, Nejdet Bildik
Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Longo tekniği ileri evre hemoroid tedavisinde etkinliği birçok çalışmada gösterilmiş ancak hala tartışılagelen bir tekniktir. Bizim araştırmamızda longo tekniği ile tedavi edilen ve pake eksizyonu eklenen hastalarımızın memnuniyet sonuçlarını ortaya çıkardık.

Gereç-Yöntem:
2015-2016 yılları arasında olan longo tekniği ile tedavi edilen 24 hemoroid hastası çalışmamıza dahil edildi. Bu çalışmaya sadece Grade 4 Hemoroidal hastalığı olanlar dahil edilmiş ve bu hastalar retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular:
Ortalama yaş 44, kadın erkek oranı ise % 83 (4/20) idi. Tüm hastalara longo hemoroidektomi, 10 erkek hastamıza da ek olarak eksternal hemoroid pake eksizyonu uyguladık. Ortalama ameliyat süresi 24 dk, ortalama hastanede kalış süreleri ise 1.1 gün idi. Ameliyat kararı verilmeden önce tüm hastalara fleksible rektosigmoidoskopi yapılarak olası diğer patolojiler ekarte edildi. Hastalara ameliyattan önceki gün kolon temizliği yapıldı.

Sonuç:
Ameliyat sonrası eksternal pake eksizyonu yapılanlarda (%80) daha fazla memnuniyet saptanmıştır. Bunun sebebinin pake eksizyonu ile birlikte kaşıntı, ıslaklık oranlarının azalması ve kozmetik olarak daha iyi görünüm sebepleri olabilir. Hastaların kısa dönem takiplerinden dolayı bu memnuniyetin istatiksel olarak anlamlı olabilmesi için ek klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

P-231
Pilonidal Sinüs Zemininden Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom

Turgut Anuk[1], Şahin Kahramanca[2]
[1]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars
[2]Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars

Amaç:
Pilonidal sinüs (PS) zemininde kanser gelişimi 1900 yılında Wolff tarafından tanımlanmış olup, insidansı tüm PS'ler içinde %0,1 olarak bildirilmektedir. Etyolojide uzun süreli kronik infeksiyona maruz kalma gibi temel kanser gelişiminde etken olan faktörlerin yanında, skar oluşumu, travma ve kötü hijyen prensipleri bulunmaktadır. En sık görülen histolojik tip skuamöz hücreli karsinomdur (SHK). Olgumuzda sakral bölge yerleşimli pilonidal sinüs kaynaklı skuamöz hücreli karsinom olgusunu sunacağız.

Olgu:
Kuyruk sokumu bölgesinde yaklaşık 10 yıldır süren ağrı, akıntı, ele gelen birden fazla ciltten kabarık şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvuran 59 yaşındaki erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde, sakral bölgede enfekte hidradenit görünümlü sekonder orifis tespit edildi. Hastanın anamnezinde, mükerrer kereler sinüs apsesi nedeni ile hastaya apse drenajı yapıldığı öğrenildi. Hastaya operasyon önerildi ve spinal anestezi altında geniş eksizyon ve marsupiyalizasyon yapıldı. Histopatolojik değerlendirme; cerrahi sınırlar, tümöral lezyondan 2 cm mesafede negatiflik verecek şekilde skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Hasta şu an operasyonun 1. yılında nükssüz olarak takibimizde bulunmakta.

Sonuç:
Tüm pilonidal sinüslü olguların ancak 1/1000'inde görülen PS kaynaklı skuamöz hücreli karsinomlar, uzun süre enfekte olmuş akıntılı sinüse maruz kalan hastalarda görülebilen çok nadir bir lezyondur. Tedavisi geniş eksizyon olmakla birlikte, lokal nüks oranları cerrahi sonrası ilk yılda dahi %40'lara varabilmektedir. Akıntılı kronik PS'li hastalarda şüpheli lezyonlar mutlak surette patolojiye gönderilmeli ve SHK akılda tutulmalıdır.

P-232
Peri-Anal Bowen Hastalığı: Beş Olgunun Retrospektif Analizi

Ozan Akıncı, Fadime Kutluk, Süphan Ertürk, Serdar Yüceyar
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş:
Bowen hastalığı anüsün nadir görülen in situ skuamöz hücreli kanseridir. Peri-anal deride eritematöz, kahverengi-kırmızı plaklar veya nodüler lezyonlar mevcuttur (Resim 1, 2). Genellikle perianal bölgede kaşıntı, yanma, ağrı

gibi semptomlarla hekime başvurulur. Olguların % 40 kadarı asemptomatik olup, genellikle hemoroidektomi spesimenlerinde insidental olarak saptanır (1, 2). Hastalığın psöriazis, Paget hastalığı, egzema, seboreik dermatit, liken planus gibi birçok dermatolojik hastalıkla ayrımı yapılmalıdır. Etyolojide arsenik, radyasyon maruziyeti, human papilloma virüs (HPV), immünsüpresyon gibi faktörler tanımlanmıştır. Kesin tanı biopsi ile konur.

Gereç-Yöntem:
Kliniğimizde 2000-2017 yılları arasında peri-anal Bowen hastalığı tanısı konulan ve tedavi edilen beş olguda yaş, cinsiyet, semptom, lezyon boyutu, cerrahi tedavi, eşlik eden hastalık ve predispozan faktörler retrospektif olarak incelendi (Tablo 1). Olguların yaş ortalaması 64, üçü kadın ikisi erkek olup en sık görülen semptom anal kaşıntıdır. Olgulardan biri tedaviyi reddetmiş, ikisine eksizyon + primer sütür uygulanmıştır. Bir olguda eksizyon + limberg flebi diğerinde ise V-Y ilerletme flebi uygulanmıştır (Resim 3,4,5). Predispozan faktörler olarak bir olguda HPV, bir olguda da sistemik lupus eritemotozis (SLE) nedeniyle aldığı immünsüpresan tedavi saptanmıştır. Primer sütür uygulanan ilk iki olgu olgu takipten çıkmıştır. Limberg flep uygulanan olguda cerrahi tedaviye ilişkin komplikasyon gelişmemiştir. V-Y ilerletme flebi uygulanan olguda ise erken postoperatif dönemde geçici gaz ve sıvı inkontinansı saptanmış, ancak 2 ay içinde kendiliğinden ortadan kalkmıştır.

Tablo 1: Olguların özellikleri ve tedavileri

Tartışma - Sonuç:
Perianal Bowen hastalığı nadir görülen bir premalign bir cilt lezyonudur. İnvaziv skuamöz hücreli karsinoma dönüşme olasılığı % 2-6 kadardır (1). Küratif tedavi, etkilenen derinin temiz sınırlarla tam kat eksizyonudur. Lezyonun temiz sınırlarla tam olarak eksize edilebilmesi için, operasyon öncesi peri-anal haritalandırma tekniği de tanımlanmıştır (1). Eksizyon sonrası oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu, primer yaklaşım ya da çeşitli flepler (V-Y, Limberg, S plasti vb.) kullanılarak yapılabilmektedir. Geniş lokal eksizyon sonrasında flep nekrozu, anal stenoz, inkontinans ve seksüel disfonksyon gibi komplikasyonlar görülebilir. Bir olgumuzda, geçici gaz ve sıvı inkontinansı gelişmiştir. Tedavide cerrahi eksizyonun yanısıra, seçilmiş olgularda kriyoterapi, laser, fotodinamik tedavi, radyoterapi, topikal 5-flourouracil, imuquimod uygulamaları da önerilmektedir (3, 4).

RESİM 1,2: 4 ve 5 no'lu olgularda peri-anal Bowen hastalığının görünümü

RESİM 3,4,5: 5 no'lu olguda eksizyon ve V-Y ilerletme flebi ile onarım

Literatür:
1- Cancers of the Anal Margin and Anal Canal, Bowen›s Disease, and Paget›s Disease. Thaler K, Wexner SD. Operative Techniques in General Surgery, 2001; 3 (3).: 171-182.
2- Anus. Heidi Nelson. Chapter 53, In Sabiston Textbook of Surgery, 19th ed. Elsevier, Philadelphia, 2012.
3- Therapeutic options for Bowen's disease. Moreno G et al. Austral J Derm, 2007; 48: 1-10.
4- Perianal multiple Bowen's disease: a case report. Zhan W et al. Int J Clin Exp Pathol 2015; 8 (11): 15039-15041.

Tablo 1

Hastanın yaşı	Cinsiyeti	Semptom	Lezyonun boyutu (cm)	Cerrahi Tedavi	Predispozan faktör	Komorbidite
1- 81	K	Kaşıntı	0,7*0,3	Eksizyon + Primer sütür	-	-
2- 79	E	Kaşıntı, ağrı	1*0,5	Eksizyon + Primer sütür	-	SCC (Skalp)
3- 42	K	Kaşıntı, ele gelen nodül	0,4*0,7	Tedavi red	HPV	-
4- 85	E	Kaşıntı	3,5*3,3	Eksizyon + Limberg flebi	-	-
5- 37	K	Kaşıntı, kızarıklık	4,5*2,5	Eksizyon + V-Y ilerletme flebi	İmmunsüpresan tedavi (mikofenolat mofetil)	SLE

Olguların özellikleri ve tedavileri

P-233
Tailgut Kisti

Bülent Gürbüz[1], Serkan Zenger[1], Burçak Abbas Kabaoğlu[1], Mustafa Arısoy[1], Emre Balık[2], Dursun Buğra[2]
[1]VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş:
Tailgut kisti ya da retrorektal kistik hamartom, retrorektal boşlukta gelişen, embriyolojik alt bağırsaktan köken alan nadir konjenital lezyonlardır. Bu lezyonlar konjenital bir kalıntı olmalarına rağmen genelde erişkinlik döneminde semptom verirler. Karın ağrısı, kabızlık, dışkılama alışkanlığında değişiklik gibi basit semptomlarla kendini belli edebileceği gibi, perianal-anorektal fistül ve malign dejenerasyon ile de komplike hale gelebilmektedir. Kistin tanısında manyetik rezonans (MR) görüntülemenin önemi büyük olup, tedavi ise kistin total olarak eksizyonudur. MR ile görüntüleme sonucu presakral kistik kitle tespit edilen ve eksizyon sonrası tailgut kisti tanısı konulan 2 vaka sunulacaktır.

Olgu 1:
40 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1 yıldır devam eden, rektumda doluluk hissi, rahat dışkılayamama, dışkılama esnasında elle yardım gibi şikayetler nedeni ile başvurdu. Yapılan sistemik muayenesinde özellik saptanmadı, özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yok idi. Hastanın pelvik MR değerlendirmesinde rektum arka duvar komşuluğunda, 4x4 cm boyuta ulaşan lobüle konturlu, septalı kistik kitle saptandı. Kitle genel anestezi altında Jackknife pozisyonunda total olarak eksize edildi. Patoloji incelemesi tailgut kisti ile uyumlu gelen hastada malign dejenerasyon saptanmadı.

Olgu 2:
36 yaşında kadın hasta, perine ağrısı ve vaginal akıntı şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 6 ay ve 1 yıl önce 2 defa presakral kistik kitle nedeni ile ameliyat öyküsü bulunan hastanın MR incelemesinde presakral alanda en büyüğü 4 cm ölçülen multilokule kistik alanlar saptandı. Hastanın ameliyat

esnasındaki vaginal muayenesinde özellik saptanmadı. Koksiks ile beraber presakral kistik kitle eksize edildi. Patoloji sonucu tailgut kisti ile uyumlu gelen hastada malign dejenerasyon saptanmadı.

Sonuç:
Retrorektal boşlukta kistik kitlesi olan hastalarda tailgut kisti akla gelmelidir. Tanıda görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalı ve tedavi olarak kistin tamamının çıkarılması gerekmektedir. Cerrahi tedavide prone jacknife yaklaşım kistin tamamının çıkarılmasına kolaylık vermekte ve batın içinden daha zor ve komplike bir cerrahinin önüne geçmektedir.

P-234
Kronik Anal Fissürün Cerrahi Tedavisi: Lateral İnternal Sfinkterotomi (LİS) Sonuçlarımızın Değerlendirilmesi

Mustafa Fevzi Celayir, Evren Besler, Kinyas Kartal, Mert Tanal
Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç:
Kronik anal fissür toplumun yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sorundur.En iyi tedavi yöntemlerinden birisi lateral internal sfinkterotomidir (LİS).Bu çalışmada uzun yıllardır uyguladığımız LİS yönteminin sonuçlarını irdeledik.

Gereç-Yöntem:
2012-2016 yılları arasında hastanemiz genel cerrahi kliniğinde kronik anal fissür tanısı alan ve LİS uygulanan olgularımız incelendi.
Hastalara ameliyat öncesi tek bir fleet enema uygulandı.Her hasta spinal anestezi altında Jack Knife pozisyonu tercih edilerek ameliyat edildi. Aynı günün akşamı oral gıda verieln hastalar ertesi gün oturma banyosu önerilerek taburcu edildiler. Postoperatif 1,3 ve 6 aylarda kontrole çağrıldılar.

Bulgular:
Çalışmadaki 203 hasta arasında 110 hasta (% 54.18) erkek,93 hasta (% 45,82) kadındı. Yaş, 18-73 yaş aralığındaydı, Maksimum anal fissür insidansı 28-50 yaşlar arasında tespit edildi.
Klinikte en sıkgörülen semptomları:
1- Ağrı
2- Konstipasyon
3- Rektal kanama
En sık görülen bulguları ise
1- Skin tag
2- Gözle görülebilen fissür hattı
3- Sfinkter spazmı idi.
Ameliyat sonrası erken komplikasyonlar arasında, 15›inde (%,38) minör kanama, 10›unda hafif kirlenme (%4,92) ve 6›sinde (% 2,95) gaz inkontinansı vardı. İyileşme oranlarımız % 98 idi.,% 1 gaz tutamama oranı ve % 1 nüks oranı.

Sonuç:
LİS, yüksek hasta memnuniyeti oranı ile kronik anal fissürlerin tedavisinde güvenli ve mükemmel bir cerrahi girişimdir.

P-235
Gelenekten Gelen Güven: Klasik Hemoroidektomi

Mustafa Fevzi Celayir, Hakan Mustafa Köksal, Mert Tanal, Mehmet Uludağ, Mehmet Mihmanlı
Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç:
Kapalı ya da açık klasik hemoroidektomi uzun yıllardır uygulanan deneyimli ellerde komplikasyonları ve nüksü az olan, güvenilir bir operasyondur.
Hemoroidal hastalık, kolorektal cerrahlara en yaygın başvuru nedenlerinden biridir. Bu hastalık yılda yaklaşık 10 milyon Amerikalı bireyi etkilemektedir. Bu tüm toplumda % 4.4'lük bir yaygınlık oranına denk gelmektedir. Yurtdışında sosyoekonomik düzeyi yüksek ve liften az gıda ile beslenenlerde sık görülür.
Günümüzde hemoroidal hastalık için pek çok yeni sayılabilecek cerrahi tedavi yöntemleri mevcuttur. Bunların birkaçı hemoroidal arter ligasyonu, Stapler hemoroidepeksi, skleroz madde enjeksiyonu, lastik bant uygulamalarıdır.
Ancak kapalı ve açık klasik hemoroidektomi (Ferguson ya da Milligan Morgan) hala bu yöntemlerle kıyaslandığında düşük nüks oranlarına sahiptirler. Ancak postoperatif komplikasyon oranları daha yüksektir.

Gereç-Yöntem:
Son beş yıldaki klasik hemoroidektomili hastalar restrospektif olarak incelendi.
2012-2016 yılları arasında 249 hasta hemoroidal hastalık nedeni ile ameliyat edildi.
Erkek 156 Kadın 93
Yaş ortalaması 45+- 2 Yaş ort 42 +-2
Açık hemoidektomi 77 Açık hemoidektomi 65
Kapalı 79 Kapalı 28

Hastaların yaşam kalitesi postoperatif
1.hafta, 4.hafta, 6.ay ve 12.ay sorgulandı.
Ortalama ameliyat süresi 25 dakika idi.
Her ameliyatta Lonestar hemoroid ekartörü kullanıldı. Jack-knife pozisyonu seçildi. 1/200 lidokain paklerer enjekte edildi. En fazla 3 pake çıkartıldı. Grade 2,3 ve 4 hemoroid pakeleri olanlara ameliyat önerildi.

Bulgular:
Kanama 21 (% 8,43) hastada, ağrı 22 (%8,83) hasta da vardı. Kaşıntı, ıslanma, incelme ve parmakla müdahale son derece azdı.
Grade 2 ve 3 de nüks yokdu. Grade 4 de 5 (%2) hastada nüks mevcuttu. Literatürde diğer yöntemlerin sonuçları ile karşılaştırdığımızda değerlerimiz anlamlı idi.

Sonuç:
Konvensiyonel hemoroidektomi hemoroidal hastalık tedavisinde güvenilir bir yöntemdir.
Stapler hemoroidektomi sayımız 52 dir. Ancak başka bir çalışma da değerlendirilecektir. HAL ise hastanemizde uygulanmamaktadır. Bu nedenle karşılaştırma literatür oranları ile yapılmıştır.
Deneyimli ellerde klasik hemoroidektomi komplikasyon oranı düşük ve nüks oranı az bir cerrahi grişimdir.

P-236
Erişkinde Retrorektal Yerleşimli Teratom

Veli Vural
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi;Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Amaç:
Primer matür teratomlar iyi diferansiye parankimal hücrelerin inklüzyonu ile karakterize nadir görülen neoplazilerdir. En sık testis ve overlerlerde görülmekle birlikte intrakranial, servikal, mediastinal, retroperitoneal ve sakrokoksigeal bölgeler ekstragonadal yerleşim alanları olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuz da ekstragonadal yerleşimli retrorektal bölgede matür kistik teratom saptanmıştır.

Olgu:
74 yaşında kadın kabızlık, tenezm şikayeti ve anemi etyolojisi için dış merkezde yapılan kolonoskopide rektumda anal kanal proksimalinde saat 6 – 7 hizasında yumuşak kıvamlı, düzgün sınırlı, lümene doğru kabarık 30x30 mm alan görüldü. Çekilen IV opaklı BT' de 1/3 alt rektal seviyede sağ posterolateral duvarda koksiksin önünde uzanımlı yaklaşık 4 cm boyutlu yumuşak doku dansitesinde şüpheli lezyon görüldü. Pelvik MR' da rektum alt 1/3 seviyesinde koksiks anteriorunda rektum duvarında bası etkisi oluşturan, invazyon göstermeyen 32x27 mm boyutunda düzgün sınırlı kitle görüldü. Tetkik sonuçları ile hastanemize başvuran olgu opere edildi. Olguya Jack-Knife pozisyonu verilerek posterior yaklaşımla rezeksiyon yapıldı. Yaklaşık 4 cm boyutunda yumuşak kıvamlı kitle total eksize edilerek patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu matür kistik teratom olarak raporlanan hasta postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeden şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:
Matür kistik teratomlar, özelikle genç erişkinlerde ve neonatallerde %1-11 oranında retroperitoneal yerleşimli olarak görülür. Cerrahi rezeksiyon ve histopatolojik örnekleme tanı için gereklidir. Benign teratomun komplet rezeksiyonu ile mükemmel sonuçlar elde edilmekte

P-237
Fournier Gangreninin Nadir bir Nedeni: Perineal Enfeksiyonla Prezente Olan Gebe Hasta, Olgu Sunumu

Öztekin Çıkman[1], Özkan Yılmaz[1], Necat Almalı[1], Osman Toktaş[1], Sebahattin Çelik[1], Celaleddin Soyalp[2], Canser Yılmaz Demir[3], Nurettin Yüzkat[2], Mahmut Baran Yerlikaya[1], Çağhan Pekşen[1], Fırat Aslan[1], Mehmet Çetin Kotan[1]
[1]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van
[2]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Van
[3]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Van

Amaç:
Fournier gangreni, perianal, perineal ve ürogenital bölgenin progresif sinerjistik polimikrobial infeksiyon ile karakterize nekrotizan fasitisidir. Hastalık sinsi seyirli ve yüksek mortaliteye sahip olup karın, göğüs ve uyluk bölgesine ilerleyebilmektedir. Tanı ve tedavideki gecikme yüksek morbidite ve mortalite ile sonuçlanmaktadır. Diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği başta olmak üzere genellikle immun sistem yetmezliği ile seyreden olgularda daha sık görülebilmektedir. Ayrıca sezeryan ya da epizyotomi yapılan hastalarda da görülmekle birlikte son trimestrdeki gebe olgularda da nadiren görülebilmektedir. Perineal bölgede multiple apseler tespit edilen ve acil sezeryana alınan 34 haftalık gebe hastada tespit edilen Fournier Gangrenli olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu:
23 yaşında 34 haftalık gebeliği olan perineal bölgede multiple enfekte yaraları (selülit?, apse?) olan ve Jinekoloji kliniğinde takip-tedavisi yapılırken hasta acil sezeryanla doğurtulmuş ve aynı seansta apselere drenaj uygulanmıştır. Postoperatif 2. günde kliniğimizce değerlendirilen hastada tüm perineye, genital organlara, uyluğa ve phanenstiel insizyon hattını içine alan karın ön duvarına yayılan fornier gangreni tespit edildi. Hastada sepsis tablosu mevcuttu. TA:90/60 mm/Hg, Nb: 120/dk, BK:18,5 bin, Solunumu taşipneikti. Hasta preoperatif hazırlıklar tamamlanarak acil operasyona alındı. Perineal bölge, sağ major ve minor labiumlar, vulva, insizyon hattının üst kısmı, SİAS'ın üst kısmı, sağ uyluk anteromediali dizin 6 cm kadar yukarısına kadar uzanan nekroze dokular agresif bir şekilde 3 seansta debride edildi (Resim 1,2,3). İkinci seansta hastaya Laparaskopik kolostomi açıldı. Toplamda 5 kez negatif basınç aspirasyon sistemi (VAC) uygulandı (Resim 1,2). Kültür antibiogram ve antibiyoterapi yapılan hastanın yarası Plastik ve Rekonstrüktüf Cerrahi ekibiyle birlikte cilt yaklaştırılması fleb kaydırma ve serbest greftlerle kapatıldı. Hastanın yarası sık pansuman ve bakım sonrası tamamen iyileşti. Postoperatif 37. gün taburcu edilen hastanın 3 ay sonra kolostomisi kapatıldı. Şifa ile taburcu edildi (Resim 1,2).

Sonuç:
Gebe olgularda perineal, perianal, ürogenital bölge muayenesinde enfeksiyon (selülit, apse vs) saptanması durumunda Fournier Gangreni düşünülmelidir. Fournier gangreni, yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, hızlı ilerleyen ve tedavi ile kontrol edilmesi güç bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Fournier gangrenli olgularda; erken teşhis, agressif cerrahi yaklaşım, güçlü antibiyoterapi, VAC uygulamaları ve Genel Cerrahi, Üroloji, Jinekoloji, Plastik-Rekonstrüktif Cerrahi ve Aile Hekimlerinin koordineli çalışması morbidite ve mortaliteyi azaltacağını düşünmekteyiz.

P-239
Dev Anogenital Kondiloma Akuminatum (Buschke-Löwenstein Tümörü): Olgu sunumu

Yiğit Keleşoğlu[1], Engin Küçükdiler[1], Hüseyin Göbüt[2], Alp Yıldız[2], Sezai Leventoğlu[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Anogenital wartlar toplumda artan sıklıkta görülen seksüel yolla bulaşan hastalık gurubundadır. Wart yönetiminin uygunsuz yapılması ya da aksatılması lezyonların tekrarlamasına, büyümesine ve dev boyutlara ulaşmasına neden olabilmektedir. Dev anogenital kondiloma akuminatum genital ve/ya da perianal bölgede verrüköz lezyonların

aşırı büyümesi ile karakterizedir. İyi huylu lezyon olarak atfedilmesine rağmen tekrarlama ve de malign transformasyon riski olduğu bilinmektedir. Tedavi prensibi olarak geniş eksizyonlar ve flap uygulamaları önerilmektedir.

Bu patolojilerin etyolojisinde HPV (human papillomavirus) özellikle de tip 6 ve 11 suçlanmaktadır. Bu olgu sunumunda 34 yaşında kadın hastada 9 ay önce perianal bölgede hemoroidal hastalık düşünülerek lokal eksize edilen bu süre içinde anovulval dev anogenital kondilloma akuminataya dönüşen vakanın yönetimini, tekrarın engellemesi için literatür destekli bilgilerin paylaşılması amaçlandı.

VİDEO BİLDİRİLER

V-001
Kesici Alet Yaralanması Sonrası Sfinkter Hasarına Bağlı Gelişen Fekal İnkontinansın Adinamik Grasiloplasti ile Tedavisi; Olgu Sunumu ve Teknik Video

Fatma Ayça Gültekin, Ali Gençoğlu, Sezgin Mutlu, Eray Turan Seven, Yücel Karadere
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç:
Kesici alet yaralanması sonrası gelişen sfinkter hasarına bağlı fekal inkontinans olgusunun tedavisinde dinamik grasiloplasti uygulanması.

Olgu:
34 yaşında erkek hasta kesici alet yaralanması sonrasında geç dönemde ateş yüksekliği suprapubik hassasiyet rektal kanama ve püy gelmesi ile başvuruyor. Yapılan fizik muayenede 6 cm uzunluğunda, anal girimin 2 cm sol lateralindan başlayıp proksimale doğru uzanım gösteren kesici alet yarası, rektal tuşede anal tonüs kaybı tespit ediliyor. Acil şartlarda ameliyata alınan hastanın genel anestezi altında yapılan muayenesinde anal sfinkterin tam kat kesilmiş olduğu rektuma uzanan kesinin rektumun tüm tabakalarını içerdiği gözleniyor. Hartman kolostomi açılan hastada 6. ayda kesi yarasının tamamen iyileştiği ancak anal ultrasonda geniş anal sfinkter defekti olduğu ve manometrik olarak istirihat ve sıkma basınçlarının sırsıyla; 20 cmH2O ve 47 cmH2O olduğu tespit ediliyor. Kolostomi ile yaşamak istemeyen hastaya riskleri ve başarı oranları anlatılarak adinamik grasiloplasti ile onarım gerçekleştiriliyor. Operasyon sonrası 6. ayda yapılan manometride istirihat ve sıkma basınçlarının sırsıyla; 36 cmH2O ve 75 cmH2O olduğu tespit ediliyor. Hartman kolostomisi kapatılıyor. Hartman kolostomi kapatılması sonrası 10. ayında olan hastanın Wexner inkontinans skoru 8 ve fekal inkontinans hayat kalite skorunda da düzelme olduğu izleniyor.

Sonuç:
Adinamik grasiloplasti modası geçmiş, etkinliği sorgulanır bir yöntem olmakla birlikte, ülkemizde fekal inkontinansta kullanılan güncel tedavilere ulaşımda kısıtlamalar olması nedeniyle olgu benzeri seçilmiş genç hastalarda uygulanabilir bir yöntemdir.

V-002
Parastomal Hernide Laparoskopik Sugarbaker Tekniği ile Onarım; Olgu Sunumu ve Teknik Video

Fatma Ayça Gültekin, Eray Turan Seven, Yücel Karadere, Sezgin Mutlu, Ali Gençoğlu
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç:
Stoma açılması sonrasında parastomal herni oluşumu sık görülen bir durum olup onarım sonrası rekürrenslere de sıkça rastlanmaktadır. Olguda parastomal herninin dual mesh ile Laparoskopik Sugarbaker Tekniği ile onarımı tariflenmektedir.

Olgu:
62 yaşında kadın hasta rektum kanseri nedeni ile yapılan laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon sonrası 3. yılında kolostomi kenarında şişlik ve buna bağlı kolostomi bakımında zorlanma şikayeti ile başvuruyor. Fizik muayene ve yapılan abdominal tomografisinde parastomal hernisi olduğu tespit edilen ve onkolojik kontrollerinde stabil olan hasta operasyona alınıyor. Laparoskopik Sugarbaker Parastomal Herni Onarımı yapılan hastaya postoperatif 1 günde oral başlanıyor ve 3. günde taburcu ediliyor.

Sonuç:
Operasyon sonrası 1 yılını tamamlayan hastanın onkolojik ve parastomal herni açısından nüksünün olmadığı izleniyor.

V-003
Sigmoidoselin Eşlik Ettiği Rektosel Olgusunda Laparaskopik Ventral Mesh Rektopeksi; Olgu Sunumu ve Teknik Video

Fatma Ayça Gültekin, Sezgin Mutlu, Ali Gençoğlu, Eray Turan Seven, Yücel Karadere
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç:
Obstrüktif defekasyona (OD) neden olan patoljilerin birden fazlasının bir arada olması halinde laparoskopik ventral mesh rektopeksi (LVMR) bu patolojilerin hepsine birden tedavi olanağı sağlayan etkili bir yöntemdir. Videoda, OD yakınmalrı olan sigmoideselin eşlik ettiği rektosel olgusunda LVMR operasyonu tekniği sunulmaktadır

Olgu:
67 yaşında kadın hasta 2-3 yıldır olan defekasyon sırasında takılma şikayetinin artması ve son dönemde parmakla yardımıyla defekasyonu gerçekleştirebilmesi şikayeti ile başvuruyor. Özgeçmişinde 2 kez vajinal doğum tarifliyor. Yapılan fizik muayenede rektal tuşede rektosel tespit ediliyor. Kolonoskopik incelemesi normal olan hastanın yapılan MR defekografisinde 4.5 cm›lik rektosel ve buna eşlik eden sigmoidosel olduğu gözleniyor. Bunu üzerine hastaya LVMR yapılıyor. Postoperatif 1. günde oral başlanan ve 3. günde taburcu ediliyor.

Sonuç:
OD'a neden olan çoklu patolojide LVMR etkili bir yöntem olarak tercih edilmiş ve uygulanmıştır.

V-004
Komplet Rektal Prolapsuslu Hastalarda Laparoskopik Rezeksiyon Rektopeksi ve Transanal Spesmen Ekstraksiyonu

Mustafa Ateş, Abuzer Dirican, Dincer Ozgör, İsmail Ertugrul, Hüsamettin Bayraktar
İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Amaç:
Komplet rektal prolapsusun tedavisi cerrahi olmasına karşın, cerrahi teknik konusunda fikir birliği yoktur. Cerrahi teknik ile elde edilen anatomik sonuçları her ne kadar iyi olsa da arzulanan fonksiyonel sonuçlar maalesef tatmin edici değildir. Bu çalışma ile laparoskopik rezeksiyon rektopeksi ve transanal spesmen ekstraksiyonu (LRR-TSE) yapılan komplet rektal prolapsuslu hastalarımızın cerrahi ve fonksiyonel sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:
Şubat 2013- 2017 tarihleri arasında LRR-TSE yapılan komplet prolapsus hastalarının verileri prospektif olarak toplandı. Operasyon öncesi, her hastanın anal muayene ve defekasyon similasyonu, kolonoskopisi, kolonik transit zamanı, defakografi, endoanal ultrasnografisi, Wexner inkontinens skoru (WİS), Cleveland klinik konstipasyon skoru (CKKS) kaydedildi. Operasyon sonrası, cerrahi sonuçlar, postopertif WİS, CKKS, low anterior rezeksiyon sendromu skoru (LARS-S) ve takipleri kaydedildi.

Bulgular:
Otuz üç hasta (28 kadın, 5 erkek) çalışmaya dahil edildi. Ortanca yaş 33 (19-73) yıl ve ortalama vücut kitle indeksi 29.7±4.6 idi. Ortanca operasyon süresi 180 (140-250) dakika idi. Ortanca takip süresi 25.3(10-29) ay idi. Postopertif erken dönemde 28 hastada (%84.8) LARS gelişti. LARS semptomları WİS, CSS etkilemesi sebebiyle birinci yılın sonunda WİS ve CKKS alındı. Operasyon öncesi ortanca WİS'u 9 (3-14) olup birinci yıl sonunda postopertif WİS'u 3 (0-8), p=0.062 idi. Operasyon öncesi ortanca CKKS'u 15 (14-18) olup, postoperatif CKKS'u 4 (3-8), p=0.05 idi. Otuz üç hastanın 30 da anatomik düzelme gözlendi, 1 hastada nüks, 1 hastada mukozal 2 cm yakın prolapsus gelişti. Operasyon sonarsı 2 hastada CKKS'ların da düzelme görülmesine karşın WİS'ların da 5 ve 3 puan kötüleşti. Bir erkek hastada erken boşalma sorunu gelişti. Diğer bir erkek hastada 30. gün retrorektal apse gelişti ve perkutan drenaj ile tedavi edildi. Bir kadın hasta postopertif 13. gün anastamoz kaçağı sonrası sepsis nedeni ile kaybedildi.

Sonuç:
Komplet rektal prolapsus hastalarında LRR-TSE cerrahisi fonksiyonel sonuçları ile birlikte minimal invaziv güvenli bir yöntemdir. Operasyonu süresinin uzun oluşu, laparoskopik rektopeksi ve anostomoz güçlükleri göz ardı edilememeli. Bu operasyon nedeniyle LARS gelişen hastalarda doğru fonksiyonel sonuçlara ulaşmak için en az bir yıl beklenmesi gerektiği akılda tutulmalıdır.

V-005
Sağ Kolon Kanserinde "Top to Down-No Touch" Teknik ile Robotik Komplet Mezokolik Eksizyon

İsmail Ahmet Bilgin, Erman Aytaç, İlknur Erenler, Deniz Atasoy, Volkan Özben, Bilgi Baca, İsmail Hamzaoğlu, Tayfun Karahasanoğlu
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Komplet mezokolik eksizyon (KME) damarların yüksek ligasyonu ile birlikte tümör hücrelerinin yayılabileceği kolon mezenterinin geniş eksizyonunu içeren cerrahi bir tekniktir. Kolon segmentinin damar ağı ile birlikte çıkarılması yeni bir konsept değildir. Rupert Turnbull tarafından lenfovasküler izolasyon ile birlikte radikal kolektomi 1967 yılında tanımlanmış olup daha sonra Dr. Hohenberger bu tekniği geliştirmiş ve standardize ederek yaygınlaşmasında öncü olmuştur. Ancak bu ameliyatın minimal invaziv cerrahi ile uygulanması barındırdığı teknik zorluklar nedeniyle halen tartışmalıdır ve standart bir yaklaşım oluşmamıştır. Bu video bildiride sağ kolon kanseri cerrahisinde 'top to down-no touch' teknik ile robotik komplet mezokolik eksizyon ameliyatı sunulmaktadır.

Olgu:
37 yaşında erkek hasta, uzak organ metastazı bulunmayan distal çıkan kolon tümörü nedeniyle kliniğimize başvurdu. ASA skoru 2, vücut kitle indeksi 25.9 kg/m2 idi. Hastanın komobiditesinde, daha önce ameliyat öyküsünde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Dört adet robotik trokar ve bir adet AirSeal (8mm) (Conmed, Largo, FL, USA) trokarı kullanılarak da Vinci Xi sistem (Intuitive Surgical Inc., Sunnyvale, CA, USA) ile ameliyat yapıldı. Ameliyat süresi 300 dakika ve ameliyat sırasında yaklaşık kan kaybı 200 ml idi.Patoloji; sonucu müsinöz adenokarsinom, T3 N0 idi. 62 adet lenf nodu çıkarıldı. Ameliyat sonrası dördüncü gün taburcu edilen hastada postoperatif komplikasyon görülmedi.

Sonuç:
Sağ kolon kanserinin cerrahi tedavisinde «Top to Down-No Touch» teknik ile robotik komplet mezokolik eksizyon uygulanabilir ve güvenilirdir. Bu ameliyatın standardizasyonu açısından daha fazla klinik tecrübe gerekmektedir.

V-006
Laparoskopik Meckel Divertikül Eksizyonu

Kamil Erözkan, Hasan Yaşar, Tayfun Yoldaş, Taylan Özgür Sezer, Cemil Çalışkan
Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:
Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin en sık rastlanan konjenital anomalisidir. Vitellin kanalının eksik kalan obliterasyonundan kaynaklanır ve ince bağırsağın gerçek divertikülüdür. Meckel divertikülleri nadirdir ve özellikle erişkinlerde klinik olarak sessiz seyreder. Semptomatik olduğunda, Meckel divertikülü, karın ağrısı, gastrointestinal kanama veya bağırsak tıkanıklığı semptomlarıyla birlikte

görülebilir. Biz de acil servisimize karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastamızın laparoskopik rezeksiyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
34 yaşında erkek hasta, 2 günlük karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen ek hastalığı ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound saptandı. Acil serviste, hastanın biyokimyasal değerlendirmesinde CRP yüksekliği ve lökositoz tespit edildi. Hastaya çekilen bilgisayarlı tomografide proksimal ileal anslar düzeyinde meckel divertikülü ile uyumlu görünüm, komşu mezenterik yağ planlarında inflamasyon bulguları, büyümüş lenf bezleri ve divertikül duvarında kalınlık artışı divertikülit lehine düşünüldü. Hastaya öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntülemeler sonucunda meckel divertikülüti ön tanısıyla explorasyon kararı alındı. Operasyonda ileoçekal valve yaklaşık 80 cm uzaklıkla, ince barsağın antimezenterik yüzünde yaklaşık 3 cm'lik uzunluğunda 1,5 cm taban genişliği olan meckel divertikülü inflame olarak görüldü. İnflamasyon daha çok proksimal uçta izlendi. Perforasyon izlenmedi. Divertikül tabanına 60 mm ince doku endoskopik lineer stapler ile rezeksiyonu uygulandı. Piyes endocatch ile batın dışına alındı. Postoperatif 1. günde oral alımı açılan hasta postoperatif 3. günde komplikasyonsuz eksterne edildi. Operasyon materyalinin histopatolojik incelemesinde cerrahi sınırın temiz, malign yada ektopik doku olmadığı bildirilmiş olup, akut inflamasyon saptanmıştır.

Sonuç:
Meckel divertikülünde, divertikül tabanından yapılan laparoskopik rezeksiyon güvenle ve etkin bir şekilde uygulanabilmektedir. Negatif cerrahi sınır elde edilmesi ve lümende obstrüksiyon yaratacak darlık gelişmemesine dikkat edilmesi gerekmektedir.

V-007
Ülseratif Kolite Bağlı Gelişen Toksik Megakolonda Laparoskopik Subtotal Kolektomi

Fazıl Sağlam, Cemal Ulusoy, Burak Güney, Ali Alemdar, Hakan Güven
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş:
Ülseratif kolite(ÜK) bağlı şiddetli atakla gelen toksik megakolon olgusundaki laparoskopik subtotal kolektomi deneyimimizi paylaşmayı amaçlamaktayız.

Olgu:
Bilinen sistemik hastalığı olmayan 45 yaşındaki erkek hastada 1 aydır süren karın ağrısı, bulantı, şişkinlik ve kanlı dışkılama şikayetleri mevcut. Son günlerde şikayetleri artan hasta ateş, şiddetli karın ağrısı ve günde 8-9 kez kanlı ishal şikayetleriyle merkezimize başvuruyor ve lökositoz, lenfositoz, hiponatremi, anemi tespit edilmesi üzerine 'infeksiyöz kolit' ön tanısıyla, enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırılıyor. Toksikolojik, parazitolojik ve serolojik testlerinde pozitiflik saptanmayan hastanın gaita kültüründe üreme olmuyor. Genel cerrahi kliniği kolorektal cerrahi birimimizce değerlendirilen hastanın yapılan kontrastlı bilgisayarlı tomografik(BT) incelemesi; «İnen kolon distal segmentinde ve sigmoid kolonda diffüz belirgin duvar kalınlaşmaları, perisigmoidal yağlı planlarda silik yoğunluk artışları dikkati çekmiştir. Perforasyon lehinde şüpheli bulgu saptanmamış, abse formasyonu lehinde tipik görünüm izlenmemiştir. Distal ileal anslar ve ileoçekal bileşke düzeyinde eşlik eden ek patoloji saptanmaması nedeniyle görünüm; ilk planda ülseratif koliti düşündürmektedir.» şeklinde raporlandı. Gastroenteroloji kliniği ve tarafımızca takibe alınan hastanın yapılan kolonoskopisinde splenik fleksuraya kadar ilerlenebildi. Anal kanaldan itibaren ilerlenebilen kolon segmentine kadar arada sağlam mukoza olmaksızın, proksimalde daha belirgin olmak üzere tüm kolon mukozasının hiperemik, ödemli ve frajil olduğu, inen kolon ve sigmoid kolonda derin yuvarlak beyaz eksudamsı çok sayıda ülser olduğu tespit edildi. Kolonoskopik biyopsi sonucu ülseratif kolitle uyumlu olarak rapor edilen hastaya gastroenteroloji kliniği tarafından medikal tedavi başlandı. Hastanın şikayetlerinin gerilememesi ve akut karın kliniği gelişmesi üzerine yinelenen ayakta direkt karın grafisinde kolon çapının ileri derecede artmış olduğu ve çekumda hava-sıvı seviyeleri olduğu izlendi. Bunun üzerine hastada toksik megakolon düşünülerek cerrahi kararı alındı. 5 trokar ile batına girildi; gözlemde tüm kolonik ansların serozası hiperemik ve ödemli görünümdeydi. Asit mevcuttu. Transvers kolon omentumla tamamen örtülü olduğundan değerlendirilemedi. Çekum ileri derece dilate idi. İntraoperatif kolonoskopi planlanarak çekuma dek ilerlendi, transvers kolon ve çıkan kolonda belirgin olmak üzere derin ülsere ve inflame kolon mukozası izlendi. Kolon içi hava ve sıvılar kolonoskopla aspire edilerek kolon söndürüldü ve kolonoskopiye son verildi. İleoçekal valv bulunarak kolon mezosu lateral ve medialden diseke edilerek sigmoid kolon distaline kadar serbestleştirildi, vasküler yapılarak bağlanarak kolon, mezosundan ayrıldı. Omentum piyese dahil edildi. Sağ alt kadrana ileostomi insizyonu yapılarak çekum ve terminal ileum dışarı alındı, ileoçekal valvden transseksiyon yapılarak çekum karına itildi ve terminal ileum uç ileostomi olarak olgunlaştırıldı. Sol alt kadran insizyonuyla kolon karın dışına alındı, buradan distal sigmoid kolon salim sınırından müköz fistül olarak cilde olgunlaştırılarak ameliyata son verildi. Postoperatif dönemde kolonoskopik biyopsi materyalinden çalışılan CMV PCR›da 1345000 kopya/mL pozitiflik saptanması üzerine enfeksiyon hastalıklarına danışılarak Gansiklovir başlandı. Ağızdan gıda alımında ve gaz-gaita deşarjında problemi olmayan, ateş izlenmeyen hasta antibiyoterapi rejimine ek olarak Mesalazin›in tedaviye eklenmesiyle postoperatif 30. gününde taburcu edildi. Subtotal kolektomi piyesinin patolojisi: kolonda mukozal ülserasyon, iltihabi granülasyon dokusu, inflamatuar psödopolip formasyonu, aktif kronik kolit, kriptlerde distorsiyon-atrofi, apse formasyonu, serozal hiperemi, periappendisit, lenf nodlarında reaktif hiperplazi, şeklinde raporlandı.

Tartışma ve Sonuç:
Akut şiddetli ÜK, hayatı tehdit eden bir durumdur. Hasta yatırılmalı ve gastroenterolog ile kolorektal cerrah içeren multidisipliner bir yönetim sağlanmalıdır. Kabul edildiği

andan itibaren hastaya, medikal tedavi başarısız olursa cerrahi seçenekler hakkında bilgi verilmelidir. Şiddetli ÜK tanısı, ÜK›nin klinik sınıflandırması için kullanılan Truelove ve Witts indeksini temel alır: günde 6 kezden fazla kanlı dışkılama ve taşikardi(90 atım/dk üzerinde) veya ateş(37.8 °C üzeri) veya anemi(Hb:10.5 g/dL altı) veya yüksek eritrosis sedimentasyon hızı(ESR:30mm/saat üzeri). Şiddetli bir atağı tanımlamak için 6 kanlı dışkı sıklığına ek olarak sadece bir kriter yeterlidir. IV steroidler ile yoğun medikal tedavi, görüntüleme çalışmaları ve rutin laboratuvar ile klinik izlem gereklidir. Cerrahi açıdan bakıldığında, sıvı elektrolit tedavisi ve beslenme desteği gibi kan transfüzyonu da sağlanmalıdır. CMV, Clostridium difficile ve diğer bakteriler gibi enterik enfeksiyonlar, kolonoskopi ve biyopsiler yoluyla dışlanabilir. Direkt karın grafileri, toksik dilatasyon veya perforasyon konusunda uyarı verebilir. Herhangi bir klinik bozulma, immünsupresif tedavi sırasında ortaya çıkan toksisite bulguları veya abdominal uyarı işaretleri(peritoneal irritasyonun varlığı vb.) durumunda cerrahi tedavi tercih edilmelidir. Cerrahi tedavi seçeneklerinden, subtotal kolektomi ve ileostomi düşünülebilir. Medikal tedavi, akut şiddetli ÜK vakalarının büyük bir yüzdesinde etkili olabilir. Bununla birlikte, cerrahiyi geciktirerek olumsuz sonuçlara yol açma riski vardır.Akut şiddetli ÜK›nin cerrahi tedavisinde subtotal kolektomi,aşamalı proktokolektomide ilk adım olarak düşünülmüştür.İleostomi ve müköz fistül olsun/olmasın Hartmann kolostomiyle gerçekleştirilen subtotal kolektomi,güvenli ve etkili bir yaklaşımdır.İkinci aşama için hastaya anal rezervuar oluşturulması,kalıcı ileostomi veya aortik anastomoz seçenekleri sunulabilir.Rektal kafın yönetimi tartışmalıdır. Çoğu cerrah rektumu promontoryum seviyesinde böler veya sigmoid kolonun distal kısmını stoma haline getirir.Mükoz fistül yaratılan bu son seçeneğin güvenli olduğu düşünülür, fakat hastada başka bir stoma açılmasına sebep olur ve bunun da yönetimi zor olabilir. Hastanede daha az sürede kalış süresi ve daha az cerrahi alan enfeksiyonu sağlamasıyla, minimal invaziv bir yaklaşım sunan laparoskopik cerrahi, uygulanması önerilen bir yöntemdir.

V-008
Robotik Sağ Hemikolektomi-Komplet Mezokolik Eksizyon

İlyas Kudaş, Ali Kılıç, Abdullah Şişik
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Istanbul

Amaç:
Son dönem tedavi modalitelerinden olan robotik cerrahi günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Genel cerrahi için açık ve laparoskopik olarak tedavisi yapılan kolorektal kanserler robotik cerrahinin en fazla kullanıldığı alanlardan birisi olarak dikkat çekmektedir. Onkolojik cerrahi prensiplerine uygun olarak yapılan sağ hemikolektominin hastanın survisine katkısı pekçok çalışmada gösterilmiştir. Laparoskopiye göre cerrah açısından daha avantajlı olduğunu düşündüğümüz robotik cerrahiyle ilgili yaptığımız sağ hemikolektomi-mezokolik eksizyon olgusunun sunumunu yapmayı amaçladık.

Olgu:
68 yaşında,bayan hasta, halsizlik, yorgunluk ve anemi şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Yapılan kolonoskopisinde çıkan kolonda lümeni daraltan ülserovejetan kitle saptandı. Biyopsi sonucu invaziv adenokarsinom olarak raporlandı. Radyolojik degerlendirmede T3N1M0 (Evre 3) tümör olduğu görüldü. Hastaya robotik sağ hemikolektomi-mezokolik eksizyon ameliyatı yapıldı. Post operatif 4. gününde hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Patolojik evresi pT3N0, tümör tipi invaziv adenokarsinom (fokal %5 müsinöz komponentli) şeklinde belirtildi.

Sonuç:
Sağ kolon tümörlerinde robotik cerrahi ile açık ameliyatta olduğu gibi onkolojik prensiplere göre hareket edilerek ameliyat yapılabilmektedir.

V-009
Laparoskopi Yardımlı Robotik Kompleks Reoperatif Kolorektal Cerrahi

İsmail Ahmet Bilgin, Erman Aytaç, Afag Aghayeva, İlknur Erenler, Bilgi Baca, İsmail Hamzaoğlu, Tayfun Karahasanoğlu
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Robotik cerrahi ergonomik avantajları sayesinde minimal invaziv cerrahinin sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir. Reoperatif kolorektal cerrahide laparoskopi ile birlikte robot kullanımı özellikle daha önce açık cerrahi uygulanan vakalarda minimal invaziv cerrahi kullanımının sınırlarını genişletebilir. Bu video sunumda kompleks reoperatif kolorektal cerrahide robotik ve laparoksopik tekniğin birlikte kullanılmasının etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu:
61 yaşında erkek hasta daha önce bir dış merkezde sigmoid kolonda divertiküler striktür sonucu gelişen çekum perforasyonu nedeniyle yapılan açık sağ hemikolektomi, uç ileostomi ve distal kolonik müköz fistül ameliyatı sonrası definitif cerrahi için kliniğimize refere edildi. Ameliyatta önce laparoskopi ile karın içi yapışıklıklar ayrılarak ostomiler karına duvarından serbestlendi. Daha sonra, da Vinci Xi sistem (Intuitive Surgical Inc., Sunnyvale, CA, USA) kullanılarak kolon diseksiyonu, rezeksiyon ve ileokolik anastomoz yapıldı. Piyes eski kolostomi yerinden karın dışına alındı. Ameliyat sorunsuz tamamlandı. Ameliyat süresi 300 dk ve kan kaybı 250 ml idi. Postoperatif dönemde akut böbrek yetmezliği gelişen hastada bu komplikasyon medikal tedavi ile geriledi. Ameliyat sonrası 6. gün taburcu edildi.

Sonuç:
Kompleks reoperatif kolorektal cerrahide laparoskopik yardım robotik tekniğin uygulanmasını ve etkinliğini arttırabilir.

V-010
Karmaşık Anal Sfinkter ve Perine Defektinin Cerrahi Tedavisi

Bülent Gürbüz[1], Serkan Zenger[1], Murat Pençe[2], Emre Balık[3], Dursun Buğra[3]
[1]VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]VKV Amerikan Hastanesi, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Anal inkontinans, barsak içeriğinin anüs yoluyla çıkışının istemli olarak kontrol edilememesi olarak tanımlanır. Kişinin sosyal ortamdan izolasyonuna yol açan, entellektüel yaşamını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Anorektal cerrahi girişim veya obstetrik travmaya ikincil gelişen anatomik sfinkter defektleri, anal inkontinansın 'cerrahi olarak düzeltilebilir' nedenleri arasında en sık görülenlerdir. Kompleks anal fistül cerrahisi, eksternal anal sfinkterin yaralanması sonucu anal inkontinansa yol açan en yaygın cerrahi girişimdir. Benzer şekilde anal fissür tedavisinde sfinkter germe, hemoroid tedavileri ve yabancı cisim travmaları da anal inkontinans gelişmesinin önemli nedenleri arasındadır.

Anal abse ve anal fistül nedeni ile çoğul cerrahi girişim geçiren, sonuçta anal inkontinans ve perinede defekt gelişen 40 yaşındaki kadın hastaya uygulanan cerrahi girişim, video eşliğinde takdim edilecektir.

Olgu:
40 yaşında kadın hasta, gaz ve gaita tutamama, anal bölgeden akıntı gibi şikayetleri nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde son 2 yıl içerisinde yurtdışında anal abse, anal fistül gibi nedenlerle geçirilmiş 13 ameliyat öyküsü olan hastanın yapılan muayenesinde, inspeksiyonda anal sfinkter bütünlüğünün saat 12 hizasında kaybolduğu, burada sadece fibröz bir bant mevcut olduğu, vagina ile anüs arasındaki doku bütünlüğünün kaybolmuş olduğu tespit edildi. Rektal tuşede anal sfinkter tonusu kaybolmuş idi. Sfinkter rekonstrüksiyonu planlanan hastaya eş zamanlı perine defektinin tamiri için plastik ve rekonstruktif cerrahi ekibi ile konsülte edildi. Stoma içeren bir cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastaya, primer sfinkteroplasti ve flep ile perine defekti kapatılması planlandı. Ameliyat öncesi dönemde barsak temizliği yapıldı. Anüs anteriorundan semisirküler kesi yapılarak bütünlüğü bozulan anal sfinkterin uçları saat 3 ve 9 hizasında bulundu, uygun şekilde diseke edilerek serbestlendi ve uçlar ortaya konulduktan sonra sfinkteroplasti işlemi başarı ile gerçekleştirildi. Perine defekti için plastik ve rekonstruktif cerrahi ekibi tarafından sağ perianal bölgeden transpozisyon flebi hazırlandı ve perine restorasyonu yapıldı. Ameliyat sonrası 1.gün sulu, 2.gün soft gıda alan hasta ameliyat sonrası 3.gününde taburcu edildi. Ameliyat sonrası 10. Ve 20. gün kontrollerinde flebin durumunun iyi, kontinansın yeterli olduğu gözlendi.

Sonuç:
Anal bölge selim hastalıklarına yönelik cerrahi girişimler, anal sfinkter hasarına neden olabilmektedir. Anal inkontinans ile sonuçlanabilecek bu girişimler ciddi morbiditeye neden olabilmektedir. 40 yaşında kadın hastada anal bölgeye uygulanan çoğul cerrahi girişimler sonrası gelişen sfinkter hasarı nedeni ile inkontinans gelişmiş, hastanın yaşam kalitesini, ruh halini, sosyal statüsünü olumsuz yönde etkilemiştir. Bu gibi bazen yüz güldürücü olmayan cerrahilerde multidisipliner yaklaşım gerekebilmekte, bazen de hastanın ileri bir merkeze yönlendirilmesi gerekmektedir. Anal bölge cerrahi girişimlerinde gelişebilecek komplikasyonlar mutlaka akılda tutulmalı ve yapılacak girişimler sonuçları ile birlikte değerlendirilerek en az travmatik yöntem seçilmelidir.

HEMŞİRELİK SÖZEL BİLDİRİLER

HS-001
Stomaya Uyum Sürecinde Eşler Arasındaki İlişkinin Etik İlkeler Açısından İncelenmesi

Zehra Göçmen Baykara[1], Aysel Hin[2], Emine Akar[2], Hülya Acarlar[2], Ayişe Karadağ[3], Sezai Leventoğlu[4]
[1]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Stomaterapi, Ankara
[3]Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Boşaltım amaçlı abdominal stomalar; kanserler, travmalar, inflamatuar bağırsak hastalıkları, tıkanıklıklar gibi nedenlerle oluşturulan yaygın bir cerrahi girişimdir. Stoma, bireyi ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, spritüel boyutta olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Stomalı bireylerin birçok boyutta yaşadıkları problemlerle başetmelerinde destek sistemleri oldukça önemlidir. Özellikle eşler, stomalı bireylerin uyum sürecinde genellikle onların yanında olan ve sorunlarını ortak olarak yaşayan kişilerdir. Bu bağlamda eşler, stomalı birey dışında stomadan etkilenen ve bireyin stomayla yaşamını etkileyen en önemli kişilerdir. Bu etkileme ve etkilenme sürecinde birbirlerini etkileyişleri etik açıdan da tartışılmalı durumlara gelebilmektedir. Literarürde stomalı bireyler ve eşleri ile yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Stomalı birey ve eşlerinin deneyimlerinin etik ilkeler açısından ele alındığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Amaç:
Bu araştırma; stomaya uyum sürecinde eşler arasındaki ilişkinin etik ilkeler açısından incelenmesi amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden birisi olan derinlemesine görüşme yöntemi ile elde edilmektedir.

Gereç-Yöntem:
Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde (GÜSUAM) Stomaterapi ünitesinde gerçekleştirilmektedir. Çalışmada 12 stomalı birey, 12 eşle görüşülmüştür. Araştırmadan elde edilen nicel veriler SPSS 20.0 paket programında sayısallaştırılacak ve sayı ve yüzdelik hesabı yapılacaktır. Nitel veriler, tematik analiz yöntemi ile analiz edilecektir.

Bulgular:
Araştırmadan elde edilen verilere göre; stomalı bireylerin yaş ortalaması 59,16 iken eşlerinin yaş ortalaması 55,33'dür. Bireylerin evlilik süreleri ortalama 34±12'dir. Stomalı bireylerin 10'una kanser ikisine ise inflamatuvar bağırsak hastalığı nedeniyle stoma açılmıştır. Bireylerin 7'sine geçici olarak stoma açılmış ve stomaların 5'ine kolostomi, 5'ine ileostomi ve 2'sine ürostomidir. Araştırmamızda stomanın, stomalı bireyler ve eşlerinin özerkliklerini sınırlandırdığı belirlenmiştir. Fizyolojik yönden stomalı bireylerin eşlerine bağımlılık yaşadıkları, eşlerin ise kendi özerkliklerini sınırlandırdıkları belirlenmiştir. Çiftler, özellikle cinsel yönden sınırlılıklarını aşmakta problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çiftler, kanserin ve stomanın yaşamı yeniden değerlendirme olanağı verdiği, birbirlerine olan bağı güçlendirdiğini belirtmişlerdir. Bazı eşler, eşini artık eş rolünde çıktığını ve "çocuğu/arkadaşı" olduğunu ifade etmişlerdir.

Sonuç:
Bu araştırmadan; stomanın, stomalı bireyle paralele olarak eşlerini de sınırlandırdığı ancak ilişkilerini değiştirmekle birlikte güçlendirdiği sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda, stomaterapi yaklaşımında yalnızca hastanın değil eşlerin de ele alınması önerilmektedir.

HS-002
Kolorektal Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Dilek Gürçayır, Neziha Karabulut
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Erzurum

Amaç:
Bu araştırma kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç-Yöntem:
Araştırma tanımlayıcı ve niteliksel türde planlandı. Haziran 2013-Mayıs 2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi›nde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini kolorektal kanser cerrahisi geçiren, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 120 hasta oluşturdu. Bu örneklem içerisinden 20 hasta ile derinlemesine görüşme gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "FACT-C Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanılarak toplandı. Nicel verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ortalama, standart sapma, bağımlı gruplarda t testi, bağımsız gruplarda t testi; nitel verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemi kullanıldı.

Bulgular:
Araştırmaya katılan hastaların 56.7'sinin erkek, %36.7'sinin 60-69 yaş aralığında olduğu, %57.5'inin okur yazar veya ilköğretim mezunu olduğu, %86.7'sinin evli, %75.8'inin gelir durumunun giderden az olduğu, %56.7'sinin tanısının kolon kanseri olduğu, %65.9'unun laparoskopik cerrahi girişim geçirdiği ve %70.8'inin ameliyat sonrası stomasının olmadığı saptandı. Ameliyat sonrası FACT-C Ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları ameliyat öncesine göre daha düşük olarak tespit edildi ($p<0.05$). FACT-C Ölçeği toplam puan ortalaması ameliyat öncesi 100.95±10.07, ameliyat sonrası 88.90±10.55 idi. Derinlemesine yapılan görüşmeler sonucunda da hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini olumsuz etkileyen faktörler saptandı.

Sonuç:
Kolorektal kanser cerrahisinden sonra hastaların yaşam kalitesinin ameliyat öncesine göre daha düşük olduğu ve yapılan derinlemesine görüşmelerin de bunu desteklediği tespit edildi. Sonuçlar doğrultusunda kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilebilir.

HS-003
Kolorektal Kanserlere Bağlı Stoma Açılan ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Simay Akyüz[1], Sibel Erkal İlhan[2]
[1]*Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*
[2]*Ankara Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara*

Amaç:
Kolorektal kanserlere bağlı stoma açılan ve açılmayan hastaların psikolojik dayanıklılık (resilience) düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığının belirlenmesidir.
• Kolorektal kanserlere bağlı stoma açılan ve açılmayan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyleri nedir?
• Hastaların geçici ya da kalıcı stoma açılma durumu ile psikolojik dayanıklılık (resilience) düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?
• Hastaların demografik özellikleri ile stoma açılan ve açılmayan hastaların psikolojik dayanıklılık (resilience) düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?

Gereç-Yöntem:
Araştırma Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yapılmıştır. Araştırmaya Eylül 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan 76 hasta alınmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama formları "Demografik Veriler Formu", "Şimdiki Hastalık Deneyimi Formu" ve "Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISC-25)" dir. CD-RISC-25 ölçeğinden alınabilecek toplam puan 100 dür. Verilerin analizi için SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. İki grubun karşılaştırmasında sürekli değişkenlerin değerlendirilmesi için t testi, çoklu gruplarda sürekli değişkenlerin karşılaştırılması için ANOVA testi kullanıldı.

Bulgular:
Hastaların ortalama yaşı 58.03±12.79 yıl (min: 22, max: 85 yıl) idi. Hastaların % 36,8'i (n=28) kadın, % 63,2'si (n=48) erkek ve % 93,4'ü (n=71) evliydi. Eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde araştırmaya katılan ilkokul ve üniversite mezunu hastaların oranları eşit olup % 27,6 (n=21) idi. Meslekleri açısından incelendiğinde hastaların % 43,4'ü (n=33) emekli, kadınların ise % 28,9'unun (n=22) ev hanımı olduğu saptandı. Hastaların % 82,9'unun (n=63) gelir düzeyi asgari ücret üstü idi. Araştırmada hastaların % 51,3 (n=39) kolon kanseri ve % 48,7 (n=37) rektum kanseri idi. Hastaların % 48,7'sine (n=37) stoma açıldı. Kolorektal kanserli hastaların psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları 59,35±14,12 olarak bulundu. Kadın ve erkek hastalarda psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı. Üniversite ve üzeri eğitim alan hastaların psikolojik dayanıklılık puan düzeyleri diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı idi. Stoma tipi (ileostomi, kolostomi) ve özelliğinin (geçici, kalıcı) psikolojik dayanıklılık puan düzeylerini etkilemediği saptandı. Stoma açılan ve açılmayan hastalar karşılaştırıldığında, stoma açılan hastalarda psikolojik dayanıklılık puan düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı ve düşüktü. Stoma açılan 66 yaş ve üzeri hastaların diğer yaş gruplarındaki hastalara göre psikolojik dayanıklılık puanları, stoma açılan erkek hastaların stoma açılmayan erkek hastalara göre psikolojik dayanıklılık puanları daha düşük bulundu.

Sonuç:
Araştırma sonuçlarına göre kolorektal kanserli hastaların psikolojik dayanıklılık toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Tipi ve özelliği farketmeksizin stomanın varlığının, kolorektal kanserli hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyini olumsuz etkileyen bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Kolorektal kanserli hastalarda hemşirelik bakımının temeli, hastaların tanılarını ve stoma varlığını kabullenmesinin ardından, yaşam tarzı değişiklikleri ve çevresel desteklerle hastalarda psikolojik dayanıklılığın güçlendirilmesinin sağlanmasıdır. Bu doğrultuda hemşireler psikolojik dayanıklılığı geliştirebilecek bakım girişimleri planlamalıdırlar.

HS-004
Bağırsak Stoması Açılan Bireylerin Eşlerinin Yaşadıkları Sorunlar

Gözde Türkmenoğlu[1], Ayişe Karadağ[2]
[1]*VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri, İstanbul*
[2]*Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul*

Amaç:
Bu çalışma bağırsak stoması açılan bireylerin eşlerinin yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Araştırma, 2 Kasım 2015 – 29 Şubat 2016 tarihleri arasında VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ameliyat olan 80 stomalı birey ve eşleri ile yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın uygulaması için Koç Üniversitesi Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve verilerin toplandındığı hastanelerin yönetimlerinden yazılı izin alınmıştır. Stomalı bireyler ve eşleri araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Bulgular:
Araştırmaya katılan stomalı bireylerin yaş ortalaması 56.53±14.57, %62.5'i erkek, %36.3'ü ilköğretim mezunu, %68.8'i ameliyattan sonra çalışmamaktadır. Stomalı bireylerin %60.0'ının tanısı rektum kanseridir, %72.5'ine ileostomi açılmış, %60.0'ının stoması geçici ve %77.52inin stoma bakımını yakını yapmaktadır. Stomalı bireylerin eşlerinin yaş ortalaması 54.14±13.63 olup, %62.5'i kadın, %30.0'u lise mezunudur. Ortalama evlilik yılı 29.87±14.52'dir ve %70.0'ı çalışmamaktadır. Eşlerin en sık yaşadıkları sorunlar; kötü koku (%63.7), peristomal cilt problemleri (%35.0), ev işleri (%33.7), anksiyete (%32.5), sesli gaz çıkışı (%31.2), adaptörü kesme (%31.2), umutsuzluk (%30.0) ve stomanın görüntüsü (%28.7) ile ilgilidir. Stoma bakımında sorun yaşayan eşlerin yaş ortalaması istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0.05$). Kadınların erkeklere göre daha fazla psikolojik sorunlar yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$).

Ekonomik sorunlar, çalışmayan bireylerde istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Eşi ile odasını/yatağını ayıran bireylerin yaş ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç:
Stomalı bireylerin eşleri, fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlara yönelik bakım, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması önerilmektedir.

HS-005
Stoma Eşleri Nasıl Etkiler?

Gözde Türkmenoğlu[1], Ayişe Karadağ[2]
[1]VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Amaç:
Bu çalışma bağırsak stoması açılan bireylerin eşlerinin yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı araştırmada elde edilen nitel verilerin analizlerini içermektedir.

Gereç-Yöntem:
Araştırmanın verileri, 2 Kasım 2015 – 29 Şubat 2016 tarihleri arasında VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ameliyat olan stomalı bireylerin eşleri (n=80) ile yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen açık uçlu soruları içeren anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın uygulaması için Koç Üniversitesi Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve verilerin toplandındığı hastanelerin yönetimlerinden yazılı izin alınmıştır. Stomalı bireyler ve eşleri araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Bulgular:
Araştırmaya katılan stomalı bireylerin eşlerinin yaş ortalaması 54.14±13.63, evlilik yılı ortalaması ise 29.87±14.52'dir. Eşlerin %62.5'i kadın ve %30.0'u lise mezunudur. Stomalı bireylerin eşlerinin açık uçlu sorulara verdikleri cevaplarda yaşadıkları sorunlar üç tema altında gruplandırılmıştır. Bu gruplardan ilki "Eşlerin stomaya ilişkin duygu ve düşünceleridir." Bu grupta eşler, hastalığın seyri hakkında belirsizlik yaşadıklarını ve stomanın kirlilik anlamına geldiğini belirterek stomayı "kiraz, et parçası" gibi farklı şekillerde benzetmelerde bulunmuşlardır. Eşlerin yaşadıkları ikinci sorun grubu "Stoma ile yaşamaya uyum" la ilgilidir. Eşler bu başlık altında günlük yaşamın rutinler içinde stomanın oluşturduğu uyum sorunlarını "sürekli beraberiz, yemek düzeni değişti" ve bunlara yönelik kendi çözümlerini "alışverişi eve sipariş yöntemi ile yaptık" ifadeleri ile paylaşmışlardır. Üçüncü sorun alanı ise "Ekonomik ve bürokratik sorunlar" dır. Bu başlık altında hastalık ve tedavi süreci ile malzeme temininde yaşadıkları sorunları "ücretler pahalı, bağış malzemelerden kullanıyoruz" diyerek belirtmişlerdir.

Sonuç:
Bu çalışma stomalı bireyler kadar eşlerinin de stomadan etkilendiklerini göstermiştir. Çalışmanın bulguları doğrultusunda stomaterapi hizmetlerinin stomalı bireylerin eşlerini de kapsayacak şekilde sunulması önerilmektedir.

HS-006
İleostomili Hastaların Yaşam Deneyimleri, Duygu ve Algıları Nitel Bir Çalışma

Yasemin Akıl[1], Farma Eti Aslan[2]
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Ankara
[2]Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Amaç:
Stoma uygulamaları yaşam biçiminde köklü değişiklik yapar. Bu araştırma bir stoma türü olan ileostomide hastaların yaşam deneyimlerini, duygularını ve algılarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç-Yöntem:
Niteliksel tipteki bu araştırma, 15 Mart- 15 Haziran 2015 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Stomaterapi Ünitesine başvuran kalıcı ileostomisi olan 14 hasta ile yapıldı. Bireysel özelliklere ilişkin veriler veri toplama formuna kayıt edildi. Derinlemesine görüşme yöntemi ile yapılan çalışmada ileostomili hastaların yaşam deneyimi, duyguları ve algılarına yönelik soru/temalara verilen yanıtlar teyp kaydına alındı. Veriler temel içerikleri çözümlenerek analiz edildi.

Bulgular:
Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 52±12 (23-73), %57.1'i erkek, %71.4'ü evli, %57.1'si ilkokul mezunu, %42.8 ev hanımı idi. İleostomili hastaların sızıntı problemi yaşadığı, sızıntı olur endişesinin uyku düzenini ve kıyafet seçimini etkilediği, sosyal yaşamda kısıtlılıklar yaşadıkları belirlendi. Duygu durumları ve algılarının ilk zamanlar olumsuz olduğu belirlendi. Bununla birlikte, ileostomili olmayı yaşamın sürdürülmesi için zorunluluk olarak algılayanların yanı sıra olumlu algılayanlarda vardı. Ayrıca stomalı hastalarla bilgi paylaşmanın, sosyal ve profesyonel destek almanın duyguları olumlu etkilediği bulundu.

Sonuç:
Bu çalışmada ileostomili hastaların en fazla sızıntıdan rahatsız oldukları bu nedenle uyuyamadıkları, kıyafet seçiminde güçlük yaşadıkları anlaşıldı. Ayrıca bu yaşam biçimine alışmada zamana gereksinimleri olduğu görüldü. Bu sonuçlara dayanarak sızıntıya neden olmayacak, uygun ileostomi malzemesinin belirlenmesi ve kıyafet seçimi konusunda rehberlik yapılması önerilmektedir. Ancak, ileostomili hastaları temsil eden daha farklı örneklemlerde çalışılmasına ve ileri araştırmalar yapılmasına gereksinim vardır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar araştırmanın yapıldığı kurumda ileostomili hastaların bakımına yönelik kanıt oluşturmak üzere değerlendirilecektir.

HS-007
Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Banu Çevik[1], Ziyafet Uğurlu[1], Aysel Abbasoğlu[1], Azize Karahan[1], Çiğdem Saltan[2]
[1]*Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara*
[2]*Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara*

Amaç:
Bu çalışma ostomili bireylerin ostomiye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Tanımlayıcı türde olan bu çalışma bir üniversite hastanesinde 1.09.2015- 1.01.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya 2013-2016 yılları arasında ostomi açılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 71 hasta alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği üniversitenin araştırma ve etik kurulundan, hastane yönetiminden ve hastalardan gerekli izinler alınmıştır. Veri toplama aracı olarak demografik ve hastalık özelliklerini belirlemeye yönelik 23 sorudan oluşan bir form ve geçerlik güvenirliği Karadağ ve ark. tarafından (2011) yapılan Ostomi Uyum Ölçeği (OUÖ-23) kullanılmıştır. Bu ölçek dört alt gruptan (kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum, öfke) oluşmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi dörtlü likert tipinde puanlanmakta (0-4 puan) ve puanın artması uyumun da arttığını göstermektedir. Veriler SPSS 17.00 programına aktarıldıktan sonra tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskall-Wallis ve sperman korelasyon testleri ile gerekli analizler yapılmıştır.

Bulgular:
Hastaların yaş ortalaması 56.62±13.39, %77.5'i kadın, %74.6'sı evli, %52.1'i lise mezunu, %12.7'si bir işte çalışmaktadır. Hastaların %63.4'üne kolostomi, %32.4'üne ileostomi ve %4.2'sine ürostomi açılmıştır. Ostomilerin %70.4'ü geçici özelliktedir. Hastaların %85.9'u stoma bakımı hakkında bilgi aldığını ve %73.2'si bilgisinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Hastaların %53.5'i stoma ile ilgili sorun yaşadığını belirtirken, sorunun en fazla stoma bakımı (%31) ile ilgili olduğu; %19.7'sinin ise yaşadıkları sorunlar nedeniyle hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Hastaların OUÖ-23 toplam puan ortalaması 57.97±5.52 (min:38, mak:70) olarak belirlenmiştir. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre OUÖ-23 puanları incelendiğinde; çalışmayanların çalışanlara göre kaygı/endişe puanları (11.66±1.8;10.22±1.3;p=0.014) ve sosyal uyum puanlarının(9.53±2.1; 7.89±1.1;p=0.017); ameliyat öncesi ostominin açılacağı yer söylenmeyenlerin söylenenlere göre kabul etme puanlarının(28,44±5.4, 25.36±5; p=0.017) ve ölçek toplam puanlarının(61.22±4.2; 55.98±5.3; p<0.001); ostomi nedeni ile sorun yaşayanların yaşamayanlara göre kabul etme puanlarının (28.21±5.7;24.61±4.1;p=0.010) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ostomi bakımını kendisi yapan hastaların, başkası tarafından ostomi bakımı yapılanlara göre öfke puanlarının (12.47±2.26, 9.69±2.4;p=0.003) ve ilköğretim mezunu olanların, üniversite mezunu olanlara göre sosyal uyum puanlarının(11.33±2.06;8.38±1.4; p=0.004) daha yüksek diğer bir ifade ile uyumlarının daha fazla olduğu ve farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kaygı/endişe puanı ile yaş arasında (r:0.25, p=0.032) ve öfke puanı ile ostomiye sahip olma süresi (r:0.3, p=0.008) arasında pozitif yönde; kabul etme ile ostomiye sahip olma süresi arasında negatif yönde bir ilişki(r:-0.24, p=0.41) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç:
Ostomiye uyum sağlamayı olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen çok sayıda değişken bulunmaktadır. Hemşirelerin, ostomiye uyumu etkileyen faktörleri dikkate alarak bakımı planlaması, hastaların uyum sağlama sürecini artırabileceği gibi yaşam kalitelerini de artıracaktır.

HS-008
Stoması Olan Bireylerin Cinsel Doyum ve Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Emel Sütsünbüloğlu, Fatma Vural
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Amaç:
Stomalı bireylerin cinsel doyum ve fonksiyonlarını değerlendirmektir

Gereç-Yöntem:
Örnekleme İzmir'de bulunan bir üniversite hastanesinden en az üç ay stoması olan 100 birey alındı. Veriler Mart 2015- Mart 2016 tarihleri arasında Hasta Tanıtıcı Özellikler formu, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ), Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EİUD), Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın (GRCDÖK) ve Erkek (GRCDÖE) formu kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi, Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular:
Kadınların (n:24) GRCDÖ puan ortalaması 6.20±2.02 ve KCİÖ puan ortalaması 6.17±8.97; erkeklerin (n:76) GRCDÖE puan ortalaması 7.43±1.44 ve EİUD puan ortalaması 23.5±18.0'dır. Erkeklerin %60.5'inin (n:46) ağır erektil disfonksiyon, %21.1'inin (n:16) orta erektil disfonksiyon ve %10.5'inin hafif/orta erektil disfonksiyon yaşadığı bulundu. Stomalı bireylerin %79'u ameliyat öncesi bilgilendirmede gelişebilecek cinsel sorunlar hakkında bilgi almadığını, %83'ü (n:83) stoma açılmasından sonra yaşadıkları/yaşayabilecekleri cinsel sorunların tedavisine yönelik bilgi almadığını ifade etti. Stoma açıldıktan sonra bireylerin %62'si (n:62) cinsel yaşamında sorun yaşadığını, cinsel sorun yaşayan bireylerin %45.2'si (n:28) bu sorunları eşi, %14.5'i (n:9) hekimi ile paylaştığı, %32.3'ü (n:20) ise hiç kimse ile paylaşmadığını ifade etti. Kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu ile KCİÖ puan ortalaması arasında, eğitim durumu, medeni durum ve kronik hastalık, stomanın geçici veya kalıcı olması ile GRCDÖK puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (p<0.05). İlaç kullanan ve kronik hastalığı olan kadınların KCİÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlendi. İlköğretim mezunu, bekar, kronik hastalığı olan, kalıcı stomalı kadınların GRCDÖK puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Erkeklerin sosyodemografik, stoma özellikleri (stoma tipi, kalıcı/geçici) ve tedavi özelliklerine (ameliyat türü, ameliyat öncesi ve sonrası kemoradyoterapi

alma) göre EİUD ve GRCDÖE puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (p>0.05). Stomalı kadınların tedavi özelliklerine göre GRCDÖK ve KCİÖ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (p>0.05).

Sonuç:
Stoma açılmasının ardından stoma tipi ve cinsiyet farkı olmadan bireylerin cinsel doyumlarının azaldığı ve ciddi cinsel disfonksiyon yaşadıkları görülmektedir.

HS-009
Kolostomi ve İleostomisi Olan Hastalarda İbadet Gereksiniminin Karşılanma Durumu: Sistematik Derleme

Burcu Duluklu, Sevilay Şenol Çelik
Hacettepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Giriş:
Amerikan Kanser Birliği 2016 raporuna ve Türkiye Kanser İstatistikleri 2016 verilerine göre kolorektal kanserler hem kadınlarda hem de erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser türüdür. Artan kanser insidansının pararlelinde uygulanan cerrahi girişimlere bağlı olarak stoma açılması yaygınlaşmaktadır. Stoma cerrahisine bağlı olarak bireylerin dini ibadetlerini yerine getirmede endişe, korku ve birçok problem yaşadıkları ve bu konuda bilgi eksiklerinin olduğu belirtilmektedir. Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından stomalı bireylerin dinen mazeretli sayıldıkları için namaz kılarken stomalarından gelen idrar, dışkı veya gazın namaz kılmalarında, Kur'an-ı Kerim okumalarında, oruç tutmalarında ve diğer ibadetlerini yapmalarında sakınca yaratmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın, stoması olan bireylerin ibadet etme ile ilgili sorunlarını ortaya çıkararak, bu sorunlara yönelik çözüm önerileri getirmede yol göstereceği düşünülmektedir.

Amaç:
Bu araştırmada, kolostomi ve ileostomisi olan hastaların ibadet gereksiniminin karşılanması ile ilgili çalışmaların sistematik olarak tanımlanması ve analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:
Araştırmanın konusuyla ilgili çalışmaları belirmek için uluslararası ("Ovid LWW Total Access", "Wiley Online Library", "Google Scholar", "PubMed", "Science Direct", "Web of Science", "Scopus", "MEDLINE-EBSCOHost", "Cochrane Database of Systematic Reviews") ve ulusal ("Türk Tıp Dizini", "Ulusal Tez Merkezi") veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Veri tabanlarındaki çalışmalar "kolostomi", "ileostomi" ve "ibadet" anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır. Araştırmaya; Ocak 1997-Şubat 2017 tarihleri arasında, kolostomi ve ileostomisi olan hastaların ibadet gereksinimlerini değerlendiren, tam metnine ulaşılabilen, Türkçe ya da İngilizce yazılmış çalışmalar dahil edilmiştir. Bu taramada yöntemi "sistemik inceleme" olan çalışmalar araştırmaya dahil edilmemiştir. Taramalar sonucunda toplam 993 çalışmanın, 977'si konu dışında kalmış ve 16'sı dâhil edilme kriterlerine uygun olduğu belirlenmiştir. Aynı olan 6 çalışma, araştırmanın örnekleminden çıkarılarak geriye 10 çalışma sistematize edilerek incelenmiştir.

Bulgular:
Tarama sonucunda elde edilen 10 çalışmanın 5'inin tanımlayıcı/kesitsel, 5'nin niteliksel tipte; örneklem sayılarının ise en az 1, en fazla 178 ve toplam 630 olduğu belirlenmiştir. Çalışmaların 4'ünde yaşam kalitesi ölçeği; 3'ünde ibadetle ilgili soruları içeren soru formu; 2'sinde fekal inkontinans, stomaya ilişkin yaşanan sorunlar ya da günlük yaşam aktivitesi ile ilgili soruları içeren soru formu; 4'ünde yarı yapılandırılmış soru formu; 4'ünde maneviyatı, ibadeti, uyumu ya da anksiyete/depresyonu içeren ölçekler kullanılmıştır. Çalışmalarda örneklem grubunu oluşturan hastaların çoğunluğunun (7 çalışmada tamamı) Müslüman; çok azının Ateizm, Budizm, Teozim ya da Hiristiyanlık mensubu olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına giren iki çalışma İngiltere ve Hindistan'da gerçekleştirilmiş olmasına rağmen örnekleme dahil edilen hastaların dini inançları belirtilmemiştir. Araştırma kapsamında yer alan çalışma sonuçlarına göre kolostomi ve ileostomisi olan hastaların ibadetle ilgili sorunlar yaşadığı görülmüştür. Hastaların ameliyattan sonra namaz kılma sıklıklarının ve camide namaz kılma durumlarının azaldığı; evde tek başına namaz kılma durumlarının arttığı; Cuma, cenaze, bayram ve vitr namazlarına katılma sıklıklarının azaldığı; oruç tutma sıklıklarının azaldığı; zekat verme ve dini yerlere gitme sıklıklarının azaldığı bulunmuştur. Stoması olan bireyler stomanın abdest almada bir engel olduğunu, ibadet sırasında stoma torbasının gevşemesinden endişe duyduklarını, camide gaz çıkarma endişesi yaşadıklarını ve her ibadet öncesinde defalarca abdest aldıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler:
Bu çalışmanın sonuçlarına göre; stoma cerrahisine bağlı olarak bireylerin dini ibadetlerini yerine getirmede birçok problem yaşadıkları görülmektedir. Stomalı bireylere ve ailelerine ibadet etmeyle ilgili problemlerin çözümlerine ilişkin danışmanlık verilmesi ve eğitim yapılması; web tabanlı eğitim gibi farklı eğitim yöntemlerinin kullanılması ve bu konuda sosyal destek programlarının oluşturulması önerilmektedir.

Çalışmaların Özellikleri

ÇALIŞMALAR	SAYI
Anahtar kelimeler; "kolostomi", "ileostomi" ve "ibadet"	
İlgili çalışmalar	993
Dahil edilme kriterlerini sağlayan çalışmalar	10
Sistematize edilen çalışmalar	
• Tanımlayıcı, kesitsel	5
• Niteliksel (Fenomenolojik, anlatım, derinlemesine görüşme)	5
Çalışmaların örneklemi	
• En az	1
• En çok	178
• Toplam	630

Bu tabloda taranan çalışmaların yöntemleri ve örneklem özellikleri hakkında bilgi verilmiştir.

HS-010
Evde Hemşirelik Bakımının Peristomal Cilt Komplikasyonlarının İyileştirilmesine Ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Deniz Harputlu[1], Süheyla Altuğ Özsoy[2]
[1]*İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir*

Amaç:
Stoma açılan bireylerde, cerrahi işleme, altta yatan patolojiye, yetersiz preoperatif hazırlığa ya da postoperatif bakımdaki eksikliğe bağlı olarak birçok komplikasyon gelişebilmektedir (1). Araştırmamız, evde hemşirelik bakımının peristomal cilt komplikasyonlarınının iyileştirilmesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla tasarlanmış kontrol gruplu "zaman dizisi" modelinde deneysel bir araştırmadır.

Gereç-Yöntem:
Araştırma Haziran 2010-Mart 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini (N=1269), İzmir İl merkezinde yaşayan stomalı bireyler, örneklemini ise, peristomal ciltte komplikasyonu bulunan 18 yaşından büyük, kolostomi veya ileostomisi olan 35 stomalı birey oluşturmuştur. Örneklemdeki 18 birey uygulama grubuna, 17 birey kontrol grubuna alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında, Stomalı Bireyleri Tanılama Formu, Peristomal Cilt Aracı ve Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Uygulama ve kontrol grubundaki bireylerin verileri, uygulama grubuna yapılan 7 izlem (ilk izlem ve 6 ev ziyareti) ve kontrol grubuna yapılan 2 izlem (ilk izlem ve poliklinik kontrolü) ile toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır.

Bulgular:
Uygulama ve kontrol grubundaki bireylerin ilk değerlendirmesinde peristomal cilt komplikasyon puanı yönünden homojen oldukları belirlenmiştir (Uygulama grubu=6.22±1.47, kontrol grubu=6.11±1.96, p=0.776). Uygulama grubuna yapılan ev ziyaretleri sonucu elde edilen komplikasyon puanı ile kontrol grubunun bir ay sonra değerlendirilmesi ile elde edilen puanlar arasında farklılık olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Uygulama grubu=0.44±0.85, kontrol grubu=4.76±2.30, p=0.00). Uygulama grubundaki bireylerin ilk değerlendirmedeki yaşam kalitesi puan ortalamaları 72,63±11,48 olarak, son değerlendirmedeki yaşam kalitesi puan ortalamaları 78,12±9,66 olarak bulunmuştur. İki ölçüm arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur (P<0,05, t= -3,078). Kontrol grubundaki stomalı bireylerin ilk değerlendirmedeki yaşam kalitesi puan ortalamaları 66,73±17,52 son değerlendirmedeki yaşam kalitesi puan ortalamaları 71,83±18,37 olarak bulunmuştur. İki ölçüm arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur (P<0,05, t= -2,252).

Sonuç:
Evde bakımın peristomal cilt komplikasyonlarının iyileştirilmesinde etkili olduğu, yaşam kalitesi üzerinde de dolaylı olarak olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.

Kaynaklar:
1- Jemec GB, Martins L, Claessens I, Ayello EA, Hansen AS, Poulsen LH, Sibbald RG (2011). Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. British Journal of Dermatology, 164(2): 330-335.

HS-011
Mukokutanöz Ayrışmada Etkin Yara Yönetimi ve Stoma Bakımı Birlikteliği: Olgu Sunumu

Halime Aydın, Mustafa Öncel
Medipol Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Stoma, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuar bağırsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir.
Stoma sık başvurulan bir cerrahi yöntem olmasından dolayı, cerrahi tekniklerdeki gelişmeye ve alınan önlemlere rağmen komplikasyon oranı yüksektir. Stomalı bireylerde, cerrahi işleme, altta yatan patolojiye, yetersiz preoperatif hazırlığa yada postoperatif bakımdaki eksikliğe bağlı olarak birçok komplikasyon gelişebilmektedir. Mukokutanöz Ayrılma, Stomanın cilt ile birleştiği yerden ayrılmasıdır stomanın erken komplikasyonları arsında yer alır. Nedenleri: Uygun olmayan dikiş materyallerinin kullanılması, Doku perfüzyon yetersizliği (Diyabet, radyasyon, yaşlılık, steroid ve immnosüpresif tedavi) Dikişlerin gergin olması, stomanın kötü oluşturulması olabilir. Ayrılma yüzeysel ya da derin, kısmi ya da tam olabilir. Stoma çevresindeki iltihap, enfeksiyon stomanın ayrışmasına yol açabilir. Bu komplikasyon oluştuğunda stoma bakımının yönetimi oldukça zor olmakta stoma adaptörü cilde tuturulmakta zorluk çekilmektedir. Bu olguda amacımız mukokutanöz ayrılma olan bir hasta da yara yönetimi ve stoma bakımının özellikli yönetimini paylaşmaktır.

Olgu:
Hasta 67 yaşında Rektum ca tanısı konulan, dış merkezde kolon rezeksiyonu yapılmış ve geçici kolostomi açılmış bir kadın hastadır. Ameliyattan dört ay sonra ünitemize başvurdu Yapılan ilk muayenede peristomal alanda 6x5x2 ölçülerinde mukokutanöz ayrılma tesbit edildi. Şikayeti adaptör torba sisteminin ciltten sürekli ayrılması ve sızıntı olmasıydı. Düz adaptör torba sistemi kullanıyordu. Daha önce pek çok yere başvurduğunu fakat adaptör sistemini tutturamadığını ifade etti. Subkutan doku kaybı cilt altında eksuda miktarını artırarak adaptörün ciltten ayrılmasına neden oluyordu. Hasta hiçbir yere gidemiyor, sızıntı olur korkusuyka ayağa kalkamadığını ifade ediyordu. Yara Yönetimi ve Stoma Bakımı:
Peristomal alanda derin doku kaybı vardı. Granilasyon oluşturarak deriliği doldurmak amacıyla kavite içine alginat uygulandı. Etrafına saten tabaka oluşturan sprey uygulandı. Alginat üzerine hidrokolloid plaka yerleştirildi. Daha sonra stoma etrafına pasta uygulaması yapıldı ve konvex adaptör uygulandı. Destek amacıyla adaptöre kemer takıldı. Bu uygulama tekniği hasta yakınlarına öğretildi. İlk günlerde bu şekilde adaptör sızıntı yapmadan bir gün kalabiliyordu. Hasta haftalık poliklinik kontrolüne çağırıldı. Aynı şekilde devam eden stoma ve yara bakımı ile artık adaptör ciltte

üç gün kalabiliyor ve cilt altı doku yükseliyordu. Üç hafta sonunda ayrılma ölçüleri 4x2x0.5 olmuştu. Yara bakımına tül yara örtüsü ile devam edildi. Bie hafta sonra epitelizasyonu sağlamak amacıyla köpük yara örtüsü kullanıldı. Altı hafta sonra derinlik granulasyonla dolmuş ve yara yüzeyi epitelize olmuştu.

Sonuç:
En son poliklinik kontrolünde granulizasyon ve epitelizasyon ile tamamen mukokutanöz ayrılma kapanmıştı. Hastaya torba adaptör sistemi sorun olmadan uygulanabiliyor ve ciltte sızıntı olmadan üç gün kalabiliyordu.
Stoma komplikasyonlarının yönetimi ve sağlıklı stoma bakımı yapılabilmesi için deneyimli stoma ve yara bakım hemşirelerine ihtiyaç vardır.
Sonuç olarak; Mukokutanöz Ayrılmada Etkili Yara Yönetimi, Stoma Bakımının birlikte yapılması ve kanıta dayalı yara bakım uygulamalar ile sorun çözümlenerek adaptör sisteminin üç gün kalması sağlanmış, hastanın yaşam kalitesi artırılmıştır.

HS-012
Girişimsel Hemoroid Tedavisi Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Konstipasyon Sorunu ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi

Burcu Opak Yücel, Mevlüde Karadağ, Melek Balcı
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Giriş:
Konstipasyon; dışkının sert olması, dışkılama sayısının azlığıdır. Konstipasyon, yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen, bireye getirdiği sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar ve toplumumuz için bildirilen oranların yüksek olması nedeni ile önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte ve yaşam kalitesini etkilemektedir.

Amaç:
Bu çalışmanın amacı girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların yaşadıkları konstipasyon sorunları, baş etme yöntemleri ve yaşam kalitelerine etkisinin belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem:
Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ve araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak geliştirien soru formu kullanılmıştır. KCÖ'den alınabilecek toplam puan en düşük 0, en yüksek 73'tür. Ölçekten alınan yüksek puan belirtilerin ciddi olduğunu gösterir. KYKÖ'den alınabilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28'dir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Verilerin analizinde yüzdelik sayılar kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan yazılı izinler, hastalardan da gönüllülük esasına dayalı olarak yazılı onam alınmıştır.

Bulgular:
Çalışma 78 kişi ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %51,3'ü çok sık konstipasyon sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Konstipasyon sorunu yaşayan hastaların %38,5'inin haftada iki defa konstipe olduğu saptanmıştır. Konstipasyon yaşayan hastaların sadece %41'inin beslenmesinde konstipasyonu önlemeye yönelik değişiklik yaptığı saptanmıştır. KYKÖ'den alınan ortalama puan 59,22, KCÖ'den alınan ortalama puan ise 34,37'dir. Buna göre hastaların konstipasyon ciddiyet düzeyinin orta düzeyde olduğu, hastaların yaşam kalitelerinin ortaya yakın düzeyde etkilendiği görülmüştür.

Sonuç:
Girişimsel hemoroid tedavisi sonrası hastaların yarısının konstipasyon yaşadığı ve yaşadıkları konstipasyonun orta ciddiyet düzeyinde olduğu saptanmıştır. Buna bağlı olarak hastaların yaşam kalitelerinin etkilendiği belirlenmiştir. Girişimsel hemoroid tedavisi sonrasında uygulanacak hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde konstipasyonu engellemeye yönelik girişimler yer verilmesi önerilmektedir. Uygun hemşirelik bakımı ve yönetimiyle hastaların yaşam kaliteleri daha iyi seviyeye getirilebileceği düşünülmektedir.

HS-013
Kolostomili Kastalarda Koku Sorunu ve Hemşirelik Bakımı: Literatür İncelemesi

Mesude Yılmaz[1], Seher Ünver[2]
[1]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Edirne*
[2]*Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Edirne*

Amaç:
Kolorektal kanserlerin, ülkemiz 2016 verilerine göre en çok görülen kanser türlerinin içerisinde 3. sırada yer alıyor olması ve bu kanser türünün barsak stoma açılmasının primer nedeni olması nedeniyle, kolostomi ile yaşamını sürdüren birey sayısı da giderek artmaktadır. Bu artış dolayısı ile hemşirelik bakımına da yansımakta olup, hastalarda sık yaşanan problemlere yönelik yapacakları girişimler ile hastaların yaşam kaliteleri arttırmalarının önemi artmaktadır. Literatürde kolostominin hastalarda beden algısının değişmesine, benlik saygısının azalmasına ve çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olduğunu bildiren tanımlayıcı çalışmalar mevcut olup, fizyolojik sorunlar içerisinde yer alan koku sorununun ise hastaları sadece fizyolojik olarak değil, psikolojik ve sosyal olarak da etkilemesi sebebiyle ayrı bir önem taşıdığı bildirilmektedir.

Bu literatür incelemesinin amacı; ülkemiz yayımlanan çalışmalarda, kolostomili hastalardaki koku sorununun ve uygulanan hemşirelik bakımının incelenmesidir. Yapılacak araştırmadan elde edilecek bulguların, mevcut durumu belirlemeye ve konuya yönelik yapılabilecek yeni çalışmalara yol gösterici olmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gereç-Yöntem:
Literatür incelemesi düzeninde yapılan çalışmada, amaca uygun olarak "Google Akademik" arama motoru kullanılarak, 2007-2017 yıl aralığında tam metnine ulaşılabilen ve dili Türkçe olan hakemli dergilerde "kolostomi", "koku","fizyolojik sorun", "hemşirelik bakımı" anahtar kelimeleri tarandı. Arama kriterleri arasında; derginin ulusal ve dilinin Türkçe olması, çalışmanın örnekleminde kolostomili hastaların olması, bulgular arasında anahtarı kelimelerin yer alması, 2007-2017

yılları arasında yayınlanmış olması ve tam metnine ulaşabilir olması yer aldı. Ulaşılan tüm makaleler incelendi ve toplamda 7 makaleye ulaşıldı. Makalelerin 1'inin derleme, 3'ünün bulguları arasında aranan anahtar kelimelerin olmaması nedeniyle elendi ve toplamda 3 araştırma makalesi incelemeye alındı. Veri formuna çalışma yılı, amacı, tasarımı, örneklem büyüklüğü, kolostomili hastaların koku sorununa ilişkin bulguları kayıt edildi.

Bulgular:
Literatür incelemesi neticesinde elde edilen çalışmaların ikisi 2007, biri 2014 yılında, anket ve görüşme yöntemleri kullanılarak, 8-45 arasında değişen kolostomi hastalarını kapsayan bir örneklemi içermekte idi. Çalışmaların amaçları kolorektal cerrahi geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası deneyimlerini incelemek, kolostomisi olan bireylerin beden imajı ve benlik saygılarını incelemek ve stoması kapatılan bireylerin ilk barsak boşaltımına ilişkin duygu ve düşüncelerini belirlemek amacı ile yapılmıştı. Nitel çalışmaların birinde 8 hastadan 5'inin koku problemi ile ilgili kötü deneyimler yaşadığı, diğer nitel çalışmada ise 26 hastanın 9'unun sızıntı ve gaz çıkışı konusunda zorluk yaşadığı belirlenmiştir. 45 kolostomi hastasında yürütülen diğer bir çalışmada ise kolostomi şikayeti olan on hastanın birinin koku sorunu olduğu saptanmıştır.

Sonuç:
Yapılan literatür incelemesinde, ülkemizde kolostomili bireylerin sadece fizyolojik boyutta kalmayıp, sosyal ve psikolojik yönden de olumsuz etkilenmelerine neden olabilen bir sorun olan koku problemine ilişkin yeterli araştırmanın yapılmadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar ise sadece hastaların yaşadıkları sorunların neler olduğu konusunda sayısal bir veri vermekte ancak hemşirelik yaklaşımına yönelik olarak herhangi bir bilgi vermemektedir. Bu sorunun giderilmesi için özellikle bu hastalarla birebir olan araştırmaların artırılması, koku sorununa yönelik yapılan teknolojik yeniliklerin takip edilmesi, stomaterapi hemşirelerinin bu konularda yetiştirilerek özellikle girişimsel çalışmalara teşvik edilmesi ve hastaların koku sorununa yönelik eğitilmelerini sağlayarak, sonuçlarını literatüre kazandırmaları önerilmektedir.

HS-014
Peristomal Cilt Komplikasyonları Yönetimi Algoritması'nın Geliştirilmesi ve Kullanımının Değerlendirilmesi

Ayişe Karadağ[1], Hülya Bulut[2], Ali Ay[2]
[1]Koç Üniversitesi, İstanbul
[2]Gazi Üniversitesi, Ankara

Amaç:
Bu çalışma Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği(YOİHD) tarafından geliştirilen Peristomal Cilt Komplikasyonları Yönetimi Algoritması(PCKYA) etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Alanında deneyimli, sertifikalı stoma ve yara bakım hemşireleri ve uzmanlar tarafından geliştirilen PCKYA için önce kapsam geçerliliği yapılmış olup, PCKYA kapsam geçerliliği 0,99 bulunmuştur. Bu çalışmada ise kurumlardan izin alındıktan sonra, PCKYA etkinliğini ve kullanımını değerlendirmeyi kabul eden 22 stomaterapi ünitesinde çalışan hemşirelere algoritma ile birlikte, " PCKYA kullanım yönergesi", "Hemşire görüşleri anketi" ve en yaygın peristomal cilt komplikasyonlarını (folikülit, peristomal travma/tahriş, kandida, kaput medusa, pyoderma gangrenosum, alerjik dermatit, irritan dermatit, hiperplazi) içeren "Örnek Vaka Resimleri Formu" bir zarf içinde gönderilmiştir. Hemşirelerden 3 ay boyunca PCKYA'nı kullanarak hastalarda peristomal cilt komplikasyonlarını belirlemeleri ve belirledikleri komplikasyonları kayıt formuna kaydetmeleri istenmiştir. Üç ay sonra hemşirelerden kapalı zarf içinde gönderilmiş olan 16 örnek vaka resmini PCKYA'nı kullanarak değerlendirmeleri ve forma kaydetmeleri istenmiştir. Çalışmayı bitiren hemşireler "PCKYA'na Yönelik Hemşire Görüşleri Anketi"ni ve diğer formları doldurarak araştırmacıya posta yoluyla göndermişlerdir.

Bulgular:
Çalışma süresince 28 hemşireye anket gönderilmiş olup, 9 hemşireden geri dönüş alınmıştır ve değerlendirmeler bu sayı üzerinden yapmıştır. Hemşirelerin 5'i lisans ve 4'ü yükseklisans mezunu olup, ortalama 6,7±4,7(min:2,max:15) yıldır stomaterapi hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin 4'ünün daha önce peristomal cilt lezyonu değerlendirme aracı (SACS-Instrument) kullandıkları ve %55,6'sının haftada ortalama 10 hastaya bakım verdikleri saptanmıştır. Çalışma süresince hemşirelerin belirledikleri toplam 135 komplikasyonun 51'ini (%37,7) peristomal travma/tahriş oluşturmaktadır. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun 16 vaka resminin yer aldığı form'da alerjik dermatit ile peristomal travma/tahriş, kandida ile folikülit tanılarını ayırt etmede sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Hemşireler çoğunlukla PCKYA'nın kullanımını pratik ve faydalı bulduklarını bildirmişlerdir.

Sonuç:
Peristomal cilt komplikasyonlarının değerlendirilmesi ve yönetilmesinde geçerlik-güvenirliği yapılmış araçlar kullanılmalıdır. PCKYA'nın klinik karar vermeyi ve dökümantasyonu kolaylaştıran, hemşirelere yol gösterici ve kullanımı pratik bir araç olduğu düşünülmektedir.

HS-015
Marshmallow Tüketiminin Stoma Debisi Üzerine Olan Etkisi: Olgu Sunumu

Gözde Türkmenoğlu[1], Ceren Soytürk[4], Emre Balık[2], Serkan Zenger[6], Seda Gönen[3], Handan Doğan[5], Dursun Buğra[2]
[1]VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri, İstanbul
[2]VKV Koç Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]VKV Amerikan Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri, İstanbul
[4]VKV Koç Üniversitesi Hastanesi, Beslenme ve Diyetetik, İstanbul
[5]VKV Amerikan Hastanesi, Beslenme ve Diyetetik, İstanbul
[6]VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Marshmallow kullanımı stomadan gelen intesinal içeriğin kıvamını değiştirerek miktarını azaltabilir.
Bu çalışmanın amacı; marshmallow tüketiminin stoma debisine olumlu etkisinin olduğunu tespit ettiğimiz bir olguyu sizinle paylaşmaktır.

Olgu:
50 yaşında erkek hastaya 2014 Şubat ayında tıkayıcı çekum tümörü ve peritoneal karsinomatozis peritonei tanısıyla Total Proktokolektomi, uç ileostomi, Sitoredüktif cerrahi ve HİPEK uygulandı. 12 kür 5-FU ve Oksaliplatin ile kemoterapisi tedavisi aldı. 2016 Haziran ayında ileus tanısı ile hastaya subtotal ince bağırsak rezeksiyonu (40 cm) ve yeni uç ileostomi yapıldı. Ameliyat sonrası Folfiri-Altuzan tedavisi uygulanan hastanın evde takiplerinde ileostomiden gelen miktarın fazla olduğu tespit edildi. Difenoksilat hidroklorür 2.5 mg (Lomotil) günde 4 kez 3'er tablet olacak şekildi verildi ancak ona rağmen 7 günlük aldığı sıvı miktarı ortalama 10217,14±433,84 ml, toplam çıkardığı miktar ortalama 9771,43±916,90 ml (stoma 9392,86±825,84 ml, idrar 378,57±121,98 ml) idi. Devam eden 7 günde Eti puf ürününün marshmallow kısm, bisküvisi ve üzerindeki şekerlemeleri ayrıştırılarak, günde 3 kez 2'şer tane yedirildi. 7 gün sonunda aldığı sıvı miktarı ortalama 7714,29±2354,02 ml, toplam çıkardığı miktar ortalama 6578,57±2307,20 ml (stoma 6121,43±2262,53 ml, idrar 457,14±136,71 ml) idi. Marshmallow yemeden önce ve yediği süredeki stoma debileri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, marshmallow yediği dönemdeki stoma debisi istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç:
Yüksek debili stomada marshmallow tüketiminin stomadan çıkan miktarı azalttığı bulunmuştur. Farmakolojik tedavinin yanında ucuz ve basit bir yöntem olabilir. Daha geniş serili çalışmalarla marshmallow tüketiminin stoma miktarı üzerine olan etkisinin araştıralabileceği kanaatindeyiz.

HS-016
Bir Stomaterapi Ünitesinde İzlenen Stomalı Hastaların Stoma Bölgesi İşaretlenmesinin Komplikasyon Durumuna Etkisi

Zehra Göçmen Baykara[1], Ali Ay[1], Ayişe Karadağ[2], Aysel Ören Hin[3], Emine Akar[3], Hülya Acarlar[3], Sezai Leventoğlu[4], Seval Hanönü
[1]*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara*
[2]*Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul*
[3]*Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Stomaterapi, Ankara*
[4]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

Stomaterapi üniteleri, stomalı bireylerin preoperatif dönemden itibaren bakım, eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmeti veren birimlerdir. Bu ünitelerde stoma ameliyatı öncesi yapılması gereken en önemli işlevlerden birisi stoma bölgesinin işaretlenmesidir. Stoma ve yara bakım hemşiresi hasta ile işbirliği içinde stoma bölgesini belirler ve işaretler. Böylece ameliyat öncesi dönemden itibaren hastaların stomaya uyum süreci başlamış olur. Stoma bölgesinin işaretlenmesi, stomaya uyumun yanı sıra birçok komplikasyonun gelişmesini önlediğinden hasta güvenliği açısından önemli bir uygulamadır.
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) stomaterapi ünitesi 2000 yılında kurulmuş ülkemizin ilk ünitesidir. Merkez, kurum içinde ve/veya kurum dışında ameliyat olarak stoma açılan tüm bireylere hizmet vermektedir.

Amaç:
Bu araştırma; GÜSAUM stomaterapi ünitesinde 2009 yılından itibaren takip edilen 1817 hastadan verileri tam olan 896 stomalı hastanın stoma bölgelerinin işaretlenmesinin komplikasyon gelişimine etkisini belirlemek amacıyla retrospektif olarak planlanmıştır.

Veriler SPSS 20 paket programında sayısallaştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik hesabı ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular:
Araştırmadan elde edilen verilere göre; stomalı hastaların % 60,49'u erkek, %82,25'i evlidir. Hastaların %50,11'inin stoma bölgesi işaretlenmiş, % 80,02'sine planlı ameliyat yapılmış ve % 28,79'unda stoma komplikasyonu gelişmiştir. Yapılan ileri analizlerde stoma bölgesi işaretlenen hastalarda komplikasyon gelişim oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Sonuç:
Bu sonuçlar doğrultusunda; planlı yapılacak tüm ameliyatlara stoma bölgesinin belirlenmesinin hastalardaki komplikasyon gelişimini azaltmak için önemli bir seçenek olduğu düşünülmektedir.

HS-017
Peristomal Apse Yönetimi: Olgu Sunumu

Emine Üstünova, Havva Raziye Vural, Ebru Kırbıyık, Onur Bayraktar, Afag Aghayeva, Deniz Atasoy, Volkan Özben, Bilgi Baca
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Stoma açılan bireylerin yaşamını olumsuz etkileyen nedenlerin başında stoma ve peristomal bölgede gelişen komplikasyonlar gelmektedir. Sık başvurulan bu cerrahi yöntemde cerrahi tekniklerdeki gelişmeye ve alınan önlemlere rağmen komplilasyon oranları yüksektir. Bu olgu sunumunda kalıcı kolostomisi olan peristomal herni nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın tedavi ve bakım sürecinde vakum yardımlı kapama (VKY) yöntemi ve yara iyileşme sürecine katkısını sunmayı amaçladık.

Olgu:
49 yaşında, kadın, 1,62 cm boyunda, 60 kg vücut kitle indeksi (VKİ) 22.9 kg/m2 idi. Crohn hastalığı nedeniyle 2002 yılında bir dış merkezde ileoçekal rezeksiyon+sağ hemikolektomi+ lup kolostomi yapılmış. Bu süreçte gastroenteroloji tarafından perianal Crohn tutulumu nedeniyle tedavisi devam eden hastanın peristomal herni gelişmesi üzerine Mart 2016 tarihinde mesh ile peristomal herni tamiri ameliyatı yapılmış idi. 3 ay sonra peristomal herni nüks etmiş ve ocak 2017 tarihinde revizyonu amacıyla yatırıldı. Kolostomi bölgesinden açık yaklaşım ile revizyonu ve primer peristomal herni tamiri yapıldı. kolostomi sol alt kadranda mevcut yerinde bırakıldı. End kolostomi olarak ağızlaştırıldı. 2 gün sonra taburcu edildi. 1 hafta sonra stoma etrafında kızarıklık, peristomal bölgede enfeksiyon bulguları nedeniyle hastaneye başvurdu ve yatışı yapıldı. Yüzeyel ultrason (Peristomal bölgede enflamasyon, ödem, 27 mm derinlikten başlayan 55x15 mm

boyutlarında koleksiyon) yapıldı. Stoması aktif çalışan hastaya antibiyoterapi başlandı. Peristomal bölgede yer alan suturlar aralandı ve koleksiyon olduğu görüldü. Günlük değerlendirme yapıldı. Eksudanın yoğun olması üzerine 5. gün VYK sistemi uygulamasına geçildi. Lökosit 7,6 bin/ uL, CRP 8 mg/dl, Ateş 37,6 derece olarak tespit edildi. Alınan örnekte üreme olmadı. Hastaya Piperasilin- tazobaktam başlandı. Yara derinliği stomanın saat 3-9 yönünde ve 7- 5 cm derinliğinde ölçüldü. VYK sistemi 3 periyot 5 günde bir uygulandı.Hasta ilk uygulamadan sonra taburcu edildi. Her uygulamada yara değerlendirmesi yapıldı, çevre dokulardaki, enflamasyon, sertlik, ödem geriledi. 3 hafta sonraki kontrolde, yara derinliği 3 cm - 2 cm, granülasyon dokusu oluşmuş, eksuda azalmış olduğu görüldü. Kontrol Ultrason, koleksiyon görülmedi, enflamasyon ve ödem geriledi. VYK sonlandırıldı hidrofiber gümüş içerikli yara örtüsü uygulandı. 3 günde bir poliklinikte kontrolleri yapıldı. Yara bakım ürünleri uygulandı. 2 hafta sonunda sadece koruyucu yara örtüsü ve adaptör uygulamasına geçildi. Beslenme açısından önerilerde de bulunulan hastanın yara iyileşmesi tamamlandı.

Sonuç:
Bu olguda erken ve geç dönem gelişen iki komplikasyon birlikte görülmüştür. Eksudası yoğun ve drenajı devam etmesi gereken bölgenin fekal içerik ile temasını önlemede VYK sisteminin, gelişen tablonun kontrolünü sağlamada güvenli bir yöntem olarak kullanılabileceği gösterilmiştir.

HS-018
Rektum Tümörü Cerrahisi Sonrası Gelişen Açık Karın ve Enteroatmosferik Fistülün Yönetimi-Olgu Sunumu

Suna Ekmekcioğlu Uçar, Selver Şentürk, İnanç Şamil Sarıcı, Azamet Cezik, Musa Diri, Zeynep Betül Yıldız, Mustafa Uygar Kalaycı
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Enteroatmosferik fistül büyük abdominal operasyonlar sonrasında bağırsak ve dış çevre arasındaki doğal olmayan bağlantılara sebep olan korkulan bir komplikasyondur. Bu tip fistüller hastanın mevcut sıvı ve elektrolit dengesini bozarak hastanın yaşamını tehdit eden bir durum oluşturabilir. Bu yaraların ve fistüllerin kontrolü çoğu zaman uzun ve zor bir süreçtir. Bu sebeple enteroatmosferik fistül gelişen bir olgumuzda deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu:
54 yaşında erkek hasta rektum tümör tanısıyla aşağı anterior rezeksiyon yapıldıktan 6 gün sonra servis takiplerinde evisserasyon sebebiyle batın sütürleri alınarak cilt kapama yapılıyor. Taburcu olduktan 15 gün sonra yara yerinde ayrışma ve akıntı sebebiyle hastaneye başvuruyor. Enteroatmosferik fistül teşhisi konulan hastaya hem yara kontrolü hem de fistül kontrolü için barsak koruyucu sistemli vakum kapama sistemi ve fistül izolasyonu için özel stoma torbası uygulandı. Ameliyat sonrası 2. gün farklı bir noktada ikinci bir fistül olması sebebiyle vakum yardımlı sistem sonlandırılıp büyük boy dren torbası ile birlikte yara granülasyonu için çeşitli yara bakım ürünleri (bariyer sprey ve kremler, çinko içeren kremler, stoma pudrası, pasta, hidrokolloid yara örtüleri,büyük boy dren torbası vs) kullanıldı. Bu süre boyunca fistül debisi ve yerleşimine göre hastaya çeşitli enteral ve parenteral nütrisyon ürünleri ile beslenme desteği sağlandı. Dört ay sonra yara tamamen kontrol altına alındıktan sonra her iki fistül ağzı cerrahi olarak kapatılarak hasta taburcu edildi.

Sonuç:
Enteroatmosferik fistüller abdominal cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar olmakla birlikte tedavide birçok alternatif kullanılabilir. Bu hastalarda tedavi uzun süre devam edebileceği için sıvı-elektrolit dengesi çok iyi sağlanmalı ve nütrisyon durumu iyi değerlendirilmelidir.

HS-019
Vaka Yönetimi; Stoma Cilt Koplikasyonlarından Biri Olan Peristomal Akut İrritan Kontakt Dermatitte Stoma Bakımı

Asya Pelit[1], Esra Çelebi[2], Esra Kutlu Yalçın[3], Bahtıgül Kalkavan[1], Halime Aydın[1], Mustafa Öncel[1]
[1]Medipol Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Medipol Üniversite Hastanesi Eğitim Hemşireliği, İstanbul
[3]Medipol Üniversite Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Stoma cerrahide başka nedenlerle de olsa çoğunlukla kolorektal cerrahi de kanser nedeni ile sık başvurulan bir cerrahi yöntemdir. Cerrahi sonrası istenmeyen komplikasyonlar oluşabilmektedir. Stoma da ve stoma çevresindeki dokularda gelişen cilt komplikasyonları bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Stoması olan bireylerde, kullanılan torbaya/ adaptöre, dışkının ve idrarın cilde temas etmesine bağlı olarak peristomal cilt daha irrite olur, doku bütünlüğü kolayca bozulabilir ve doku enfeksiyona yatkın hale gelir. Peristomal cildin sağlıklı olması Stoma Yara Bakım (SYB) hemşireliğinde bakımın amaçlarından biridir. "Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile SYB hemşiresinin; peristomal cildi değerlendirme, cilt bakımı yapma ve komplikasyonlara yönelik girişimlerde bulunma sorumluluğu yasal zemine oturtulmuştur. Bu vaka ile amacımız Peristomal Cilt Komplikasyonlarından Akut İrritan Kontakt Dermatit (AİKD) yönetimine yönelik SYB hemşiresinin girişimlerini paylaşmaktır.

Olgu:
Bay ASA 66 yaşında, 170cm boyunda, 50 kg ağırlığında (BKİ= 17,301) evli ve 2 çocuk babasıdır. Kolon kanseri öyküsü olan hastaya 2015 yılına ileusa nedeniyle ileostomi açılmış daha sonra 26.09.2016 tarihinde Hipec ve ince bağırsak rezeksiyonu işlemi yapılmıştır. Hastamız ve ailesi ile yapılan ilk görüşmede; hastanın stoma bakımını eşinin yaptığı, çift parçalı ileostomi torbası kullandığı öğrenilmiştir. 10 gün hastanede yatışından sonra 4 gün evde takip ettiği, parastomal bölgeye dışkı sızıntısı olduğu ve stoma çevresinde yaraların oluşması bu nedenle adaptörün cildi tutmaması nedeniyle ikinci kez hastaneye başvurmuştur. (AİKD) gelişmesine neden olan faktörler araştırıldığında, stomanın cilt seviyesi altında olması, aşırı kilo kaybı, çift parçalı düz adaptör kullanımı, hastanın ve eşinin stoma bakımına, ürün kullanımına

ilişkin bilgi ve beceri yetersizliği olduğu tesbit edilmiştir. Stoma Bakımı; Parastomal bölge musluk suyu ile iyice temizlenmiş, kurulanmış ve stoma pudrası uygulanmıştır. Stoma çevresindeki cildin dışkıyla temasını önlemek için köpük ag stoma bölümü ortada açık bırakılarak uygulanmıştır. Hastanın aşırı zayıf olmasından dolayı stoma cilt seviyesinin altında olduğu için konveks torba / adaptör sistemine geçilmiştir. Adaptörün ciltte kalış süresini arttırmak ve adaptörü desteklemek amacı ile kemer kullanılmıştır. Bu şekilde bakım ile peristomal alanda epitelizasyon sağlanarak rutin stoma bakımına geçilmiştir.

Sonuç:
Stoma yara bakım hemşirelerinin abdominal stomal komplikasyonlarının önlenmesi ve gelişen komplikasyonların bakımı ve tedavisinde önemli sorumlulukları vardır. Bu vakada stomalı bireyde gelişen komplikasyonun önlenmesinde hastaya uygun ürünün seçilmesi ve aile eğitimi ile peristomal alanda hızlı iyileşme görülmüş ve hastane de kalış süresi azalmıştır. Hastada oluşturduğu stresi düşürdüğü, yaşam kalitesini artırdığı ve uyumu kolaylaştırdığı, beslenme ve mobilizasyon alışkanlığının normalleştiği gözlemlenmiştir. Aynı zamanda hasta ve ailesine stoma hemşiresi tarafından verilen bütüncül bakım yaklaşımıyla tedavinin sürdürülmesinde destekleri alınmıştır. Sonuç olarak, Stoma Cilt Koplikasyonlarından Biri Olan Peristomal Akut İrritan Kontakt Dermatitte tecrübeli stoma yara bakım hemşireleri tarafından doğru tanılanarak uygun bakım ile peristomal alanın yönetilmesi önemlidir. Adaptörün cillte kalış süresi uzatılarak, stoma bakımı kolaylaşmış ve hastanın yaşam kalitesi artmıştır.

HS-020
Kompleks Bir Enterokutanöz Fistülde Hemşirelik Bakımı

Songül Muratoğlu, Güler Vesek, Mehmet Üstün, Bülent Çalık, Gökhan Akbulut
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç:
Karın ön duvarındaki enterokutanöz fistül nedeniyle gelişen granülasyon dokusunda iyileşme sağlanarak fistülden gelen gaita sızıntısını kontrol altına almak.

Olgu:
2015 yılında dış merkeze kasık ağrısı, karında şişlik şikayetiyle polikliniğe başvuran yapılan muayene sonucunda basit kist görülmesiyle sol over için planlanan operasyon yapılıp sağ üst kadranda ileostomi açılarak hasta dış merkeze sevk edilmiş.

Hasta sevk edildiği dış merkezde tekrar operasyona alınarak ileostomiye rezeksiyon anastomoz yapılarak bagatobag ve vakumlu açık batın kapama sistemi uygulaması sonrasında işlem sonlandırılıp pansuman uygulamasına geçilerek hasta kendi isteğiyle başka bir dış merkeze sevk edilmiştir.

2015 yılında dış merkezden kadın doğum operasyonu sonrasında bağırsak yaralanması nedeniyle ileostomi açılan ve enterokutanöz fistül gelişen hasta ileri tetkik ve medikal amaçlı izlem için SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastayla yapılan ilk görüşmede; hastanın enterokutanöz fistül bakımı için pansuman uygulaması yaptığını torba/ adaptör kullanmadığını, enterokutonöz fistülden gaita sızıntısına bağlı peristomal ciltte gelişen irritan dermatit nedeniyle sorun yaşadığı, günlük yaşam aktivitelerini (banyo, yürüme, koku, vs) yapamadığı belirlenmiştir. Görüşmeyi takiben enterokutonöz fistül ve peristomal cilt alanı değerlendirilmiş. Değerlendirme sonucunda karın ön duvarındaki geniş granülasyon dokusu (En:9.5 cm Boy:12 cm Derinlik: Yok) ve orta hatta yer alan enterokutonöz fistül (parlak kırmızı,nemli,tomurcuk, oval) değerlendirilmesi tamamlandıktan sonra uzun ve kısa süreli hemşirelik bakımı planlamış.

Planlanan hemşirelik bakımıyla karın ön duvarındaki geniş granülasyon dokusunda iyileşmeyi hızlandırarak adaptör torba sistemine geçebilmek için hidrokolloidli yara bakım örtüsü,peristomal cildteki irritan dematit için stoma pudrası ve cildin gaita sızıntısıyla temasını engellemek için bariyer sprey kullanıldı. Fistülden gelen gaita sızıntısını kontrol altına almak için çift parçalı konveks adaptör ve torba sitemine geçilerek(adaptörün ciltte kalış süresi 4-5 gün olarak planlandı) adaptörün ciltte kalış süresini uzatmak için kemerle desteklendi. Günlük yapılan ziyaretlerde adaptör planlanan sürede ciltte kaldığı sızıntı olmadığı granülasyon dokusunda ve peristomal cildteki iyileşme resimlerle kaydedildi. Hastaya günlük yaşamda dikkat etmesi gereken konularda eğitim verilerek hastanın taburculuğu sağlandı.

Sonuç:
Bu vakada kompleks enterokutanöz fistüle planlanan bakımın uygulanılmasıyla komplikasyonların önlenilmesi ve iyileşmenin sağlanılması,hastanın günlük yaşam aktivitelerini (banyo, yürüme, koku, vs) yapabilir duruma gelmesiyle bütüncül bakım anlayışına dayalı stomaterapinin önemini vurgulanmaktadır.

HS-021
Stoma ile Kaliteli Bir Uyku Mümkün mü?

Deniz Harputlu[1], Deniz Talaz[1], Sercan Karadağ[2], Deniz Cenan[3], Filiz Öğce[1]
[1]İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir
[2]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Ankara
[3]Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi, İzmir

Amaç:
Stoma, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuar bağırsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir (1). Uyku, temel bir biyolojik fonksiyondur ve yaşam için oldukça gereklidir (2). Bireylerin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı için kritik önemi olan uykunun, stomalı bireylerde nasıl etkilendiği ve bunda etkisi olan etmenleri değerlendirmek bu araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

Gereç-Yöntem:
Bu çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma verileri Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Stomaterapi Ünitesi (İzmir) ve Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Stomaterapi Ünitesi'nde (Ankara) 15.09.2015 - 15.09.2016 tarihleri

arasında toplanmıştır. Araştırmanın evren ve örneklemini belirlenen 1 yıllık süre içinde Stomaterapi ünitelerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 101 stomalı birey oluşturmuştur. Araştırma verileri anket yöntemi ile toplanmış, 16 sorudan oluşan Stomalı Bireyleri Tanılama Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) kullanılmıştır.

Bulgular:
Araştırmaya katılan stomalı bireylerin, yaş ortalaması 55.60±13.73, %57.8'i erkek, %61.8'nin kronik bir hastalığı yok ve %39.2'si normal kilodadır. Bireylerin stoma özellikleri incelendiğinde, %56.9'unun ileostomisi vardı ve %70.6'sının stoması geçiciydi. Bireyler, ortalama 18.70±44.60 aydır stoma ile yaşamakta, %51'inin stoma bakımı bir yakını tarafından yapılmakta, %62.7'sinde stomaya bağlı bir komplikasyon bulunmamaktaydı. Bireylerin, PUKÖ toplam puan ortalaması, 6.44±3.23 (min:1-max:15) olarak bulunmuştur. Stomalı bireylerin sosyo-demografik ve stoma özelliklerinin uyku kalitesi toplam puanını etkilemediği belirlenmiştir. Fakat PUKÖ'nin öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu bileşenleri ile gece stoma torbasını boşaltmak için uyanmak, stoma komplikasyonun varlığı, stoma tipi ve stomanın kalıcı veya geçici olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç:
Araştırmaya katılan stomalı bireylerin uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, stomalı bireylerin kötü uyku kalitesine bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi için, uyku kalitesinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar
1. Brand MI, Dujovny (2008). Preoperative Considerations and creation of Normal Ostomies. Clin Colon Rectal Surgery; 21:5-16.
2. Baldwin C, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Herrinton LJ, McMullen C, Krouse RS (2009). Gender Differences in Sleep Disruption and Fatigue on Quality of Life Among Persons with Ostomies. Journal of Clinical Sleep Medicine, (5): 4

HS-022
Stoma Açılan Hastaların Taburculuk Öncesi Anksiyete Düzeylerinin ve Nedenlerinin Belirlenmesi

Semra Bağrıaçık Altıntaş[1], Fatma Vural[2]
[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yard.Doç.Dr., İzmir*

Amaç:
Stomanın, kalıcı ve geçici olmasına bakılmaksızın fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyip, yaygın şekilde depresyon ve anksiyeteye yol açtığı saptanmıştır. Anksiyete, kaygı, boğulma hissi, bulantı, sıkıntılı durum anlamına gelmektedir. Hastaların stoma açılması sonrası oluşan anksiyeteleri taburculuk öncesi yüksek düzeye ulaşmakta ve taburculuk eğitimlerini anlamalarına engel olmaktadır. Stomalı bireylerin taburculuk öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve anksiyete düzeyine göre taburculuk eğitiminin planlanması önemlidir. Bu nedenle çalışma, stoma açılan hastaların taburculuk öncesi anksiyete düzeylerinin ve nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem:
Prospektif ve tanımlayıcı olan bu çalışma Temmuz 2016 - Aralık 2016 tarihleri arasında bir kamu hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde yapıldı. Örnekleme acil ve planlı cerrahi girişim uygulanarak stoma açılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 68 hasta dahil edildi. Veriler "Stoma Açılan Hastaların Anksiyete Nedenlerine Yönelik Veri Toplama Formu" ve "Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI form TX-1)" ile toplandı. İstatistiksel değerlendirmede SPSS 20.0 versiyon paket program kullanıldı, $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Verilerin analizinde yüzdelik, student t testi ve tek yönlü ANOVA varyans analizi uygulandı.

Bulgular:
Çalışmaya katılan 68 hastanın %47.05 (n:32)'i kadın, %52.94 (n:36)'sı erkekti ve yaş ortalaması 59.3±0.3 yıl idi. STAI form TX-1 puan ortalaması 63.30±13.60'tı. Özellikle yandaş hastalığı olan, ileri yaşta olan, yalnız yaşayan, stoma tipi kalıcı olan, stoma açılma nedeni kanser olan hastalarda taburculuk öncesi anksiyetenin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Çalışmanın sonucunda stoma açılan hastalarda taburculuk öncesi en sık rastlanan anksiyete nedenleri 1. Stoma bakımında yardımcı olabilecek kimsenin olmaması, 2. Stoma açıldıktan sonra gaz- gaita çıkışını kontrol edemeyecek olmaları 3. Stoma torbasından dışarı sızıntı problemi yaşama endişelerinin olmaları 4. Stoma nedeniyle insanlardan utanacaklarını düşünmeleri olarak belirlendi.

Sonuç:
Çalışmamızda hastaların taburculuk öncesi anksiyete puanları yüksek bulunmuştur. Anksiyete düzeylerinin yüksek olması verilecek olan taburculuk eğitiminin anlaşılmamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle anksiyete nedenleri belirlenerek hastalarla iletişime geçilmelidir. Ayrıca hastaların anksiyete seviyelerine göre eğitimlerin verilmesi, aşamalı olarak bu eğitimlerin tekrarlanması önerilmektedir. Anksiyeteyi azaltmak için hastalar destek alabilecekleri ilgili uzmanlara ve birimlere yönlendirilmelidir.

HS-023
İleostomi ve Kolostomisi Olan Hastaların Uyku Kalitesinin İncelenmesi

Zeynep Temiz[1], İkbal Çavdar[2], Ayfer Özbaş[2], Meral Altunsoy[3], Nuray Akyüz[2], Fatma Yasemin Kutlu[4]
[1]Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Artvin
[2]İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[4]İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
İleostomi ve kolostomisi olan hastaların uyku sorunlarının belirlenmesi ile elde edilecek verilerden yararlanılarak planlanacak tedavi ve bakımın, hastalarının yaşam kalitesini arttıracağı düşüncesi hareketi ile tanımlayıcı olarak planlandı.

Gereç-Yöntem:
Tanımlayıcı türdeki araştırmanın evrenini, Mayıs 2014- Ocak 2016 tarihleri arasında İstanbul'da bir Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Stoma Terapi Ünitesinde izlenen ileostomi ve kolostomi açılmış hastalar oluşturdu. Araştırma kapsamına, en az 6 aydır ileostomi ve kolostomisi olan, oryante, Türkçe konuşabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 68 hasta alındı. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ''Hasta Tanılama Formu'' ve "Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)" ile toplandı. Verilerin analizinde frekans, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis testi, bağımsız gruplarda t testi ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.

Bulgular:
Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 53.73±13.85 olup, %51.5'i erkek ve %41.2'si rektum kanseriydi. Hastaların %55.9'una ileostomi açılmıştı. Tüm hastalarda stoma açılma süresi ortalaması 24.14±5.84 (11-32 ay) olarak bulundu. Hastaların %66.2'si geceleri rahat uyuyamadıklarını, %98.5'i de gece dışkı çıkışı olacak diye tedirginlik hissettiklerini ve %100'ü gece uyumadan önce torbalarını değiştirdiklerini belirtti. Hastaların toplam PUKİ puan ortalaması 17.85±3.39 olarak bulundu. Erkeklerin, eşini kaybedenlerin(dul), çalışmayan ve kolostomisi olan hastaların PUKİ puan ortalaması daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Hastaların gece uyanma sıklığı ortalaması 3.29±1.18 olup, ölçek puan ortalaması ile arasında pozitif yönde yüksek derecede anlamlı bir ilişki saptandı ($r= 0.764$ $p= 0.000$), ayrıca yaş ile ölçek toplam puanı arasında da pozitif yönde yüksek derecede anlamlı bir ilişki saptandı ($r= 0.746$ $p= 0.000$). Stoma açılma süresi ile ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi ($p>0.05$).

Sonuç:
İleostomisi ve kolostomisi olan hastaların uyku kalitesinin belirgin olarak bozulduğu, demografik özellikler ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yaş ve gece uyanma sıklığı artışının uyku kalitesini olumsuz etkilediği görüldü. Gece dışkı çıkışı olacak diye hissedilen tedirginliğin de uyku kalitesini etkilediği bulundu.

HS-025
Endoskopik Sünger (Endo-sponge©) Uygulamasında Hasta Bakımı

Tuğçe Gökçen, Emre Balık
Koç Üniversitesi Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

Yaklaşık 6 aydır rektal kanama şikayeti olan hastada karaciğer metastatik rektum tümörü saptanmıştır. Kısa dönem radyoterapi uygulandıktan sonra total mezorektal eksizyon + ileostomi ameliyatı yapılmıştır. Hastanın vücut ısısının yükselmesi nedeniyle toraks + abdomen tomografisi çekilmiş, kolorektal anastamozda kaçak ve abse görülmüştür. Bu durumda hastaya endosponge uygulanmasına karar verilmiştir. Bir poliüretan sünger olan Endosponge bir gastroskop kullanılarak abse olan kaviteye steril olarak yerleştirilir. Kavite büyüklüğüne göre kesilerek ölçüsü ayarlanır veya birden fazla sünger koyulabilir. Sonra sünger düşük vakumlu bir emme ünitesine bağlanır, oluşan negatif basıncın etkisi ile oluşan abse sünger tarafından emilir. Endosponge 2-3 günde bir değiştirilir ve ihtiyaca göre birkaç kez uygulanabilir. Hastaya işlem ve tedavi süreci hakkında bilgi verildi, kolonoskopi hazırlığı yapıldı, endosponge yerleştirildi, kolonoskopi sonrası bakım verildi. 3 gün sonra tekrar kolonoskopi yapılarak endosponge çıkarıldı. 8 ay sonra hastanın stoması kapatıldı, fakat daha sonra yapılan görüntülemede absenin devam ettiği saptandı. Hastaya tekrar iki ay ara ile olmak üzere, iki kez, her biri 72 saat kalacak şekilde endosponge uygulandı. Hasta tedaviye uyum sağladı. Bir komplikasyon gelişmedi ve abse tedavisi gerçekleşti. Endosponge uygulamasında rutin kolonoskopi hazırlığı ve bakımı yapılmakla birlikte, işlemin 2-3 gün sonra tekrarlanması daha iyi bir hasta uyumu gerektirir. Hastamızda yaklaşık bir yıl süren, tekrarlayan Endosponge tedavilerinde hemşirelik bakımının temel prensipleri hasta uyumunu sağlamak, kolonoskopi hazırlıklarını işlem için yetecek, aynı zamanda hastayı yormayacak düzeyde yapmak, işlemden sonra vücut bütünlüğünü korumak, dren takibi ve ileostomi bakımını sürdürmektir. Girişimsel bir işlem olan Endosponge uygulamasında hemşirelik bakımı önemsenmelidir.

HS-026
Stoma Bakım Hemşiresinin Kolorektal Cerrahideki Yeri ve Öneminin Ardışık İki Ayrı Dönemde Retrospektif Karşılaştırmalı İncelemesi

Songül Muratoğlu, Güler Vesek, Mehmet Üstün, Gökhan Akbulut, Cengiz Aydın
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç:
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Eylül 2014- Ağustos 2015(1.dönem) stoma bakımının stoma bakım hemşiresi(SBH) tarafından yapılmadığı, Eylül 2015- Eylül 2016 (2.dönem) stoma bakımının SBH tarafından yapıldığı ardışık iki ayrı dönem stomada ve peristomal ciltte gelişmiş komplikasyonları retrospektif ve karşılaştırmalı inceleyerek stoma bakım hemşiresinin kolorektal cerrahideki yeri ve önemini vurgulamak istedik

Gereç-Yöntem:
1.dönemde 220 stomalı hasta kayıtları ve 2.dönemde 220 stomalı hasta kayıtları retrospektif ve karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmiştir. Her iki dönem çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Hastalar; risk faktörleri, stoma tipleri, stomal ve peristomal cilt komplikasyonları açısından incelendi

Bulgular:
1.dönemde 220 stoma açılmış hastadan 85'i (%39) kadın,135'i (%61,6) erkektir. Hastaların 95 'ine kolostomi,104'üne ileostomi, 21'ine laheyl-mikulicz ileokolostomi açılmıştır.Uç ileostomi 40(%18,2), uç kolostomi 52(%23.7),loop ileostomi 32(%14,6), loop kolostomi 24(%10,1), laheyl-mikulicz ileokolostomi 21 (%9,5), mikulicz ileostomi 32(%14,5), mikulicz kolostomi 19(%8,7) açılmıştır
Komplikasyon görülen hasta sayısı 113 (% 51,4)dır. En fazla komplikasyon uç ileostomide 40(%72,5),en az komplikasyon mikulicz ileostomide 19 (%8,7)görülmektedir.
En sık gelişen stomal ve peristomal komplikasyonlar irritan dermatit 44(%38,9) ve mukokütanöz ayrışma 24(%21,2), en az gelişen prolapsus 4 (%3,5) gelişmiştir. 2.dönemde 220 stoma açılmış hastaların 116'sı (%52,8) kadın, 104'ü (%47,2) erkektir. Hastaların 121'ine kolostomi,81'ine ileostomi,18'ine laheyl-mikulicz ileokolostomi stoma açılmış. Uç ileostomi 49(%22,2), uç kolostomi 61(%27,8), loop ileostomi 25(%11,3), loop kolostomi 48(%21.9), laheyl-mikulicz ileokolostomi 18 (%8,2), mikulicz ileostomi 7, (%3,2), mikulicz kolostomi 12(%5,4) açılmıştır. Komplikasyon oranı 70 (%32) dur. En fazla uç ileostomide 49(%40,8), en az laheyl mikulizc ileokolostomi 18 (%22,2) görülmektedir. En sık gelişen stomal ve peristomal komplikasyonlar irritan dermatit 21(%30) en az gelişen prolapsus 4 (%3,5) gelişmiştir

Sonuç:
SBH'si,stomalı bireylerin karşılaştıkları sorunların çözümünde ve stomayla birlikte yaşamaya uyum sağlamalarında kolorektal cerrahinin vazgeçilmez unsurudur. Elektif ya da acil kolorektal cerrahinin sık uygulandığı özellikle de 3. basamak sağlık hizmeti veren merkezlerde sürekli çalışan stoma bakım hemşiresinin görev yapması gerektiği düşüncesindeyiz

HS-027
Kolorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığı Nasıl Olmalıdır?

Emel Sütsünbüloğlu, Fatma Vural
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi'nin projesi verilerine göre; dünyada erkeklerde en sık görülen kanser arasında kolorektal kanser 3. sırada, kadınlarda ise 2. sırada, yer almaktadır. TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı'nın 2016 kanser istatistiklerine göre Türkiye'de kolorektal kanser hem kadınlarda hem erkeklerde en sık görülen kanser tipleri arasında 3. sıradadır. Kolorektal kanserin tedavisinde kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi yer almaktadır. Tüm bu tedaviler hastaların perioperatif dönemde yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte, hastaların tedavi süresince çeşitli fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel ve finansal sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Literatürde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları tüm bu sorunlara yönelik eğitim ve danışmanlık gereksinimleri olduğu ifade edilmektedir. Gereksinimlerin karşılanmasında web tabanlı eğitim, grup danışmanlığı, bireysel danışmanlık, vb yöntemler kullanılmaktadır. Son yıllarda hemşire yönetiminde hasta danışmanlık/izlem programları uygulanması önerilmektedir. Hemşire yönetiminde hasta danışmanlık/izlem programları bilgi paketleri (DVD, kitapçık, broşür vb), yüz yüze görüşme, telefonla danışmanlık, web danışmanlığı gibi yöntemleri içeren kapsamlı bir yöntemdir.
Ayrıca bu programlarda danışmanlığın/izlemin her hasta için bireysel yapılmasının bütüncül hemşirelik yaklaşımının sürdürülmesinde ve hasta merkezli bakımı uygulamada önemli olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca bütüncül bakımın sürdürülmesi için stoması olan ve olmayan hastalarla taburcu olduktan sonra iletişimin devam ettirilmesi, yaşadıkları sorunlara yönelik bireysel danışmanlık verilmesi ve hastaların ziyaret edilmesi hasta izleminde önemli bir yer tutmaktadır. Hemşire yönetiminde danışmanlık sürecine ameliyat öncesi hastaya tanı konması ile başlanması, perioperatif süreçte devam edilmesi, taburculuk sonrası izlem ve değerlendirme aşamalarını içermesi önerilmektedir. Danışmanlıkta yüz yüze görüşme yapılması önemlidir. İlk görüşmenin ameliyat öncesi, ikinci görüşme hasta taburcu olmadan önce, üçüncü görüşme hasta taburcu olduktan sonra yapılmalıdır. İlk görüşmede ameliyat sürecine hazırlık, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakım konuları ile eğitim/danışmanlık verilmeli, danışmanlık hastalarla interaktif olarak yürütülmelidir. İkinci ve diğer görüşmelerde taburculuk sonrası bağırsak fonksiyonlarında değişim, optimal beslenme, yara bakımı, ameliyat ve stoma komplikasyonları önlenmesi ve bakımı, ameliyat öncesi ve sonrası kemoterapi/radyoterapi semptom yönetimi, stoma ile yaşam, günlük yaşama uyum ve cinsel yaşam konularında eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Hastalarla ilk görüşmede ve sonraki süreçte gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık konularına ekleme yapılabilir. İzlemde yüz yüze görüşmenin yanı sıra telefon görüşmesi, internet üzerinden (whats up, facebook, twitter, skype vb) iletişim kurulabilir. İzlemde telefon görüşmeleri hastalar taburcu olduktan bir hafta sonra başlamalı, sonrasında düzenli aralıklarla hastalarla iletişim sürdürülmelidir. Telefon görüşmesi en az 5-30 dk sürmeli, arama sayısı ve süresi hastaların durumuna göre belirlenebilir. Son aşamada danışmanlık sonlandırılırken değerlendirme görüşmesi planlanabilir. Hemşire yönetiminde tele-hemşire danışmanlığı ve izlemin hastaların fiziksel ve psikososyal sorunlarla baş etmesinde ve bakımın devamlılığını sağlamada önemlidir. Hemşirenin vereceği danışmanlığın/izlemin perioperatif dönemde hastaların stresini azalttığı, tekrarlı hastaneye yatışları azalttığı, hastaların bakım memnuniyetini arttırdığı, hastaların destek ve bilgi gereksinimlerini karşıladığı, stomaya uyumu kolaylaştırdığı, iyileşmeyi hızlandırdığı, hastalarda yaşam kalitesini arttırdığı, ameliyata ve stomaya bağlı komplikasyonları azalttığı, hastalarda erken rekürrensleri saptamada yararlı olduğu bildirilmektedir.

HS-028
Kolorektal Cerrahi Vakalarında İndosiyanin Yeşili Kullanımına İlişkin Deneyimlerimiz

Melek Taş, Ezgi Yıldırım Kalender, Nigar Bayraktar Aksoy, Onur Bayram, Emre Balık, Dursun Buğra, Ayişe Karadağ
Koç Üniversitesi Tip Fakültesi, İstanbul

Amaç:
Doku ve organların vasküler sisteminin ve perfüzyonunun cerrahi girişim sırasında eş zamanlı değerlendirilmesi için kızılötesi ışık altında floresan görüntü veren bir madde olan indosiyanin yeşili (ICG) kullanılır. Bu çalışmada, kolorektal cerrahi ameliyatları sırasında ICG kullanılarak yapılan angiyografinin, organ beslenmesinin değerlendirimesine, anastomoz kaçaklarının önlenmesine veya erken tespitine olan etkilerinin değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:
Koç Üniversitesi Hastanesi'nde 2015 Ağustos-2017 Şubat tarihleri arasında ICG ile anjiografik inceleme yapılan kolorektal cerrahi vakalarına ilişkin sonuçlar analiz edildi (n=36). Verilerin toplanması prospektif olarak kaydedilen Koç Üniversitesi Hastanesi elektronik veri tabanından retrospektif olarak elde edildi. Çalışma için Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanlığı'ndan izin alındı. Değerlendirmede, hastalara ilişkin tanıtıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, tıbbi tanı, eşlik eden hastalıklar, beden kitle indeksi vb.) bağımsız değişkenler, anastomoz kaçağı gibi bağımlı değişkenler ele alındı. Verilerin değerlendirilmesindeki istatistiki analizler GraphPad-programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular:
Çalışma kapsamına alınan hastaların 15 (%44)'i kadın, median yaş 68, median beden kitle indeksi 26 olarak bulundu. Hastaların %61'nin kronik ek hastalığı mevcuttu (n=36). Tanılara bakıldığında 31(%87) hasta malign nedenlerden ameliyat edildi. Hastaların 23'üne aşağı anterior rezeksiyon, 6'sına sağ hemikolektomi, 3'üne sol hemikolektomi, 2'sine diagnostik laparoskopi, 2'sine kolektomi yapıldı. İki hastada iskemi şüphesi ile yapılan diagnostik laparoskopi sonrasında beslenmenin yeterli olduğu görüldü. Anastomoz kontrolü nedeniyle yapılan diğer 34 hastanın 1'inde ameliyat sırasında beslenmenin yeterli olmadığı görülüp anastomozun tekrarlanması kararı alındı. Erken dönemde ameliyat sonrası komplikasyonlar nedeniyle mortalite hiç görülmedi.

Sonuç:
İndosiyanin yeşili ile ameliyat sırasında eş zamanlı anjiyografik görüntüleme, organ perfüzyonlarının değerlendirilmesinde etkin bir yöntemdir. Sistemin kullanımı konusunda cerrahi ekibin eğitimli ve tecrübeli olması uygulamada başarılı sonuç alınmasına katkı sağlar.

HS-029
Stomalı Hastalarda Vakum Sistemli Yara Bakım Örüntülerinin Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı

Fatma Suakan[1], Nurgül Koç[1], Hatice Binbir[2], Cengiz Tavusbay[2]
[1]İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Stoma ve Yara Bakım Ünitesi
[2]İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Amaç:
Değişik nedenlerle stoma açılan hastalarda gelişen yara problemlerinin yönetiminde, VAC uygulamasının etkinliğini ve hemşirelik bakımına katkılarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem:
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde, Ocak 2016 –Aralık 2016 yılları arasında, stoma açılan ve sonrasında da yara problemleri gelişen toplam 16 hastaya ait demografik, klinik veriler, stoma nedenleri, yaranın gelişme süreci ve şekli, tedavi süreçleri ve sonuçları, hemşirelik hizmetlerine ait veriler retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuç:
Stomalı hastalarda gelişen zor yaraların yönetiminde vakum yardımlı yara örtüm sistemleri gerek yara ve gerekse stoma bakımının yapılmasında hemşirelik hizmetlerini kolaylaştırdığı kanısındayız.

HS-030
Kolorektal Cerrahi Hemşireliğinde İnovatif Bir Yöntem: Web Tabanlı Eğitim

Semra Bağrıaçık Altıntaş[1], Fatma Vural[2], Enver İlhan[3]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yard.Doç.Dr., İzmir
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş:
Bütün kanserlerin içinde kolorektal kanser, dünyada anlamlı şekilde artmaktadır. Amerikan Kanser Birliği ve Türkiye Kanser İstatistikleri 2016'nın raporuna göre kolorektal kanserler dünyada ve ülkemizde giderek artmakta olup hem kadınlarda hem de erkeklerde en sık görülen 3. kanserdir. Kolorektal kanser; cerrahi işlem, stoma açılması, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi yöntemleri ile bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. İnovasyon kavram olarak, hem bir süreci (yenilemeyi/yenilenmeyi) hem de bir sonucu (yeniliği) ifade eder. Avrupa Biriliği ve Avrupa Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Teşkilâtı'nın ekonomik literatüründe inovasyon süreç olarak; "bir fikri, pazarlanabilir bir ürün ya da hizmete, yeni ya da geliştirilmiş bir üretim ya da dağıtım yöntemine ya da yeni bir toplumsal hizmet yöntemine dönüştürmek" olarak tanımlanır. İnovasyon kendi bilgi birikimini oluşturan tüm profesyonel mesleklerde olduğu gibi hemşirelik içinde önemlidir. Hemşireler hizmet sunumlarında etkin ve istendik sonuçları yakalayabilmek için sürekli değişime ayak uydurmak zorundadırlar. İnovasyon

olarak adlandırılan bu faaliyetler, hasta bakım maliyetini azaltırken, bakım kalitesini de artırmaktadır.

Neden:
Hemşireler hastaya özbakım uygulamalarını kazandırma ve hastalık yönetiminin sağlanması için interaktif sağlık iletişim uygulamalarını kullanmada hayati bir role sahiptir. Broşür, eğitim kitapçığı gibi farklı materyaller kullanılarak çok geniş kitlelere sunulan standart eğitimler, bireylerin sağlıkları ile ilgili karar vermelerini desteklemede ya da olumlu sağlık davranışı kazandırmalarına yardımcı olmada yetersiz kalmaktadır. Web tabanlı hasta eğitimi (WTE), inovatif bir yöntem olarak yazılı materyallere göre sahip olduğu birçok avantaj nedeniyle hemşireler için sağlık eğitimi sunmada etkili bir araç olarak kabul edilmektedir. Kolorektal kanserli hastalar için tasarlanacak web sitesinde hasta ve yakınlarının; ağrı, beslenme, bulantı- kusma, kabızlık, cinsellik, yorgunluk, ibadet vb. gibi konularda semptom yönetimine yönelik eğitim formlarının bulunacağı bir bölüm, kolorektal kanser ve tedavi yöntemlerini anlatacak ancak yoğun içerikli olmayan, uzman doktor videosu, psikososyal sorunlarına yönelik danışmanlık alabilecekleri psikiyatrist ya da uzman psikolog, özbakım gereksinimlerine yönelik bakım eğitimi videoları, bakım ve kullanılan ürünlere yönelik ulaşabilecekleri sayfalara yönlendirecek linkler, haftada en az 1 gün online bağlanıp sorularını sorabilecekleri alanında bir uzman doktor ve uzman hemşire, sıkça sorulan sorulara ulaşabilecekleri bir bölüm, sorulan sorulara güncel ve kanıta dayalı cevapların bulunacağı bölüm, eğiticinin bireye özgü öneriler ve geri bildirim sağlayan bir bölüm, hastaların birbirleriyle iletişime geçebilecekleri forum sayfası bulunmalıdır.

Sonuç:
Kolorektal kanserli hastalara özel olarak hazırlanmış WTE yönteminin onların ameliyat öncesinden başlayarak hastanede ve taburculuktan sonra ki yaşamlarını kolaylaştırmada yararlı olacağı, bu sayede hasta sonuçlarının ve yaşam kalitelerinin iyileştirileceği düşünülmektedir. İnovatif bir yöntem olan WTE sayesinde hasta hastaneye gelmeden sağlık profesyonelleri ile iletişime geçebilmekte ve danışmanlık alabileceklerdir. Ayrıca WTE'in bir araya gelemeyen insanların sosyal destek ağları sayesinde birbirilerini desteklemelerine ve aralarında bilgi, deneyim paylaşılmasına aracılık ederek hastaneye tekrarlı yatışları önleyeceği düşünülmektedir. Bu durum kronik hastalığa sahip bireylerde sunulan bilginin kalıcı hale gelmesini ve davranışa dönüştürülmesini sağlayacaktır.

HS-031
Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi Yapılmalı mı?

Serap Sayar[1], Fatma Vural[2]
[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir*

Stoma açılması bireylerde dışkı kontrolünün kaybı ve torbaya bağımlı olma nedeniyle yaşam tarzı değişikliklerine neden olmakta, bireylerin fizyolojik, sosyal, psikolojik açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına yol açmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Stomalı bireylerde anksiyete, beden imajının değişmesi, benlik saygısı ve öz güvenin azalması, çekiciliğin kaybı, cinsel fonksiyonlarda bozulma, dışkı sızıntısı, ses/koku çıkacağı korkusu ve depresyon sıklıkla görülen sorunlardır. Bu sorunlar nedeniyle bireyler kendini toplumdan kısıtlama ve soyutlama eğilimindedirler. Bireylerin aile ilişkileri, iş yaşantıları, sosyal ve cinsel yaşamları olumsuz yönde etkilenmektedir. Stoma hemşireleri stomalı bireylerin yaşadığı bu sorunlar ve bireylerin sosyal uyumu üzerinde önemli rol oynamaktadırlar. Bireylerin sosyal uyumunu yeniden sağlamaya yönelik hemşirelik girişimleri; psikolojik destek, psikoterapi, sosyal destek, diğer stomalı bireylerin organizasyonlarına dahil olma ve bireyleri faaliyete geçirmeyi içeren girişimleri kapsar. Sosyal uyum, stomalı bireyleri bir araya getiren destek gruplar tarafından kolaylaştırabilir. Destek grup, güvenli bir ortamda bireylerin bilgi, deneyim ve sorunlarını paylaşmasını, benzer hastalığa sahip kişilerden destek alınmasını sağlamaktadır. Destek grupların tanımlanan beş genel amacı vardır; destek grup bireylerin baş etme becerilerini güçlendirmeli ve bireyleri cesaretlendirmeli, ortak noktaları konuşmayı sağlamalı, deneyim ve durum paylaşımı ile mevcut sorunun üstesinden gelmek için grup üyelerine yardım eden bilgi paylaşımını, problem çözme stratejilerini araştırmayı ve çeşitli baş etme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmeyi sağlamalıdır. Destek grubun stomalı bireyler için özellikle önemli olan iki amacı; bilgi paylaşımı ve bireyleri cesaretlendirmedir. Bilgi paylaşımı, grup içinde yeni açılan stomayı başarılı bir şekilde yönetmeyi sağlayan çeşitli ve farklı becerilerin olması nedeniyle çok önemlidir. Gruptaki diğer bireylerin deneyimleri, fikir ve tutumları öğrenme için zengin bir kaynak sağlar. Destek gruplar bireylere yalnız olmadıklarının farkına varmalarını, hastalığın üstesinden gelme ve yüzleşmede, stresi azaltmada bireylere akran desteği sağlar. Sosyal uyum için temel bilgi ve becerileri kazandırır. Destek gruplar; hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyoneller ve akran liderler (self help) tarafından yönlendirilen ve online olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Stomalı bireyler için dünyada pek çok online destek kuruluşu bulunmaktadır. Australian Council of Stoma Association (ACSA), Federation of Nz Ostomy Societies (FNZOS), United Ostomy Associations of America (UOAA), Ostomy Canada Society, Colostomy Association bunlardan bazılarıdır. Bu kuruluşlar aynı durumdaki stomalı bireylerin internet aracılığıyla birbirleri ile konuşarak, deneyim ve duygularını paylaşarak, birbirlerine tavsiyede bulunmasını ve rehber olmasını sağlar. Dünya'nın birçok yerinde birbirinden farklı birçok destek grup toplantıları düzenlemektedir. Örneğin; Northwest Community Hastanesi'nde her ay stoma destek grup toplantıları düzenlenmektedir. Bir saat süren grup toplantılarında, konuşmacılar, firma sunumları, grup desteği ve stoma hemşireleri ile bireylerin sorularına cevap bulması sağlanır. Nairobi'de Aga Khan Üniversitesi'nde her ay düzenlenen destek grup toplantılarında bireyler grup kuralları, bilgilendirme, kabul edilebilirlik gibi konuları tartışırlar. Toplantı öncesinde paketledikleri stoma malzemelerini birbirine dağıtırlar. Bir programda eğitilen ve beceri kazanan grup üyelerinden bazıları ev ziyaretleri yaparak, yeni stoma açılan bireylere yardımcı olur. StMark's Hastanesi'nde ''Inside Out'' adı verilen stoma destek grubuyla her iki haftada bir

sabah kahvesi şeklinde sosyal toplantılar düzenlenmektedir. Toplantıya katılan bireyler benzer sorunu olan bireylerle görüşür, öneriler paylaşır ve eğlenceli zaman geçirirler. Literatüre bakıldığında; stomalı bireylerle yapılan bir araştırmada planlı grup etkileşimi kullanılarak haftalık toplantılar düzenlenmiştir. Toplantılar altı hafta devam etmiş ve her toplantı ortalama 90 dakika sürmüştür. Toplantılarda bilgisayar ve projeksiyon kullanılarak bilgi eksiklerinin giderilmesine yönelik sunu ile anlatım, stoma maketi kullanılarak demostrasyon yöntemi ile stoma bakım malzemelerinin kullanımı, grup tartışması, katılımcıların stomalarına yönelik duygularını ifade eden mektup yazmaları ve mektuplarını grup oturumunda okumaları gibi yöntemler kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda planlı grup etkileşiminin stomalı bireylerin sosyal uyumunu arttırdığı bildirilmiştir. Literatürde kolorektal kanserli bireylere uygulanan destek grup girişiminin hastaların yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmiştir. Karaciğer transplantasyonu uygulanmış bireylerle yapılan bir araştırmada ise, destek grup toplantıları aylık olarak düzenlenmiş, toplantılar ortalama 90 dakika sürmüş ve toplam altı toplantı gerçekleştirilmiştir. Toplantılarda, önceden hazırlanan kitapçık doğrultusunda bilgilendirme, toplantı konusu ile ilgili deneyim paylaşımı yapılmıştır. Araştırma sonucunda destek grup girişiminin bireylerin bilgi düzeyini arttırmada ve bireylerin yaşadıkları semptomları azaltmada etkili olduğu, bireylerin uyumunu desteklediği ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir. Ülkemizde sürekli devam eden herhangi bir stomaterapi programı veya destek grup girişimi bulunmamaktadır.

Bu nedenle stomalı bireylerin yaşadıkları sorunları paylaşabilecekleri, sorular sorabilecekleri ve bilgi alabilecekleri, birbirlerinin deneyimlerinden yararlanabilecekleri destek grup toplantılarının planlanması, uygulanması ve bu girişimin arttırılması gerekmektedir.

HS-032
Tersiyer Bir Hastanede Stoma Bakımı Ünitesinin Fonksiyonelliği

Fatma Suakan[1], Nurgül Koç[1], Hatice Binbir[2], Cengiz Tavusbay[2]
[1]Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Stoma ve Yara Bakım Ünitesi, İzmir
[2]Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Tersiyer bir hastanede gereksinim duyulan stoma bakım ünitesinin kurulmasından itibaren geçen 6 yılık süreç içerisinde geçilen ve bu gün gelinen aşamalar hakkında bilgi verilerek hizmet edilen hastaların dökümünü sunmak ve ünitenin yararları ve fonksiyonelliğini bir kez daha ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem:
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği bünyesinde kurulan stoma ünitesi Ocak 2011 ve –Aralık 2016 yılları arasında stoma açılan hastalara ait demografik, klinik ve stoma ile ilgili veriler, stoma ile ilgili komplikasyonlar retrospektif olarak değerlendirildi. Stoma hemşirelerinin hastalarda açılan stomaların bakımı ile ilgili kayıtları ve aldıkları notlar, hekimlerle komplikasyonların farkındalığı ve işbirliği değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmamızdan elde olunan veriler değerlendirdiğimizde, stoma ile ilgili komplikasyonların erken fark edilmesinde, tedavisinde ve hastaların izlemlerinde, stoma hemşire hekim işbirliğinin maksimum düzeyde faydalı sonuçlarının elde edildiği kanısındayız.

Sonuç:
Resmi olarak, 2011 yılında faaliyete başlayan stoma bakım ünitemiz, yıllar geçtikçe daha aktif ve işlevsel hale geçmiştir. Çalışmamızdan elde olunan veriler değerlendirdiğimizde, stoma ile ilgili komplikasyonların erken fark edilmesinde, tedavisinde ve hastaların izlemlerinde, stoma hemşire hekim işbirliğinin maksimum düzeyde faydalı sonuçlarının elde edildiği kanısındayız.

HS-033
YOİHD Etkinlikleri: Basınç Ülserini Durduralım!

Zehra Göçmen Baykara[1], Hülya Bulut[1], Sevil Güler Demir[1], Aysel Ören Hin[2], Sercan Karadağ[3], Derya Karakaya[4], Pınar Avşar[5], Dilek Aktaş[5], Ayişe Karadağ[6]
[1]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara
[2]Gazi Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara
[3]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Ankara
[4]Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara
[5]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara
[6]Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği'nin faaliyet alanlarından biri de yara-, ostomi-inkomtinansı olan bireylere bakım veren hemşireleri bilinçlendirmeye yönelik seminer, konferans gibi etkinlikler düzenlemektir. Bu faaliyetler kapsamında YOİHD her yıl Kasım ayı içinde birçok ülke tarafından düzenlenen "Basınç Ülseri Durdurma günü ve/veya haftası"nda basınç ülserlerini önlemeye yönelik faaliyetlere etkin bir şekilde katılmaktadır. Bu etkinlik öncesinde YOİHD tarafından basınç ülseri evreleri güncellenmiş ve basınç ülserini önlemeye ilişkin farkındalığın arttırılmasına yönelik afişler, broşürler, posterler ve bilgi kartları hazırlanmıştır. YOİHD Kasım 2016'da "Basınç Ülserini Durdurma" etkinliklerine yönelik dernek merkezinin bulunduğu şehir Ankara başta olmak üzere 13 ilde ve 29 kurumda Basınç Ülseri Durdurma etkinlikleri gerçekleştirmiştir. YOİHD, tarafından Basınç ülseri durdurma etkinlikleri kapsamında; basınç ülserlerine ilişkin farkındalığı artırmaya yönelik hazırlanan poster ve broşürlerin sağlık bakım kurumlarına dağıtımı; güncellenmiş basınç ülseri evrelerinin kliniklere asılması; bilgilendirme toplantıları düzenlenmesi; kurumsal ve hastane elektronik veri tabanında basınç ülserlerine dikkat çekilmesine ilişkin uyarıların yer alması ve basınç ülserinin önlenmesine ilişkin konferanslar, paneller gibi etkinliklerin düzenlenmesi gereçekleştirilmiştir. Basınç Ülserini Durdurma Etkinlikleri kurumlardan ve sağlık profesyonellerinden oldukça büyük ilgi görmüştür. Bu sunumda basınç ülserini durdurmaya yönelik yapılan etkinlikler paylaşılacaktır.

HS-034
Steroid Kullanımının Peristomal Cilt Komplikasyonları ile Ilişkisi: Olgu Sunumu

Zehra Göçmen Baykara[1], Aysel Ören Hin[2], Gülcan Eyüboğlu[1], Hülya Acarlar[2], Sezai Leventoğlu[3]
[1]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Stomaterapi Ünitesi, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Cerrahi teknikler ve stoma bakımındaki ilerlemelere rağmen, postoperatif dönemde stoma ve peristomal bölgede bir çok komplikasyon görülebilmektedir. Stoma ve peristomal cilt komplikasyonları; cerrahi işlem ya da bakım ile ilgili faktörlerin yanı sıra obezite, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı gibi hastaya ait diğer faktörlere bağlı olarak da gelişebilmektedir. Özellikle steroid grubu ilaç kullanımının, cerrahi girişimler sonrasında oluşabilecek komplikasyon riskini artırdığına ilişkin birçok araştırmaya rastlanmaktadır. Preoperatif dönemde yüksek dozda ve uzun süreli steroid kullanımının, postoperatif dönemde görülen yara açılması, yara enfeksiyonları, geç yara iyileşmesi gibi komplikasyonlarla doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Stoma cerrahisinde ise steroid kullanımının; stomalı bireylerde peristomal herni, mukokütanoz ayrılma, stomal retraksiyon, yara iyileşmesinde gecikme gibi postoperatif komplikasyonların gelişmesinde etkili bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bu komplikasyonlar, stomalı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemekte, yeni yaşam tarzlarına adaptasyonlarını da zorlaştırmaktadır. Birçok etkene bağlı olarak gelişebilecek stomal ve peristomal komplikasyonları önleme, fark etme, etkeni ayırt etme ve buna göre tedavi ve bakımı yönlendirmede stoma ve yara bakım hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Bu sunumda preoperatif dönemde yüksek dozda ve uzun süreli steroid kullanan stomalı hastada, postoperatif dönemde gelişen peristomal cilt komplikasyonları ve bunlara yönelik uygulanan tedavi ve bakım süreci ele alınmaktadır.

HS-035
Yeni Açılan Stomaterapi Ünitesinin Stomalı Hastaların Memnuniyetine Etkisi

Birgül Ödül Özkaya
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Bu çalışma yeni bir binaya taşınma ile beraber yeni açılan stomaterapi ünitesinin hasta memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Bulgular:
Stomalı hasta sayısının fazla [yıllık ortalama 150]olmasından dolayı daha iyi hizmet verebilmek için stomaterapi ünitesi açılmasına karar verildi. 24 Aralık 2015 tarihinde Prof Dr Ayişe Karadağ hocamız tarafından stomaterapi ünitemiz A blok 4 kat genel cerrahi kliniği içinde açılışı yapılmıştır. İçinde el yıkamak için lavabo, eğitim ve bakım için kullanılacak materyaller ve malzemeler bulunmaktadır. Yanında stomalı hastalar ve yakınları için stoma eğitim odası yer almaktadır. Ünitemizde hasta ve hasta yakınlarına hastalığı ve yapılacak ameliyat ile ilgili bilgilendirme, anksiyete düzeylerini azaltma, ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemesi, ameliyat sonrası stoma bakımı (cilt temizliği, torbanın değiştirilmesi vb.) yapabilme becerisi kazandırma, stoma bakım ürünleri ve uygun ürün seçme konusunda bilgilendirme, ödemin azalması, kilo alıp vermeye bağlı değişebilecek stoma çapının izlenmesi ve cilt sorunları gelişmeden gerekli ürün değişikliğinin yapılması, kullanılan ürünlere karşı gelişen alerjik reaksiyonları ve deri problemlerini erken saptama, tedavi etme ve gerektiğinde konsültasyon isteme, peristomal komplikasyonların erken tanısı, konservatif tedavisi ve cerrahi konsültasyonunun sağlanması, emosyonel destek, olası psikiyatrik sorunların erken tanısı ve yardım için yönlendirilmesi, periyodik takiplerle hastaların karşılaştıkları sorunların çözümüne ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik eğitim ve önerilerde bulunma, hastaların düzenli kayıtlarını tutma, klinik araştırmalar yapmak gibi hizmetler verilmektedir. Yatan ve ayaktan gelen hastalara hizmet vermektedir.Hastalar Bir hafta, birinci ay,üçüncü ay,altıncı ay olmak üzere periyodik kontrolleri yapılmaktadır. Gerekli durumlarda stoma açılacak hastayı başarılı stoma ameliyatı geçirmiş hastalar ile tanıştırılır. Hastaların en önemli endişe kaynakları olan; koku kontrolü, yara bakımı, kıyafet seçimi hastaya ve hasta yakınına ostomi torbasını boşaltma, stomanın çapını ölçme, parastomal cilt temizliği, adaptörü / torbayı değiştirme ve yardımcı bakım ürünlerini kullanma gibi teknik becerileri kazandırır.

Sonuç:
Stoma açılması, bireyin tüm yaşamını etkileyebilen fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel sorunlara neden olabilmektedir. Başvuran hastaların kendilerine ait bir ünitede daha rahat ve memnun oldukları, stomaterapi ünitelerinde özel eğitim almış hemşireler tarafından takip edilerek sürekli bakım ve danışmanlık hizmeti alan hastaların, bu sorunları ile daha iyi baş edebildikleri gözlenmiştir.

HEMŞİRELİK POSTER BİLDİRİLER

HP-001
Peristomal Akut irritan Kontakt Dermatitte Foley Sonda ile Stoma Çıktısının Yönetimi: Olgu Sunumu

Halime Aydın, Mustafa Öncel
Medipol Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Peristomal Akut irritan kontakt dermatit en yaygın peristomal cilt komplikasyonudur. AİKD'in başlıca nedeni, stomadan gelen çıktının (idrar ya da dışkı) peristomal cilde temas etmesidir. Herlufsen, 220 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, peristomal cilt problemlerinin %77'sinin çıktı ile temasa bağlı olduğunu saptamışlardır Stomal çıktı; adaptörün açıklığının stomanın çapından daha geniş kesilmesi, uygun olmayan torba/adaptör kullanılması, torbanın zamanında boşaltılmaması/ değiştirilmemesi, stoma retraksiyonu veya stomanın cilt kıvrımları arasında açılması gibi nedenlerle peristomal cilde sızar. İdrar ya da gaitanın peristomal cilde temas etmesi, hem asidik olan (pH=4-6) cilt pH'ını alkali hale getirerek geçirgenliği artırır hem de içeriğindeki enzimler ve diğer irritanların etkisiyle kimyasal yanık oluşturarak inflamasyon sürecini başlatır. Bu nedenle başlangıçta peristomal ciltte kızarıklık gözlenir. Çıktı teması devam ederse büller ve epidermal soyulma gelişir. Epidermis kaybına bağlı olarak bölge ıslaktır. İrritasyon devam ederse, adaptörü cilde yapıştırmak zorlaşır. Özellikle ileostomi içeriğindeki enzimler peristomal cildi daha fazla etkiler. Ayrıca peristomal alanın sık temizlenmesi, sabun gibi kimyasal içerikli cilt temizleyicilerin kullanılması ve torbanın/ adaptörün sık değiştirilmesi AİKD gelişmesine zemin hazırlar. Peristomal Akut irritan kontakt dermatitte standart torba adaptör sistemi uygulanamadığı durumda ileostomi çıktısının farklı bir yöntemle, foley sonda ile dışarıya alınarak stoma yönetiminin nasıl yapıldığını sizlerle paylaşmayı amaçladık.

Olgu:
Hastamız S.A. 75 yaşında bayan hasta acil servise karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurmuş ve ileus tanısı konularak acil ameliyata alınmıştır. Ameliyatta sağ alt kadrandan loop ileostomi açılmış. Ameliyat öncesi stoma yeri belirlenememiştir. İleostomi cilt kıvrımı içine konumlandırılmıştır. Bir hafta sonra hasta ve yakınları stoma bakım eğitimi almadan hastaneden taburcu olmuştur. Hasta peristomal alanda acı, yanma ve adaptörün cilten sürekli ayrılması şikayetleri ile bize başvurdu. Yapılan muayenede peristomal alanda kızarıklık, epidermal soyulma ve ıslaklık gözlenmiştir. Torba adaptör sistemini uygulanması, adaptörün cilde yapıştırılması mümkün görünmüyordu. Bir yol ile ileostomi çıktısının peristomal alana temas etmeden dışarıya alınması gerekiyordu. Stoma torba adaptör sistemi uygulanamayan stomada dışkı, farklı bir yöntem olan foley sonda ile dışarıya alınarak peristomal alan çinko içerikli yara bakım ürünü ile onarılabileceği düşünüldü. Peristomal alan temiz su ile silindi. Foley sonda ucu kesilerek stoma içinde 10 cm kadar ilerletildi ve balon şişirildi. Sonda ucuna idrar torbası takılarak yer çekiminin de etkisi ile irritan ileostomi çıktısı torbaya alındı. Peristomal alan kurulanarak çinko içeren bir ürün uygulandı. Üç günlük bir uygulamadan sonra epidermal soyulma geriledi ve epitelizasyon başladı. İki hafta sonunda epitelizasyon tamamlandı. Standart torba adaptör sistemine geçildi

Sonuç:
Sonuç olarak, peristomal cilt komplikasyonları yaygın görülen tıbbi sorunlardır. Bu komplikasyonları önlemede, erken tanılamada ve tedavide, Stoma ve Yara BakımHemşiresi kilit konumundadır. Komplikasyonların önlenmesinde ve tedavisinde; ameliyattan önce stoma bölgesinin işaretlenmesi, peristomal cildin değerlendirilmesi, stomaya uygun torba/ adaptör sisteminin doğru teknikle yerleştirilmesi-çıkartılması, stomalı bireyin yakın izlemi, hasta eğitimi ve komplikasyonlara özgü tıbbi/cerrahi girişimlerin uygulanması önerilmektedir. Bu bağlamda stoma açılan bireylere, taburcu olmadan önce, kullanacakları malzemeler ve peristomal cilt bakımı konusunda yeterli bilginin verilmesi, becerinin kazandırılması ve hiçbir sorunu olmayan kalıcı ostomili bireylerin bile yılda en az bir kez stoma Yara bakım (SYB) hemşiresine kontrole gelmesi komplikasyonların azaltılmasında olumlu katkı sağlayacaktır. Bakım sonucunda Peristomal Akut irritan Kontakt dermatitte Foley Sonda İle Stoma Çıktısının Yönetilmesi cildi normal hale getirmiştir. Torba adaptör sistemi uygulanmaya başlanmış aileye stoma bakım eğitimi verilmiş ve sorunsuz rutin takibe devam edilmiştir.

Stoma acil şartlarda açıldığında daha sık koplikasyonlara rastlanmaktadır. Stoma komplikasyonlarının yönetimi ve sağlıklı stoma bakımı yapılabilmesi için deneyimli stoma ve yara bakım hemşirelerine ihtiyaç vardır.

HP-002
Popüler Bir Uygulama Haline Gelen Endo Sponge Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Arzu Doruk, Birgül Ödül Özkaya, Pınar Yıldırım, Halil Alış
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmada anaztomoz kaçaklarında popüler bir uygulama haline gelen endo sponge uygulamasını ve endo sponge uygulanan hastalarda hemşirelik bakımını anlatmak.

Olgu:
Anastomoz kaçağı, rektum cerrahisi sonrası mortalite ve morbiditeyi arttıran en önemli komplikasyonlardan biridir. Literatürde semptomatik anastomoz kaçağı, rektum cerrahisi sonrasında % 1,5 ile % 17,5 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Kolerektal ve ileorektal anastomoz kaçakları sonrası mortalitenin % 6 ile % 22 arasında arttığı bildirilmiştir. Anastomoz kaçağını arttıran predispozan faktörler arasında erkek olması, ileri yaş, sigara kullanımı, kalp damar hastalıkları, obezite gibi kişiye bağımlı faktörler ile neoadjuvan ve radyo kemoterapi alan rektum alt seviye anastomozları gibi cerrahi faktörler sayılabilir. Anastomoz kaçaklarının yönetiminde hastanın durumuna göre cerrahi ya da konservatif yaklaşım seçeneği göz önüne alınmalıdır. Anastomoz kaçaklarında septik tabloda olmayan ve jenaralize peritonit bulguları bulunmayan uygun hastalar konservatif yaklaşım ile tedavi edilebilmektedir. Mevcut konservatif

yaklaşımlar nazogastrik drenaj, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, parenteral nutrisyon ile besleme ve girişimsel drenaj işlemleridir. Cerrahi tedavi ise basit bir drenaj veya loop ostomiden, hartman prosedürü ve abdomino perineal rezeksiyona kadar olan cerrahi prosedürleri içermektedir. Son yıllarda rektum anastomoz kaçaklarında peritoniti olmayan hastalarda endovac ile tedavi uygulamaları popüler hale gelmiştir. Endovac terapi sistemi, sürekli veya aralıklı emme işlemi yapmak için bir vakum sistemine bağlı drenaj tüpü ve drenaj tüpünün ucunda silinderik poliüretan bir süngerden oluşmaktadır. Endovac terapi sistemi, sürekli veya aralıklı emme ve drenaj sayesinde bakteri kontaminasyonunu, sekresyonu ve lokal ödemi azaltarak perfüzyon ve granülasyon dokusu oluşumunu hızlandırarak etki göstermektedir. Sürekli drenajın olması, yara boşluğunun hızlı temizlenmesi Granülasyonu oluşturması, Yara boşluğunun mekanik olarak boyutunun küçülmesi, Enfeksiyonun kontrol edilmesi, Hoş olmayan kokuların olmaması Bazı durumlarda ayakta tedavi mümkün olması endovac uygulamasının avantajları arasındadır. Yeterli drenaj hastanın durumundaki hızlı klinik iyileşmeyi sağlar. Endo sponge uygulaması iki günde bir yapılıyor. işlem öncesi hasta ve yakınlarına bilgilendirme yapılıp, onay alınması gerekmektedir. Hemşire hastayı işleme hazırlar. Oral alımı kapatılır. İşlem sırası geldiğinde hastanın endo vac malzemeleri hazırlanır. Malzemelerle beraber hastanın güvenli bir şekilde hastanın endoskopi ünitesine sevkini sağlar. Hemşirelik bakımı olarak hasta ve ailesinin korku ve endişelerini gidermeye çalışılır. Endo vac takıldıktan sonra toplama kapına gelen sıvıyı ölçerek kayıt altına alır. Uygulanan bu cihazla kendi öz bakımını yapabileceği konusunda hastaya bilgilendirme yaparak bilgi eksikliği giderilmeye çalışılır.

Sonuç:
Endo vac uygulaması yapılan hastada gelişebilecek sorunlar ve bu sorunların önlenmesinde kapsamlı bir hemşirelik bakımı sunmaları gerekmektedir. Son yıllarda popüler hale gelen endo vac uygulaması konusunda hemşirelere eğitimlerinin verilmesi, güncel literatürün takip edilmesi önerilmektedir.

HP-005
Parastomal Ayrışmada Komplikasyon Yönetimi ve Stoma Bakımı Olgu Sunumu

Halime Aydın, Mustafa Öncel
Medipol Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Stoma genellikle kolon kanserlerinde, bazen de farklı nedenlerle hastanın hayatını kurtarmak amacı ile yapılmak zorunda kalınan cerrahi bir yöntemdir. Bazen özellikle de acil şartlarda yapılan stomalarda komplikasyonlara rastlanmaktadır. Parastomal ayrılma da bu komplikasyonlar arasında yer alır. Ayrışma oluştuğunda stoma bakımının yönetimi oldukça zor olmakta stoma adaptör cilde tuturulmakta zorluk çekilmektedir. Bu olguda amacımız parastomal ayrılma olan bir stomada, ayrışma olan bölgenin yönetimini ve stoma bakımının özelliklerini paylaşmaktır.

Olgu:
Hastamız S.A. 55 yaşında bayan hasta 10. 07. 2013 tarihinde acil servisimize karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurmuş ve ileus tanısı konularak acil ameliyata alınmıştır. Ameliyatta sağ alt kadrandan loop ileostomi açılmış. Operasyonu takiben 3. günde parastomal alanda ayrılma(7x3cm boyutunda) gözlemlenmiş. Ayrılma nedeni ile stoma adaptörü ciltten sıksık ayrılıyordu. Günde 4-5 defa stoma bakımı yenilenmesi gerekiyordu. Buna bağlı parastomal alanda cilt tahrişleri de oluşmaya başlamıştı. Stoma Bakımı; Stoma çevresi ve parastomal ayrılma alanı izotonik ile temizlendi. Stoma etrafı temizlenip kurulanarak saten tabaka oluşturan sprey uygulandı. Ayrılmanın oluştuğu cilt altı doku ile stoma arasında oluşan ayrılma kavitesi gümüş içerikli aljinat yara örtüsü ile dolduruldu. Üzerine hidrokolloid yara örtüsü ortasından stoma açıklığı kadar alan açılarak yapıştırıldı. Daha sonra stoma etrafı pasta ile dolduruldu. Adaptör ile stoma arasında boşluk kalmadı. Dolayısıyla stoma çıktısı parastomal alana değmeden torba ile dışarıya alınmaya başlandı. Stoma torbası iki gün ciltten ayrılmadan kalabildi. Daha sonra bu süre daha da uzadı ve para stomal ayrılma alanı granülasyon ile dolmaya başladı. Bir hafta sonra boyutları (4x2 cm) Aynı şekilde tedavi ve bakıma devam edildi.

Sonuç:
Stoma acil şartlarda açıldığında daha sık koplikasyonlara rastlanmaktadır. Stoma komplikasyonlarının yönetimi ve sağlıklı stoma bakımı yapılabilmesi için deneyimli stoma ve yara bakım hemşirelerine ihtiyaç vardır. Sonuç olarak Parastomal ayrılmada komplikasyon yönetimi ve stoma adaptörünün ciltte kalma süresini artırarak yaranın tedavi edilmesi stoma ve yara bakım hemşirelerinin etkin, kanıta dayalı uygulamaları ile mümkün olmaktadır.

HP-006
Vaka Yönetimi: Adaptör Çapının Stoma Çapından Çok Büyük Kesilmesine Bağlı Peristomal Bölgede Oluşan Cilt İrritasyonu

Halime Aydın, Mustafa Öncel
Medipol Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Stoma çeşitli nedenlerle uygulanmak zorunda kalınabilen bir cerrahi yöntemdir. Stoma yapıldıktan sonra bakımının ve adaptör torba sisteminin uygulanması oldukça önemli bir konudur. Bu vaka sunumu ile adaptörün stoma çapına uygun kesilmesinin peristomal bölgede oluşan irritasyona etkisini vurgulamak amaçlanmıştır.

Olgu:
Kolon Kanseri nedeniyle kalıcı kolostomi açılan bayan H.Z, 48 yaşında bir evhanımıdır. Alkol, sigara kullanmıyor ve kronik bir hastalığı yok. Stoma çevresinde acı ve stoma adaptörünün ciltten sık sık ayrılması şikayetleri ile ünitemize başvurmuştur. Hikayesinden hastaya ilk ameliyat olduğu zaman kolaylık olsun diye stoma çapına uygun kesilmiş adaptör uygulandığı fakat daha sonra stoma çapı küçükdüğü halde çapı büyük olan adaptör ile devam edildiği öğrenilmiştir. Stomanın bakımını gelini yapmakta ve daha temiz olsun diye peri stomal bölgeyi kolonya ile temizlediği anlaşılmıştır. Peristomal bölgede stoma ile adaptör arasındaki bölgedeki cildin tahriş olduğu, sulu, kırmızı adaptör yapışamaz bir

alan gözlenmiştir.Stoma bakımı yapılarak hasta yakınınada yapılan işlemler nedenleri ile birlikte anlatılmıştır. Tahriş olan cilt bölgesi ve stoma izotonik ile silimiş ve daha sonra kurulanmıştır. Kuruolan cilt üzerine şefvaf tabaka oluşturan siprey uygulanmış ve üzerine sadece stomadan 2mmdahageniş olan hidrokolloid plaka uygulanmıştır. Plakanın üzerine adaptö ve torba sistemi yerleştirilmiştir. Üç gün sonra stoms bakımı yeniden yapılmak amacıyla açıldığında peri stomal alandaki cilt deliklerinin kapandığı mor bir renk aldığı görülmüştür. Stoma ve çevresi izotonik ile silinip, kurulandıktan sonra siprey uygulayarak stoma çapından 2mm daha geniş olarak kesilmiş adaptöt cilde uygulanmış ve torba sistemi yerleştirilmiştir. Üçgün sonra stoma açıldığında peristomal alandaki cilt tahrişinin tamamen iyileştiği gözlemlenmiş ve hasta yakını doğru stoma bakımı yapma konusunda bilgilendirilmiştir.

Sonuç:
Peristomal bölge tamamen iyleşmiş, hastanın acısı kalmamış, torba üçgün ciltte kalabilmiş ve hasta yakınlarına doğru stoma bakımı öğretilmiştir. Sonuç olarak stoma bakımındaki hatalara bağlı oluşan komplikasyonlarının önlenmesi ve en aza indirilmesi için hasta ve yakınlarına eğitim stoma ve yara bakım hemşireleri tarafından verilmelidir. Bu bağlamda stoma ve yara bakım ünitelerinin sayısının artırılması ve stoma bakımı konusunda bilgilendirmelerin sertifikalı stomabakım hemşireleri tarafından verilmesi çok önem taşımaktadır.

HP-007
Zor Bir Stomanın Yönetimi: Olgu Sunumu

Aysel Ören Hin[1], Zehra Göçmen Baykara[2], Gülcan Eyüboğlu[2], Emine Akar[1], Sezai Leventoğlu[3]
[1]Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Stomaterapi Ünitesi, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Stoma açılması, bireylerin yaşamını çok boyutlu olarak etkileyen bir olgudur. Bu olguyla baş etmede; ameliyat öncesi dönemde yapılacak ameliyat ve stoma hakkında bireyin bilgilendirilmesi ve stoma bölgesinin işaretlenmesi, ameliyat sonrası dönemde ise stoma ve peristomal cildin bakımı, eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon oldukça önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesinin işaretlenmesi, ameliyat sonrası stoma ve peristomal cildin bakımını ve bakımla ilgili verilecek eğitimi doğrudan etkilemektedir. Stoma bölgesinin işaretlenmesi, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskini azaltmakta, bireyin stomaya uyumunu ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu nedenle stoma ve yara bakım hemşirelerinin ameliyat öncesinde cerrahla işbirliği içinde stoma bölgesini işaretlemeleri büyük önem taşımaktadır. Bazı durumlarda stoma bölgesi işaretlenmesine rağmen işaretlenen bölgeden stoma açılamamakta ya da ameliyat süreci nedeniyle işaretlenen bölge stoma için uygun bir bölge olmaktan çıkabilmektedir. Bu durum ameliyat sonrası stoma ve peristomal cildin bakım sürecini komplike hale getirmektedir. Stoma ve yara bakım hemşireleri; problem çözme, eleştirel ve yaratıcı düşünme becerileri ile deneyimlerini kullanarak zor stomaların yönetimini başarılı bir şekilde sağlamaktadırlar.

Olgu
Bayan HA 50 yaşında, 155 cm boyunda, 110 kg ağırlığında (BKİ=45.7), Diyabetes Mellitus (DM) öyküsü olan ve mesane kanseri tanısı konmuş bir hastadır. Ameliyat öncesi dönemde ameliyat ve stoma hakkında hasta bilgilendirilmiş ve stoma bölgesi işaretlenmiştir. Total sistektomi ameliyatı olan hastaya kalıcı ürostomi açılmıştır. Stoma ve yara bakım hemşirelerinin ameliyat sonrası değerlendirmesinde; stomanın işaretlenen bölgeden açılmasına rağmen ameliyat süreci nedeniyle işaretlenen bölgenin stoma için uygun bölge olmaktan çıktığı, stomanın kıvrım bölgeleri içinde, retrakte olduğu görülmüştür. Stoma ve yara bakım hemşireleri bu hastanın bakımında birçok farklı yöntem ve malzeme kullanmışlardır. Olgu sunumumuzda, bu zor stomaya sahip bireye verilen hemşirelik bakımı ve eğitim yer almaktadır.

HP-009
Jejunostomi Çevresi Cilt İrritasyonunun Stoma Torba Adaptör Sistemi ile Peristomal Alan Yönetimi Olgu Sunumu

Halime Aydın, Mustafa Öncel
Medipol Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Gastroentestinal sistem operasyonlarından sonra hastalara bazen jejunostomi yapılması gerekebilir. Jejunostomiden hastaları enteral besleme gereksinimi olabilir. Foley katater ile jejunostomiden beslenen hastalarda, jejunostomi çevresinde sızıntı ve buna bağlı cilt irritasyonları olabilir. Bu durum hasta için çok acı vericidir. Kontrol altına alınmazsa bir süre sonra ciddi yaralara yol açabilir. Bu olguda amacımız jejunostomi çevresi sızıntının stoma adaptör torba sistemi ile kontrol altına alınması ve yara yönetimini paylaşmaktır.

Olgu:
Hastamız Bay E.T. 35 yaşında Kolon Ca. + Mide Ca.nedeni ile opere edilmiş. Loop ileostomi ve jejunostomi açılmıştır. Jejunostomiden foley sonda aracılığı ile enteral beslenmektedir. Foley sonda çevresinden gelen asitli çıktı sızıntısı, cilt tahrişine yol açmıştır. Sonda etrafı kırmızı renkte ve sürekli ıslak bulunmatadır. Yara Bakımı; foley sonda etrafı izotonikle temizlenip kurulanarak saten tabaka oluşturan sprey uygulandı. Stoma adaptör torbasisteminin adaptör orta noktasından tahriş olan bölgeyi içine alacak şekilde daire şeklinde kesilir. Sonda etrafındaki sızıntı yapan bölüm ile adaptör açıklığ arasına stoma pastası uygulanır. Stoma torbası yerleştirilir. Birsüre kuruması beklenir. Daha sonra foley sonda da torbanın içine yerleştirilerek torbanın kapağı kapatılır. Jejunostomi ertafından olan sızıntı cilde değmedem torba yolu ile alınarak boşaltılır ve böylece cilt irritasyonuna engel olundu.

Sonuç:
Ostomilerde çevresinde cilt irritasyonlarına rastlanmaktadır. Bu cilt irritasyonu stoma hemşireleri tarafından iyi bir bakım ile sızıntı kontrol altına alınarak önlenebilir ve tedavi edilebilir. Jejunostomi çevresi cilt irritasyonlarında deneyimli stoma bakım hemşireleri, stoma adaptör torba sistemi ve stoma malzemeleri kullanarak tahriş artmadan sızıntı çıktısını kontrol altına alabilirler.

HP-010
Kolorektal Ameliyat Sonrası Oral Mukozit Gelişen Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Birgül Ödül Özkaya, Arzu Doruk, Pınar Yıldırım, Leyla Günay, Halil Alış
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç:
Aynı hafta içinde kolorektal ameliyatı olan üç hastada gözlemlediğimiz oral mukozitte hemşirelik bakımını planlamak.

Bulgular:
Aynı hafta kolorektal ameliyatı olan üç hastada dikkatimizi çeken ağız içinde aftlarının olması nedeniyle hemşireler tarafından verilmesi gereken ağız bakımının önemini belirtmek için bu çalışmayı yazdık. Birinci hasta onaltı yaşında bayan karın ağrısı şikayeti ile ince bağırsakçek um rezeksiyonu ameliyatı yapılıyor.Ameliyat sonrası birinci gün ağız içi ve dilinde yaralar çıktığı gözlemleniyor.İkinci hasta 78 yaşında bayan sigmoid kolon malig neoplazm nedeni ile low anterior rezeksiyon ameliyatı yapılmış. protez dişi yok,antibiotik almıyor.Üçüncü hasta 77 yaşında erkek kolon malign neoplazm nedeni ile ameliyat oluyor. Antibiotik alıyor. Protez kullanıyor. Protez temizliğini oda koşullarında hasta yakını yapıyor.. Bu üç hastadada birinci gün ağız içi ve dilinde yaralar çıktığı gözlemlendi. Hastalar da ortak özellik kolorektal ameliyat olmaları, acil ameliyat yapılmaları ve e bloktaki ameliyat masalarının kullanılmasıdır. Buna yönelik e blok ameliyathaneden çevre örnekleri alınmış, masaların temizliğini daha dikkat edilmiştir. Buna yönelik hastalara anestezi sırasında kullanılan bleytler ve silikon maskeler den kültür alınmış ve kültürün steril olduğu görülmüştür.

Sonuç:
Ameliyathane hemşirelerinin, aneztezi teknisyenlerinin hasta güvenliğini konusunda daha dikkatli olmaları gerekmektedir. Servis hemşireleri tarafından oral alamayan hastalar için ağız bakımı planlanması gerekmektedir. Ağız bakımında amaç; oral mikrobiyal floranın etkisini azaltmak ve ameliyat sonrası oral gıda almamaya bağlı enfeksiyon ve ağrıyı önlemektir. Oral mukozadaki sorunları gidermek için; iyi hidrasyon yapılması, hemşireler tarafından dişlerin floridli diş macunu ile fırçalanması konusunda hastalara eğitim verilmesi ve oral mukozanın her gün gözlenmesi gerekmektedir.

HP-011
Adenokarsinom Dışı Kolorektal Vakada Karın Yarası: Olgu Sunumu

Meral Altunsoy, Zeynep Tunç, Metin Keskin
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmamızda adenokarsinom dışı bir kolorektal tümör vakasında gelişmiş olan bir karın yarası iyileşme probleminin nasıl yönetildiği ve sonucunun paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu:
Atmış sekiz yaşında erkek hasta karın ağrısı ve rektal kanama nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Hastanın yandaş hastalıkları diabetes mellitus, astım, hipertansiyondur. Hastanın 1 paket /10 yıl sigara anemnezi mevcut (10 yıl önce bırakmış). Sosyal olarak, alkol tüketmeye devam etmektedir.) Mevcut şikayetlerinin tetkiki sonrası rektosigmoid tm tanısı konulan hastaya Hartmann Ameliyatı yapılmış. Ameliyat sonrası takiplerinde, ameliyat sonrası 21. günde evisserasyon gelişmiş ve ikinci defa ameliyat edilerek karın kapatılmış.Buradan sonrası takiplerinde yara yerinden akıntı şikayeti gerilemeyen hasta ünitemize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde insizyon hattının ortasında7cm*4cm boyutlarında koyu kırmızı, frajil, dokunmakla çabuk kanayan, eksudalı ve kötü kokulu açık yarası mevcuttu (Resim 1).Yara etrafında da sürekli sızıntıdan dolayı yaygın dermatit hali görünmekteydi. Yara izotonik ile temizlendi. Akıntıyı kontrol altına almak için yaranın etrafı pasta ile doldurulup, stoma torbası takıldı ve yakınlarına eğitim verildi(Resim 2). Bir hafta sonra yapılan kontrolünde sızıntının kontrol altına alınmış olduğu ve buna bağlı yara etrafındaki dermatit ve cilt abrazyonlarınının iyileştiği görüldü. Eksuda da azaldığı için, yara gümüşlü alginat örtü ile kapatıldı ve yara örtüsüyle korundu. Haftalık kontrollerinde yara çapının daraldığı gözlemlendi(5x2 cm, Resim 3). İki hafta sonraki kontrolünde yara büyük ölçüde kapandı ve yara sekonder iyileşmeye bırakıldı (Resim 4).Patoloji sonucu lenfoma olarak rapor edilen hasta yara iyileşmesindeki problem nedeniyle başlayamadığı adjuvan kemoterapisine başlamak üzere onkoloji kliniğine sevk edilmiştir.

Sonuç:
İki kez ameliyat edilmek ve uzun tedavi süreci hastayı psikolojik olarak kötü etkilemekle beraber yara yeri enfeksiyonu tedavi sürecini zorlaştırmış, alması gereken adjuvan tedaviyi geciktirmiştir. Ayrıca maddi olarak da ek yük getirmiştir.Düzenli izlem ve bakım ile hasta 4 hafta gibi bir sürede tedavi edilmiş olup hem fiziksel hem de zihinsek olarak iyileşmiştir.

HP-013
Stoma Yönetimi

Zehra Esin Gencer
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Stoma ve Yara Bakım Eğitim Bölümü, Antalya

Stomalı bireylerin, ameliyat sonrası dönemde konforlu uyum süreci geçirmesi yaşam kalitesi açısından önemlidir. Stomaterapi; bireyin kendi stoma bakımını yapması, stomasının bakımında kullandığı malzemelerin kullanım kolaylığı, güvenliği ve memnuniyetini sağlayan bir eğitim, terapi sistemidir. Stomaterapi hemşiresinin, stomalı bireye ve aileye, preop hazırlık ve postop dönemde verdiği danışmanlık, psikolojik destek ve uygulamalı eğitim hizmetleri yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktadır.

Amaç:
Stomalı bireyin bağımsız olarak fiziksel aktivitelerini yapabilmesi, takibini kolaylaştırmak, stomaya bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve tespitinin

sağlanması için gerekli kayıt formunun oluşturulması ve etkinliğinin ölçülmesi.

Gereç-Yöntem:
Akdeniz Üniversitesi hastanesinde, 2014 Eylül-2015 Şubat dönemi içerisinde n:50 stomalı hasta tespit edildi. Stomalı hastaların takibini kolaylaştırmak ve yapılan eğitim ve uygulamaları kaydetmek amacıyla «Stomalı Hasta; Eğitim, Bilgilendirme ve Uygulama Formu» geliştirildi. Retrospektif yöntemle hastaların kayıtları SPSS 16 programında kayıt edildi. Frekansları hesaplandı.

Bulgular:
Çalışmada elde edilen bulgularda; %42,9›unun Kadın, %57,1'inin Erkek, %70'inin 40-80 yaş aralığında, %67'sinin kolon kanseri yada metaztaza bağlı olarak ileostomi veya kolostomi açılmış hastalar olduğu tespit edildi. Kemoterapi ve radyoterapi alan hastalar, tüm hastaların %49'unu oluşturdu. Hastaların %67'sine planlı ameliyat yapıldı. Preop dönemde stoma bilgilendirme eğitimi doktor tarafından, hastaların %40,8'ine verildi. Kalıcı stoma, hastaların %65'inde mevcuttu. Komplikasyon gelişen hasta oranı %25'dir. Hastaların %40›ında stomanın bir aydan daha uzun süre önce açıldığı tespit edildi. Tüm hastaların yaklaşık %80›inin stoma bakımının yakınları tarafından yapıldığı ve hastaların yaklaşık %71,4'ünün stoma bakımı eğitimlerinin medikal firmalar tarafından verilmiş olduğu tespit edildi.

Sonuç:
Stomaterapi hemşiresinin, hastayı ameliyattan sonraki ilk 24 saat içerisinde görmesi ve bakım sürecini başlatması hastada anksiyeteyi azaltır. Gelişebilecek komplikasyonlar açısından takibi ve bilgilendirme, kendi öz bakımını kısa sürede yapabilmesi, iyileşme sürecinin kısalması açısından önemlidir. Stomalı bireyin yaşam kalitesi ve konforunun artması için kendine en uygun ürünün tespit edilmesi, ekonomik maliyet ve gereksiz mali kayıpların önlenmesi açısından da önemlidir. Bireye verilen eğitim, hasta anemnez ve uygulamaları için "Stomalı hasta; eğitim, bilgilendirme, uygulama" formunun geliştirilmesi ve kullanılması, önemli bir kayıt sistemi oluşturmuştur.

HP-015

Rahim İçi Araç Çıkarılırken Meydana Gelen Nekrotizan Fasiit Sonrası VAC Uygulanan, İleostomisi ve Kolostomisi Olan Hastada Hemşirelik Yaklaşımı

Birgül Ödül Özkaya[1], Ayşegül Küçük[1], Asiye Gül[2]
[1]Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Amaç:
Biz bu çalışmada agresif bir cerrahi olan nekrotizan fasiitli bir hastanın hemşirelik bakımının önemini sunmayı amaçladık.

Olgu:
39 yaşında bayan hasta, eşi ve dört çocuğuyla birlikte yaşıyor. Özgeçmişinde herhangi bir özelliği olmayan hastada rahim içi araç çıkarılırken uterüs rüptürü gelişen ve fark edilmeden evine gönderilen hastada bir ay sonra şiddetli ağrı, ateş, bulantı kusma idrar yapamama,ön karın duvarının 20x10 cm genişliğinde siyah görünümünde nekroz olması sebebiyle hasta acil kliniğimize başvurmuş. Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda hasta acil ameliyata alınmıştır. Hastanın sigmoid kolon perferasyonu olmasından dolayı kolostomi açılmıştır. Batın ön duvarının nekroz olmasından dolayı açık batına vakum yardımlı kapama uygulaması (vac) yapılmıştır. Üçüncü vac değimi sırasında ameliyat sırasında ince bağırsağın perferasyon olmasından dolayı hastanın ince bağırsağı vacın dış orta kısmına çıkarılıp ostomi haline getirilmiştir. Servis takibi sırasında hastanın genel durumunun bozulması ve sepsis tablosunun görülmesi üzerine hasta anestezi yoğun bakım ünitesine nakil edilmiştir. Üç gün yoğun bakımda takip edildikten sonra genel cerrahi servisine tekrar alınmıştır. Hasta da iki adet ostominin olması hasta da beden imajının bozulmasına ve duygusal çöküntüye sebep olmuştur. Yorgunluk ve isteksizliğe bağlı öz bakım ihtiyacını karşılayamama, deri bütünlüğünde bozulma, bilgi eksikliği, eşinin stomayı kabullenmemesi,oral alım bozukluğuna bağlı beslenme yetersizliği,kilo kaybı gözlenmiştir. Öncelikle hasta ve yakının bilgi eksikliğini gidermeye çalışıldı. Eşine stoma bakımı anlatıldı ve öğrenmesi sağlandı. Benzer deneyimleri yaşayan kişilerle paylaşimda bulunması için olanak sağlandı. Hastalığının seyri konusunda soru sorması için hasta cesaretlendirildi. Kilo kaybı için total parenteral nutrisyon ve enteral beslenme başlanmıştır. Alınan kültür sonucunda yara yeri enfeksiyonu tedavisi için enfeksiyon hekiminin uygun gördüğü üçlü antibiyoterapiye başlanmıştır. Açık batına vakum yardımlı kapama uygulaması bir ay sürmüş üç günde bir vac değiştirilmiştir. Yara yeri enfeksiyonu minimal seviyeye gelmesi ve açık batının ölçülerinin küçülmesi (7 X 12) cm nedeniyle vac uygulaması sonlandırılmıştır.

Sonuç:
Nekrotizan fasiit sonrasında hastada gelişebilecek sorunlar ve bu sorunların önlenmesinde kapsamlı hemşirelik bakımının sunulması gerekmektedir.

HP-016

Bagetli Stomada Bakım ve Önemi

Hanife İnç
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Amaç:
Stoma, bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir ve uygulandığı bağırsağa göre isimlendirilir. Stoma açılması esnasında, yapılan operasyona bağlı olarak bağırsağı karın duvarına sabitlemek için baget [çubuk]kullanılır. Baget özellikle loop kolostomilerde ve yüksek çıktılı ileostomilerde kullanılır. Baget uygulaması geçici bir işlem olup, operasyon sonrasında 7 ila 30 gün arasında çıkarılması gerekir.

Olgu:
Bagetler değişik şekillerde uygulanabilir. uygulama şekline ve kullanılan materyale göre halka ve çubuk şeklinde olabilirler
En yaygın ve en kullanışlı olanı halka şeklinde olanıdır. Halka bagetler çıkarılması en kolay ve komplikasyon gelişimi en az olan baget uygulamasıdır. Halka bagetler genellikle yumuşak materyalden seçilir.stomadan geçirildikten sonra cilde sutürlenmeden iki ucu birleştirilerek halka şekli verilir. Çubuk

bagetler ise stomadan geçirildikten sonra her iki ucu cilde sutür ile tutturularak kullanılır. Buda kullanılan materyale bağlı olarak farklı sorunlarla karşılaşmasına yol açar. Çubuk bagetin sabitlenirken sıkı sutür atılması, sutürların stomadan uzak bir noktaya atılması, bagetin sert bir materyalden olması ve bagetin uzunluğuna bağlı olarak stoma komplikasyonları gelişebilir. Bu durum stoma adaptörünün uygun çapta yerleştirilememesine, buna bağlı olarakta özellikle yüksek çıktılı stomalarda sık adaptör değişimi yapılmasına, irritan dermatitler görülmesine sebep olur. Sert materyalden uygulanan çubuk bagetler sütur edildiği alanda oluşturduğu basınca bağlı olarak yara oluşumuna ve mukokutanöz ayrılmalara neden olabilir. Gelişen komplikasyonlar hasta ve/veya yakınının stoma bakımı yapmasını zorlaştırmakta, ağrı, sancı duymasına neden olurken, stomalı bireyi ruhsal açıdan korku,endişe içerisinde bırakmaktadır.

Sonuç:
Bireylerin stoma ile tanıştığında ilk merak ettiği, bakımının nasıl yapılacağı ve normal yaşamını nasıl etkileyeceği olmuştur. Çoğu bireyin kabullenmekte bile zorlandığı stomalarda, hastanın stoma bakımını zorlaştırmayan, yumuşak materyallerden uygulanan bagetler tercih edilmelidir. Hasta ve/veya hasta yakını stoma hemşiresi tarafından baget konusunda bilgilendirilmeli ve karşılaşabileceği sorunlar ıle ilgili eğitim verilmelidir. Birey bagetin çıkarılması gerektiğini bilmeli, kontrole gelindiğinde hekime bagetli stomasının olduğunu hatırlatması gerektiği söylenmelidir. Stoma hemşiresi tarafından post-op dönemde sorun yaşanılan bagetli stoma ile ilgili hekimle işbirliği yapılmalıdır.

HP-017
Stomalı Hastada Eğitimin Önemi: Olgu Sunumu

Melike Bala, Murat Çakır
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç:
Stomalı hastada sorunların önlenmesinde ve mevcut sorunların erken dönemde çözümlenmesinde eğitimin önemini vurgulamaktır.

Olgu:
74 yaşındaki erkek hastaya 2012 yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Rektum CA nedeniyle geçici ileostomi uygulanmıştır. Hasta evli, ilkokul mezunu ve emeklidir. Cerrahi girişim öncesi kemoterapi ve radyoterapi almamıştır. 2012 yılında hastanemizde stomaterapi ünitesi olmadığı için hastanede yattığı 1 haftalık süreçte stoma bakımı medikal firma tarafından yapılmış ve bakım konusunda eğitim firma yetkilisi tarafından verilmiştir. 2012-2015 yılları arasında kemoterapi tedavisi alan hasta, 2015 yılı mart ayında stomasının etrafında kızarıklık olduğu gerekçesi ile hastanemiz genel cerrahi anabilim dalı bünyesinde 2014 yılında kurulmuş olan Stomaterapi Ünitesi'ne başvurdu. Stomaterapi hemşiresi olarak yaptığım değerlendirmede, 1 aydır hastanın stomasında ağrı ve acı duyusunun olduğunu, stomanın etrafındaki ciltte bağırsak içeriğinin sızıntısına bağlı olarak kızarıklık ve maserasyon oluştuğunu belirledim. Stoma yuvarlak ve pembemsi renkliydi. Mukokutanöz ayrılma, retraksiyon ve stenoz yoktu. Stomanın çapı 29 mm olmasına karşın hastanın adaptörü 38 mm kestiğini belirledim. Yaşadığı sorunun çözümlenmesi için, stoma etrafına adaptörü yapıştırmadan önce bariyer sprey uygulaması ve adaptörü stomaya uygun kesmesi gerektiğini söyledim. Hastayı stoma bakımı, stoma ve adaptör çapının belirlenmesi, adaptörün kesilmesi, pastanın sürülmesi ve bariyer sprey uygulaması konularında uygulamalı olarak bilgilendirdim. Hasta haftalık kontrollere çağrıldı. İl dışında olduğu için gelemeyeceğini bildiren hastaya telefonla danışmanlık sağlandı. 1. ayın sonunda hasta stomataerapi ünitemize geldi. Yaptığım değerlendirmede hastanın stoma ile ilgili sorunlarının düzeldiğini, adaptörün stoma çapına uygun olarak kesildiğini belirledim.

Sonuç:
Vaka analizinden elde edile sonuçlar, stomalı hastaya verilen eğitimin sorunların önlenmesinde ve var olan sorunların erken dönemde çözümlenmesinde etkin olduğunu ortaya koydu.

HP-018
Olgu Sunumu; Stoma Prolapsusu Olan Hastada Ameliyata Hazırlık Döneminde Özellikli Stoma Bakımı

Halime Aydın, Mustafa Öncel
Medipol Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Özellikle loop stomalarda görülen, geç dönem komplikasyonlarından olan stoma prolapsusu stomanın karın duvarından sarkmasıdır. Görülme sıklığı % 5-14 oranındadır. Karın duvarında gereğinden büyük bir açıklık, ostomiye yönelen uzun bir sigmoid urve olması, aniden artan karın içi basınç, gereğinden uzun bir kolonun bulunması, stomanın başlangıçta çok uzun yapılmış olması prolapsus nedenlerinden bazılarıdır. Bu olguda amacımız; Stoma prolapsusu olan hastada ameliyata hazırlık döneminde özellikli stoma bakımının hastaya katkılarını paylaşmaktır

Olgu:
Bayan S.A, 56 yaşında, ev hanımı ve 4 çocuğu var. Miles operasyonu geçirmiş. Uç kolostomi açılmış. Ameliyattan önce radyoterapi sonrada kemoterapi almış. Ameliyattan iki ay sonra barsak prolobe olmuş. Hasta şikayetlerini şöyle anlatıyor; Her zaman sıkıntı ve korku içindeyim. Torba tutmuyor. İçten ağrı, acı hissediyorum. Çok az bile olsa ağırlık kaldıramıyorum. Şişliğinden utanıyorum toplum içine çıkamıyorum. Yeleğimle kapatmak zoronda kalıyorum. Kendim değiştiremiyorum. Banyo yaparken rahatsız oluyorum. Ayağa kalktığım zaman çıkacak diye sürekli orurmak, yatmak istiyorum. Barsak torbanın yanından dışarıya çıkıyor. Çrabımı giyemiyorum. Tırnaklarımı kesemiyorum. Hasta ve yakınlarına bakım yaparken hastayı sırtüstü yatırmaları ve prolobe olan kısmı katkat içeriye itmeleri gösterilerek anlatıldı. Daha sonra torbayı nasıl barsağı tamamen içine alacak şekilde yerleştirebileceği gösterildi. Gerekli tetkikler yapıldıktan sonra stoma revizyonu amacıyla operasyona karar verildi.

Sonuç:
Ameliyatta, stoma ciltten ayrılıp fazla barsak kısmı rezeke edildikten sonra yeni bir stoma oluşturudu. Post op; Hasta Artık sıksık torba değiştirmek zorunda kalmıyordu. Kişisel bakımında başkalarına bağımlı değildi. Rahatça ayağa kalkabiliyor ve yürüyüş yapabiliyor. Toplum içine rahat çıkabiliyordu. Ağrı ve acısı olmuyordu. Kendisini rahat ve huzurlu hissettigini söylüyor. Stoma bakımını kendisi yapabiliyordu. Sonuç olarak; Stoma prolapsusu komplikasyonu olan hastaya stoma bakımı konusunda, bu konuda eğtim almış stoma bakım hemşireleri rehberlik etmelidir. Prolobe olmuş stomanın yönetiminin bilinçli ve doğru yapılması hastanın operasyona kadar olan sürede yaşam kalitesini artırmaktadır.

HP-019
Stomalı Bireylerde Mahremiyet: Hassas Bir Konu

Zehra Göçmen Baykara[1], Dilek Aktaş[2]
[1]Gazi Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

Bağırsak stomaları, bireyin defekasyon üzerine olan kontrolünü kaybettiği, organ ve fonksiyon kaybını içeren bir olgudur. Stoma; bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan etkilemektedir.
Stomalı bireyin yeni yaşamına adaptosyonundastoma ve yara bakım hemşirelerinin önemli rolleri vardır. Stomalı birey, ameliyat sonrası dönemde stoma ve yara bakım hemşiresine güvenir.
Stoma ve yara bakım hemşiresi,stomalı bireyin ilk önce fizyolojik mahremiyet alanına girer ve orada bazı hemşirelik girişimler uygular. Daha sonraki süreçte ise stomalı bireyin aile ilişkileri, cinsellik, ibadet gibi psiko-sosyal mahremiyet alanlarına ilişkin veriler elde eder. Stoma ve yara bakım hemşiresi stomalı bireyin her bir problem yaşanan alanına yönelik mesleki girişiminde bulunur. Bu nedenle stomalı bireyler, her an mahremiyetleri ihlal edilebilir, zedelenebilir, örselenebilir, yıpratılabilir özel gruplardır.
Stoma ve yara bakım hemşirelerinin mahremiyete saygı konusunda duyarlı olmaları, bu duyarlılık ile hizmet vermeleri, stomalı bireylerin mahremiyetlerini koruyucu önlemler almaları gerekmektedir. Bu sorumluluk aynı zamanda etik bir yükümlülüktür.
Bu sunumda stomalı bireylerin mahremiyetlerinin ihlal edilebileceği durumlar ve stoma ve yara bakım hemşiresinin sorumluluklarına yer verilecektir.

HP-020
Açık Karında Stoma ve Yara Bakımı: Olgu Sunumu

Türkan Özbayır[1], Fatma Susam Özsayın[2], Fatma Suakan[3], Turan Acar[4]
[1]Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, İzmir
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Birimi, İzmir
[4]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç:
Açık karın ve fasyal defektin aşamalı olarak azaltılması için gelişmiş teknikler ve teknolojiler mevcuttur. Bu teknikler ve teknolojiler, negatif basınç terapisinin ve sentetik veya biyolojik koruyucu ve iyileştirici materyalin uygun kullanımını içerir. Yeni kanıtlar açık karınla tedavi edilen hastaların büyük bir kısmının ilk hastaneye yatırılma işleminde kapatıldığını göstermektedir. Uygun tedavi ve bakım tekniklerinin kullanımında açık karın ihtiyacının ve tedavisinin altında yatan temel prensiplerin anlaşılması esastır. Bu olguda, açık karın ile birlikte stoma varlığında hastanın optimum bakımının sağlanması amaçlanmıştır.

Olgu:
66 yaşındaki kadın olguda, ameliyat bitiminde fasya kapatılmadan sadece cilt kapatılmıştır. Ancak ameliyat sonrası dönemde insizyon hattındaki kanama nedeniyle süturler açılarak kanamaya müdahale edilmiş ve karın açık bırakılmıştır. Karın hidrokolloid özellikli 10 cm×10 cm boyutlarındaki yara örtüsü ile kapatılmış ve ostomi örtü üzerinden kontrol altına alınarak tekli torba sistemi kullanılmıştır. İyileşmesi geciken hastaya vakum yardımlı yara kapama sistemi (vacuum assisted closure -VAC) uygulanmıştır. Bölge %5' lik izotonik sodyum klorür solüsyonu ile yıkanıp, polivinil alkol içeren süngerler ile kapatılmıştır. Stoma çevresine pasta uygulanarak bölge korunmuş ve kolostomi adaptörü ile torbası uygulanmıştır. Stoma hemşiresi tarafından günde 1 defa stoma bakımı yapılmış ve 3 günde 1 defa da VAC sistemi değiştirilmiştir.

Sonuç:
Açık karın ile birlikte stomanın da varlığında, stoma ile ilişkili komplikasyonlarla daha sık karşılaşılmaktadır. Açık karın ile birlikte stoması olan olgularla elektif cerrahi ile stoma oluşturulan olgular arasında önemli farkların olduğunu bildiren çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda; vakum yardımlı yara kapama (VAC) yöntemi ile cerrahi yara komplikasyonları olmaksızın abdominal kapatmanın yapıldığı ve açık karın tekniği ile tedavide stoma varlığının kontrendikasyon oluşturmadığı bildirilmiştir. Açık karında vakum yardımlı yara kapama sistemi ile tedavi edilen ve kolostomisi olan bu olguda 2 hafta sonra enfeksiyon bulgularının gerilediği gözlenmiştir. Stomanın da eşlik ettiği açık karın olgularında, etkili bir tedavi ve bakım yöntemi olarak vakum yardımlı yara kapama sisteminin kullanılması önerilmektedir ancak stomanın bakımı için uygun fiziksel koşullar oluşturulmalı ve VAC sistemi, stoma bakımını engellemeyecek şekilde uygulanmalıdır.

HP-022
Stoma Kapatılması Sonrasındaki Sorunları Biliyor muyuz?

Dilek Aktaş, Sema Koçaşlı
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Stoma, açılma ve ağız oluşturmak amacı ile yapılan cerrahi işlemlerin genel adı olarak kullanılmaktadır. Abdominal stomalar, boşaltım ya da beslenme amaçlı açılmaktadır. Boşaltım amaçlı stomalar sıklıkla kolorektal kanser nedeniyle açılmakta olup geçici veya kalıcı olabilmektedir. Geçici stomalar, ameliyat bölgesinden geçişi önleyerek anostomozu korumak ve bölgenin iyileşmesini sağlamak amacı ile oluşturulur ve stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra da kapatılır. Stoma kapatılması küçük bir ameliyat gibi algılansa da ameliyat sonrası dönemde özellikle end kolostomilerin kapatılması sonrası çeşitli komplikasyonlara yol açabilen bir ameliyattır. Bu komplikasyonlar ölüm nedeni olabilmektedir. Kaiser ve arkadaşları (2007) yapmış oldukları çalışmada (n:156) stoma kapatılması sonrası morbidite oranını % 36.5 olarak bildirmiştir. Mansfield ve arkadaşları (2008) yapmış oldukları çalışmada (n: 123) komplikasyon oranını % 33.3 ve mortalite oranını ise % 3.3 olarak bildirmiştir. Stoma kapatılması sonrası karşılaşılan sorunlar arasında ise sırası ile enfeksiyon, atelektazi, derin ven tormbozu, insizyonel herni, anastomoz kaçağı, ileus, fistül, diyare, defekasyon sıklığında artış ve sıkışma hissi olarak literatürde belirtilmektedir. Bu sorunların erken tanılanmasında ve karşılaşma sıklığının azaltılmasında yapılan kaliteli ve kanıta dayalı bir hemşirelik bakımı oldukça önem taşımakta olup, hastaların da yaşam kalitelerini arttırıcağı ve kurumlara olan maliyeti de azaltacağı düşünülmektedir.

HP-024
Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi Olan Bir Olgunun Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı Planlaması

Hatice Başaran
Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Cerrahi Servisi / İstanbul

Amaç:
Günümüzde ileri evre kolon kanserlerinde en sık tercih edilen tedavilerden biri olan sitoredüktif cerrahi (SRC) ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HİPEK) sıkça karşımıza çıkan olgulardan biri haline geldi. Bu tür hastalarda amaç intraabdominal kavitede gözle görülebilir tümör bırakmayacak şekilde tümöral doku, organ ve/veya peritoneal yüzeylerin çıkarılmasıdır. Cerrahi sonrası uygulanan intraperitoneal kemoterapi makroskopik sitoredüksiyonun mikroskopik sitoredüksiyona tamamlanmasını hedeflemektedir. Bu tarz bir işlem, perioperatif dönemde multidisipliner bakış açısının yanı sıra tüm yaşam fonksiyonları etkilenen bireylere, holistik yaklaşım sergileyerek bakım verme gerekliliğini doğurmaktadır. Bu hastalarda hemşirelik bakımı planlaması, hastada oluşabilecek çok yönlü değişimler nedeni ile komplike bir süreç haline gelmektedir. Bu yüzden bu olgumuzda 1982'de Gordon tarafından geliştirilmiş olan bireylerin biyopsikososyal boyutta kapsamlı olarak ele alındığı ‹›Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri›› adlı hemşirelik bakım modeli ile değerlendirilmiştir. Bu modelle sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımını ve hemşirelik bakış açısıyla bilginin analiz edilmesini olanaklı kılarak örnek bir hemşirelik yaklaşımı oluşturulması amaçlanmıştır.

Olgu:
53 yaşında kadın hasta. Eşi ile beraber yaşıyor, ev hanımı. Allerjisi yok, sigara/alkol kullanımı yok. Sistemik değerlendirmesinde; Solunum sistemi: emboli ve atelektazi öyküsü, Kardiyovasküler sistem: taşikardi öyküsü, Gastrointestinal sistem:, total kolektomi, parsiyel gastrektomi ve mekanik ileus öyküsü,
Boşaltım sistemi: kalıcı ileostomisi mevcut, Üreme sistemi:TAH-BSO, diğer sistemlerde pozitif bulgu yok. Fizik Muayene Bulguları: Karın sağ alt kadranında ileostmi, batın distanse ve hassas, geçirilmiş operasyonlara bağlı nedbe dokuları mevcut, sol subclavian bölgede port katateri mevcut. Kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 73 atım/dk, vücut ısısı 36,8 °C, solunum sayısı 18/dk, SPO2 %96, ağrı skoru: 0 (Görsel ağrı skalası).
Öykü: Daha önce 2014 (SRC; TaH-BSO, LOW Anterior Rezeksiyon, Sağ Hemikolektomi, Splenektomi, Peritonektomi, Paraaortik Diaseksiyon, Bilateral Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu, Diyafragmatik Stripink, Kolostomi Açılması) ve 2015 (SRC; Total Kolektomi, Diyafragmatik Stripink, Karaciğer Segmentektomi, Batın Ön Duvarından Metastaztezektomi, Parsiyel Gastrektomi, Peritonektomi, İleostomi Açılması, HİPEK) yıllarında primer over kanseri ve kolon kanseri tanısıyla bir dizi ameliyat olan ve her iki operasyon sonrası toplamda 42 kür kemoterapi alan hastanın yapılan son kontrol Batın MR ve PET BT sonuçlarında karaciğer kapsül çevresinde, sağ üreter trasesinde ve vajen kafında şüpheli implantlar gözlenmesi üzerine SRC ve HİPEK planlandı.
Yatış: 21.12.2016›da yatışı yapılan hastaya preop hazırlıklıkları yapıldı, 22.12.16 SRC (Sistoskopi ve Bilateral Double J Stent takılması, Adezyolizis, Batın Duvarı Tümör Eksizyonu, Distal Subtotal Gastrektomi, Üreter Trasesi Tümör Eksizyonu, Üreter Primer Tamiri, Vajen Kaftan Kitle Eksizyonu, Karaciğer Multipl Metastezektomi, Portal Hematisten Tümör Eksizyonu, İnce Bağırsak Mezosundan Multpl Tümör Eksizyonu, Pelvik Peritonektomi, İleostomi Revizyonu) HiPEK yapıldıktan sonra postop yoğun bakıma interne edildi. Genel durumu stabilleşince, postop 2. gününde cerrahi servise kabul edildi. Gordon›un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri başlıkları altında hastanın hemşirelik tanıları planlandı, bakımları verildi, değerlendirmesi yapıldı. Hasta 25.01.2017 tarihinde kemoterapi için onkoloji servisine transfer edildi.

Sonuç:
İleri evre kolerektal kanserlerin tedavisinde gitgide yaygınlaşan bir uygulama haline gelen SRC ve HİPEK işlemleri sonrası hastanın bakım ihtiyaçlarını belirlemede çok yönlü, sistematik bir yol sunan model ve hemşirelik tanılarına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda hemşirelik araştırmalarının arttırılması vakaların yönetiminde kolaylık sağlayacağı bir gerçektir. Olgumuzda

hemşirelik tanılarının ‹›Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri›› başlıkları altında incelenmesi, hastayı daha holistik bir bakış açısıyla değerlendirmeye olanak kılmıştır.

HP-025
Etkin Bakım için Eğitim Rehberleri

Zehra Esin Gencer, Özlenen Özkan
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Bakım değer katan bir emektir.
Hasta bakımı, hastanın yaşam kalitesini yükselten, iyileşme sürecini kısaltan, hastanın rahatlık ve konforunu sağlayan kişisel bakım aktivitelerinde süreklilikler bütünüdür.

Amaç:
Bası yarası olan bireylerin, hastanedeki ve evdeki bakım sürecinde; bakımın devamlılığını sürdürmek, riskli hastalarda bası ülseri oluşumunun önlenmesi, stomalı bireylerin kendi kendine stoma bakımlarını yapabilir hale gelmeleri ve hızlı uyum sürecine geçiş için, hasta ve yakınlarının sorularına cevap bulabilmeleri amacıyla rehber eğitim kitapçıklar hazırlanması planlanmıştır.

Gereç-Yöntem:
Akdeniz Üniversitesi hastanesinde 2012-2016 yılları arasında bakım ve takibi yapılan hastaların ihtiyaçları doğrultusunda rehber kitapçıklarda şu sorulara cevap aranmıştır.

Bası yarası olan bireyler ve yakınları için;
1.Yatak yarası nedir? Nasıl oluşur?
2.Risk grubunda olanlar kimlerdir?
3.Vücudumuzda en çok basınca maruz kalan ve yatak yarası açılan bölgeler nereleridir?
4. Yatak yarasından korunmak için neler yapmalıyız?
5. Yatak yarasının evreleri?
6.Yatak yarası niçin önemlidir?
7.Yatak yarasını nasıl önleyebiliriz?
8. Vücud temizliğinde nelere dikkat etmeliyiz?
9. Erken dönemde yatak yarası işaretlerini nasıl fark ederiz?
10.Dikkat etmemiz gereken hususlar nelerdir?

Stomalı birey ve yakınları için;
1.Stoma nedir?
2.Stoma bakımı nasıl yapılır?
3.Kolostomi irigasyonu nedir?
4.Cilt bakımında nelere dikkat etmeliyiz?
5.Karşılaşılabilecek sorunlar nelerdir?
6.Stomalı birey için kaliteli yaşam nasıl olmalıdır?
7. Beslenmede dikkat edilecek yiyecekler nelerdir?
8.Stomalı birey için acil durum gerektiren belirtiler nelerdir?

Bulgular:
Rehber eğitim kitapçıkları, sorulara cevap niteliğinde hazırlandı. Geliştirilen rehber kitapçıklar; «Yatak (bası) yaralarını önleme rehberi» ve «Stomalı (ostomili) bireylerin rehberi» olarak isimlendirildi. Rehber kitapçıklar hasta ve yakınlarında farkındalık, memnuniyet ve profesyonel hizmet alma açısından önemlidir.

Sonuç:
Bakım kitapçıkları sağlık personeli, hasta ve yakınları için rehber niteliğindedir. Bakımın sürekliliğini sağlamak, önleyici faaliyetler ile gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde fark edilmesi açısından önemli bir araç ve kaynaktır. Bakım değerlidir, hastalarımız daha da değerlidir.

HP-026
Fournier Gangreninde Hemşire Bakımının Önemi

Fatma Suakan[1], Nurgül Koç[1], Hatice Binbir[2], Cengiz Tavusbay[2]
[1]İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Stoma ve Yara Bakım Ünitesi
[2]İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Amaç:
Fournier gangreni genital bölgenin ve perinenin aerobik ve anaerobik bakterilere bağlı olarak gelişen nekrotizan fasiitidir. Günümüzde mortalite oranı hala yüksek seyreden bu hastalığın tedavisindeki en önemli basamaklar erken tanı ve geniş doku debridmanı ile birlikte geniş spektrumlu antibiyotik kullanımıdır. Bu çalışmada, Fournier gangreni tanısıyla Genel Cerrahi Kliniğinde yatırılarak tedavi gören hastalara verilen hemşirelik bakımı ve sonuçları değerlendirilmiştir.

HP-027
Kolorektal Cerrahide Psikososyal Sorunlara Yaklaşım

Gonul Küçük
Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Amaç:
Hemşirelerin,kolorektal cerrahi sonrası hastaların yaşadığı ruhsal sorunları tanılama, soruna yönelik gerekli girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirebilme becerisine sahip olması

Gereç-Yöntem:
Hastalık süreci ve cerrahi işlem sonrası hastanın psikososyal sorunlarını tanımlamada doğru tanılama ve gerekli girişimleri planlayıp hemşirelik sürecini başlatmak.Hastalığa değil,hastaya özgü bakım planı oluşturmak.

Bulgular:
Bilgi eksikliğine bağlı; Anksiyete
Stoma açılmasına bağlı; Beden imajında bozulma riski
Ostomi açılması bağlı; Cinsel yaşamda değişim.
Hastalık ve cerrahi işleme bağlı; Aile sürecinde değişim
Cerrahi işlem stomaya bağlı; sosyal izolasyon

Sonuç:
Hemşirelerin, kolorektal cerrahi sonrası hastaların yaşadığı ruhsal sorunları tanılama, soruna yönelik gerekli girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirebilme becerisine sahip olması Hastalara bütüncül ve bireye özgü hemşirelik bakımının verilmesi hastaların daha kaliteli ve mutlu yaşam sürmelerini sağlayacaktır.

HP-29
Peristomal Cilt Problemi Gelişen İleostomili Hastanın Tedavi ve Bakımı

Gülnur Gümbelek, Fuat Aksoy, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Barsak stoması: Barsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Barsak stoması açılma endikasyonları barsağın çeşitli hastalıklarından kaynaklanmaktadır.
İleostomisi olan hastalarda yüksek çıktılı debi ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar stoma bakımını zorlaştırmaktadır.
Bu olgu sunumunda 54 yaşında ileostomisi olan ve peristomal cilt problemi gelişen hastamızın tedavisi ve bakımı paylaşılacaktır.

HP-30
Stoma Prolapsusu Gelişen Hastanın Tedavi ve Bakımı

Kader Cızoğlu, Gülnur Gümbelek, Özgen Işık, Ersin Öztürk, Tuncay Yılmazlar
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Özet
Stoma prolapsusu ostomilerin sık görülen geç komplikasyonlarındandır. Artmış karın içi basıncı, ostomi için oluşturulan fasya deliğinin gereğinden büyük olması, kolon mezenterinin peritona yetersiz fiksasyonu stomal prolapsusun etyolojik faktörleri arasında sayılabilir. Tedavisi cerrahi yapılarak sonuçlanmaktadır.

Bu olgu sunumunda 52y bayan hastamızda gelişen stoma prolapsusun tedavi ve bakımını paylaşacağız.

YAZAR İNDEKSİ

-A-
Abbasoğlu, Aysel 260
Abdulleva, Seymur 226
Abuoğlu, Hacı Hasan 66, 148, 150, 151
Acar, Atahan 57
Acar, Aylin 166
Acar, Fahrettin 240
Acar, Mustafa Atahan 111
Acar, Nihan 213
Acar, Turan 109, 208, 210, 213, 234, 283
Acarlar, Hülya 180, 257, 265, 274
Açıkgöz, Mehmet Ali 135, 173
Adaş, Gökhan Tolga 198
Ademoğlu, Serkan 68, 76, 99, 105, 107, 134, 169, 209, 241
Aghayeva, Afag 98, 102, 107, 184, 252, 265
Ağaç, Aybala 183
Ağalar, Cihan 93, 95, 126, 196, 204
Ağcaoğlu, Orhan 96
Akar, Emine 257, 265, 279
Akbaba, Soner 70
Akbayır, Özgür 231
Akbulut, Gökhan 97, 203, 267, 269
Akça, Muhammed Tahir 154
Akgül, Giray 117
Akgül, Özgür 74, 189
Akgün, Erhan 136, 216
Akgün, İsmail Ethem 72, 108
Akgün, Mehmet Yılmaz 136, 181, 182
Akgün, Zekeriya Erhan 88
Akıcı, Murat 68, 76, 99, 105, 107, 134, 169, 209, 241
Akıl, Yasemin 259
Akıncı, Muzaffer 104, 140, 241
Akıncı, Ozan 116, 242
Aksoy, Faruk 192
Aksoy, Fuat 94, 127, 286
Aksoy, Nigar Bayraktar 271
Aksoy, Seçil Ak 94, 127
Aksu, Ali 79, 92, 106
Aksungur, Nurhak 141
Aktaş, Ayşegül 153
Aktaş, Dilek 273, 283, 284
Aktekin, Ali 148, 151
Akturan, Saadet 183
Akyol, Cihangir 125
Akyüz, Ali 60, 89
Akyüz, Cüneyt 71, 199, 202, 203, 209
Akyüz, Nuray 269
Akyüz, Simay 258
Akyüz, Yasemin 138
Alabaz, Ömer 58
Alay, Demet 187, 190, 217, 219
Albayrak, Özhan 168, 190, 221
Alemdar, Ali 57, 58, 77, 122, 251
Algın, Mustafa Cem 63
Alış, Halil 75, 93, 140, 175, 176, 177, 217, 226, 277, 280
Alışık, Murat 65
Alimoğlu, Orhan 65
Alkan, Selman 192, 230
Alkoy, Seval 80
Almalı, Necat 245
Alp, Vahhaç 135
Alpdoğan, Özcan 214
Alper, Aydın 121
Altay, Canan 126
Altın, Önder 144, 162, 200, 242
Altınel, Yüksel 85
Altıner, Saygın 74, 110, 180, 228
Altınok, Duygu 63
Altıntaş, Semra Bağrıaçık 128, 184, 190, 268, 271
Altıntaş, Tansu 219
Altunsoy, Meral 269, 280
Altuntaş, Yunus Emre 144, 162, 200, 242
Alyanak, Ahmet 183
Anadolulu, Zeynep 167
Anılır, Ender 129
Anuk, Turgut 70, 95, 96, 122, 142, 146, 157, 158, 161, 171, 212, 238, 242
Aren, Acar 168, 221
Arıcan, Can 145, 151
Arıkan, Yüksel 68, 99, 134, 169, 209, 241
Arısoy, Mustafa 92, 105, 121, 124, 129, 138, 243
Arpa, Medeni 63
Arslan, Bilal 139
Arslan, Naciye Çiğdem 93, 95, 126, 204, 232
Arslan, Ufuk 80
As, Abdullah 228
Aslan, Farma Eti 259
Aslan, Fatih 206
Aslan, Fırat 245
Aslan, Mehmet 154
Aslaner, Arif 236
Aşıkuzunoğlu, Feyza 100
Atahan, Murat Kemal 57
Atamanalp, Sabri Selçuk 141
Atasoy, Deniz 98, 102, 236, 250, 265
Ateş, Mustafa 99, 112, 113, 121, 134, 250
Atıcı, Semra Demirli 138, 150, 151
Attaallah, Wafi 63, 109, 186, 187, 219
Avanaz, Ali 201
Avaroğlu, Hüseyin İmam 195
Avcı, Arzu 208, 233
Avcı, Tevfik 218
Avşar, Pınar 273
Ay, Ali 264, 265
Aydede, Hasan 172
Aydın, Alaaddin 201
Aydın, Can 57
Aydın, Cengiz 86, 97, 145, 150, 151, 203, 269
Aydın, Ferit 206
Aydın, Gülçin 81
Aydın, Halime 262, 266, 277, 278, 279, 282
Aydın, Hüseyin O 91, 232
Aydın, Hüseyin Onur 218
Aydın, Ilgın 234
Aydın, Mehmet Can 177
Aydın, Oktay 81
Aydınlı, Hande 110
Aygün, Yüksek Cem 218
Ayhan, Ali 218
Aysal, Anıl 204
Aytaç, Abdulkadir Bülent 180
Aytaç, Bülent 106
Aytaç, Erman 98, 102, 107, 110, 184, 236, 250, 252
Aytin, Yusuf Emre 222, 223, 224
Azamat, Sena 89

-B-
Babür, Mehmet 135, 173
Baca, Bilgi 98, 102, 107, 184, 236, 250, 252, 265
Bağ, Halis 172, 181
Bağ, Yusuf Murat 81
Bahçe, Zeynep Şener 135, 173
Bakar, Burak 73
Bala, Melike 282
Balas, Şener 145
Balcı, Melek 263
Balık, Emre 59, 60, 89, 92, 96, 117, 121, 124, 129, 138, 215, 224, 235, 243, 253, 264, 269, 271
Balkan, Salih Müjdat 87, 101, 113

Ballı, Emre 107, 134
Balta, Ahmet Ziya 184, 227
Bartın, Mehmet Kadir 185
Baskak, Duygu Altın 207
Baş, Gürhan 65
Başak, Fatih 100, 166
Başara, Işıl 126
Başaran, Hatice 284
Başçeken, Salim İlksen 143
Bayam, Emrah Mehmet 237
Bayer, Ahmet 237
Bayhan, Zülfü 63
Baykan, Özgür 63
Baykara, Zehra Göçmen 257, 265, 273, 274, 279, 283
Bayrak, Aylin Hasanefendioğlu 198
Bayrak, Savaş 67
Bayraktar, Adem 59, 89, 224
Bayraktar, Hüsamettin 250
Bayraktar, Onur 98, 102, 107, 236, 265
Bayram, Onur 96, 117, 235, 271
Bayramov, Nuru Yusuf 143
Beksaç, Kemal 174, 179
Bektaş, Hasan 67, 168
Bektaşoğlu, Hüseyin Kazim 77
Belli, Ahmet Korkut 152
Belviranlı, Mehmet Metin 230
Belviranlı, Metin 191, 194
Berkeşoğlu, Mustafa 117
Besler, Evren 72, 244
Bildik, Nejdet 144, 162, 200, 242
Bilgiç, Çağrı 124
Bilgin, İsmail Ahmet 98, 102, 107, 250, 252
Binbir, Hatice 271, 273, 285
Binboğa, Elif 144
Binboğa, Sinan 175, 176, 217
Birer, Gülşah 177
Biricik, Aytaç 144
Bişgin, Atıl 58, 234
Bişgin, Tayfun 93, 95, 208, 232
Boga, İbrahim 58
Bora, Gül 108, 170
Bostancı, Hasan 90, 110, 228
Bostancı, Özgür 229
Bostanoğlu, Settar 116
Bozan, Ayşe Azak 106
Bozan, Mehmet Buğra 106
Bozbıyık, Osman 136, 215, 216
Bozdağ, Ahmet 92, 106
Bozkırlı, Bahadır Osman 65, 70
Bozkurt, Abdulsamet 226
Bozkurt, Emre 229
Bozkurt, Hilmi 149
Bozkurt, Mehmet Abdussamet 75, 93, 140, 175, 176, 177, 217
Bölükoğlu, Yunus Emre 137
Börcek, Pelin 84
Böyük, Abdullah 92, 106
Buğdaycı, Güler 80
Buğra, Dursun 59, 89, 92, 96, 117, 121, 124, 129, 138, 215, 235, 243, 253, 264, 271
Buldur, Serhat 205
Bulut, Ali Sina 219
Bulut, Hülya 264, 273
Bulut, Mehmet Türker 224
Bulut, Türker 59, 89
Bulut, Türker Mehmet 60, 89
Büyükkasap, Çağrı 74, 90, 110, 128, 228, 230, 231
Büyükuncu, Yılmaz 59, 60

-C-
Cakcak, İbrahim Ethem 178, 222, 223, 224
Cambaztepe, Ferdi 150
Can, Mehmet Ali 135, 173
Can, Uğur 129
Canaz, Emel 231
Canbak, Tolga 166
Canda, Aras Emre 93, 95, 126, 196, 204, 232
Cangül, Muzaffer Muazzez 136, 181, 182
Cartı, Erdem Barış 146, 147, 236
Celayir, Mustafa Fevzi 72, 108, 136, 176, 244
Cenan, Deniz 267
Cengiz, Fevzi 168, 172, 208, 210, 213
Cengiz, Turgut Bora 98
Cezik, Azamet 266
Chakhalov, Bakhtiyar 169, 188, 198, 199, 202
Cızoğlu, Kader 286
Cin, Necat 168, 181
Coşkun, Hakkı 200
Coşkun, İrfan 222
Coşkun, Mümin 109, 186, 187

-Ç-
Çakar, Ekrem 67
Çakır, Murat 111, 191, 192, 194, 230, 282
Çakır, Tuğrul 236
Çakıt, Hakan 100
Çakmak, Güldeniz Karadeniz 83
Çakmakçı, Cemile 77
Çalık, Bülent 97, 203, 267
Çalışan, Cemil 205
Çalışkan, Cemil 88, 136, 216, 250
Çalışkan, İsmihan 128
Çantay, Hasan 133
Çapuroğlu, Elif 222
Çarkman, Sinan 227
Çavdar, İkbal 269
Çay, Mahmut 113, 121
Çeçener, Gülşah 94, 127
Çekiç, Tolga Faruk 161
Çelebi, Esra 266
Çelik, Atilla 85
Çelik, Elif 144
Çelik, Salih Can 109
Çelik, Sebahattin 245
Çelik, Sevilay Şenol 261
Çelik, Süleyman Utku 125
Çetin, Aymelek 121
Çetin, Bahadır 179
Çetin, Mehmet Fuat 78, 194
Çetinkaya, Erdinç 74, 189
Çetinkaya, Gökay 230, 231
Çevik, Ayhan 144, 162, 200, 242
Çevik, Banu 260
Çıkman, Öztekin 245
Çıtlak, Gamze 140, 241
Çiftci, Fatih 238
Çifter, Çağatay Salim 123
Çikot, Murat 75, 217
Çimen, Ferda 164
Çimen, Orhan 164
Çinpolat, Yasemin 80
Çipe, Gökhan 228
Çitgez, Bülent 176
Çolak, Bayram 240
Çolak, Elif 196
Çolak, Şükrü 67
Çolak, Tahsin 117
Çolakoğlu, Muhammet Kadri 162, 163
Çopuroğlu, Elif 222
Çuhadar, Mehmet 184
Çulcu, Serdar 143

-D-
Dadalı, Emrah 57, 73, 174, 175, 183, 190, 216
Dadük, Yıldıray 165, 166, 167, 239, 240
Dağlar, Gül 158
Dal, Fatih 214
Dalcı, Kubilay 234
Danış, Yunus Emre 140
Daphan, Çağatay Erden 81
Demir, Ali 163
Demir, Berkay 149
Demir, Canser Yılmaz 245
Demir, Sevil Güler 273
Demir, Şehri 184
Demir, Uygar 108, 229
Demiral, Gökhan 76, 161, 162, 163
Demiray, Mutlu 228
Demiray, Okan 198
Demirbaş, Sezai 69, 87, 101, 113, 180, 229
Demirci, Salim 206, 211
Demircioğlu, Salih 63
Demiryas, Süleyman 137, 164
Demiryılmaz, İsmail 164
Deniz, Abdulkadir 200, 242
Dere, Özcan 152
Dere, Yelda 152
Devrim, Tuba 81
Dikmeer, Emre 138
Dikmen, Kürşat 90, 110
Dilek, Fatma Hüsniye 234
Dilek, Osman Nuri 109, 141, 213, 234
Dilektaşlı, Evren 149, 237
Dincer, Mürşit 140, 241
Diri, Musa 165, 266
Dirican, Abuzer 99, 112, 113, 134, 250
Dişçi, Esra 141
Dizen, Hayrettin 158
Doğan, Handan 264
Doğan, Lütfi 174
Doğan, Sami 78, 194
Doğan, Semra 69, 87, 101, 113, 180
Doğangün, Muhammed 133
Doğru, Volkan 103
Donmez, Turgut 104
Doran, Figen 58, 234
Doruk, Arzu 277, 280
Dönmez, Turgut 195
Duluklu, Burcu 261
Dulundu, Ender 63
Duman, Uğur 237
Durak, Evren 181, 213
Duru, Hürü 81
Dündar, Halit Ziya 178

-E-
Ece, İlhan 240
Efe, Serdar 222
Ege, Bahadır 238
Egeli, Tufan 232
Egeli, Ünal 94, 127
Eğin, Seracettin 177, 188, 191, 192, 193, 226
Eken, Hüseyin 164
Eker, Tevfik 239
Ekici, Yahya 84, 91, 129, 232
Ekinci, Neşe 168, 222, 233
Ekinci, Özgür 65
Eldegez, Uluğ 224
Elmalı, Hüseyin Nevzat 139
Emiroğlu, Mustafa 86
Emre, Ali Uğur 83
Er, Ahmet 140
Er, Muzaffer Ahmet 198
Er, Sadettin 74, 173, 189, 206, 211, 212
Erakın, Mümtaz 68, 76, 99, 105, 107, 134, 169, 209, 241
Eray, İsmail Cem 58
Ercan, Gülçin 85
Erdem, Duygu Ayfer 104
Erdem, Mustafa Genco 148
Erdem, Vuslat Muslu 104
Erdoğan, Emre 214
Erdoğan, Kıvılcım Eren 58, 234
Erdoğan, Okan 103
Eren, Turgut Tunç 65
Erenler, İlknur 98, 102, 107, 184, 236, 250, 252
Ergin, Sencer 240
Ergul, Emel 63
Ergün, Sefa 116
Ergüner, İlknur 102
Erhan, Selma Şengiz 139
Erhan, Yamaç 172
Erkol, Mehmet Hayri 142, 163
Ermiş, İlker 128
Eroğlu, Hasan 237
Erol, Fatih Mehmet 149
Erözkan, Kamil 136, 215, 216, 250
Ersoy, Pamir Eren 70
Ersöz, Dilşah 129
Ersöz, Nail 69, 87
Erşen, Ogün 107, 134
Ertaş, Ertuğrul 81
Ertekin, Cemalettin 72, 213
Ertugrul, İsmail 250
Ertürk, Süphan 242
Eryavuz, Yavuz 58
Eryılmaz, Ramazan 201
Esmer, Ahmet Cem 71, 199
Etit, Demet 233
Eyüboğlu, Gülcan 274, 279
Ezberci, Fikret 100

-F-
Fenercioğlu, Hüseyin 183, 219
Fere, Serdar 222
Ferlengez, Ekrem 140, 241
Fırat, Yurdakul Deniz 133
Fidan, Esra 80
Filiz, Ali İlker 184, 227
Füzün, Mehmet 93, 126, 196, 204

-G-
Gemici, Eyüp 75, 93, 140, 175, 176, 177
Gencer, Zehra Esin 280, 285
Genç, Hüdai 172, 181, 233
Genç, Hüsnü Çağrı 200
Gençoğlu, Ali 114, 249
Gençtürk, Mehmet 66, 148, 151
Girgin, Mustafa 79
Göbüt, Hüseyin 106, 183, 197, 245
Göçerler, Zeynep 158
Gök, Ali Fuat Kaan 213
Gök, İsmail Burak 201
Gök, Mehmet Ali 153, 161, 167
Gökçal, Fahri 140
Gökçal, Oktay 227
Gökçek, Berk 169, 177, 188, 191, 192, 386
Gökçelli, Uğur 73, 174, 175, 183, 190, 216, 219
Gökçen, Tuğçe 269
Göksel, Süha 98
Göksoy, Beslen 224
Gönen, Seda 235, 264
Gönüllü, Doğan 198

Göya, Cemil 92
Gözeneli, Orhan 220
Gül, Asiye 281
Gül, Mehmet Onur 66, 150, 151, 154
Gül, Mesut 196
Gülçiçek, Osman Bilgin 85
Güldoğan, Cem Emir 74
Güleç, Bülent 184
Gülen, Merter 238
Güler, Sertaç Ata 195
Güller, Müjdat 206
Güllüoğlu, Mine 89
Gülmez, Mehmet 148, 151
Güloğlu, Recep 72, 213
Gülseven, Hüseyin Tahsin 150, 151
Gültekin, Fatma Ayça 83, 114, 249
Gültürk, Barış 92, 106
Gümbelek, Gülnur 286
Gümüş, Serdar 135, 173
Günay, Emre 66
Günay, Leyla 280
Günay, Mustafa Kayıhan 72, 213
Gündoğdu, Haldun 65, 70
Gündoğdu, Tamer 92
Gündüz, İhsan 117
Gündüz, Umut Rıza 148, 153
Güner, Murat 143, 206, 211
Güney, Burak 139, 169, 198, 209, 225, 226, 251
Gür, Emine Özlem 109, 111, 141, 208, 210, 222, 233
Gür, Hüda Ümit 241
Gürbulak, Bünyamin 67
Gürbulak, Esin Kabul 72, 108
Gürbüz, Bülent 92, 105, 121, 124, 129, 138, 215, 235, 243, 253
Gürcan, Sevilay 208
Gürçayır, Dilek 257
Gürer, Ahmet 123
Güreşin, Alican 195
Gürleyik, Emin Sami 78
Güven, Hakan 57, 58, 71, 122, 177, 199, 251

-H-
Hacıyanlı, Mehmet 111, 141, 168, 208, 210, 222, 233, 234
Hacıyanlı, Selda 141, 222, 233, 234
Halıcı, Hakan 141
Halıcıoğlu, İlkay 177, 226
Hamurcu, Esra 196
Hamzaoğlu, İsmail 98, 102, 107, 236, 250, 252
Han, İsmet 117
Hançerlioğlu, Oğuz 101
Hanönü, Seval 265
Harmanda, Erdal 151
Harputlu, Deniz 262, 267
Hasbahçeci, Mustafa 148
Hatipoglu, Engin 164
Hatipoğlu, Engin 137
Hazır, Barış 125
Hin, Aysel 257
Hin, Aysel Ören 180, 265, 273, 274, 279
Horsanalı, Ozan 233
Hot, Semih 188, 192, 193
Hut, Adnan 104

-I-
Irak, Özlem 207
Işık, Özgen 73, 94, 178, 218, 286
Işıl, Rıza Gürhan 177, 188, 191, 192, 193

-İ-
İçer, Şebnem Sema 234
İlbar, Rumeysa 85
İlhan, Enver 57, 73, 128, 174, 175, 183, 184, 187, 190, 214, 216, 217, 219, 271
İlhan, Mehmet 72, 213
İlhan, Sibel Erkal 258
İlhan, Yavuz Selim 79
İnanç, Ömer Faruk 144, 162, 200, 242
İnce, Mehmet 69
İnç, Hanife 281
İpekçi, Fuat 138
İsmayilov, İlkin 128, 230

-K-
Kabalar, Rıdvan Barkın 172
Kabaoğlu, Burçak Abbas 105, 121, 215, 243
Kafadar, Tolga 167
Kahraman, Devrim 180
Kahraman, Dudu 203
Kahraman, Süleyman Deniz 229
Kahramanca, Şahin 70, 96, 122, 142, 157, 158, 161, 171, 212, 242
Kahya, Eyüp 178, 222, 223, 224
Kalaycı, Mustafa U 155
Kalaycı, Mustafa Uygar 68, 154, 155, 165, 219, 266
Kalcan, Süleyman 163
Kalender, Ezgi Yıldırım 271
Kalfaoğlu, Mustafa M. 239
Kalkavan, Bahtıgül 266
Kamalı, Gülçin Harman 225, 226, 237
Kamalı, Sedat 58, 71, 169, 177, 193, 209, 225, 226, 237
Kamer, Erdinç 111, 140, 168, 208, 210, 213
Kanat, Burhan Hakan 79, 106
Kanat, Özkan 94
Kandemir, Altay 236
Kaplan, Esin 168, 221
Kaplan, Mehmet 220
Kar, Haldun 111, 172, 181
Kara, Eray 172
Kara, Yasin 68, 154, 155, 165
Kara, Zehra 180
Karaayvaz, Muammer 136, 181, 182
Karabay, Önder 148
Karabulut, Bülent 88
Karabulut, Ertugrul 134
Karabulut, Mehmet 175, 177, 217
Karabulut, Neziha 257
Karaca, Ahmet Serdar 240
Karaca, Gökhan 81
Karadağ, Ayişe 257, 258, 259, 264, 265, 271, 273
Karadağ, Mevlüde 263
Karadağ, Sercan 267, 273
Karadeniz, Erdem 141
Karadere, Yücel 114, 249
Karadurmuş, Nuri 69
Karagülle, Onur Olgaç 85
Karahan, Azize 260
Karahan, Mehmet 162
Karahan, Veysel 86
Karahasanoğlu, Tayfun 98, 102, 107, 236, 250, 252
Karaıslı, Serkan 57, 109, 140, 172, 208
Karakaş, Dursun Özgür 122
Karakaya, Derya 273
Karakayalı, Feza Y 91, 129, 232
Karakoç, Murat 165, 166, 167, 239, 240
Karaoğlu, Aziz 95
Karataş, Hakan 149
Karataş, Murat 184
Karip, Aziz Bora 60

Karpuz, Şakir 109, 186, 187
Kartal, Bahadır 93, 175, 217
Kartal, Kinyas 244
Kartal, Mahmut 141
Kavuncu, Selen Beyza 198
Kaya, Ali Osman 228
Kaya, Cemal 229
Kaya, Selçuk 144, 162, 200, 242
Kaya, Tayfun 86, 145, 150, 151
Kayaoğlu, Ayhan Hüseyin 149, 237
Kayaoğlu, Hüseyin Ayhan 133
Kayış, Aytaç 212
Keleşoğlu, Yiğit 245
Kendirci, Murat 116
Kepil, Nuray 164
Kesgin, Yasir Musa 226
Kesici, Uğur 63
Keskin, Metin 59, 60, 89, 224, 280
Keşkek, Mehmet 74
Keşküş, İbrahim Hüdaverdi 167
Keyif, Muhammed Fatih 142, 162, 163
Kılcı, Burak 112
Kılıç, Ali 100, 144, 166, 252
Kılıç, Ersin 195
Kılıçoğlu, Bülent 81
Kılınç, Eyyüp Mehmet 201
Kılınç, Özkan 162
Kınacı, Erdem 190, 221
Kırbıyık, Ebru 184, 265
Kırıt, Hakan 192
Kırmızı, İlter 117
Kırmızı, Yasemin 150, 151
Kırşan, M. Ali 185
Kısmet, Kemal 81
Kıyak, Gülten 183
Kızanoğlu, Hale 219
Kızıloğlu, İlker 57
Koca, Faruk 158, 212
Kocaaslan, Hüseyin 113
Kocakuşak, Ahmet 140, 241
Kocataş, Ali 93
Koç, Nurgül 271, 273, 285
Koçak, Cengiz 63
Koçak, Fatma Emel 63
Koçaşlı, Sema 284
Kokulu, İbrahim 222
Korkmaz, Mehmet 160
Korkut, Ercan 141
Korkut, Mustafa Ali 136, 215, 216
Kose, Evren 113, 121
Kotan, Mehmet Çetin 245
Kozak, Orhan 229
Köksal, Hakan 108
Köksal, Hakan Mustafa 72, 136, 176, 244
Köneş, Osman 75
Köse, Timur 88
Kösem, Yağmur Özge Turaç 227
Krand, Osman 105
Kuba, M. Cemil 185
Kudaş, İlyas 252
Kulle, Cemil Burak 59, 60, 89
Kulus, Mehmet 241
Kumkumoğlu, Yusuf 109
Kunduz, Enver 77
Kurt, Yavuz 227
Kuşaslan, Ramazan 85
Kuşluçiçek, Sevim 228
Kutlu, Burak 125
Kutlu, Fatma Yasemin 269
Kutluer, Nizamettin 92, 106
Kutluk, Fadime 116, 242
Kutlutürk, Koray 147
Kuzukıran, Dilek 138
Küçük, Ayşegül 281
Küçük, Berkay 81
Küçük, Gönül 285
Küçükdiler, Engin 123, 231, 245
Küçükkartallar, Tevfik 192, 194
Küçükyılmaz, Meltem 168, 214

-L-
Leblebici, İhsan Metin 65
Leventoğlu, Sezai 74, 106, 180, 245, 257, 265, 274, 279

-M-
Makay, Özer 215
Mammadova, Nargiz Adil 139
Maraş, Gülseren 228
Memişoğlu, Ecem 166
Menteş, Bülent 106
Meral, Ulvi Mehmet 174, 214
Mercan, Ümit 145
Meriç, Serhat 144
Mestan, Metin 160
Mihmanlı, Mehmet 108, 229, 244
Moray, Gökhan 84, 91, 129, 232
Morkavuk, Şevket Barış 143, 206, 207, 211
Muratoğlu, Songül 267, 269
Musayev, Haladdin Novruz 139
Mutlu, Sezgin 114, 249
Müezzinoğlu, Talha 172
Müftüoğlu, Münip Ali Tolga 148, 150, 151
Müftüoğlu, Tolga Münip 66
Mülküt, Fırat 162

-N-
Nasirov, Mahir 128, 228, 230, 231
Nazlı, Okay 152
Nekay, Emir 72
Novruzov, Namiq Haydar 143
Nuhoğlu, Hızır 117

-O-
Obuz, Funda 93, 95, 126, 232
Odabaşı, Hacı Mehmet 148
Ofluoğlu, Cem Batuhan 144, 200, 242
Oğuz, Serhat 178
Okkabaz, Nuri 144
Oktay, Burçin Doruk 84
Okut, Gökalp 184
Omarov, Naıl 89
Orhan, Anıl 137
Ortaç, Fırat 207
Ozbağ, Davut 121
Ozgör, Dincer 112, 113, 121, 134, 250

-Ö-
Öcal, İ. Halil 185
Ögüt, Zeki 112
Öğce, Filiz 267
Ökmen, Hasan 214
Ömeroğlu, Sinan 229
Önal, Yılmaz 89
Öncel, Mustafa 262, 266, 277, 278, 279, 282
Önder, Sinan 136, 181, 182
Öner, Muzaffer Önder 83, 185
Özakay, Abdülkerim 221
Özalp, Nejdet 108, 170
Özarslan, Cihangir 174

Özata, İbrahim Halil 104
Özaydın, İsmet 194
Özbaş, Ayfer 269
Özbayır, Türkan 283
Özben, Volkan 98, 102, 236, 250, 265
Özbölük, Gülay 140
Özçelik, Kazım Çağlar 197
Özçetin, Bülent 133
Özçimen, Elif 232
Özdemir, Ali 163
Özdemir, Yavuz 184, 227
Özdoğan, Serhat 125
Özduman, Ömer 74
Özemir, İbrahim Ali 65
Özer, Mustafa Tahir 69, 87, 101, 113, 229
Özgehan, Gülay 95, 96, 146
Özgönül, Abdullah 220
Özgör, Dinçer 99
Özgün, Gonca 91, 232
Özgün, Hedef 133
Özgün, Yiğit Mehmet 231
Öziş, Salih Erpulat 69, 87, 101, 113, 180
Özkan, Erkan 66
Özkan, Gözde 89
Özkan, Ömer Faruk 136, 181, 182
Özkan, Özlenen 285
Özkan, Selçuk 114
Özkan, Zeynep 106
Özkardeşler, Ersan 148, 151
Özkaya, Birgül Ödül 226, 274, 277, 280, 281
Özkök, Serdar 88
Özsayın, Fatma Susam 283
Özsoy, Halil 172
Özsoy, Süheyla Altuğ 262
Özşay, Oğuzhan 111, 141, 222, 234
Öztürk, Alaattin 201
Öztürk, Aydın 136, 181, 182
Öztürk, Ersin 73, 94, 127, 178, 218, 286
Öztürk, Gürkan 141
Öztürk, Nadi Nazım 199
Öztürk, Nazım 237
Öztürk, Uğur Kahan 178
Özyalvaç, Ferman Tevfik 65
Özyürek, Eser Şefik 231

-P-

Paşaoğlu, Esra 144
Pehlivanlı, Faruk 81
Peker, Yasin 210, 213
Pekşen, Çağhan 245
Pelit, Asya 266
Pençe, Murat 253
Perek, Asiye 116
Pergel, Ahmet 163
Peşkersoy, Mustafa 140
Pösteki, Gökhan 195

-R-

Remzi, Feza 110
Rencüzoğulları, Ahmet 58, 234
Rençber, Mehmet 185
Reyhan, Enver 149

-S-

Saç, Ahmet 203
Safiyeva, Aynur Kamal 139, 143
Sağban, Alper Dursun 201
Sağıroğlu, Gönül 222, 223, 224
Sağıroğlu, Tamer 222, 223, 224
Sağlam, Fazıl 57, 58, 77, 122, 202, 251
Saltan, Çiğdem 260
Sancak, İbrahim Tanzer 180
Sapmaz, Ali 240
Saraçoğlu, Can 154
Sarı, Ramazan 65, 123
Sarı, Serkan 168, 214, 221
Sarıcı, İnanç Şamil 68, 219, 266
Sarıkaya, Serkan 237
Sarıoğlu, Sülen 93, 204
Sarıyar, Muzaffer 228
Sarkut, Pınar 178
Sarp, Ali Fırat 208
Savaş, Furkan 65
Sayar, Samed 198
Sayar, Serap 272
Seğmen, Özgür 168
Seki, Ahmet 145
Sekiliyev, Sadig 198
Seven, Eray Turan 114, 249
Sevim, Yusuf 189
Sevinç, Mert Mahsuni 133, 190, 221
Seyhun, Cemal 75, 176
Seyidov, Mircelil 74, 90, 128, 228
Seyit, Hakan 177
Sezak, Murat 88
Sezer, Taylan Özgür 250
Sinan, Hüseyin 87, 101, 113, 229
Sivrikoz, Emre 58, 59, 225
Sivriköz, Emre 122
Sobutay, Erman 124, 235
Somuncu, Erkan 219
Sonbahar, Bilgehan Çağdaş 108, 170
Soyalp, Celaleddin 245
Soylu, Sinan 200
Soytürk, Ceren 264
Soytürk, Mehmet 164
Sökmen, Selman 93, 95, 126, 196, 204, 232
Sökücü, Necmettin 60
Sönmez, Aykut 212
Sönmez, Recep Erçin 60, 72, 213
Sönmezler, Özge 58
Sözütek, Alper 149
Suakan, Fatma 271, 273, 283, 285
Sunamak, Oğuzhan 104, 195
Sunar, Ahmet Orhan 222, 223, 224
Sücüllü, İlker 184, 227
Sürek, Ahmet 75, 93, 140, 175, 176, 217
Sütsünbüloğlu, Emel 260, 270

-Ş-

Şahin, Emrah 99
Şahin, Mustafa 240
Şahiner, İbrahim Tayfun 116
Şanlı, Öner 224
Şapcı, İpek 98
Şen, Ebru 177
Şengül, Neriman 80
Şengül, Serkan 148, 153
Şenol, Deniz 121
Şentürk, Kübra Yılmaz 65
Şentürk, Mustafa 230
Şentürk, Selver 266
Şimşek, Turgay 195
Şişik, Abdullah 100, 144, 252
Şit, Mustafa 142, 162, 163

-T-
Taghiyev, Abdulla 109, 186
Talaz, Deniz 267
Tanal, Mert 72, 136, 176, 244
Tardu, Ali 133
Tasci, İhsan 164
Taş, Melek 271
Taş, Şükrü 136, 181, 182
Taşçı, İhsan 137
Taşdöven, İlhan 83, 185
Taşkın, Salih 207
Tatlı, Faik 220
Tavukçu, Kevser 106
Tavusbay, Cengiz 111, 141, 168, 233, 234, 271, 273, 285
Tayfur, Mahir 164
Tazeoğlu, Aybala 77
Tazeoğlu, Deniz 71, 77, 139, 198, 199, 202, 203, 209, 225
Tefik, Cevat 224
Tekeli, Mehmet Tahsin 187, 190, 216, 217
Tekin, Ahmet 111, 191, 192, 194, 230
Tekin, Mevlüt 88
Tekin, Oğuzhan 190
Tekyol, Kübra Kaytaz 148
Temeltaş, Gökhan 172
Temiz, Zeynep 269
Terzi, Cem 93, 95, 232
Terzi, Mustafa Cem 126, 204
Tez, Mesut 206, 212
Tezcaner, Tugan 84, 91, 129, 218, 232
Tezer, Hakan 193, 209
Tırnova, İsmail 218
Tihan, Deniz 133
Tihan, Deniz Necdet 149, 237
Tikici, Deniz 173, 189, 206, 211
Tok, Hasan 177, 191, 192, 193
Toktaş, Osman 245
Tolan, Hüseyin Kerem 166
Tozman, Sermin 158
Tulunay, Gökhan 69
Tunca, Berrin 94, 127
Tuncal, Salih 81
Tunç, Zeynep 280
Turan, Fırat 173
Turan, İlknur 158
Turanlı, Sevim 181, 197
Turgut, Emre 138
Türkan, Halil 178
Türkmenoğlu, Gözde 96, 117, 235, 258, 259, 264
Türkmenoğlu, Özgür 117
Türkoğlu, Ahmet 160
Türkyılmaz, Zeliha 133

-U-
Uçan, Hamdi Bülent 231
Uçar, Deniz 147
Uçar, Fatma 63
Uçar, Suna Ekmekcioğlu 266
Uğraş, Nesrin 127, 218
Uğurlu, Levent 86, 145
Uğurlu, Ümit 186
Uğurlu, Ziyafet 260
Uludağ, Mehmet 244
Ulukent, Suat Can 231
Ulusoy, Cemal 57, 58, 122, 198, 203, 225, 251
Ulutürk, Şafak 172
Umman, Veysel 164, 227
Ural, Banu 203
Uslu, Hatim Yahya 69, 87, 101, 113, 180
Utkan, Nihat Zafer 195
Uyar, Osman 174
Uymaz, Derya Salim 96, 117
Uysal, Çağrı 84
Uz, Murat 175, 183, 187, 214
Uzman, Sinan 104
Uzunköy, Ali 220

-Ü-
Ülger, Burak Veli 160, 185, 196
Ünal, Ali Ekrem 143, 211
Ünal, Ethem 166
Ünal, Olçun Ümit 217
Ünal, Yılmaz 81
Ünek, Tarkan 196
Ünver, Seher 263
Üren, Nihal 63
Üreyen, Orhan 57, 73, 128, 174, 175, 183, 184, 187, 190, 214, 216, 217, 219
Üstün, Mehmet 86, 145, 267, 269
Üstüner, Mehmet Akif 174, 179, 181
Üstünova, Emine 265

-V-
Varman, Alper 230
Vatansev, Celalettin 111, 191, 192
Vesek, Güler 267, 269
Vural, Fatma 260, 268, 270, 271, 272
Vural, Havva Raziye 265
Vural, Veli 201, 245

-Y-
Yağmur, Yusuf 135, 173
Yağmurdur, Mahmut Can 122, 142
Yakan, Savaş 184
Yalav, Orçun 58
Yalaza, Metin 74
Yalçın, Esra Kutlu 266
Yalçın, Hüseyin Cahit 220
Yalçın, Metin 153, 161, 167
Yalkın, Ömer 206
Yaltı, Tunç 105, 121, 215
Yaman, Gizem 160
Yaman, Semih 142, 162, 163
Yamaner, Sümer 89
Yanar, Hakan 72, 213
Yanık, Fazlı 222
Yaprak, Elif 85
Yaprak, Muhittin 103
Yaşar, Hasan 250
Yavaş, Mazlum 190, 214
Yavuz, Aydın 90, 110, 128, 231
Yavuz, Erkan 85
Yavuz, Giray 58, 122
Yavuz, Rıdvan 135, 173
Yavuzşen, Tuğba 232
Yaylak, Faik 63
Yazıcıoğlu, Mustafa Ömer 123
Yazıcıoğlu, Ömer 65, 70
Yeğen, Cumhur 109, 219
Yeğen, Gülçin 59
Yeğen, Şevket Cumhur 63
Yerci, Ömer 94, 127, 218
Yerlikaya, Mahmut Baran 245
Yeşiltaş, Metin 177, 188, 191, 192, 193
Yığman, Samet 77
Yıldırgan, Mehmet İlhan 141
Yıldırım, Ahmet Bilal 172
Yıldırım, Ali Cihat 122, 146, 158, 212
Yıldırım, Doğan 104

Yıldırım, Mehmet 184
Yıldırım, Mehmet Aykut 111, 191, 192, 194, 230
Yıldırım, Pınar 277, 280
Yıldırım, Sedat 91, 218
Yıldırır, Ali Cihan 200
Yıldırm, Ali 70
Yıldız, Alp 74, 106, 183, 197, 245
Yıldız, Barış Doğu 173, 206, 211, 212
Yıldız, Erkan 80, 162
Yıldız, Zeynep Betül 266
Yılmaz, Edip Erdal 135, 173
Yılmaz, Eyüp Murat 133, 146, 147, 236
Yılmaz, Hüseyin 240
Yılmaz, Mehmet 147
Yılmaz, Mesude 263
Yılmaz, Özkan 245
Yılmaz, Sezgin 68, 99, 107, 134, 169, 209, 241
Yılmazlar, Tuncay 73, 94, 127, 178, 218, 286
Yiğitbaş, Hakan 85
Yoldaş, Tayfun 88, 136, 215, 216, 250
Yordanagil, Mevlüt 72
Yormaz, Serdar 240
Yücel, Burcu Opak 263
Yücel, Ergün 184, 227
Yücel, Yusuf 220
Yücesoy, Ali Naki 87
Yüceyar, Serdar 242
Yüksek, Yunus Nadi 158
Yüksel, Bülent Cavit 173, 206, 211, 212
Yüksel, Osman 90, 110, 128, 230, 231
Yürekli, Tacittin Semih 167
Yüzkat, Nurettin 245

-Z-

Zenger, Serkan 92, 105, 121, 124, 129, 138, 215, 235, 243, 253, 264
Zengin, Akile 160
Zeren, Sezgin 63, 160
Zihni, İsmail 197
Zilan, Aydın 144
Zorluoğlu, Abdullah 94

Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği'nin
Resmi Yayın Organı

Official Journal of
The Turkish Society of Colon and Rectal Surgery

KOLON & REKTUM
Hastalıkları Dergisi

Journal of Diseases of the Colon and Rectum

TKRCD
www.tkrcd.org
Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği
Latilokum Sok. Alphan İşhanı No:3 K:2 Mecidiyeköy, İstanbul-Türkiye
Telefon: +90 212 356 01 75-76-77 Fax: +90 212 356 01 78