



Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi **XII.**

19-24 Mayıs 2009

Maritim Pine Beach Hotel
Belek, ANTALYA

Kongre Kitabı

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

İÇİNDEKİLER

KONGRE BAŞKANI ÖNSÖZ	I
KURULLAR	III
KONGRE BİLİMSEL PROGRAM	VII
HEMŞİRELİK BİLİMSEL PROGRAM	XVI
KONGRE KONUŞMA ÖZETLERİ	
Kronik Anal Fissür Tedavisinde Cerrahi Dışı Yöntemler Botox, Nitratlar, Kalsiyum Kanal Blokerleri - Hangi Vakaya, Nasıl?	3
Dr. Uğur Sungurtekin	
Kronik Anal Fissürün Cerrahi Tedavisi - Handikapları Nedir? Neden Alternatif Arıyoruz?	5
LIS, Teknik, Nüks ve İnkontinans Sorunu	
Dr. B. Bülent Menteş	
Pilonidal Sinüsün Cerrahi Tedavisi - Neden Nüks Ediyor? Neden Standart Değil?	6
Hangi Vakaya Hangi Yöntem?	
Dr. Mustafa Öncel	
Kriptoglanduler Fistüllerin Cerrahi Tedavisi, Komplikasyonları, Nüks Sorunu ve Alternatif Yöntemler	7
Dr. Serdar Yüceyar	
Hemoroid Hastalığı Tedavisinde Konservatif Yaklaşım, Farmakolojik Ajanlar, Mukozal Fiksasyon Yöntemleri - Band Ligasyonu, İnfrared, Skleroterapi	8
Dr. Türker Bulut	
Hemoroid Hastalığı Tedavisinde Güncel Cerrahi Yöntemler - US Dissektör, PPH, Ligasure	10
Dr. Ömer Alabaz	
Kolorektal Cerrahi Bakış Açısından Kabızlık - Yavaş Geçiş Zamanlı Kabızlık, Çıkış Tıkanıklığı, Rektosel	11
Dr. Sezai Leventoğlu	
Alt Gastrointestinal Kanamalarda Tanı ve Tedavi Yaklaşımı Nasıl Olmalı, Neden Sorun Yaşıyoruz?	13
Dr. Neriman Şengül	
Rektal Prolapsus-Abdominal, Perineal, Laparoskopik	15
Dr. Emre Balık	
Divertikülit Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar-Komplike Divertikülitte Yaklaşım, Genç Hastalarda Yaklaşım, Cerrahi Dışı Tedaviler, Erken / Geç Ameliyat	21
Dr. Ersin Öztürk	
Pilonidal Hastalıkta Tedavi Seçenekleri Hangisi? Kime Ne zaman?	23
Teknik Ayrıntılar ve Komplikasyonları	
Dr. Mehmet Mihmanlı	
Tedavi Amaçlı İleri Kolonoskopi Uygulamaları	25
Dr. Dursun Buğra	
Kolorektal Kanserde PET	27
Dr. N. Özlem Küçük	
Karaciğer / Akciğer Metastazlarına Yaklaşım	29
Dr. Orhan Bilge	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Kolon Kanseri Nükslerine ve Periton Metastazlarına Yaklaşım Dr. Cem Terzi	34
Antibiyotik Profilaksisi/Tedavisi - Hangi Vakada, Ne Kadar, Nasıl? Dr. Erdoğan Sözüer	41
Derin Ven Trombozu Sorunu - Ne Kadar Önemli, Profilaksi, Nasıl? Venöz Tromboemboli Profilaksi ve Tedavisinde Pratik Noktalar Dr. Mehmet Kurtoğlu	43
Kolorektal Kanselerde Küratif Rezeksiyon Sonrası İzlem Dr. İskender Sayek	45
Pelvik Taban Hastalıklarının Tanısında Anorektal Fizyolojik İncelemeler Dr. Türker Bulut	47
Rektum Kanseri Evreleme - ERUS, MR, BT Dr. Sümer Yamaner	51
Neoadjuvan Tedavi Sonrası Piyenin Patolojik İncelenmesi Dr. Işın Kuzu	54
TME Tekniği ve Çevresel Sınırın Önemi Dr. Cem Terzi	55
Restoratif Proktokolektomi-Erken ve Geç Komplikasyonlar Dr. Selman Sökmen	71
Kolorektal Cerrahide Anastomoz Kaçakları – Risk Faktörleri, Onkolojik Etkiler, Önlem - Olunca Ne Yapalım? Dr. Adil Baykan	73
Beslenme Durumunun Belirlenmesi, Nutrisyon Desteği İndikasyonları ve Tekniği Dr. Haldun Gündoğdu	74
Gastrointestinal Sistem Cerrahisinde Perioperatif Beslenme Dr. Mehmet Oğuz	79
Kanser Hastalarında Beslenme Desteği Dr. Diclehan Ünsal	81
Sfinkterleri Ne Koşulda Koruyabiliriz – Ne Zaman APR? Dr. M. Ayhan Kuzu	83
Modern APR Kavramı-Yeni Abdominoperineal Rezeksiyon Konsepti Dr. İbrahim Ethem Geçim	84
Rektum Kanseri Lokal Eksizyon Radikal Tedavi Olabilir mi? Dr. Levhi Akın	89
Anastomoz Teknikleri Dr. M. Ayhan Kuzu	90
Atnalı Fistüllere Yaklaşım Dr. B. Bülent Menteş	92
Fistülotomi, Fistülektomi Dr. Tarık Akçal	93
Anal Fistüllerde Seton Uygulamaları Dr. Mehmet Füzün	94

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Anal Fistüller - Plug (Tıkaç) Uygulamaları	95
Dr. B. Bülent Menteş	
Rektovajinal Fistülde Cerrahi	96
Dr. Uğur Sungurtekin	
Kalıtsal Koleraktal Kanserlerin Tanımı ve Ayırımı: (FAP, AFAP, MAP, HNPCC)	99
Dr. Abdullah Zorluoğlu	
Lap Sağ-Hemikolektomi, Lap Sol-Hemikolektomi	102
Dr. Metin Ertem	
Laparoskopik Aşağı Anterior ve Abdominoperineal Rezeksiyon	103
Dr. Oktar Asoğlu	

HEMŞİRELİK KONUŞMA ÖZETLERİ

Kolorektal Kanserleri Önlemede Hemşirenin Rolü	109
Yard. Doç. Dr. Nadiye Özer	
Kolorektal Kanserlerde Tanı Yöntemleri	113
Aysel Gürkan	
Endoskopide Hemşirelik Bakımı	119
Yard. Doç. Dr. Nuray Akyüz	
Kolorektal Cerrahide Bakım İlkeleri	122
Türkan Özbayır	
Kolorektal Cerrahi Bakımda Etik Sorun Kümeleri	125
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu	
Yara Oluşum Nedenleri ve Çeşitleri	126
Doç. Dr. İbrahim Berber	
Yaranın Değerlendirilmesi	129
Hülya Bulut	
İyileşme Sürecinde Yara Bakımı	130
Doç. Dr. Ayişe Karadağ	
Yara Bakım Ürünlerinde Son Gelişmeler	132
Nil Tosun	
Anal İnkontinans ve Etyoloji	133
Prof. Dr. Ömer Alabaz	
Anal İnkontinanslı Bireylerde Hemşirelik Bakımı	137
Ayfer Özbaş	
Stoma Endikasyonları ve Yapılış Şekilleri	140
Bülent Erkek	
Stoma Bakımı	144
Tülin Yıldız	
Stoma Terapi Üniteleri ve Yaşam Kalitesi	147
Yük. Hem. Yasemin Akıl	
Stomalı Bireylerde Gelişebilecek Komplikasyonlar	148
Doç. Dr. Ayişe Karadağ	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Stomalı Bireylerin Yaşadığı Sorunlar Prof. Dr. Deniz Şelimen	150
Stomada Aile Eğitimi Yard. Doç. Dr. İkbâl Çavdar	152
İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Etiyolojik Faktörler Tahsin Çolak	154
İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Bakım İlkeleri Dr. Fatma Vural	158
Kolorektal Cerrahide İntraoperatif Girişimler Cerrahi Teknikler Dr. Recep Çetin	162
Kolorektal Cerrahide İntraoperatif Hemsirelik Arş. Gör. Işıl Andsoy	166
İntraoperatif Hasta Güvenliği Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık	169

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SB01	Cleveland Klinik Kolorektal Kanseri Risk Modelinin Türkiye’de Bir Üniversite Kliniğinde Dış Doğrulanması (Eksternal Validasyonu) Sebahattin Çelik, Erdinç Cetinkaya, Mutlu Hayran, Ahmet Doğrul, A. Esra Çelebi, F. Ümit Malya, Gürkan Dumlu, E. Charles Roach, Y. Alper Kılıç, İskender Sayek	175
SB02	Kolorektal Karsinomlu Erkeklerde Serbest/Total Serum Prostat Spesifik Antijen Oranı Nüvit Duraker, Zeynep Civelek Çaynak, Didem Can, Mualla Parıltı	176
SB03	Rektum Cerrahisi ve Ürolojik Komplikasyonlar Neşet Köksal, Ömer Faruk Özkan, Yusuf Günerhan, Atilla Çelik, Ediz Altınlı, Mehmet Ali Uzun, Münire Kayıhan, Doğan Erdoğan, Ersan Eroğlu, Metin Öztürk, Senad Kalkan	177
SB04	Rektum Kanseri Nedeniyle Miles Prosedürü ve Low Anterior Rezeksiyon Uygulanan Hastalarda Postoperatif Erektile Disfonksiyon Hakan Özkan, Acar Aren, Hande Gökçe	178
SB05	Rektum Kanseri Modern Abdominoperineal Rezeksiyon Tekniği: Perioperatif ve Erken Postoperatif Sonuçlar Gürel Neşşar, Ali Eba Demirbağ, Zafer Teke, Orhan Elbir	179
SB06	Kolorektal Kanseri Hastalarda Pozitron Emisyon Tomografisinin Güvenilirliği Erdal Polat, Erol Aksoy, Birol Bostancı, İlter Özer, Tahsin Dalgıç, Murat Ulaş, Metin Ercan, Yusuf Özoğlu, Musa Akoğlu	180
SB07	Alt Rektum Tümörlerinde Cerrahi Sınır Pozitifliğinin Değerlendirilmesi Hakan Mustafa Köksal, Mustafa Fevzi Celayir, Adnan Hacım, Sadık Yıldırım, Adil Baykan	181
SB08	Rektum Ameliyatları Sonrası Koruyucu İleostomi Yaptığımız Hastalardaki Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonlarımız. Fevzi Celayir, Hakan Köksal, Adnan Hacım, Medeni Şermet, Ayça Hacıoğlu, Sadık Yıldırım, Adil Baykan	182
SB09	Ameliyat Edilebilir Rektum Kanseri Hastalarda Ameliyat Öncesi Uygulanan Kemoradyoterapi Yanıtının Değerlendirilmesinde Apoptozis ve Anjiogenezin Rolü Fatih Yanar, Vakur Olgaç, Evin Ademoğlu, Sezer Sağlam, Esra Sağlam, Emre Balık, Yersu Kapran, Hasan Karanlık, Oktar Asoğlu	183
SB10	Rektum Kanseri Cerrahisinde Komplikasyonlar: Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi Tufan Egeli, Selman Sökmen, Haluk Şirin, Aras Emre Canda, Hatice Şimşek, Mehmet Füzün	184

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

SB11	Rektum Kanseriinde Distal Sakrektomi Sınırları: Anatmik Çalışma	185
	Cemaletin Aydın, Cüneyt Kayaalp, Gürel Neşşar, İrfan Esenkaya, Aymelek Çetin, Süleyman Çaylı, Aydemir Ölmez	
SB12	Sağ ve Sol Kolon Kanserlerinin Klinik ve Patolojik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	186
	Murat Ulaş, Erdal Polat, Yusuf Özoğul, İsmail Gömceli, Metin Ercan, Tahsin Dalgıç, İlter Özer, Ahmet Şeker, Cemal Ensari, Bahadır Celep, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu	
SB13	Rektum Kanserli Hastalarda Serum CEA Düzeyi Neoadjuvan Tedaviye Yanıtı Öngörmede Kullanılabilir mi?	187
	Aras Emre Canda, Cem Terzi, Can Yakut, Tufan Egeli, Zekai Serhan Derici, Sölen Sarioğlu, Özgöl Sağol, Funda Obuz, İlkur Görken, Tuğba Yavuzşen, Selman Sökmen, Mehmet Füzün	
SB14	Kolon Kanseriinde Radyal Sınırın Prognostik Önemi	188
	Mücahit Özbilgin, Selman Sökmen, Sölen Sarioğlu, Aras Emre Canda, Mehmet Füzün	
SB15	Bütün T3 Rektum Tümörleri Aynı mıdır?	189
	Hakan Mustafa Köksal, Mustafa Fevzi Celayir, Ömer Avlanmış, Adnan Hacım, Sadık Yıldırım, Adil Baykan	
SB16	HNPCC Cerrahi Strateji	190
	Abdullah Zorluoğlu, L. Volkan Tümay, Osman S. Güner, Berrin Tunca	
SB17	Kolon ve Rektum Kanseriinde Senkron Karaciğer Metastazlarının 793 Hasta Üzerinden Analizi	191
	Yusuf Özoğul, İsmail Gömceli, Murat Ulaş, Erdal Polat, İlter Özer, Metin Ercan, Tahsin Dalgıç, Erol Aksoy, Kerem Karaman, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu	
SB18	Neoadjuvan Tedavi Almış Rektum Kanseri Olgularında Erken ve Geç Dönem Sonuçlarımız	192
	Metin Keskin, Emre Balık, Burak İlhan, Nazlı Karakullukçu, Türker Bulut, Yılmaz Büyükcü, Ali Akyüz, Necmettin Sökücü, Dursun Buğra, Sezer Sağlam, Esra Sağlam, Sümer Yamaner	
SB19	Randomized, Controlled and Blinded Study Between Suture Ligation and Radiowave Ablation and Suture Ligation of Grade III Symptomatic Hemorrhoidal Disease	193
	PJ Gupta, S Kalaskar, PS Heda	
SB20	Infective Complications of Chronic Anal Fissures	194
	Pravin J. Gupta	
SB21	Fekal İnkontinanslı Hastalarımızın Etiyolojik Değerlendirilmesi	195
	Ergün Yücel, İlker Sücüllü, Ali İlker Filiz, Bülent Güleç, Yüksel Aydın, Sezai Demirbaş	
SB22	Lateral İnternal Sfinkterotomi Sonrası İyileşmeyen veya Tekrarlayan Anal Fissürün Endoanal Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi	196
	İlker Sücüllü, M. Levhi Akın, Ergün Yücel, Ali İlker Filiz, Yavuz Kurt, Mehmet Yıldız	
SB23	Benign Kronik İnflamatuvar Perianal Lezyonlardan Ortaya Çıkan Skuamöz Hücreli Karsinomlar	197
	Sedat Belli, Tamer Çolakoğlu, Alper Parlakgümüş, Ali Ezer, İlker Arar, Kenan Çalışkan, Sedat Yıldırım	
SB24	Stomalı Hastalarda Grup Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi	198
	Halime Aydın, Metin Kement, Tolgay Akın, Selma Karakaplan, Nuri Okkabaz, Mustafa Öncel	
SB25	Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesine Etkili Faktörlerin İncelenmesi	199
	Halime Aydın, Metin Kement, Tolgay Akın, Nuri Okkabaz, Selma Karakaplan, Mustafa Öncel	
SB26	Kolostominin Hasta Eşlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	200
	Atıl Çakmak, Gökçe Aylaz, M. Ayhan Kuzu	
SB27	Anorektal Bölge Apselerinde Endoanal Ultrasonografi Kullanımının Tedavi Yaklaşımına ve Sonuçlarına Etkileri	201
	Ergün Yücel, İlker Sücüllü, Ali İlker Filiz, Yavuz Özdemir, Yavuz Kurt, Mehmet Levhi Akın	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

SB28	Stapler ile Hemoroidopeksi Uygulanan Evre 3 ve Evre 4 Hemoroidal Hastalıklı Olgularımızın Erken ve Uzun Dönem Sonuçları	202
	Alper Sözütek, Ali Doğan Bozdağ, Tuğrul Tansuğ, Hayrullah Derici, Okay Nazlı, <u>Cemal Kara</u>	
SB29	Doğum Sonrası Gelişen 3. ve 4. Derece Perine Yaralanmalarında Yapılan Onarımların Erken ve Geç Dönem Sonuçları	203
	Ömer Alabaz, <u>İsmail Cem Eray</u> , Cem Parsak, Orçun Yalav, Fahrettin Çakay	
SB30	Yüksek ve Komplike Perianal Fistül Cerrahisinde Elastik Kesici Seton Uygulanımının Uzun Dönem Sonuçları	204
	<u>Sezai Leventoğlu</u> , B. Bülent Menteş, T. Utku Yılmaz, Selçuk Öktemer, Emre Karaahmetli, Hasan Bostancı, Bülent Aytaç	
SB31	Elektif Kolorektal Cerrahi Operasyonlarından Sonra Erken Oral Beslenme ile Standart Diyet Uygulamasının Karşılaştırılması: Randomize Prospektif Çalışma	205
	<u>Ahmet Dağ</u> , Tahsin Çolak, Özgür Türkmenoğlu, Ramazan Gündoğdu, Süha Aydın	
SB32	Kolon Anastomozu Uygulanmış Sıçanlarda Non-Steroid Antiinflatuar İlaçların Kolon Anastomozu İyileşmesi Üzerine Etkileri	206
	<u>İlker Sücüllü</u> , Ersoy Esen, Ali İlker Filiz, Ergün Yücel, Yavuz Kurt, Mehmet Levhi Akın	
SB33	Sakrokoksigeal Pilonidal Hastalık İçin Önceden Tanımlanmış Risk Faktörlerinin Analizi	207
	<u>Ali Harlak</u> , Öner Menteş, Selim Kılıç, Kağan Coşkun, Kazım Duman, Fahri Yılmaz, Taner Yiğit	
SB34	Postoperatif Peritoneal Adezyonların Önlenmesinde Soya Yağının Etkinliği	208
	Erhan Ayşan, <u>Hasan Bektaş</u> , Feyzullah Ersöz	
SB35	Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopik Biyopsilerdeki Görsel ve Patolojik Malignite Oranımız	209
	F. Erözgen, M. Akaydın, N. Memmi, İ. Okan, D. Güzey, F. Çelebi, R. Kaplan, <u>S. Birol</u>	
SB36	Son İki Yıldaki Acil Kolon Ameliyatlarımız	210
	Ali İlker Filiz, İlker Sücüllü, <u>İbrahim Yılmaz</u> , Ergün Yücel, Mehmet Levhi Akın	
SB37	Deneyisel Kolit Modeli Üzerine Glutamin, N-Asetil Sistein ve İntrarektal Metotreksatin Etkilerinin İncelenmesi	211
	<u>İsmail Cem Eray</u> , Ömer Alabaz, Orçun Yalav, Ahmet Rencüzoğulları, Erkan Cirit	
SB38	Deneyisel Kolit Modelinde Sistemik İloprost Uygulamasının Oksidatif Hasar Üzerine Etkileri	212
	<u>Erman Aytaç</u> , Serkan Teksöz, Seha Saygılı, Osman Baran Tortum, Nihat Yavuz, Süha Göksel, Volkan Sözer, Hafize Uzun, Hakkı Oktay Seymen, Ertuğrul Göksoy	
SB39	Kolonoskopi Yapılan Hastalarımızdaki Perforasyonlarımız	213
	<u>Fevzi Celayir</u> , Hakan Köksal, Ayça Hacıoğlu, Adnan Hacım, Sadık Yıldırım, Adil Baykan	
SB40	Bezoara Bağlı Barsak Tıkanmaları	214
	<u>Tamer Çolakoğlu</u> , Sedat Belli, Alper Parlakgümüş, Kenan Çalışkan, Ali Ezer, Nurkan Törer, Sedat Yıldırım	
SB41	Akut Apandisit Tanısında CRP Düzeyi, Preoperatif Lökositoz ve Karın Ağrısı Varlığında Daha mı Değerlidir?	215
	<u>Öner Menteş</u> , Mehmet Eryılmaz, Ali Harlak, Tahir Özer, Erkan Öztürk, Turgut Tufan	
SB42	Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüslü 587 Hastanın Anamnez ve Fizik Muayene Bulgularının Değerlendirmesi	216
	<u>Ali Harlak</u> , Öner Menteş, M. Tahir Özer, Nail Ersöz, A. Kağan Coşkun	
SB43	Genel Cerrahi Kliniği Olarak Cerrahi Endoskopi Deneyimlerimiz.	217
	Hakan Mustafa Köksal, Mustafa Fevzi Celayir, <u>Adnan Hacım</u> , Medeni Şermet, Sadık Yıldırım, Adil Baykan	
SB44	Akut Apandisit Cerrahi Tedavideki Gecikme ile Perforasyon Arasındaki İlişki	218
	Hakan Buluş, Mustafa Doğan, Barış Morkavuk, <u>Ahmet Koyuncu</u> , Ali Coşkun	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

SB45	Ülseratif Kolitte Poş Cerrahisi ve 10 Yıllık Genel Değerlendirme	219
	<u>Hakan Meral</u> , Ekrem Koç, Arif Usta, Adem Bayraktar, Emre Balık, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Necmettin Sökücü, Yılmaz Büyükuncu, Dursun Buğra, Ali Akyüz	
SB46	Crohn Hastalığında Cerrahi Tedavi Sonuçları: 12 Yıllık Değerlendirme	220
	<u>Ekrem Koç</u> , Hakan Meral, Emre Balık, Metin Keskin, Süleyman Bademler, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Dursun Buğra, Necmettin Sökücü, Ali Akyüz	
SB47	Laparoskopik Hartmann Kolostomi Kapatılması	221
	<u>Ceyhun Aydoğan</u> , Enver Kunduz, Gamze Çıtlak, Murat Akıcı, Tuğba Matlım, Alper Şahbaz, Oktar Asoğlu	
SB48	Kolorektal Kanserli Olgularda İkincil Girişimlerde Laparoskopi Yapılabilir mi?	222
	<u>Enver Kunduz</u> , Onur Taylan Çelik, Mustafa Sami Bostan, İlker Özgür, Ceyhun Aydoğan, Alper Öztürk, Oktar Asoğlu	
SB49	Rektum Tümörü Cerrahisinde Laparoskopinin Çevresel Cerrahi Sınır Pozitifliği ve Sağkalım Üzerine Etkisi	223
	<u>Cem Dural</u> , Emre Balık, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Necmettin Sökücü, Ali Akyüz, Dursun Buğra	
SB50	Rektum Kanseri- Minimal İnvaziv Cerrahi: 349 Olgu ile Tek Merkez Sonuçları	224
	<u>Metin Keskin</u> , Emre Balık, Gamze Çıtlak, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Ali Akyüz, Dursun Buğra	
SB51	Laparoskopik Kolon Cerrahisi: 6 Yıllık Tek Merkez Deneyimi	225
	<u>Gamze Çıtlak</u> , Emre Balık, Metin Keskin, Burak İlhan, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Ali Akyüz, Dursun Buğra	
SB52	Artan Deneyimin Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Sonuçlarına Etkileri	226
	<u>Emre Balık</u> , Metin Keskin, Burak İlhan, Süleyman Bademler, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Ali Akyüz, Necmettin Sökücü, Dursun Buğra	
SB53	Laparoskopik Abdominoperineal Rezeksiyon	227
	Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoglu, Bilgi Baca, <u>Erman Aytac</u>	
SB54	Laparoskopik Rektopeksi Ameliyatı Olan Kişilerde Kozmezis, Vücut İmajı Algılaması ve Yaşam Kalitesi Açık Ameliyat Olanlardan Daha İyi midir?	228
	İlker Sücüllü, Sezai Demirbaş, <u>M. Tahir Özer</u> , Nail Ersöz, Ali Harlak	
SB55	Laparoskopik Rektum Kanseri Cerrahisinde Öğrenme Sürecinin Erken Dönem Sonuçlar Üzerine Etkileri	229
	<u>Emre Balık</u> , Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Türker Bulut, Ali Akyüz, Dursun Buğra	

POSTER BİLDİRİLER

P01	Rektum MALT Lenfoması Transanal Eksizyon: Olgu Sunumu	233
	Feyzullah Ersöz, <u>Özhan Özcan</u> , Dinçer Altınok, Serdar Çulcu, Soykan Arıkan	
P02	Akut Abdomen Tablosu Gösteren Nadir Bir Burkitt Lenfoması	234
	Fuat İpekçi, Yahya Çapkis, <u>Sedat Tan</u> , Gülnur Görgün, Ayça Tan, Oğuzhan İnan	
P03	Merkez Efendi Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Gastroskopi ve Kolonoskopi Sonuçları	235
	<u>Erdem Nalbant</u> , İsmail Yaman, Yücel Özsoy, Fatih Haskaraca, Olcay Ak Nalbant, Kemal Acılar, Kamile Kurt	
P04	Kolorektal Kanser Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastalarda Postoperatif Mortaliteyi Etkileyen Faktörler	236
	Murat Ulaş, Yusuf Özoğul, İlter Özer, İsmail Gömceli, <u>Erdal Polat</u> , Tahsin Dalgıç, Metin Ercan, Ümit Koç, Canbek Seven, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu	
P05	Açık LİS Tekniği İçin Anodermde Yapılan Kesinin Tipi: Anüse Dik mi Yoksa Paralel mi? Klinik Randomize Kontrollü Çalışma	237
	Feyzullah Ersöz, Soykan Arıkan, Hasan Bektaş, <u>Özhan Özcan</u> , Serkan Sarı	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P06	Bir Eğitim Hastanesindeki Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopik İncelemelerinin Analizi	238
	<u>Özhan Özcan</u> , Nurseven Erdönmez, Soykan Arıkan, Feyzullah Ersöz, Serkan Sarı, Nurhan Gözcü	
P07	Açık Kolesistektomi Explorasyonunda Saptanmış “Dev Mukosel”	239
	<u>Sedat Tan</u> , Fuat İpekçi, Serdar Kırmızı, Muharrem Karaoğlu, Hüseyin Oğuzhan İnan	
P08	Kolonoskopiye Bağlı İatrojenik Kolon Yaralanmalarına Yaklaşımlarımız	240
	<u>Sinan Karakoç</u> , Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Bülent Çitgez, Cabbar Kartal	
P09	Kolorektal Cerrahi Biriminin Kurulması Kolorektal Cerrahi Operasyonlarını Geliştirir mi?	241
	Tahsin Çolak, Özgür Türkmenoğlu, <u>Ahmet Dağ</u> , Ramazan Gündoğdu, Süha Aydın	
P10	Çekum Divertikülüne Bağlı Gelişen Perforasyon. Olgu Sunumu	242
	<u>Bülent Kaya</u>	
P11	Perkütan Nefrolitotominin Nadir Bir Komplikasyonu: Kolon Perforasyonu Olgu Sunumu	243
	<u>Gürkan Yetkin</u> , Mehmet Uludağ, Ayhan Dalkılıç, Sinan Karakoç, İsmail Akgün, Bülent Çitgez	
P12	Stapler Hemoroidopekside Nükse Etkili Olan Faktörler	244
	Sedat Kamalı, Gülçin Harman Kamalı, Oğuzhan Karatepe, Arzu Akan, Timuçin Aydın, Ömer Bender, Gökhan Adaş, Enis Yüney	
P13	Peritoneal Karsinomatozisli Hastalarda Isıtılmış İntraperitoneal Kemoterapi Uygulaması Sonuçları	245
	<u>Gülşen Atasoy</u> , Aras Emre Canda, Cem Terzi, Uğur Yılmaz, Mehmet Füzün	
P14	Perianal Fistül Traktında Bazal Hücreli Karsinom Olgusu; Olgu Sunumu	246
	<u>Haluk Ulucanlar</u> , Aybala Ağaç, Suat Kutun, Abdullah Demir, Abdullah Çetin	
P15	Nadir Bir İntestinal Obstrüksiyon Nedeni Olarak Transomental Herni: Olgu Sunumu	247
	Orhan Veli Özkan, İsmail Zararsız, <u>İbrahim Yetim</u> , Ersan Semerci	
P16	Ekstraperitoneal İzole Rektum Perforasyonuna Bağlı İntraperitoneal Apse Kronik Konstipasyon Mevcudiyetinde Minimal Künt Karın Travmasını Takiben Oluşabilmektedir	248
	<u>Ahmet Kocakuşak</u> , Ahmet Fikret Yücel, Orçun Oral Şentürk, Soykan Arıkan, Tamer Karşıdağ, Muzaffer Akıncı	
P17	Rektum Yaralanması Olmaksızın Geniş Travmatik Anal Sfinkter Yaralanması Olgusunun Primer Sfinkter Onarımı, Saptırıcı Kolostomi ile Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu	249
	<u>Cem İbiş</u> , Doğan Albayrak, Hüseyin Pulat, Mehmetali Yağcı, Bahadır Erdoğan, Ahmet Hatipoğlu, Zeki Hoşçoşkun, Aydın Altan	
P18	Karaciğer Dışı Metastazları Olan ve Cerrahi Olarak Başarı ile Tedavi Edilen Kolorektal Kanseri: Olgu Sunumu	250
	<u>Samet Yardımcı</u> , Ender Dulundu, Erkan Özkan, Yahya Özel, Mehmet Kamil Yıldız, Ümit Topaloğlu	
P19	Saptırıcı Kolostomi Gerektiren Nekrotizan Fasiitis Olguların Barsak Yönetim Kateteriyle Tedavisi	251
	<u>İsmail Cem Eray</u> , Ömer Alabaz, Orçun Yalav, Kubilay Dalcı, İdris Akçay	
P20	Laparoskopi Rektum ve Rektosigmoid Kanserlerin Operasyon Sürelerini Kısaltıyor mu?	252
	Tolgay Akın, Metin Kement, <u>Mustafa Öncel</u>	
P21	Gastrointestinal Amiloidoz: Üç Olgu Sunumu	253
	<u>Tufan Egeli</u> , Çiğdem Arslan, Selman Sökmen, Mesut Akarsu, Sülen Sarıoğlu	
P22	Laparoskopik Radikal Prostatektominin Potansiyel Komplikasyonu: Rektum Yaralanması ve Tedavisi	254
	<u>Mehmet Uludağ</u> , Gürkan Yetkin, Sinan Karakoç, Orhan Tanrıverdi, Bülent Çitgez, Mustafa Aydın	
P23	Deneyisel Kolit Modelinde Kalsiyum Kanal Blokerlerinin Bakteriye Translokasyona Etkisi	255
	Özcan Alpdoğan, <u>Mehmet Yıldırım</u> , Emrah Bayam, Ümit Bayol, Ayten Coşkun, Onur Özgenç	
P24	Laparoskopik Apendektomi Sonuçlarımız	256
	<u>Nesimi Mecit</u> , Ebru Şen Oran, Gürsel Remzi Soybir, Mehmet Türker Bulut	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P25	Rekürren Volvulus: Sigmoid Rezeksiyon Sonrası Transvers Kolon Volvulusu	257
	İsmail Okan, Gürhan Baş, <u>Bahri Yılmaz</u> , Yurdakul Deniz Fırat, Oğuz İdiz, Mustafa Şahin	
P26	Kolorektal Kökenli Mekanik Barsak Obstrüksiyonları	258
	<u>Necat Cin</u> , Yasin Peker, Fatma Tatar, Mehmet Cemal Kahya, Haldun Kar, Türker Karabuğa	
P27	Diosmin-Hesperidin' in Kolon Anastomoz İyileşmesi Üzerine Etkileri	259
	Mustafa Başar, Mevlüt Recep Pekcici, <u>Adnan Hasanoglu</u> , Osman Güler, Nermin Dindar, Hüseyin Üstün	
P28	Kolon Tümörlerinin ve Poliplerinin Rektal Kanama, Yaş, Cinsiyetle İlişkisi	260
	<u>Aylin Hande Gökçe</u> , Acar Aren, Feridun Suat Gökçe, Abdülkerim Özakay, Şefika Aksoy	
P29	Can the Efficiency Modified Alvarado Scoring System in the Diagnosis Acute Appendicitis Be Increased with Additional Parameters?	261
	Hakan Buluş, Ali Coşkun, <u>Barış Morkavuk</u> , Ahmet Koyuncu	
P30	Rektal Kanama Yakınması ile Başvuran Hastaların Kolonoskopik İnceleme Sonuçları	262
	<u>Gürkan Yetkin</u> , İsmail Akgün, Mehmet Uludağ, Sinan Karakoç, Bülent Çitgez, Cabbar Kartal	
P31	Kolon Kanseri CEA Seviyesi ile Lenf Nodu Tutulumunun İlişkisi	263
	Ender Dulundu, <u>Samet Yardımcı</u> , Erkan Özkan, Yahya Özel, Mehmet Kamil Yıldız, Ümit Topaloğlu	
P32	Lokal Nüks Etmiş Rektum Kanseri Sakrektomi	264
	<u>Cemalettin Aydın</u> , Aydemir Ölmez, Cüneyt Kayaalp, Turgut Pişkin, Latif Kahraman, Sezai Yılmaz, Vedat Kırımlıoğlu	
P33	Gebelikte Nadir Rastlanan İntestinal Obstrüksiyon Sebebi: Paraduodenal Herni	265
	İsmail Okan, Gürhan Baş, <u>Bahri Yılmaz</u> , Arda Işık, Sinan Demiray, Mustafa Şahin	
P34	Radiowave Hemorrhoidal Coagulation and Mucopexy in Advanced Grades of Hemorrhoids - Long-term Outcome	266
	<u>Pravin J. Gupta</u>	
P35	Çekuma Takılmış Yabancı Cisimlerin Endoskopik Yolla Çıkarılması: Olgu Sunumu	267
	<u>Ahmet Aslan</u> , Muhyittin Temiz, Fikret Beyaz, İsmail Kurt, İlhan Paltacı	
P36	Laparoskopik Appendektomi Sonrası Gelişen İntraabdominal Absenin Laparoskopik Drenajı	268
	<u>Mehmet Uludağ</u> , Gürkan Yetkin, Bülent Çitgez	
P37	Stapler Hemoroidektomi Uzun ve Kısa Dönem Sonuçlarımız	269
	<u>Ahmet Okuş</u>	
P38	Eş Zamanlı Sağ Kolon Tümörü ve Kalp Metastazı: Olgu Sunumu	270
	<u>Mehmet Kemiksiz</u> , Nihat Zalluhoğlu, Mehmet Görgün, Eyüp Kebapçı, Ender Bademkiran, Hasan Şahin	
P39	Erişkin Yaş Grubunda İnvazivasyon Olgusu	271
	Sevim Turanlı, <u>Kazım Çağlar Özçelik</u> , Yavuz Pirhan, Ulvi Murat Yüksel, Abdullah Çetin	
P40	Nadir Bir Akut Karın Nedeni Olan Çekokolik Torsiyon: Olgu Sunumu	273
	Alper Sözütek, Haldun Kar, <u>Mehmet Cemal Kahya</u> , Yasin Peker, Türker Karabuğa	
P41	Rektum Kanseri Cerrahisinde Saptırıcı Stoma Uygulaması Sonuçları	274
	Aras Emre Canda, <u>Baha Arslan</u> , Tufan Egeli, Zekai Serhan Derici, Cem Terzi, Selman Sökmen, Mehmet Füzün	
P42	Brid İLEUS'mu BEZOAR' mı ?	275
	<u>Fatih Altıntoprak</u> , Güner Çakmak, Hakan Demir, Ali Çeldir, İrfan Öztürk, Arif Aydın, Kamil Köse, Muzaffer Özdenoğlu, Vecdi Müderris	
P43	Dev Gastrik Polip - Olgu Sunumu	276
	<u>Feridun Suat Gökçe</u> , Aylin Hande Gökçe, Acar Aren, Cüneyt Öngüt	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P44	Kolon Obstruksiyonu Tanısında Bilgisayarlı Tomografinin Yeri <u>Gürkan Yetkin</u> , Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Sinan Karakoç, Bülent Çitgez	277
P45	Familial Adenomatöz Polipozis Olgularında 9 Yıllık İzlem Sonuçları <u>Aras Emre Canda</u> , Abdullah İnal, Mehmet Füzün, Cem Terzi, Selman Sökmen, Müjde Soytürk, Sülen Sarıoğlu	278
P46	İntesitnal İskemi-Reperfüzyon Hasarında İskemik Ön Koşullanma ve Pyrolidin Dithiokarbamat'ın Barsak Mukoza Hasarına Etkisi Kıvılcım Bulut, Mevlüt Recep Pekcici, <u>Adnan Hasanoğlu</u> , Osman Güler, Nermin Dindar, Hüseyin Üstün	279
P47	Kolon ve Rektum Ameliyatı Yapılan Hastalarımızın Değerlendirmesi <u>Enver İlhan</u> , Mehmet Yıldırım, Ali Coşkun, Mete Pürten, Ömer Engin, Fevzi Cengiz, Volkan Tekin, Cemil Yaylalı	280
P48	Kırkbeş Yaş ve Altı Kolorektal Kanserlerin Analizi <u>Ahmet Kocakuşak</u> , Haldun Sunar, Soykan Arıkan, Muzaffer Akıncı, Tamer Karşıdağ, Adil Koyuncu, Mehmet Gülen, Adnan Hut, Mustafa Anıl Yaşar, Serbülen Aydın, Ahmet Fikret Yücel, Hamit Karayağız	281
P49	Anal Fistulotomy Using Radiowaves- Long- Term Outcome <u>Pravin J. Gupta</u>	282
P50	Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs Etiyolojisinde Sakrokoksigeal Açının Yeri <u>Ramazan Eryılmaz</u> , Orhan Veli Özkan, İsmail Okan, Arda Işık, Ensar Yekeler, Mustafa Şahin	283
P51	Atipik Kliniğe Neden Olan 23 cm Uzunluğunda Akut Apandisit Olgusu Hakan Buluş, Ali Coşkun, Barış Morkavuk, <u>Ahmet Koyuncu</u>	284
P52	Anorektal Malign Melanomada Transsakral Sentinel Lenf Nodu Çalışması Cüneyt Kayaalp, Ersoy Kekilli, <u>Cemalettin Aydın</u> , Aydemir Ölmez, Latif Kahraman, Sezai Yılmaz	285
P53	Kolon Malrotasyonunda Akut Apandisit Kliniği Farklı Seyreder Ender Özer, Ahmet Kocakuşak, <u>Mehmet Gülen</u> , Soykan Arıkan, Muzaffer Akıncı, Haldun Sunar, Tamer Karşıdağ, Ahmet Fikret Yücel, Adnan Hut, Adil Koyuncu, Serbülen Aydın, Mustafa Anıl Yaşar	286
P54	Nadir Görülen Bir Olgu: Retrorektal Endometriozis <u>Tuncer Babür</u> , Gürsel Çığ, Metin Ertem	287
P55	İnguinal Herni Kesesi İçindi Eş Zamanlı Mesane ve İnce Barsak Strongülasyonu: Olgu Sunumu Hakan Buluş, Ali Coşkun, <u>Ahmet Koyuncu</u> , Barış Morkavuk, Gülçin Şimşek	288
P56	Plastron Apandisit Kliniği ve Appendikte Müsinöz Kistadenom <u>Bülent Çitgez</u> , Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, Ayşim Özağrı, İsmail Akgün, Sinan Karakoç	289
P57	Yüksek Anal Fistüllerin Tedavisinde Kesici Seton Uygulanması Gürhan Baş, İsmail Okan, Sema Yüksekdağ, Ramazan Eryılmaz, <u>Bahri Yılmaz</u> , Atilla Karakelleoğlu, Mustafa Şahin	290
P58	Olgu Sunumu: Appendiks Mukoseli Mehmet Karaduman, Nurullah Damburacı, <u>Cengiz Tavusbay</u> , Burhan Yolcuoğlu, Emine Özlem Gür, Mehmet Hacıyanlı	291
P59	Senkron Rektum ve Mide Kanseri - Olgu Sunumu <u>Aylin Hande Gökçe</u> , Acar Aren, Gürhan Çelik, Feridun Suat Gökçe, İbrahim Aydın, Hakan Tanın, Ezgi Altınsoy	292
P60	Akut Komplike Olmamış Sigmoid Volvulus Olgularında Tek Aşamalı Rezeksiyon ve Primer Anastomozun Geçerliliği Alper Akcan, Erdoğan Sözüer, Hızır Akyıldız, <u>Bilgehan Poyrazoğlu</u> , Can Küçük, Engin Ok, Tarık Artış, Yücel Arıtış	293

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P61	Rektosele Eşlik Eden Benign Anorektal Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımı Ne Olmalıdır? <u>Osman Yüksel</u> , Sezai Leventoğlu, Utku Yılmaz, Kürşat Dikmen, Hasan Bostancı, B. Bülent Menteş	294
P62	Yaygın Sakral Hidradenitis Süpürativa Olgusu: Bilateral Limberg Flep ile Rekonstrüksiyon <u>Hasan Bostancı</u> , Tevfik Tolga Şahin, Kürşat Dikmen, Osman Yüksel	295
P63	Stapler Hemoroidopeksi Yapılan Hastalarımızın Postop Değerlendirmesi Gökhan Demiral, <u>Alp Özçelik</u> , Oktay Yener, Yahya Çelik, Bertan Küçük, Gürhan Güngör, Canan Erengül	296
P64	Tam Kat Rektal Prolapsus Cerrahi Tedavisinde Rektopeksi ve Rektopeksi ile Birlikte Sigmoid Rezeksiyonun Karşılaştırılması Erdoğan Sözüer, Alper Akcan, <u>Bilgehan Poyrazoğlu</u> , Hızır Akyıldız, Can Küçük, Engin Ok, Zeki Yılmaz, Yücel Arıtış	297
P65	Postoperatif Peritoneal Adezyonların Önlenmesinde Ketan Yağının Etkinliği Erhan Aşan, <u>Hasan Bektaş</u> , Feyzullah Ersöz	298
P66	İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları ve Cerrahi Tedavisi: Retrospektif Değerlendirme Ömer Faruk Özkan, <u>Neşet Köksal</u> , Bülent Yaşar, Yusuf Günerhan, Mehmet Ali Uzun, Atilla Çelik, Ediz Altınlı, Münire Kayıhan, Rüştü Kurt, Ersin Ergün, Ayşe Oya Kurdaş Övünç	299
P67	Kolorektal Kanserlerde Ameliyat Sonrası CEA Değerlerindeki Değişimlerin Survival ile İlişkisi <u>Nail Ersöz</u> , İlker Sücüllü, Ali Harlak, İsmail Özerhan, Mustafa Öztürk, Tuncer Çaycı, Özcan Altınel, Özer Tahir, Sezai Demirbaş, Sadettin Çetiner	300
P68	Anal ve Perianal Bölge Yanıklarında Gaita Kontaminasyonunun Engellenmesi Şehriban Erdem, Simge Bursalı, Fusun Afşar, Yeliz Öztörün, Faruk Gülümser, <u>Murat Güven</u> , M. Tahir Oruç	301
P69	Sigmoid Kolon Tümörünün Kolonoskopik Perforasyonu Fuat İpekçi, Hüseyin Toptay, Nejat Akyıldız, <u>Lütfi Dalkılıç</u> , Hüseyin Oğuzhan İnan, Ender Bademkiran	302
P70	Tranvers Kolon Distalinde Lokalize Bir Tümörün Olağandışı Klinik Seyri; Olgu Sunumu Fevzi Celayir, Hakan Köksal, <u>Ayça Hacıaloğlu</u> , Adnan Hacım, Korhan Mercan, Bülent Yıldırım, Adil Baykan	303
P71	Primeri Mandibula Metastazı Olan Nadir Bir Rektum Karsinoma Olgusu Fuat İpekçi, <u>Lütfi Dalkılıç</u> , Hüseyin Toptay, Oğuzhan İnan, Sedat Tan	304
P72	Erişkinlerde Görülen İntestinal İnvaziyonların Klinik Seyri Ali Harlak, <u>Öner Menteş</u> , Gürkan Öztürk, Özcan Altınel, Tahir Özer, Sezai Demirbaş, Nail Ersöz, A. Kağan Coşkun, Taner Yiğit	305
P73	Kolorektal Cerrahide Kompresyon Anastamoz Tekniği Atilla Çökmez, <u>Kemal Atahan</u> , Esra Akça, Ercüment Tarcan	306
P74	Perfore Sigmoid Divertikülitlerde (Hinchey 3-4) Cerrahi Tercihlerimiz <u>Sinan Karakoç</u> , Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Bülent Çitgez, Süleyman Öden, Cabbar Kartal	307
P75	Ender Görülen Kist Hidatik Lokalizasyonu- İleum Mezenterinde Kist Hidatik <u>Hakan Özkan</u> , Acar Aren, Hande Gökçe, Alper Sağban, Hakan Tanın, Ezgi Altınsoy	308
P76	Hamilelikte Tıkayıcı Sigmoid Kolon Kanseri <u>Ünal Sabancı</u>	309
P77	Kronik Anal Fissürün Cerrahi Tedavisinde Lokal Anestezi ile Yapılan Açık Lateral İnternal Sfinkterotomi Sonuçlarımız. <u>Cengiz Tavusbay</u> , Çağdaş Kozakoğlu, Hüdaî Genç, Burhan Yolcuoğlu, Nurullah Damburacı, Özlem Sayın Gür, Mehmet Hacıyanlı, Mesut Özoğul	310
P78	Rektumda Saptanan Malign Melanom <u>Aylin Hande Gökçe</u> , Acar Aren, Feridun Suat Gökçe, Özhan Özcan, Abdülkerim Özakay, İbrahim Aydın, Gürhan Çelik	311

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P79	Kolorektal Kanser Olgularında Mekanik Barsak Temizliği ve Yapılan Cerrahi İşlemin Post-Operatif Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkisi	312
	Erdoğan Sözüer, Alper Akcan, <u>Bilgehan Poyrazoğlu</u> , Hızır Akyıldız, Can Küçük, Engin Ok, Zeki Yılmaz, Yücel Arıtaş	
P80	Rektal Kanaması Olan ve Olmayan Kolorektal Kanserli Hastalarda Sağkalım	313
	<u>Cemil Çalışkan</u> , Can Karaca, Erhan Akgün, Mustafa Korkut	
P81	Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Çekal Divertikülit	314
	<u>Cengiz Tavusbay</u> , Mehmet Cemal Kahya, Türker Karabuga, Nurullah Damburacı, Mehmet Deniz, Hüdaî Genç	
P82	Tümör Lokalizasyonuna Göre Kolon Kanserli Olgularımızın Analizi	315
	<u>Yavuz Özdemir</u> , İlker Sücüllü, Ali İlker Filiz, Ergün Yücel, Bülent Güleç, Sezai Demirbaş, Mehmet Yıldız	
P83	Kolorektal Kanserlerde Laparoskopik Cerrahi Deneyimimiz	316
	Aras Emre Canda, <u>Tufan Egeli</u> , Cem Terzi, Selman Sökmen, Mehmet Füzün	
P84	Kolorektal Kanserli Hastalarda Preoperatif Malnutrisyon Taraması Gerekli midir?	317
	<u>Aybala Ağaç</u> , Haluk Ulucanlar, Suat Kutun, Abdullah Demir, Hüseyin Güven Gökem, Abdullah Çetin	
P85	Nadir Görülen Bir Tümörün Kliniği ile Birlikte Değerlendirilmesi: İntestinal Hemangioendotelyoma	318
	<u>Engin Hatipoğlu</u> , Erman Aytaç, Sinan Çarkman	
P86	cT4 Tümörler Laparoskopik Kolon ve Rektum Cerrahisi İçin Kontrendike midir?	319
	<u>Candaş Erçetin</u> , Tuğba Matlım, Mustafa Sami Bostan, Murat Akıcı, İlker Özgür, Cem Dural, Oktar Asoğlu	
P87	Rektum ve Kolonun Primer Skuamöz Hücreli Tümörü: İki Olgu Nedeniyle	320
	<u>İsmail Cem Eray</u> , Ömer Alabaz, Gürhan Sakman, Faruk Karateke	
P88	Outcomes of Laparoscopic Versus Open Appendectomies	321
	Hakan Buluş, Ali Coşkun, Gülçin Şimşek, Ahmet Koyuncu, Barış Morkavuk	
P89	Transvers Kolonda Ksantogranüloamatöz İnflamasyon: Olgu Sunumu	322
	Eren Ersoy, Recep Aktimur, <u>Uğur Yaşar</u> , Aylin Yazgan, Haldun Gündoğdu	
P90	Kolonoskopi için Yapılan Barsak Temizliğinin Yaş, Cinsiyet ve Eğitimle İlişkisi	323
	<u>Aylin Hande Gökçe</u> , Abdülkerim Özakay, Acar Aren, Feridun Suat Gökçe, Şefika Aksoy, Binnur Karagöz	
P91	Rektum Kanseri Tedavisinde Farklı Bir Cerrahi Teknik: Transvaginal Low Anterior Rezeksiyon	324
	<u>Ali Naki Yücesoy</u> , Ercan Bülbül, Cafer Köşkeröğlu, Reşat Bahat	
P92	Süt Serumu Proteinlerinin (Whey) Deneyisel Kolorektal Kanser Gelişimine Etkisi	325
	<u>Wafi Attaallah</u> , Nusret Erdoğan, A. Mine Yılmaz, A. Süha Yalçın, A. Özdemir Aktan	
P93	Kolorektal Anastomoz Kaçakları	326
	Hızır Yakup Akyıldız, Erdoğan Sözüer, Alper Akcan, Can Küçük, <u>Bilgehan Poyrazoğlu</u>	
P94	Kalın Barsak Lipomu: Altı Olgunun Klinikopatolojik Değerlendirilmesi	327
	<u>Nazif Erkan</u> , Cemil Çalışkan, Enver Vardar, Cengiz Yılmaz, Mustafa Korkut	
P95	Sol Amyant's Herni	328
	Sevim Turanlı, <u>Yavuz Pirhan</u> , Ulvi Murat Yüksel, Hüseyin İncir, Abdullah Çetin	
P96	Hemoroidektomide Kolay Efektif Bir Yöntem; Yüksek Arter Ligasyonu: Üç yıllık Deneyim	329
	<u>Cemal Kara</u> , Semih Yürekli, Arif Uğuz, Turgay Özer, Atilla El, Mehmet Göl	
P97	Ano-Rektal Bölge Hastalıklarında Transrektal Ultrason Kullanımı: Klinik Deneyimlerimiz	330
	Ali İlker Filiz, <u>Ergün Yücel</u> , İlker Sücüllü, Yavuz Özdemir, Özgür Karakaş, Mehmet Levhi Akın	
P98	Nontravmatik Kolorektal Perforasyonlarda Tedavi ve Prognozu Etkileyen Faktörler	331
	<u>Cemal Kara</u> , Türker Karabuğa, Alper Sözütek, Tuğrul Tansuğ, Ali Doğan Bozdağ, Okay Nazlı	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P99	Komplike Perianal Fistülde Kesici Seton Uygulaması; Retrospektif Değerlendirme <u>Gülten Çiçek Okuyan</u> , Metin Tilki, Sırrı Özkan, Mehmet Talu, Alper Poyraz, Yılmaz User	332
P100	Laparoskopik Kolon Rezeksiyonlarında İntraoperatif Kolonoskopinin Yeri <u>Emel Özveri</u> , Süleyman Yılmaz, Eser Vardareli, Metin Ertem	333
P101	Akut Mekanik İntestinal Obstruksiyonlarda Laparotomi ve Mortalite F. Erözgen, M. Akaydın, A. Şimşek Çelik, D.Güzey, F. Çelebi, R. Kaplan, <u>S. Birol</u> , A.Çelik	334
P102	Akut Karın Nedeni Olan İnlen Kolon Yerleşimli Apseleşmiş Kistik Lezyon <u>Erman Aytaç</u> , Fatih Aydoğan, Ahmet Kocael, Gülen Doğusoy	335
P103	Stoma Açılma Nedenleri ve Komplikasyonları <u>Ebru Kırbıyık</u> , Eylem Toğluk, Arzu Kader Harmancı, Erman Aytaç	336
P104	Perianal Fistülü Taklit Eden İlginc Nüks Pilonidal Sinüs Vakaları <u>Oğuzhan İnan</u> , Fuat İpekçi, Muharrem Karaoğlu, Sedat Tan, Lütfi Dalkılıç	337
P105	Volvulus of the Transverse Colon: A Rare Cause of Intestinal Obstruction <u>Oktay Yener</u> , Gökhan Demiral, Gürhan Güngör	338
P106	Laparotomide Frozen Pelvis Saptanmış Rektum Tümörlü Olgularda Kemo-Radyoterapi Sonrası Yeniden Cerrahi Yapılabilme Kararını Etkileyen Faktörler, Onkolojik Sonuçlar ve Sağkalım <u>Enver Kunduz</u> , Ceyhan Aydoğan, Kürşat Rahmi Serin, Onur Taylan Çelik, Esra Sağlam, Sezer Sağlam, Yersu Kapran, Barış Bakır, Oktar Asoğlu	339
P107	Stapler Hemoroidopeksi Yönteminin Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi <u>Emel Özveri</u> , Süleyman Yılmaz, Metin Ertem	340
P108	Kaynağı Bilinmeyen Ateşle Kendini Gösteren Kolon Kanseri Oğuz Bilgi, Bülent Karagöz, <u>Özgür Karakaş</u> , İlker Sücüllü, Ali İlker Filiz	341
P109	Spinal Anestezi ile Cleft Lift Prosedürü Uygulanan Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs Hastalarında Ağrı Vas Skorları Serhat Oğuz, <u>Hasan Bostancı</u>	342
P110	Pilonidal Sinüsde Deneyimlerimiz <u>Sinan Karakoç</u> , Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Bülent Çitgez, Uğur Ekici, Hamdi Özşahin	343
P111	Pilonidal Sinüs Tedavisinde Klinik Deneyimimiz <u>Uygar Demir</u> , Mithat Çağsar, Ece Dilege, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Mehmet Mihmanlı	344
P112	Acil Cerrahi Uygulanan Kolorektal Kanseler Hızır Yakup Akyıldız, Erdoğan Sözüer, Alper Akcan, Can Küçük, <u>Bilgehan Poyrazoğlu</u> , Tanık Artış	345
P113	Does the Set-On Precedure in the Patients with Complex Fistula İnnocent That is Anticipated? İlker Sücüllü, Mustafa Coşkun, Sezai Demirbaş, <u>Nail Ersöz</u> , Kaan Coşkun	346
P114	Pilonidal Sinüste Fenol Tedavisi Cüneyt Kayaalp, <u>Cemalettin Aydın</u> , Aydemir Ölmez, Latif Kahraman	347
P115	Ameliyatta Unutulan Tekstil Kökenli Yabancı Cisimler <u>Soykan Arıkan</u> , Ahmet Kocakuşak	348
P116	Portal Ven Trombozu ve Eşlik Eden İnce Barsak Perforasyonu Gürhan Baş, İsmail Okan, <u>Bahri Yılmaz</u> , Coşkun Çakır, Atilla Karakelleoğlu, Mustafa Şahin	349
P117	Gastrointestinal Fistüllerde Operatif ve Nonoperatif Tedavinin Karşılaştırılması <u>Ahmet Kocakuşak</u> , Muzaffer Akıncı, Soykan Arıkan, Haldun Sunar, Mehmet Gülen, Tamer Karşıdağ, Adil Koyuncu, Adnan Hut, Ahmet Fikret Yücel, Mustafa Anıl Yaşar, Serbülent Aydın, Hamit Karayağız	350

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P118	Rektal Yabancı Cisimler	351
	Ahmet Kocakuşak, Soykan Arıkan, Orçun Oral Şentürk, Ahmet Fikret Yücel, Muzaffer Akıncı, Haldun Sunar, Tamer Karşıdağ, Adil Koyuncu, Adnan Hut, Mustafa Anıl Yaşar, Serbülen Aydın, Mehmet Gülen	
P119	Pilonidal Hastalığın Tekrarlama Nedenleri ve Koruyucu Yöntemler	352
	Nihat Bengisu, Serap Pamak	
P120	Pilonidal Sinüsün Cerrahi Tedavisinde Limberg Flep Uygulaması	353
	Hasan Tok, Okan Akat	
P121	Apendektomi Sırasında Fark Edilen Çekum Tümörü	354
	Hakan Buluş, Gülçin Şimşek, Barış Morkavuk, Numan Varol, Ahmet Koyuncu, Ali Coşkun	
P122	Kolorektal Kanselerde Preoperatif CEA Düzeylerinin Tümör Evresi, Lokalizasyonu ve Histolojik Diferansiyasyonu ile İlişkisi	355
	Nail Ersöz, İsmail Özerhan, İlker Sücüllü, Ali Harlak, Mustafa Öztürk, Selim Kılıç, Fatih Can, Gökhan Yağcı, Yusuf Peker, Sadettin Çetiner	
P123	Low Anterior Rezeksiyonda Dren Kullanımı Sekonder Ameliyat Gerekliğini Azaltıyor	356
	Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut	
P124	Rektal Prolapsusta Low Anterior Rezeksiyon Deneyimimiz	357
	Aylin Hande Gökçe, Abdülkerim Özakay, Acar Aren, Feridun Suat Gökçe, Şefika Aksoy, İbrahim Aydın	
P125	Perianal Fistül Olgularına Yaklaşımımız	358
	Sinan Karakoç, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Bülent Çitgez, Hamdi Özşahin	
P126	Alt Rektal Gistlerde Tedavi Seçenekleri: Olgu Takdimi	359
	Sedat Kamalı, Gülçin Harman Kamalı, Oğuzhan Karatepe, Tülay Sayılğan, Arzu Akan, Enis Yüney	
P127	Gentacollun Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Yara İyileşmesi Üzerine Etkisi	360
	İbrahim Yetim, Orhan Veli Özkan, Ersan Semerci, Elif Canpolat, Kenan Erzurumlu	
P128	Deneyisel Karaciğer Travma Modelinde, Ankaferd Blood Stopper®'in Kanama Durdurucu Etkinliği	361
	Erhan Ayşan, Hasan Bektaş, Feyzullah Ersöz, Gülben Erdem Huq	
P129	Extended Abdominoperineal Resection in Patient with Advanced Lower Rectal Cancer	362
	Sezai Demirbaş, İlker Sücüllü, Tahir Özer, Nail Ersöz, Ergün Yücel	
P130	Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Saptanan Kolon Kanseri Hastalarımız	363
	Oktay Yener, Alp Özçelik, Gürhan Güngör, Gökhan Demiral, Fikret Aksoy	
P131	Radiowaves in Proctology- A New Approach	364
	Pravin J. Gupta	
P132	Genç Yaş, Kolorektal Kanseri Hastalarda Kötü Prognoz Kriteri midir?	365
	Mehmet Görgün, Mehmet Kemiksiz, Eyüp Kebapçı, Cezmi Karaca, Ender Bademkiran, Mustafa Ölmez	
P133	Sekonder İyileşmeye Bırakılan Pilonidal Sinüslü Hastalarda Liyofilize Kollogen Matriks Kullanımının Etkinliği	366
	Hakan Buluş, Barış Morkavuk, Ahmet Koyuncu, Ali Coşkun	
P134	Pilonidal Sinüsün Nüksünü Engellemede Lokal Yara Bakımının Önemi	367
	Ahmet Okuş	
P135	Pilonidal Sinüs Oluşumunda Rol Alan Etiyolojik Faktörler	368
	Hakan Buluş, Barış Morkavuk, Ahmet Koyuncu, Ali Coşkun	
P136	Elektif ve Acil Kolorektal Karsinomların Karşılaştırılması	369
	Fuat İpekci, Lütfi Dalkılıç, Muharrem Karaoğlu, Oğuzhan İnan, Bekir Özenen	

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P137	Lokal Şişirme Anestezisi ile Pilonidal Sinüste Eksizyon ve Flep Cüneyt Kayaalp, Aydemir Ölmez, <u>Cemalettin Aydın</u> , Latif Kahraman	370
P138	Familiyal Polipozis Koli Hastalığında Cerrahi Deneyimimiz <u>Cengiz Tavusbay</u> , Nurullah Damburacı, Erdinç Kamer, Özlem Sayın Gür, Mehmet Deniz, Hüdaî Genç	371
P139	Complications of Hemorrhoidal Disease <u>Pravin J. Gupta</u>	372
P140	Intestinal Ischaemia Associated with Carcinoid Tumor: A Case Report with Review of the Pathogenesis. <u>Oktay Yener</u> , Gökhan Demiral, Canan Erengül, Yahya Çelik, Fikret Aksoy	373
P141	Aşağı Yerleşimli Rektum Tümörlerinin Tedavisinde İntersfinkterik Rektum Rezeksiyonu ve Koloanal Anastomoz Tecrübemiz <u>Cemil Çalışkan</u> , Can Karaca, Erhan Akgün, Mustafa Korkut	374
P142	Anal Adenocarcinoma Derived from Chronic Perianal Fistula: Report of A Case M.Yavuz Eryavuz, <u>Cevher Akarsu</u> , Davut Demir, Gökhan Yılmaz, Arzu Akan	375

HEMŞİRELİK BİLDİRİLERİ

HS01	Laparoskopik Kolorektal Ameliyatlarında İntraoperatif Hemşirelik İşıl Işık Andsoy, <u>Fatma Özben</u> , Nilüfer Gümüştekin, Ülkü Karakuş	379
HS02	Yara Açılması ve Peristomal Cilt Nekrozu Vaka Yönetimi <u>Hatice Korku</u> , Zehra Göçmen Baykara, Aysel Ören Hin, Sezai Leventoğlu	380
HS03	Bir Pilonidal Sinüs Vakasında Primer Onarım Sonrası Yara Ayrılması: Hemşirelik Bakımı Ayşe Karadağ, Hatice Korkut, <u>Rabiya Cihan</u> , Bülent Menteş	381
HS04	Akut Apandisitte Klinik Sonuçların Değerlendirilmesi <u>Sibel Nargiz Koşucu</u> , Cansel Kaya, Gülüm Altaca, Bahar Kavaklı, Vahide Uçku	382
HS05	Bir İleostomi Olgusu; Peristomal Bölgede Basınç Ülseri <u>Yasemin Akıl</u> , Ömer Alabaz	383
HS06	DEÜ Hastanesi Merkezi Ameliyathanesinde Laparoskopik Kolon Ameliyatlarındaki İntraoperatif Hemşirelik Uygulamalarımız <u>Emre Yıldız</u> , Melike Duran, Fikriye Öztürk	384
HS07	Ameliyathanede Diatermi Yanıklarında Önlemler ve Koter Cihazı Kullanım Formunun Etkisi Türkay Şamiloğlu Ünal, <u>Güllü Ateş İnanc</u> , Zeynep Pazar, Gülcan Altınkaynak	385
HS08	MR ve BT Uygulanacak Olan Hastaların Anksiyete Düzeyleri Ve Tetkiklere İlişkin Görüşleri <u>Sibel Nargiz Koşucu</u> , Vahide Uçku	386
HS09	Basınç Ülseri Risk Faktörlerinden Suçlu Hangisi? <u>Filiz Gül</u> , Derya Şahin, Yasemin Akıl	387
HS10	Balcalı Hastanesi'nde Çalışan Hasta Bakıcıların Basınç Ülserine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi <u>Yasemin Akıl</u> , Serap Torun, Dudu Baysal Alptekin	388
HS11	Balcalı Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Basınç Yarası Oluşumunu Önleyici Girişimlerinde Beş Yıllık Gelişimin İncelenmesi Serap Torun, Gürsel Öztunç, Yasemin Akıl, <u>Dudu Baysal Alptekin</u>	389
HS12	Sennosid Solüsyonunun Kolon Temizliğinde Etkinliği <u>Sibel Nargiz Koşucu</u> , Hülya Coşkun, Güzide Acar, Vahide Uçku	390

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

HS13	Kolostomili Bireyin Ameliyata İlişkin Yeterli Bilgilendirilmemesi: Bir Olgu Sunumu	391
	Zehra Göçmen Baykara, Ayişe Karadağ, <u>Rabiya Cihan</u>	
HS14	Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesinde Takip Edilen Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı	393
	Zehra Göçmen Baykara, <u>Ayişe Karadağ</u> , Sezai Leventoglu	
HS15	Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Stoma Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi	394
	Hatice Orman, <u>Pınar Koçer</u> , Sevil Erkuş, Nedime Tataroglu	
HS16	Stomalı Hastaların Beden Algısı ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi	395
	İlknur Çalışkan, <u>Aysel Kahraman</u> , Fatma Demir Korkmaz, Cemil Çalışkan, Mustafa Ali Korkut, Erhan Akgün	
HS17	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Stoma Bakım Ünitesinin Bir Yıllık Hasta Takip Sonuçları	396
	<u>Aysel Kahraman</u> , Sevgül Şen	
HS18	Ostomili Bireyden: “Ostomili Olmak”	397
	Figen Erol, Deniz Harputlu, Fatma Vural	
YAZAR İNDEKSİ		399

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Değerli Meslektaşlarımız,

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi'ne hoş geldiniz. TKRCD Yönetim Kurulu ve Kongre düzenleme kurulu adına hepinize saygı ve sevgilerimi sunuyorum.

1982 yılında Marmaris'te kolorektal cerrahiye gönül veren hocalarımızın 35-40 kişi ile başlattığı bu yolculuk, bugün 800 ü geçen hekim katılımı ile Türk cerrahi camiasında kendisini en iyi kanıtlayan bir branş derneği olduğunu ispatlamıştır.

Bu kongremizde de ebediyete intikal eden Prof. Dr. Adnan Salepçioğlu ve Prof. Dr. Kaya Çilingiroğlu hocalarımızın anısına verilecek konferansların yanı sıra, en kıdemli hocamız Prof. Dr. Ercüment Gürel'in de onuruna bir konferans oluşturmayı uygun gördük.

Sözlü bildirilere katılımı artırmak için seçilen bildirilerin sunumundan hemen sonra ilgili hocaların da katılacağı "Tartışmalı Serbest Bildiriler"i ve her zaman ilgi gördüğünü bildiğimiz "Tartışmalı olgular"ı programa koyduk.

Kolorektal ailemizin genç akademisyenlerinin "Kurs programı" içerisinde "Temel Konular"ı içeren konferanslar vermelerinin yararlı olacağını düşündük.

Bu kongremizde yine bir yenilik olarak da asistanlarımızın ve genç uzmanlarımızın katılabilecekleri "Kahvaltıda uzmanla buluşma" programını oluşturduk.

Her zaman olduğu gibi yurt dışından kongremize ABD den üç, İngiltere'den iki, İtalya'dan iki, Almanya'dan bir davetli konuşmacı katılacaktır.

Kongre programında 10 konferans, 8 panel, bir kurs, 4 satellit sempozyum ve 18'i tartışmalı olmak üzere 55 sözlü sunum ve 142 e-poster sunumu yer alacaktır.

Kongremizde aynı zamanda değerli hemşirelerimizin de kolorektal konularla ilgili kongreleri yapılacaktır, paralel hemşirelik oturumlarında 2 konferans, 8 panel, 1 forum, 18 sözlü sunum yer alacaktır. Kendilerine başarılı bir kongre diliyoruz.

Endüstriyel firmaların kongremize yapmış oldukları katkılara da çok teşekkür ediyoruz.

Değerli meslektaşlarım, bu program esas olarak sizlerin aktif katkı ve katılımları ile hedefine çok daha iyi ulaşacaktır. Hep birlikte iyi bir kongre geçirmek dileği ile hepinize tekrar saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Adil BAYKAN
Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği
ve Kongre Başkanı

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANI

Adil BAYKAN

KONGRE SEKRETERİ

Abdullah ZORLUOĞLU

BİLİMSEL SEKRETERYA

Tarık AKÇAL
Mehmet FÜZÜN
Dursun BUĞRA
İ. Ethem GEÇİM
Cem TERZİ
Ömer ALABAZ
Bülent MENTEŞ
Deniz ŞELİMEN
Ayşe KARADAĞ

ONUR KURULU

Kemal ALEMDAROĞLU - *TKRCD Onursal Başkanı*
Cem TERZİ - *TCD Başkanı*
Ercüment GÜREL - *Kurucu Üye*
Ayhan KIZIL - *Kurucu Üye*
Ahmet ÖZBAL - *Kurucu Üye*
Halit OSMANOĞLU - *Kurucu Üye*
Emin Uğur ERKOÇAK - *Kurucu Üye*
Emin Nur DANIŞMEND - *Kurucu Üye*

BİLİMSEL KURUL

Hikmet AKGÜL
Erhan AKGÜN
Yılmaz AKGÜN
M. Levhi AKIN
Musa AKOĞLU
Güler AKSOY
Neriman AKYOLCU
Ali AKYÜZ
Ethem ALHAN
Acar AREN
Mithat Kerim ARSLAN
Oktar ASOĞLU
Selçuk ATAMANALP
Süha AYDIN
Erşan AYGÜN
Türker BULUT
Yılmaz BÜYÜKUNCU
Faik ÇELİK
Recep ÇETİN
Saadettin ÇETİNER
Tahsin ÇOLAK
Sezai DEMİRBAŞ
Mustafa DÜLGER
Hayri ERKOL
Metin ERTEM
Rasim GENÇOSMANOĞLU
Ertuğrul GÖKSOY
Haldun GÜNDOĞDU
İsmail HAMZAOĞLU
Sevgi HATİPOĞLU
Nevin KANAN
Tayfun KARAHASANOĞLU
Abut KEBUDİ
Atila KORKMAZ
Mustafa KORKUT
Neşet KÖKSAL
Necmi KURT
Ayhan KUZU
İşinsu KUZU
Zafer MALAZGİRT
Mehmet MİHMANLI
Mehmet OĞUZ
Mustafa ÖNCEL
Durkaya ÖREN
Şükrü B. ÖZER
Melih PAKSOY
Feza REMZİ
Kazım SARI

Ankara Üniversitesi Ankara Tıp Fakültesi
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi
Haydarpaşa Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İstanbul Üniversitesi
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ankara Üniversitesi Ankara Tıp Fakültesi
Ankara Üniversitesi Ankara Tıp Fakültesi
19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio-USA
S.B. Okmeydanı Hastanesi Cerrahi Kliniği

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

İskender SAYEK
Selman SÖKMEN
Necmettin SÖKÜCÜ
Erdoğan SÖZÜER
Uğur SUNGURTEKİN
Derviş ŞEN
Feridun ŞİRİN
Mustafa TİRELİ
Ali UZUNKÖY
Sümer YAMANER
Bekir YAŞAR
Meryem YAVUZ
Nihat YAVUZ
Sadık YILDIRIM
Serdar YÜCEYAR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

*İsimler soyadı sırasına göre alfabetik olarak düzenlenmiştir.

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

KONGRE BİLİMSEL PROGRAM

19 MAYIS 2009 SALI

14.00-17.00

SELİM ANOREKTAL HASTALIKLAR KURSU

Kurs Direktörleri: **Ömer ALABAZ, Sümer YAMANER, Bülent MENTEŞ**

Kronik anal fissür

- Kronik anal fissür tedavisinde cerrahi dışı yöntemler - Botoks, nitratlar, kalsiyum kanal blokörleri - hangi vakaya, nasıl?

Uğur SUNGURTEKİN

- Kronik anal fissürün cerrahi tedavisi - handikapları nedir? Neden alternatif arıyoruz? LIS, teknik, nüks ve inkontinans sorunu

Bülent MENTEŞ

Pilonidal hastalık

- Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisi - neden nüks ediyor? Neden standart değil? Hangi vakaya hangi yöntem?

Mustafa ÖNCEL

Perianal fistüller

- Kriptoglandüler fistüllerin cerrahi tedavisi - komplikasyonları, nüks sorunu, alternatif yöntemler

Serdar YÜCEYAR

Hemoroid hastalığı

- Hemoroid hastalığı tedavisinde konservatif yaklaşım, farmakolojik ajanlar, mukozal fiksasyon yöntemleri - Band ligasyonu, infrared, skleroterapi

Türker BULUT

- Hemoroid hastalığı tedavisinde güncel cerrahi yöntemler - US dissektör, PPH, ligasure

Ömer ALABAZ

Örnek Olgu Sunumları - Tedavi stratejilerinin belirlenmesi - İnteraktif

Sümer YAMANER

17.15-18.30

TEMEL KONULAR

Moderatörler: **Ethem GEÇİM, Ali UZUNKÖY**

- Kolorektal cerrahi bakış açısından kabızlık – yavaş geçiş zamanlı kabızlık, çıkış tıkanıklığı, rektosel

Sezai LEVENTOĞLU

- Alt gastrointestinal kanamalarda tanı ve tedavi yaklaşımı – nasıl olmalı, neden sorun yaşıyoruz?

Neriman ŞENGÜL

- Rektal prolapsusta cerrahi yaklaşım – abdominal, perineal, laparoskopik

Emre BALIK

- Divertikülit tedavisinde güncel yaklaşımlar–komplike divertikülitte yaklaşım, genç hastalarda yaklaşım, cerrahi dışı tedaviler, erken / geç ameliyat

Ersin ÖZTÜRK

18.30-19.30

AÇILIŞ SEREMONİSİ

Yönetim: **Abdullah ZORLUOĞLU**

19.30

AÇILIŞ KOKTEYLİ

20 MAYIS 2009 ÇARŞAMBA

07.00-08.00	KAHVALTIDA UZMANLA BULUŞMA • Pilonidal hastalıkta cerrahi seçenekler - hangisi, kime, ne zaman? - teknik ayrıntılar ve komplikasyonları Mehmet MİHMANLI • Kronik anal fissürde tedavi - ne zaman GTN, BOTOX, LIS? - nasıl? Bülent MENTEŞ
08.00-08.25	KONFERANS “Kaya ÇİLİNGİROĞLU Anısına” Moderatörler: Ali AKYÜZ, Mustafa DÜLGER Tedavi amaçlı ileri kolonoskopi uygulamaları Dursun BUĞRA
08.30-08.55	KONFERANS Moderatörler: Selçuk ATAMANALP, Acar AREN Kolonorektal cerrahide ameliyat sonrası yapışıklıklar - önlenbilir mi? Laparoskopik cerrahinin katkısı, yapışıklık olunca ne yapalım? James MERLINO
09.00-10.30	PANEL Metastatik kolorektal kanserlerde yaklaşım – teknik, kavramsal yenilikler Moderatörler: Sadettin ÇETİNER, Neşet KÖKSAL • Kolorektal kanserlerde adjuvan tedavi planlanmasında biyomarkerların prognostik ve prediktif değeri Sevil BAVBEK • Kolorektal kanserlerde pet uygulamaları - tedavi öncesi ve sonrası Özlem KÜÇÜK • Karaciğer / akciğer metastazlarına yaklaşım Orhan BİLGE • Kolon kanseri nükslerine ve periton metastazlarına yaklaşım Cem TERZİ
10.30-10.45	KAHVE ARASI
10.45-11.15	SATELLIT SEMPOZYUM Hemoroid hastalığı Moderatör: Yılmaz BÜYÜKUNCU Konuşmacı: Mario PESCATORI
11.15-12.30	PANEL Kolonorektal cerrahide hasta yönetimi Moderatörler: Hikmet AKGÜL, Serdar YÜCEYAR • Bağırsak hazırlığı - gerekli mi, nasıl? Melih PAKSOY • Antibiyotik profilaksisi/tedavisi - hangi vakada, ne kadar, nasıl? Erdoğan SÖZÜER • Derin ven trombozu sorunu - ne kadar önemli, profilaksi, nasıl? Mehmet KURTOĞLU • Kolorektal kanserlerde küratif cerrahi sonrası izlem. hangi vakalara - nasıl? İskender SAYEK
12.30-13.30	ÖĞLE YEMEĞİ



ABDİİBRAHİM

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

- 13.30-16.00 TARTIŞMALI SERBEST BİLDİRİLER**
Moderatörler: **Dursun BUĞRA, Levhi AKIN**
SÖZLÜ SB01-SB13
TARTIŞMALI SB14-SB18
- 16.00-16.15 KAHVE ARASI**
- 16.15-17.45 TARTIŞMALI OLGULAR**
Anorektal hastalıklar
Moderatörler: **Bülent MENTEŞ, Sadık YILDIRIM**
Tartışmacılar: **Mustafa TİRELİ, Neşet Köksal, Uğur SUNGURTEKİN,**
Erhan AKGÜN
- 18.00-19.30 TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ'NİN KONGRE KATILIMCILARIYLA BULUŞMASI,**
DERNEKTEN BEKLENTİLER

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

21 MAYIS 2009 PERŞEMBE

07.00-08.00

KAHVALTIDA UZMANLA BULUŞMA

- Anal fistül cerrahisinde tuzaklar - nüksten kaçınma, nükse yaklaşım, inkontinans handikapı
Türker BULUT
- Anastomoz kaçağı - cerrahin kabusu - nasıl azaltırız, olursa ne yapalım?
Ethem GEÇİM

08.00-08.25

KONFERANS

Moderatörler: **Ersan AYGÜN, Mustafa KORKUT**
Pelvik taban hastalıklarının tanısında anorektal fizyolojik incelemeler
Türker BULUT

08.30-08.55

KONFERANS

Moderatörler: **Kazım SARI, Erhan AKGÜN**
Anal inkontinansta cerrahi - ne zaman?, kime?, hangi teknik?
Tracy HULL

09.00-10.30

PANEL

Rektum kanseri – 1
Moderatörler: **Kemal ALEMDAROĞLU, Ömer ALABAZ**
• Rektum kanserinde evreleme - ERUS, MR, BT
Sümer YAMANER
• Neoadjuvan tedavi - hangi vakaya - tam yanıtta ne yapalım?
Rachel COOPER
• Neoadjuvan tedavi sonrası piyesin patolojik incelemesi
İşinsu KUZU
• TME tekniği ve çevresel sınırın önemi
Cem TERZİ

10.30-10.45

KAHVE ARASI

10.45-12.30

TARTIŞMALI SERBEST BİLDİRİLER

Moderatörler: **Ayhan KUZU, Rasim GENÇOSMANOĞLU**
SÖZLÜ SB19-SB26
TARTIŞMALI SB27-SB30

12.30-13.30

ÖĞLE YEMEĞİ

13.30-14.15

SATELLIT SEMPOZYUM

Metastatik kolorektal kanserde yeni ilaç tedavileri
Moderatör: **Durkaya ÖREN**
Konuşmacı: **Thomas GRUENBERGER**

14.15-15.30

PANEL

İltihabi bağırsak hastalıkları
Moderatörler: **Tarık AKÇAL, Süphan ERTÜRK**
• Ülseratif kolitte acil, elektif cerrahi - ne zaman?
İsmail HAMZAOĞLU
• Restoratif proktokolektomide ameliyat zorluklarının çözümleri
Feza REMZİ
• Restoratif proktokolektomi – erken ve geç komplikasyonlar
Selman SÖKMEN
• Kolonik ve perianal Crohn hastalığında yaklaşım
Peter SAGAR



XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

15.30-15.45 KAHVE ARASI

15.45-16.15 KONFERANS

Moderatörler: **Halit OSMANOĞLU, Necmi KURT**

Rektum kanserinin cerrahi tedavisinde pelvik ekzanterasyonlar ve genişletilmiş cerrahi

Peter SAGAR

16.15-17.45 TARTIŞMALI OLGULAR

Kolorektal kanserler

Moderatörler: **Abdullah ZORLUOĞLU, Selman SÖKMEN**

Tartışmacılar: **Musa AKOĞLU, Ayhan KUZU,**

Tayfun KARAHASANOĞLU, Mustafa KORKUT

19.30 BARBEKÜ PARTİ

22 MAYIS 2009 CUMA

07.00-08.00	KAHVALTIDA UZMANLA BULUŞMA • Sorunsuz hemoroid cerrahisi için kritik unsurlar – ağrı sorunu, teknolojik seçenekler, teknik ayrıntılar Mustafa ÖNCEL • Stoma teknikleri ve komplikasyonlarına yaklaşım – hangi tür stoma, nasıl, ne zaman? – komplikasyon gelişirse? Ömer ALABAZ
08.00-08.25	KONFERANS “Ercüment GÜREL Onuruna” Moderatörler: Emin Uğur ERKOÇAK, Bekir YAŞAR Kolorektal cerrahide anastomoz kaçakları – risk faktörleri, onkolojik etkiler, önlem - olunca ne yapalım? Adil BAYKAN
08.30-08.55	KONFERANS “Adnan SALEPÇİOĞLU Anısına” Moderatörler: Feridun ŞİRİN, Atilla KORKMAZ Rektum kanseri tedavisinde radyoterapinin akut ve gecikmiş yan etkileri – neler, nasıl önlenebilir, gelişirse ne yapalım? Rachel COOPER
09.00-10.30	PANEL Beslenme Moderatörler: Faik ÇELİK, Mithat Kerim ARSLAN • Beslenme durumunun belirlenmesi – beslenme desteği İndikasyonları ve tekniği enteral, parenteral Haldun GÜNDOĞDU • Gastrointestinal cerrahide perioperatif beslenme desteği Mehmet OĞUZ • Beslenme ile bağışıklık yanıtının kontrolü - septik hastada beslenme Marco BRAGA • Kanser hastalarında beslenme desteği Diclehan ÜNSAL
10.30-10.45	KAHVE ARASI
10.45-11.30	SATELLIT SEMPOZYUM GIST Moderatör: Sümer YAMANER Konuşmacı: Sevil BAVBEK
11.30-12.45	PANEL Rektum kanseri – 2 Distal rektum kanserinde cerrahi teknik Moderatörler: Mehmet FÜZÜN, Selman SÖKMEN • Sfinkterleri ne koşulda koruyabiliriz – ne zaman APR? Ayhan KUZU • Kolorektal-koloanal anastomozların fonksiyonel sonuçları (J poş, transvers koloplasti, düz, yan - uç anastomoz) Tracy HULL • Modern APR kavramı Ethem GEÇİM • Lokal eksizyon radikal tedavi olabilir mi? Levhi AKIN



XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

12.45-13.45	ÖĞLE YEMEĞİ
13.45-16.00	TARTIŞMALI SERBEST BİLDİRİLER Moderatörler: Cem TERZİ, İsmail HAMZAOĞLU SÖZLÜ SB31-SB42 TARTIŞMALI SB43-SB46
16.00-16.15	KAHVE ARASI
16.15-17.45	TARTIŞMALI OLGULAR Kolorektal travmalar Moderatörler: Cemalettin ERTEKİN, Sezai DEMİRBAŞ Tartışmacılar: Durkaya ÖREN, Mehmet MİHMANLI, Zafer MALAZGİRT, Levhi AKIN
21.00-22.00	SUNU: Sanat Tarihinde Cerrahi Yolculuk Faik Çelik
1.1-1.30	KONSER Ahmet Kanneci, Ekrem Öztan Gitar - Klarnet

23 MAYIS 2009 CUMARTESİ

07.00-08.00

KAHVALTIDA UZMANLA BULUŞMA

- Anastomoz teknikleri
- Ayhan KUZU**

08.00-08.45

SATELLIT SEMPOZYUM

Laparoskopik kolorektal rezeksiyonlar
Moderatör: **Sezai DEMİRBAŞ**
Konuşmacı: **Marco BRAGA**



08.45-09.10

KONFERANS

Moderatörler: **Ertuğrul GÖKSOY, Enis YÜNEY**
Atnalı fistüllere yaklaşım
Bülent MENTEŞ

09.15-09.40

KONFERANS

Moderatörler: **Ahmet ÖZBAL, Ergun ERDOĞAN**
Perine yaralanmaları
Sadettin ÇETİNER

09.45-11.15

PANEL

Anal Fistüller
Moderatörler: **Necmettin SÖKÜCÜ, Abut KEBUDİ**
• Fistül yolunun değerlendirilmesi - haritalandırılması
James MERLINO
• Fistülotomi / fistülektomi
Tarık AKÇAL
• Seton uygulamaları
Mehmet FÜZÜN
• Plug (tıkac) uygulamaları
Bülent MENTEŞ
• Rektovaginal fistülde cerrahi
Uğur SUNGURTEKİN

11.15-11.30

KAHVE ARASI

11.30-13.00

TARTIŞMALI SERBEST BİLDİRİLER

Moderatörler: **Ethem GEÇİM, Zafer MALAZGİRT**
SÖZLÜ SB47-SB52
TARTIŞMALI SB53-SB55

13.00-14.00

ÖĞLE YEMEĞİ

14.00-14.30

KONFERANS

Moderatörler: **Mustafa TİRELİ, Şükrü ÖZER**
Kalıtsal kolorektal kanserin tanımı ve ayırımı: FAP, aFAP, HNPCC, MAP
Abdullah ZORLUOĞLU

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

14.30-16.00	PANEL Laparoskopik kolorektal rezeksiyonlar Moderatörler: Tayfun KARAHASANOĞLU , Sezai LEVENTOĞLU • Laparoskopik kolorektal rezeksiyonlarda onkolojik İlkeler, riskler ve komplikasyonlar Nihat YAVUZ • Lap sağ-hemikolektomi, lap sol-hemikolektomi Metin ERTEM • Lap LAR, APR Oktar ASOĞLU • “Tek delikten” laparoskopik kolorektal rezeksiyon Feza REMZİ
16.00-16.30	KAPANIŞ Serbest bildiri ve poster ödülleri dağıtımı Abdullah ZORLUOĞLU <i>Sunum</i> Adil BAYKAN <i>Sunum</i>
23.00	ASİSTANLAR YARIŞIYOR

HEMŞİRELİK BİLİMSEL PROGRAM

20 MAYIS 2009 ÇARŞAMBA

09.00-10.00	PANEL Kolorektal kanserler Moderatör: Güler AKSOY • Kolorektal kanserlerin etyolojisi Güler AKSOY • Kolorektal kanserleri önlemede hemşirenin rolü Nadiye ÖZER
10.00-10.30	KAHVE ARASI
10.30-12.30	PANEL Kolorektal cerrahide tanı yöntemleri, işlem öncesi ve sonrası hastaya yaklaşım Moderatör: Aysel GÜRKAN • Tanı yöntemleri Aysel GÜRKAN • Endoskopide hemşirelik bakımı Nuray AKYÜZ
12.30-14.00	ÖĞLE YEMEĞİ
14.00-15.00	KONFERANS Kolorektal cerrahide bakım İlkeleri Türkan ÖZBAYIR
15.00-15.30	KAHVE ARASI
15.30-16.30	SERBEST BİLDİRİLER Moderatör: Ayfer ÖZBAŞ HS01-HS06

21 MAYIS 2009 PERŞEMBE

09.00-10.00	KONFERANS Kolorektal cerrahide bakımda etik sorun kümeleri Sevgi HATİPOĞLU
10.00-10.30	KAHVE ARASI
10.30-12.00	PANEL Oluşumdan iyileşmeye bir yaranın serüveni Moderatör: Neriman AKYOLCU • Yara oluşum nedenleri ve çeşitleri İbrahim BERBER • Yaranın değerlendirilmesi Hülya BULUT • İyileşme sürecinde yara bakımı Ayşe KARADAĞ • Yara bakım ürünlerinde son gelişmeler Nil TOSUN
12.30-14.00	ÖĞLE YEMEĞİ
14.00-15.00	PANEL Anal inkontinanslı bireylerde bakım ilkeleri Moderatör: Nalan ÖZHAN ELBAŞ • Anal inkontinans ve etyolojisi Ömer ALABAZ • Anal inkontinanslı bireylerde hemşirelik bakımı Ayfer ÖZBAŞ
15.00-15.30	KAHVE ARASI
15.30-16.30	OLGU SUNUMLARI Moderatör: Nevin KANAN Yasemin AKIL, Deniz HARPUTLU, Ebru KIRBIYIK, Halime AYDIN
16.30-17.30	SERBEST BİLDİRİLER Moderatör: İkbal ÇAVDAR HS07-HS12

22 MAYIS 2009 CUMA

09.00-10.30

STOMA PANELİ I

Moderatör: **Ayişe KARADAĞ**

- Stoma endikasyonları ve yapılaş şekilleri

Bülent ERKEK

- Stoma bakımı

Tülin YILDIZ

- Stoma terapi ve yaşam kalitesi

Yasemin AKIL

10.30-11.00

KAHVE ARASI

11.00-12.30

STOMA PANELİ II

Moderatör: **Necmettin SÖKÜCÜ**

- Stomalı bireylerde gelişebilecek komplikasyonlar

Ayişe KARADAĞ

- Stomalı bireylerin yaşadığı sorunlar

Deniz ŞELİMEN

- Stomada aile eğitimi

İkbal ÇAVDAR

12.30-14.00

ÖĞLE YEMEĞİ

14.00-15.30

FORUM

Stomada vaka analizleri

Moderatörler: **Deniz ŞELİMEN, Adil BAYKAN, Ayişe KARADAĞ**

15.30-16.00

KAHVE ARASI

16.00-17.00

SERBEST BİLDİRİLER

Moderatör: **Türkan ÖZBAYIR**

HS13-HS18

23 MAYIS 2009 CUMARTESİ

09.00-10.00 **PANEL**

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları ve bakım

Moderatör: **Meryem YAVUZ**

•İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında etyoloji

Tahsin ÇOLAK

•İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında bakım İlkeleri

Fatma VURAL

10.00-10.30 **KAHVE ARASI**

10.30-12.00 **PANEL**

Kolorektal cerrahide İntraoperatif girişimler

Moderatör: **Nevin KANAN**

•Cerrahi teknikler

Recep ÇETİN

•İntraoperatif hemşirelik

Işıl ANDSOY

•Hasta güvenliği

Ümmü Yıldız FINDIK

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

KONGRE KONUŞMA ÖZETLERİ

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Kronik Anal Fissür Tedavisinde Cerrahi Dışı Yöntemler Botoks, Nitratlar, Kalsiyum Kanal Blokerleri - Hangi Vakaya, Nasıl?

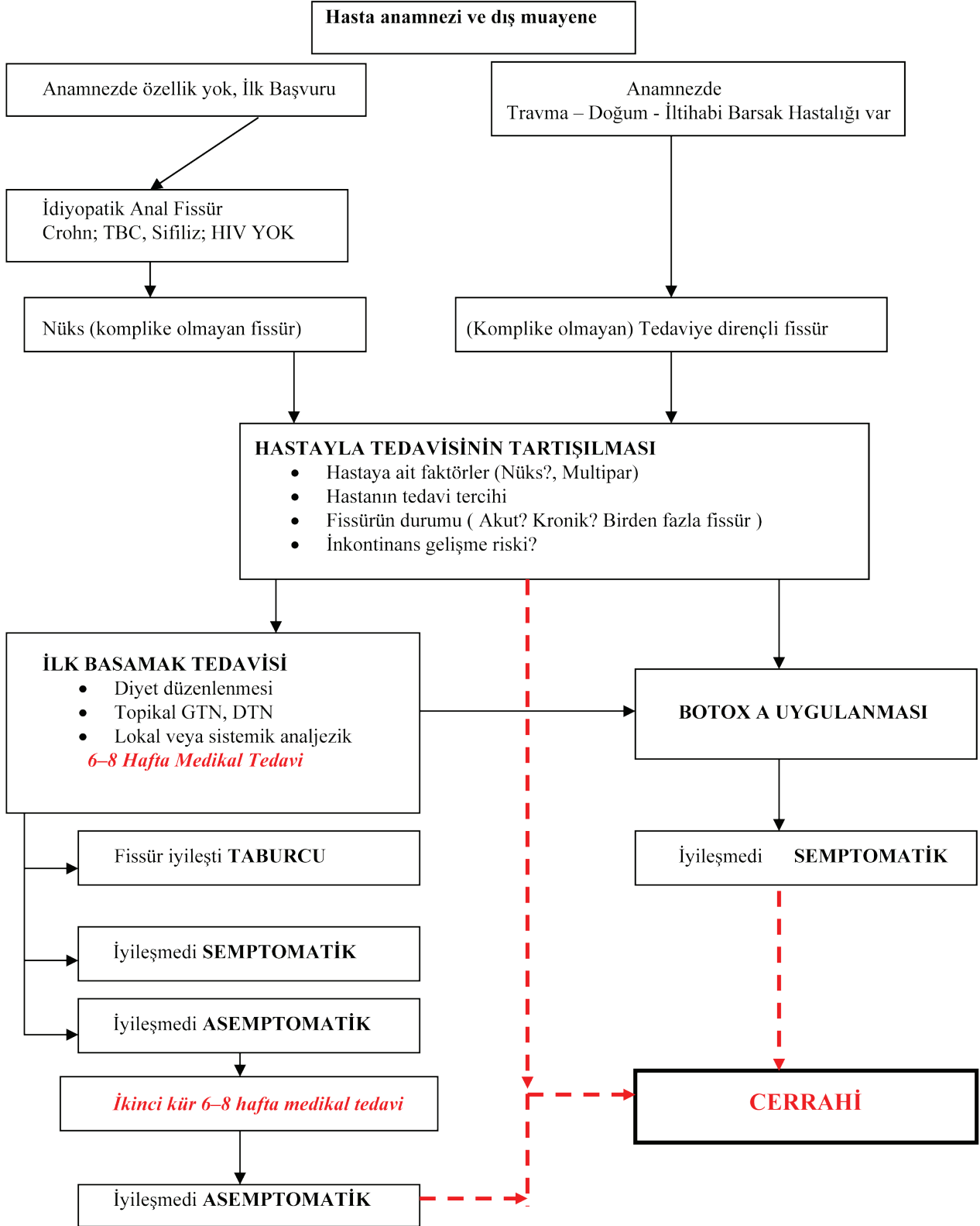
Dr. Uğur Sungurtekin
Pamukkale Üniversitesi, Denizli

Kronik anal fissür mukokutanöz bileşkede anal kanalın skuamöz epitelinde oluşan ülserdir. Dentate çizgiye doğru uzanırlar ve çok büyük oranda arka orta hatta oluşurlarsada anüsün çevresinde herhangi bir yerde de olabilirler. Fissürlerin büyük kısmında fissür yerinde iskemiye neden olan internal sfinkter spazmı mevcuttur. Bu iskemi iyileşmeye engel olur, açık yara daha fazla ağrı oluşturur, sonuç ise artan sfinkter spazmıdır. Bu ağrı, spazm ve iskemi döngüsünün kırılmaması durumunda fissür kronik hale gelir. Ağrının ortadan kaldırılması bu döngüyü ortadan kaldırmada en önemli unsurdur. Bu işlem artık kullanılması önerilmeyen anal dilatasyon, posterior sfinkterotomi gibi yöntemlerin yerine günümüzde açık veya lateral sfinkterotomi gibi cerrahi girişimlere yerini terk etmiştir. Günümüzde lateral internal sfinkterotominin altın standart olduğu kabul edilmektedir. Sfinkterotominin en önemli komplikasyonu sıklığı % 0-45 arasında değişen inkontinans oranıdır. Bu nedenle anal fissür tedavisinde değişik arayışlara girilmiştir. Optimal tedavi normal sfinkter basıncını kalıcı olarak bozmadan fissür iyileşinceye kadar anal kanal basıncında azalma sağlamaktır. Bu nedenle tanım olarak “kimyasal sfinkterotomi” adı da verilen bu yöntemde amaç cerrahi yöntemdeki ile aynı olup farklı ilaçlar kullanılarak internal sfinkter spazmının azaltılması oluşan iskeminin önlenmesidir. Spazmı azaltan yöntemler internal anal sfinkter düz kas hücrelerinde kasılmanın önlenmesi, intraselüler Ca^{++} miktarının azaltılması, nitrik asit uygulanması/veya prekürsörlerinin kullanımı, muskarinik reseptör stimülasyonu, α -adrenajik inhibisyon veya α -adrenajik stimülasyondur. Literatürde kullanılan ilaçlar arasında Eksojen (İzosorbid dinitrat) ve Endojen (L-Arginin) Nitrik asit donörleri, Kalsiyum kanal bloke ediciler, Botulinium Toksin A, Gonyautoksin, α -1 reseptör antagonistleri(İndoramin), Kolinerjik agonistler (Bethanhol), Fosfodiesteraz İnhibitörleri ve hatta Sildenafil (Viagra) bildirilmiştir.

Nitrit asit donörleri olan Eksojen (Gliseril Trinitrat-GTN) ve Endojen (L-Arginin) Sıklık GMP seviyelerini artırarak düz kaslarda gevşeme yaparak tedavi ederler. Gliseril Trinitrat (GTN)% 0,2 günde iki kez olmak üzere 8 hafta tedavi veya L-Arginin gel % 40 günde 5 kez olmak üzere 12 hafta tedavi önerilmiştir. Başarı oranı 2/3 olarak saptanmıştır. İstenmeyen yan etkileri arasında: Baş ağrısı(%50), anal irritasyon ve taşiflaksi vardır. Kesilmesini takibden orta dönemde nüks (%20-70), Özellikle baş ağrısı tedavinin kesilmesine neden olan en önemli istenmeyen etkidir. Fakat gerek Cochrane Çalışmasında gerekse Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahları Derneğinin uygulama parametrelerinde anal fissürlerin ağrıyı ortadan kaldırmaları nedeniyle topikal nitratlarla tedavi edilebileceği, ancak iyileşme oranlarında plaseboya üstünlüğünün seyrek olduğu belirtilmiştir.(Kanıt Seviyesi: I,Önerme Derecesi:A). Bir diğer farmakolojik ajan kalsiyum kanal blokeri olan Diltizem’dir(DTN). Tedavi esnasında anal kanal basıncını azalttığı ve etkili olduğu gösterilmiştir. Yan etkileri Nüks(%60), Baş ağrısı ve ateş basması ve hipotansiyondur. Yapılan meta analiz çalışmalarında GTN ve DTN tedavide eşit derecede etkili ve nüks oranları da benzer olarak bulunmasına karşın GTN’nin daha yüksek yan etkileri nedeniyle tedavinin kesilmesinin gerektiği hallerde yerine DTN kullanılabileceği bulunmuştur. Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahları Derneğinin uygulama parametrelerinde Anal fissür nitratlara oranla daha az yan etkileri olan kalsiyum kanal blokerleri ile etkin olarak tedavi edilebileceği ancak iyileştirme oranlarında plaseboya üstün olduklarına dair yeterli veri bulunmadığı belirtilmiştir. (Kanıt Seviyesi: I, Önerme Derecesi: A).

Botulinium toksin A bir nörotoksin olup başlangıçta kolinerjik salınımı bloke ederek internal anal sfinkter tonusunu azalttığı belirtilmişse de daha sonra postganglionik sempatik sinirlerde noradrenalin salınımında azalttığı gösterilmiştir. Yapılmasını takiben birkaç saat içerisinde etkisini gösterir ve bu etki 3–4 ay devam eder. Bu nedenle geri dönebilir sfinkterotomi ismi de verilmiştir. Başarı oranı %60–95 arasında bildirilmesine karşın en sık görülen istenmeyen etkileri %10’a kadar varan geçici gaz ve %5’e kadar varan gaita inkontinansıdır. Topikal nitratların Botulinium toksininin etkisini artırdıkları bilinmektedir. Yüksek dozlarla daha yüksek iyileşme oranları bildirilmesine karşın Amerikan Kolon ve Rektal Cerrahları Derneğinin uygulama parametrelerinde diğer konservatif yöntemlere cevap vermeyen hastalarda Botulinium A toksinin kullanılabileceği sonuçlarının plasebodan daha iyi olduğu belirtilmiştir. Ancak uygulamanın nereye yapılacağı (internal sfinkter-eksternal sfinkter), uygulanacak doz ve uygulama sayısı ve etkinliği konusunda yeterli fikir birliği yoktur(Kanıt Seviyesi: II, Önerme Derecesi: B).

Anal Fissür Tedavisinde Cerrahi Dışı Tedavi Yaklaşımı



Kronik Anal Fissürün Cerrahi Tedavisi - Handikapları Nedir? Neden Alternatif Arıyoruz? LIS, Teknik, Nüks ve İnkontinans Sorunu

Dr. B. Bülent Menteş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Akut fissürün cerrahi dışı tedavisinin tersine, kronik anal fissürün (**KAF**) altın standard tedavisi halen lateral internal sfinkterotomidir (LIS). **LIS**, düşük komplikasyon oranları ile hızlı ve yüksek oranlarda iyileşme sağlamaktadır. Son review'lerde da açıkça gösterildiği üzere, cerrahi dışı seçeneklerden hiçbirisi fissürün iyileşmesi açısından LIS'e benzer başarıya ulaşmamaktadırlar.

Diğer taraftan, çok yaygın bir hastalık için çok fazla sayıda uygulanan bu cerrahi prosedürün düşük oranlarda olsa da komplikasyonları ciddi bir kümülasyon oluşturmaktadır. Kanama, infeksiyon gibi tüm cerrahi girişimler için geçerli komplikasyonları bir yana bıraksak dahi, bir taraftan tedavi başarısızlığı ve nüksler, diğer taraftan da anal inkontinans handikapı fissür cerrahisinde sorun olmaya devam etmektedir. Bu nedenle, özellikle medikolegal kaygıların yoğun olduğu batı ülkelerinde artık tedavi algoritmelerinde mutlaka cerrahi dışı yöntemlerin ilk aşamada denenmesi gibi bir eğilim belirlemektedir.

LIS, cerrahi tarihçesinde olağan bir evrim geçirmiştir. Günümüzde LIS'in lokal anestezi altında, açık ya da kapalı, lateralden ve ayaktan bir prosedür olarak uygulanması ilkeleri ağırlıklıdır.

Halen çözülmemiş ve genellikle görülmezden geline temel handikap ise LIS işleminde cerrahın o vakada ne kadar internal anal sfinkter (IAS) kestiğini ve/veya kesmesi gerektiğini bilmemesidir. Temel cerrahi kitaplarında bu düzeyin standard olarak dentate çizgiye kadar şematize edilmiş olmasına karşın, bu düzeyin her vaka için gerekli ve geçerli olduğunu açık değildir. Dentate çizginin gözlenmesinin de fissür cerrahisinde standard bir yaklaşım olmadığı hatırlandığında, bu relaksasyonun işaret parmağı ile kontrol edilerek, bir Hill-Ferguson ekartörün geçebileceği kadar, vs. kişisel deneyime dayanılarak yapıldığı hepimizin bildiği bir gerçektir. Anal US kullanımının yaygınlaşması ile artan çalışmalarda, LIS girişiminin özellikle kadınlarda dentate çizgi üzerine taşıdığı, bazı vakalarda ise yetersiz sfinkterotomi yapıldığı, hatta eksternal sfinktere tecavüz edildiği gibi bulgular giderek daha çok yayınlanmaktadır.

LIS'in daha kısıtlı – **fissür apeksine kadar uygulanması** (tailored sfinkterotomi), kanıta dayalı olmamasına karşın giderek daha yaygın uygulanmaktadır. Daha az sfinkterotominin yapıldığı bu girişimin dentate çizgiye kadar yapılan sfinkterotomiye oranla inkontinans komplikasyonu daha az olmakta, ancak nüks oranları artmaktadır. Son çalışmalarda, sfinkterotominin her vakada anal kalibrasyonu belli bir düzeye getirecek kadar yapılması (**spasm-controlled LIS**) konsepti ile LIS'e özgü bu handikapların ortadan kaldırılabilmesi öne sürülmüştür. İdeal olarak, sfinkterotomi düzeyinin ameliyat sırasında dinamik basınç ölçümleri ile ayarlanması ve o hasta için anal kanal dinlenme basıncının normal standartlara getirilmesi hedeflenerek sfinkterotomi yapılması önerilebilir.

Sonuç olarak, cerrahların LIS ile ilgili teknik ve kavramsal handikapları bilmeleri ve önemsemeleri gerekmektedir. LIS'in subjektif ve ölçülemeyen bazı kriterlere göre ya da her hasta için aynı anatomik düzey hedeflenerek yapılması yerine, objektif olarak anal kanal basıncının normalizasyonu gözetilerek yapılması daha rafine bir yaklaşım olacaktır.

Pilonidal Sinüsün Cerrahi Tedavisi - Neden Nüks Ediyor? Neden Standart Değil? Hangi Vakaya Hangi Yöntem?

Dr. Mustafa Öncel

1. Genel Cerrahi Kliniği, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Pilonidal hastalık genç yaşlarda görülen, çoğunlukla sakrokoksigeal bölgede yerleşen, iyileşmeyen yara akıntılılarıyla kendisini gösteren, edinsel bir sorundur. Hastalığın kronikleşmenin esas nedeni yaranın sınırlarının keratin ve skuamöz epitel yapıları başta olmak üzere akut ve kronik enflamasyon unsurlarıyla kaplanmasıdır. Bu yapısal değişiklik standart yara yeri iyileşmesine çoğunlukla engel olur. Bu nedenle, özellikle sınırlı hastalıkta hijyen kurallarına tam uyulması ve bölgenin sık aralıklarla traş edilmesini içeren medikal öneriler veya takip protokolleriyle ile tedavinin mümkün olacağını savunanlar olsa da; epitel düzeyinde meydana gelen değişiklikler nedeniyle spontan iyileşme nadir olarak gözlenir ve tam sağaltım için genellikle cerrahi bir girişim gerekli olur.

Pilonidal hastalığın ameliyatla tedavisi sorunlu bölgenin çıkarılmasına genellikle eklenecek bir rekonstrüksiyon aşamasını içerir. Cerrahi protokollerin tamamı hastalıklı bölgenin çıkarılması konusunda görüş birliği içinde olsa da, eksizyonun sınırlarının ne kadar genişletileceği teknikleri birbirlerinden ayıran iki temel noktadan birisidir. Ancak yöntemlerin asıl farklılıkları rekonstrüksiyon yapılıp yapılmayacağı ve yapılacaksa nasıl uygulanacağı konularıdır.

Pilonidal hastalığa güncel yaklaşımda en belirgin eksiklik hastalığın genel kabul görmüş bir derecelendirilmesinin yapılmamış olmasından kaynaklanmaktadır. MacKeagan ve Hull tarafından yapılmış evrelendirme ve tedavi önerileri kullanışlı olmaktan uzaktır ve yaygınlık kazanmamıştır. Hastalığın genişliğini tanımlayacak ortak bir dilin ortaya konulamamış olması, hem bu konudaki literatürün değerlendirilmesini olumsuz olarak etkilemekte, hem de hasta bazında uygulanacak tekniğin planlanmasında zaman zaman hatalar yapılmasına neden olmaktadır. Hastalık basit bir ağza eşlik eden küçük bir yuvadan oluşabileceği gibi; tüm kalça derisini sarmış bir şekilde, genellikle birbirleriyle ve merkezdeki esas yuva ile bağlantılı fistüller içeren birçok ağzından oluşabilir. Bu durum hastalığın kendisinin ve tedavisinin standart olmamasında temel belirleyici faktördür.

Hastalığın yaygınlığı ve uygulanan operasyonun şekli ne olursa olsun, pilonidal hastalık seyrek olmayarak tekrarlayan bir sorundur. Nüks gelişmesinde belirleyici unsurlar tam olarak ortaya konulamamış olsa da, tekrarlamaya yol açabilecek bazı noktaları işaret eden çalışmalar mevcuttur. Çeşitli çalışmalarda vücut kitle indeksi, gluteuslar arası boşluğun derinliği, derideki kıl yoğunluğu gibi hastaya ait bazı faktörlerin tekrarlama riskini belirlemede önemli olduğu ortaya konulmuştur. Benzer bir şekilde sigara içimi gibi yara yeri iyileşmesini etkileyen etkenlerin önemi anlaşılmıştır. Buna ek olarak, cerrahi tekniklerden hangisinin seçileceğini belirlemede olduğu gibi, yaygınlık ve ağız(lar)ın yerleşimi gibi hastalığa ait unsurlar da nüks riskini tayin etmede yol gösterici olabilirler. Uygun cerrahi tekniğin seçilmesi ve kurallarına uygun olarak yapılması tekrarlamaları önlemede en başta gelen faktörlerdir. Ancak bu hastaların cerrahi sonrasında bakımları özellik göstermektedir ve bölgedeki kılların yara tamamen iyileşinceye kadar 10-14 günde bir temizlenmesi ısrarla önerilmektedir. Son olarak, cerrahlar genelde en iyi yaptıklarına inandıkları tekniği seçtikleri için hem cerrahi yöntemin belirlenmesinde hem de nüks riski açısından hekim önemli bir değişken olarak kabul edilebilir.

Sonuç olarak, pilonidal hastalık yaygınlık açısından çok çeşitlilikler gösteren ve bu nedenle geniş bir spektrumda incelenmesi gereken bir sorundur. Diğer değişkenler de bulunmasına karşın, temelde bu özelliği nedeniyle standart bir tedavisi yoktur ve hangi cerrahi tekniğin kime uygulanacağına değişik seçenekler içerisinden hasta ve hastalığın özelliklerine göre karar verilir. Ameliyattan sonra yara bakımına özen gösterilmesi ve kılların düzenli kesimi hastalığın tekrarlamaması için gereklidir.

Kriptoglanduler Fistüllerin Cerrahi Tedavisi, Komplikasyonları, Nüks Sorunu ve Alternatif Yöntemler

Dr. Serdar Yüceyar

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Kriptoglanduler fistüller tıp tarihinin başlangıç döneminden bu yana bilinmektedir. Hipokrat'ın Milattan önce 430 yıllarında ilk seton kullanımını önerdiği belirtilmektedir.

Perianal bölge cildinde bir veya birkaç açıklıktan akıntı, zaman zaman şişlik ve ağrı en sık şikayetleri oluşturmaktadır. Akıntı mukus, cerahat veya dışkı şeklinde olabilir. Hastalığın öncesinde spontan veya tedavi amacıyla drene edilmiş perianal abse anamnezi sıklıkla vardır. Hidradenit ve pilonidal sinus ile karıştırılabilir. Perianal fistül ayrıca anal ve rektal kanser veya inflamatuvar barsak hastalığı nedeniyle de gelişebilir.

İç ve dış ağız arasındaki fistül hattının anal sfinkter kompleksini geçişine göre sınıflandırılmaktadırlar. İntersfinkterik fistül en sık görülen tipidir (% 55-70). Transsfinkterik fistül % 20-25 oranında görülmektedir. Suprasfinkterik ve ekstrasfinkterik fistüller %3-6 sıklığını içerirler. Perianal fistüller hattın seviyesine göre aşağı, orta ve yüksek/kompleks olarak da ayrılabilirler.

Fistül hattının iç ve dış açıklık arasındaki tüm ek uzantılarıyla birlikte belirlenmesi doğru tedavinin seçiminde en önemli aşamayı oluşturur. İnspeksiyon, digital muayene ve anoskopi/rektoskopi ilk inceleme için kullanılır. Bu değerlendirme sırasında hattın bir prob geçirilerek tespiti mümkün olabilir, ancak bu işlemin peroperatuar uygulanması daha uygundur. Günümüzde özellikle komplike fistül hatlarının belirlenmesi için direkt fistülografi, magnetik rezonans görüntüleme (MR) , MR fistülografi ve endorektal/anal ultrasonografi (ERUS) kullanılan incelemelerdir. İntraoperatif olarak iç ağzın belirlenmesi ve/veya operasyon sırasında hattın görünür hale getirilebilmesi amacıyla dış ağızdan boya (metilen mavisi, indigo karmen), süt, hidrojen peroksit enjeksiyonları kullanılabilir. Şüpheli veya eşlik eden patoloji düşüncesinin varlığında kolonoskopik ve abdominal tomografik inceleme gerekli olabilir.

Perianal fistülün tedavisi cerrahi olarak yapılmaktadır. Bu yöntemler;

- 1- Fistülotomi
- 2- Fistülektomi
- 3- Drenaj, başlıklarında toplanabilir. Bunlara ek olarak hattın tıkanması, iç ağzın flap ile kapatılması vb. olarak isimlendirilebilen birçok tedavi yöntemi komplike fistüllerde birbirleri ile kombine olarak kullanılabilirler. Fistülotomi seton eşliğinde uygulanabilir. Zor ve komplike olgularda aşağı anterior rezeksiyon veya koloanal "pull-through" gibi ileri girişimlere veya geçici kolostomi işlemine gereksinim olabilir.

Fistül cerrahisi sonrasında nüks, iyileşmede gecikme ve inkontinans gibi sorunlar gelişebilmektedir. Bu sorunların görülme olasılığı fistülün komplike oluşu ve etkilediği sfinkterik yapılar ile yakından ilgilidir. İnflamatuvar barsak hastalığı veya ek patolojilerin varlığında ise tedavi ayrıca özellikler göstermektedir.

**Hemoroid Hastalığı Tedavisinde Konservatif Yaklaşım,
Farmakolojik Ajanlar, Mukozal Fiksasyon Yöntemleri -
Band Ligasyonu, İnfrared, Skleroterapi**

Dr. Türker Bulut

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Hemoroidler üç pake halinde anal kanalı kapatan ve kontinensin ince ayarında rolü olan yastıkçıklardır. Hemoroidal hastalıkta submukozal arteriovenöz pleksuslardan oluşan bu anal yastıkçıklar şişer ve prolabe olur. Yastıkçıklar içinde artan damar içi basınç, anemi yaratacak kadar ciddi ölçüde kanamaya sebep olabilir. Hemoroidlerin her 15-20 kişiden birinde hastalığa neden olduğu tahmin edilmektedir. Predispozan faktörler içinde herediter faktörler, kabızlık, karın içi basıncı arttıran gebelik, asit, öksürük ve ağır işler yapmak sayılabilir. Yetersiz lifli gıda alımı ve tuvalette uzun süre kalmak ve ıkmak da risk faktörleri arasındadır. Hemoroidal hastalığın tanısı fizik muayene ve anoskopi ile görerek konulur. Malinite ayırıcı tanısı için ayrıca alt gis endoskopisi özellikle ileri yaşlardaki hastalarda yapılmalıdır. Hemoroidlerin tedavi yönteminin seçiminde Goligher'in tarif ettiği I-IV arası sınıflama yardımcı olur.

Tedavi seçiminde semptomatik iyileşme ve hasta tatmini esastır. Tüm hastalara yüksek lifli gıda başlanır. Diyare ve konstipasyon varsa giderilir. Çeşitli pomad, krem ve suppozituarlar semptomatik tedavide topikal olarak kullanılmaktadır. Bu ilaçların ağrı ve kaşıntıyı gidermek dışında etkileri sınırlıdır. Orta yolla kullanılan ilaç tedavileri içinde mikronize diosmin ve hesperidin içeren Daflon™ venotropik özellikleri ile 10 gün içinde 3x500mg dozda ağrı, kanama ve ödemi belirli ölçülerde giderir. Uzun süre (2 ay) ve daha yüksek doz (2x1000mg) kullanılması ile ağır semptomların %60 oranında giderildiği öne sürülmüştür (1).

Hemoroidal hastalığın tedavisinde konstipasyonun giderilmesi ile sonuç alınabileceği düşünülerek laksatif ilaçlar denenmiştir. Yedi çalışmada, 378 hasta üzerinde lif şeklindeki laksatifler topyekün semptomları azaltmada %53 oranında etkili bulunmuştur. Kanama riskini azaltmada ise %50 oranında etkilidir. Ağrı, kaşıntı, prolapsus gibi semptomları gidermede etkisiz kalmıştır. Bir çalışmada 6 hafta ve 3 ay sonra da kalıcı sonuçların devam ettiği belirtilmiştir. Bu çalışmaların kalitesi iyi değildir.

Eksternal hemoroidler için cerrahi girişim gerekmez. Ancak tromboze olan eksternal hemoroidlere ağrıyı gidermek amacıyla pıhtının çıkarılması veya cerrahi eksizyon yapılabilir. Cerrahi girişimler de ağrılı olduğu için konservatif kalmak veya cerrahi girişim yapmak arasında tercih yapılmalıdır. Tromboze eksternal hemoroidde ağrı ortalama iki günde zirveye ulaşır, daha sonra giderek azalır. Bu süreci geçiren hastalarda konservatif kalınabilir. Konservatif kalınan hastalarda nüks riski vardır.

Semptomatik internal hemoroidlerin tedavisi son yıllarda önemli değişiklikler göstermiştir. Hemoroidlerin kan dolaşımını bloke etmeyi amaçlayan injeksiyon skleroterapi, lastik bant ligasyonu, koterize etme, kriyoterapi ve infrared koagulasyon işlemleri muayenehane şartlarında uygulanabilir. Bu yöntemlerle evre I – III'de %80-90 uzun süreli semptomatik iyileşme sağlanır (2,3). Elastik bant ligasyonunda band hemoroidin tabanına yerleştirilir. 7-10 gün sonra hemoroidlerin sönmesi ve skar oluşması beklenir. Uygulamada bandın linea dentata'nın üzerine kalmasına dikkat edilmelidir. Her seansta en fazla iki band konulabilir. Transisyonel zonun altına band konulursa hasta şiddetli ağrı duyar. Band hemen çıkarılmalıdır. İmmün sistem yetmezliği olanlar veya rektal prolapsusu olanlarda band tatbikinden sonra ağır sepsis gelişebilir. Sepsis kendini lokalize edilemeyen ağrı, ateş ve üriner retansiyon ile belli eder. İV antibiyotikler, bandın çıkarılması, nekrotik dokuların debridmanı ve yakın takip gerekir. İşlem sonrası 10 gün süre ile aspirin gibi NSAİİ kullanılmaması tavsiye edilir. Yoksa hemoroid nekroze olup düşünce ciddi kanama görülebilir. Lastik bant ligasyonu ile daha düşük nüks oranı bildirilse de ağrı ve kanama gibi komplikasyonlar infrared koagulasyonda daha düşük oranda bulunmuştur (4,5).

Skleroterapi kanayan hemoroidlerde etkili olabilir. Sklerozan ajan hemoroidlerin proksimaline submukozal bağ dokusuna 1-2 ml injekte edilir. İnflamasyon ve skar oluşturur. İnjesiyonun derinliği önemlidir, çürüme, infeksiyon, tam kat hasar bildirilmiştir.

Skleroterapi ile bant ligasyonun birlikte uygulanması ile %90 oranında iyileşme veya ilerleme sağlanmıştır (6).

Bu seride iki yöntemin birlikte uygulanması ile nüks oranı %16, komplikasyon oranı %3 ve hemoroidektomiye giden hasta oranı %7.7 olarak sağlanmıştır.

İnfrared koagulasyonda kızılötesi ışınlarla hemoroidal yastıkçıkların tromboze edilmesi amaçlanır. Uygulama basittir, pakelerin pedikülü çevresine 1 saniye süre ile uygulamalar yapılır. 1 mm derinliğinde koagulasyon nekrozu yapar. Sonuçları skleroterapiye benzerdir. İlk basamak tedavi yöntemlerinden biri olarak kullanılabilir. Belirgin bir kontrindikasyonu yoktur. Ciddi bir komplikasyonu da yoktur. Riskli hastalarda ilk seçenek olarak uygulanabilir.

Kaynaklar

1. Godeberge P. Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease: a demonstrated efficacy in comparison with placebo. *Anjiology* 1994; 45:574-8.
2. Sim AJ, Murie JA, Mackenzie I. Three year follow-up study on the treatment of first and second degree hemorrhoids by sclerosant injection or rubber band ligation. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 534-536.
3. Ambrose NS, Morris D, Alexander-Williams J, Keighley MR. A randomized trial of photocoagulation or injection sclerotherapy for the treatment of first- and second-degree hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 238-240.
4. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1600-1606.
5. Gupta PJ. Infrared coagulation versus rubber band ligation in early stage hemorrhoids. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:1433-143.
6. Chew SS, Marshall L, Kalish L, Tham J, Grieve DA, Douglas PR, Newstead GL. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1232-1237.

Hemoroid Hastalığı Tedavisinde Güncel Cerrahi Yöntemler - US Dissektör, PPH, Ligasure

Dr. Ömer Alabaz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Günümüzde, 3. ve 4. derece hemoroidal hastalık tedavisinde cerrahi eksizyon hala çok sık uygulanan kesin tedavi yöntemidir. Milligan-Morgan, Ferguson ve Parks yöntemi ile yapılan geleneksel hemoroidektomi ameliyatları teorik olarak basit, efektif ve güvenli olmaları nedeniyle pratikte geniş olarak yer bulmaktadır. Ancak, bu yöntemler ağırlı olarak bilinir ve ameliyat sonrası hastalar hemoraji, üriner retansiyon, ve gaz-sıvı inkontinens gibi komplikasyonlara yatkındırlar. Son yıllarda yapılan çalışmalar bu iyi tanımlanmış problemleri çözmek üzerine planlanmıştır. Konvansiyonel cerrahi yöntemlerin dentate hattın korunarak yapıldığı açık veya kapalı hemoroidektomi ya da bunlara ek olarak yapılan lateral internal sfinkterotomiye içeren sınırlı modifikasyonları vardır. Buna rağmen sonuçlarda özellikle postoperatif ağrı konusunda istenilen başarılar elde edilememiştir. Hemoroidektomide belirgin ağrı ve komplikasyonlara yol açan aşırı doku travması, hastanede kalış süresinin uzamasında, iyileşmenin ve işe dönüş sürelerinin gecikmesinde ana faktör olarak kabul edilmektedir.

Ultrasonik dissektör, yüksek frekanslı ultrasonik enerjiyi kullanarak doku içinde bulunan proteinlerdeki hidrojen bandlarını denatüre etmektedir. Kan damarları, relatif olarak düşük bir ısıda (80° C) protein denatürasyonu ve minimal termal yaralanma ile (<1.5 mm) kapanırlar. Bu teknikle hemoroidektomi daha az postoperatif ağrı ve daha yüksek hasta memnuniyetine sahip olduğu saptanmıştır. Bu nedenle geleneksel hemoroidektomilerden daha güvenli ve iyi bir yöntem olarak sunulmuştur. Yapılan çalışmalarda da ultrasonik dissektör ile evre 3-4 hemoroid vakalarının cerrahi tedavisinin Ferguson hemoroidektomiye oranla daha hızlı olduğu, postoperatif ağrının anlamlı olarak azaldığı ve hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer kullanılan teknolojik araç ise Ligasure olup, bu aletle abdominal cerrahide 7 mm'lik damarların dahi güvenle kesilebileceği bildirilmiştir. Minimal doku travması ve kanamasız eksizyon, kısıtlı doku hasarı, yara yeri infeksiyonunu ve postoperatif ağrıyı belirgin olarak azaltmaktadır. LigaSure tekniğinin, operasyon süresini kısaltması, kanamasız olması, doku hasarının minimal olması ve de en önemlisi postoperatif ağrının çok az olması nedeni ile kullanılması yapılan çalışmalarda önerilmektedir. Nadiren hemoroidektomi sonrası anal stenoz vakaları bildirilmiştir. Amaç, daha az termal hasarla doku harabiyeti ve postoperatif ağrının azaltılması, daha hemostatik disseksiyon ve daha az postoperatif komplikasyon oranlarına ulaşılmasının hedeflenmesidir.

Son yıllarda uygulanan diğer bir yöntem ise Hemoroidopeksi, anopeksi veya PPH şeklinde isimlendirilen Longo tekniğidir. Antonio Longo tarafından tarif edilmiş olan bu yöntem 3. ve 4. derece hemoroidlerde uygulanmaktadır. Tek kullanımlık stapler olarak adlandırılan bir cihazla yapılır. Bu teknikte dişli çizginin yaklaşık 3 cm. üzerinden dairesel bir doku çıkarılmakta, sarkmış hemoroidal doku yukarı çekilerek burada sabitlenmektedir. Girişimin yapıldığı bölgede ağrı algısı olmadığından ve hemoroidal dokuya herhangi bir işlem yapılmadığından operasyon sonrası hasta konforu son derece iyidir. Bölgesel ya da genel anestezi ile uygulanabilir. İşlem sonrasında hemen hiç ağrı hissedilmediğinden rahatlıkla gününbirlik olarak uygulanabilir.

Kolorektal Cerrahi Bakış Açısından Kabızlık- Yavaş Geçiş Zamanlı Kabızlık, Çıkış Tıkanıklığı, Rektosel

Dr. Sezai Leventoğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Konstipasyon, genel olarak seyrek ve/veya zor dışkılama anlamında kullanılır. Defekasyonların en az 1/4 veya daha fazlasında ıkmama, topak ya da sert gaita çıkarma (lumpy-hard stools), yetersiz boşalma hissi, anorektal tıkanıklık hissi, parmak yardımı ile kolaylık sağlayarak defekasyon yapma ve haftada üçten az yarımsız defekasyona çıkma semptomları fonksiyonel konstipasyon için *Roma III tanısal kriterlerini* oluşturmaktadır.¹ Roma III kriterlerine göre bir hastanın fonksiyonel konstipasyon tanısı alması için şikayetlerinin hekime başvuruşundan altı ay önce başlamış olması ve üç ay süre ile ayda üç veya daha fazla gün bu şikayetlerinin bulunmasının gerekliliği kabul edilmektedir.^{1,2} Ayrıca bu konsensusu oluşturanlar laksatif ilaçlar kullanmadan kronik konstipasyonlu hastalarda yumuşak dışkılamanın nadiren yapılabileceğini kabul etmişlerdir. İrritable barsak sendromu için Roma III tanı kriterleri ise son üç ayda en az ayda üç gün abdominal ağrı ya da rahatsızlık durumunun yanı sıra defekasyon sıklığında azalma ve gaita formunda değişiklik gibi defekasyon düzensizliklerinin ortaya çıkması şeklinde deklare edilmiştir.²

Konstipasyon semptomları toplumda çok yaygındır ve prevalansın %20'nin üzerinde olduğu bildirilmektedir. Konstipasyon kadınlarda erkeklerden daha sık görülmekte ve insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Konstipasyon; aktivite eksikliği, düşük kalori alımı, ilaç kullanımı, düşük gelir ve eğitim grubu ve psikolojik problemlerle de (depresyon gibi) ilişkili bulunmuştur. Konstipasyon, kolonun primer hastalığına bağlı olabileceği gibi (kanser, darlık, divertikulozis) metabolik, endokrin ya da diğer fizyolojik nedenlere ikincil olarak da ortaya çıkabilmektedir (hiperkalsemi, hipotiroidi gibi metabolik bozukluklar ya da Parkinson hastalığı, spinal kord yaralanması gibi nörolojik problemler).³ Klinik olarak daha yaygın gözlenen entiteler i) yavaş geçiş zamanlı (slow transit time) konstipasyon, ii) outlet (çıkış) obstrüksiyonu (rektosel, rektal invajinasyon gibi bazı pelvik taban rahatsızlıkları) iii) irritable barsak sendromu olarak üç gruba ayrılmaktadır. Bu hastalık gruplarının ayırıcı tanılarında çeşitli sofistike tanısal testlerin yapılması gerekmektedir. Ancak unutulmaması gereken bir nokta, konstipasyonun çok yaygın bir problem olduğu ve beş kişiden birinde görülen bu rahatsızlığın kolonoskopiler, kolon geçiş zamanları, motilite çalışmaları, anal EMG gibi son derece sofistike ve pahalı tekniklerin tümü ile irdelenmeye kalkışılması durumunda inanılmaz bir ekonomik yük ve zaman kaybına yol açacağıdır. Dolayısıyla bunlar içerisinde yani konstipasyonun ne kadar tetkik edilmesi gerektiği konusunda da bazı rehber basamaklar belirlenmiştir. Hastadan iyi bir hikaye alınması, iyi bir rektal muayene ve çok basit bazı testler ile hastaların %90'ının kesin tanısı ulaşmaları mümkün olmaktadır.

Rektal muayene anorektal kitle ya da darlık, paradoksal puborektal aktivite, rektosel gibi çıkış obstrüksiyonu ile ilişkili patolojilerin tespit edilmesini sağlayabilmektedir. Dirençli kronik konstipasyonun etiolojisinin araştırılmasında anorektal fizyoloji testleri ve kolon geçiş zamanları nedenin irritable barsak sendromu, çıkış obstrüksiyonu ya da yavaş geçiş zamanlı konstipasyon olup olmadığı konusunda bilgi verebilmektedir. Balon ekspulsiyon testi pelvik taban dissinerjisi hakkında spesifitesi yüksek olup, normal olması durumunda bu kolaylıkla ekarte edilmektedir.⁴ Rektoanal inhibitör refleksin normal olması ise Hirschprung hastalığının ayırıcı tanısında önemlidir. Kolon geçiş zamanı çalışmalarının normal olduğu konstipasyonlu bireylerde irritable barsak sendromunun konstipasyon subtipi akla gelmelidir. Defekografi ise rektal invajinasyon, rektosel gibi çıkış obstrüksiyonuna neden olan durumlarda faydalıdır. Bu tetkiklerin yanı sıra konstipasyonun doğru tanı ve tedavisinde aslında önemli olan uzmanlık bilgisidir. Aksi takdirde ya savsaklanacaktır ya da amacını aşan bazı tetkiklere ve ayrıntılara hasta sürüklenecektir ki iki ekstrem de yanlıştır.

Konstipasyonun öncelikli tedavisi konservatif yaklaşımlardır. Özellikle posalı beslenme (posa 25g/gün), günlük sıvı tüketiminin artırılması, laktuloz kullanımı ön planda olmaktadır.⁵ Magnezyum tuzları, tegaserod ve lubiprostone gibi laksatifler de konstipasyonu olan bireylerde fayda göstermektedir.⁶ Paradoksal puborektal aktivitesi olan hastalarda biofeedback tedavisi ile son derece başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Altı ayda %80 başarı elde edildiği ve de ıkmama, karın ağrısı, yetersiz boşalma hissini, laksatif kullanımını azalttığı gösterilmiştir.^{7,8}

Konservatif tedavilerin yetersiz kaldığı dirençli kronik konstipasyonlu yavaş geçiş zamanlı ve çıkış obstrüksiyonu olan bireylerde cerrahi tedaviler tercih edilmektedir. Kolon geçiş zamanı çalışmalarında uzama

yani yavaş geçiş zamanlı konstipasyon (slow transit time) tespit edilmesi durumunda subtotal kolektomi-ileorektal anastomoz (STK-İRA) uygulanmaktadır. Bunun öncesinde anorektal fizyolojik testlerin, kolon geçiş zamanı çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Şiddetli yavaş geçiş zamanlı konstipasyonda STK-İRA'un başarısı %86 olarak bildirilmektedir.⁹ Fizyolojik testler uygulanmadan sadece STK-İRA yapılması durumunda başarı %50-77 iken, fizyolojik testler ışığında başarı %88-100 olarak gösterilmiştir. Knowles ve ark.⁹ cerrahi sonrası ortalama defekasyon sıklığını 2.9/gün olarak göstermiştir. STK-İRA sonrası konstipasyon nüksü ortalama %9 (0-46), diare ve inkontinens görülme sıklığı da %14 olarak bildirilmiştir.¹⁰ Jiang ve ark.¹¹ ise yavaş geçiş zamanlı konstipasyonda STK-İRA ile STK-antiperistaltik çekorektal anastomoz yöntemlerini irdelediğinde antiperistaltik çekorektal anastomoz prosedürünün günlük defekasyon sıklığının az olması ve fekal inkontinens riskinin düşük olması, yaşam kalitesinin daha iyi olması nedeni ile tercih edilebilir bir yöntem olduğunu bildirmiştir.

Rektosel, rektal invajinasyon gibi çıkış obstrüksiyonuna bağlı konstipasyonlarda ise genellikle meshli ya da meshsiz transperineal, transanal ya da transvajinal cerrahi yöntemler tercih edilmektedir. Rektosel, anterior rektal duvarın posterior vajene doğru herniasyonudur. Bu durum, obstrüktif defekasyonun önde gelen nedenlerinden olup, kadın hastalarda şaşırtıcı derecede prevalansı yüksek (%70) olarak bildirilmiştir. Rektosel çapının genellikle 2 cm üzerinde çapa ulaşması ve ICS evreleme sistemine göre stage 2 ve üzerinde boyutlara ulaşması durumunda çıkış obstrüksiyonu semptomlarına (yetersiz boşalma, ıkınma, vaginal lump ve digitasyon) yol açmaktadır. Hastalığın genellikle diğer pelvik taban hastalıkları entiteleri ile birlikte olması, benzer değerlendirme yöntemlerinin uygulanmaması, özelleşmiş merkezlerde tedavi edilen vaka sayılarının azlığı gibi nedenlerle rektoselin cerrahi tedavisi günümüzde dahi başarılı bir standarda ulaşmamıştır.¹² Rektoselin meshli tedavisinde subjektif iyileşme %63-100, anatomik iyileşme %80-92.3, komplikasyon oranı %0-19.7 olarak bildirilmiştir.¹³ Rektosel ve rektal invajinasyonun transanal stapler ile onarımı (STARR) ile obstrüktif semptomlarda belirgin düzelme olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Boccasanta ve ark.¹⁴ STARR prosedürü sonrası konstipasyon semptomlarının tamamen düzeldiği, hastaların memnuniyet oranı %90 olarak rapor edilmiştir. Ancak bu yöntemle ilgili randomize kontrollü çalışmalar ve bunların uzun dönem sonuçları beklenmektedir.

Sonuç olarak konstipasyon tanısı alan bireylerde öncelikli tedavi seçeneği konservatif (posalı beslenme, sıvı tüketimi, laksatif kullanımı, biofeedback, kegel egzersizleri) yaklaşımdır. Dirençli konstipasyonlarda ise ileri tetkikleri takiben yavaş geçiş zamanlı ve çıkış obstrüksiyonlu konstipasyon tespit edilmesi durumunda nedene yönelik cerrahi yöntemler tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. Drossman DA. Roma III: The new criteria. *J Dig Dis* 2006;7:181-5.
2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, *et al.* Functional bowel disorders. *Gastroenterol* 2006;130:1480-1491.
3. Thornton MJ, Lubowski DZ. An overview in Complex anorectal disorders: investigation and management. Editors: Wexner SD, Zbar AP, Pescatori M. Springer-Verlag London Limited 2005:412-428.
4. Minguez M, Herreros B, Sanchiz V, *et al.* Predictive value of the balloon expulsion test for excluding the diagnosis of pelvic floor dyssynergia in constipation. *Gastroenterology* 2004;126:57-62.
5. Anti M, Pignataro G, Armuzzi A, *et al.* Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepatogastroenterology* 1998;45:727-32.
6. Ramkumar D, Rao SS. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:936-71.
7. Chiaroni G, Whitehead WE, Pezza V, *et al.* Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology* 2006;130:657-64.
8. Collins B, Burch J. Constipation, treatment and biofeedback therapy. *Br J Community Nurs* 2009;14:8-11.
9. Knowles CH, Chir B, Scott M, *et al.* Outcome of colectomy for slow transit constipation. *Ann Surg* 1999;230:627-38.
10. Wong SW, Lubowski DZ. Slow-transit constipation: evaluation and treatment. *ANZ J Surg* 2007;77:320-28.
11. Jiang CQ, Qian Q, Liu ZS, *et al.* Subtotal colectomy with antiperistaltic cecoproctostomy for selected patients with slow transit constipation-from Chinese report. *Int J Colorectal Dis* 2008;23:1251-56.
12. Leventoğlu S, Menteş BB, Bozkırlı B, Oğuz M. Rektoselde transperineal fasial sütür onarımla polipropilen mesh ile onarım sonuçlarının karşılaştırılması: prospektif randomize çalışma. *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17:9-15.
13. Leventoğlu S, Menteş BB, Akin M, *et al.* Transperineal rectocele repair with polyglycolic acid mesh: a case series. *Dis Colon Rectum* 2007;50:2085-95.
14. Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, *et al.* Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1285-96.

Alt Gastrointestinal Kanamalarda Tanı ve Tedavi Yaklaşımı Nasıl Olmalı, Neden Sorun Yaşıyoruz?

Dr. Neriman Şengül

AİBÜ, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Alt Gastrointestinal Sistem (GİS) Kanamaları Treitz ligamanı seviyesi altından anokütanöz çizgiye kadar olan kanamalardır. Tüm GİS kanamalarının % 20'sini (Üst GİS kanamaları %80) oluşturmaktadır. Alt GİS kanamaları mortalitesi yüksek olabilen(% 4) nadir olmayarak tanı ve ayırıcı tanıdaki zorlukları olan klinik bir problemdir.

Alt GİS kanamaların büyük çoğunluğu kolon kökenli olmasına rağmen GİS'in herhangi bir bölümünden kaynaklanabilir. Olguların % 80'i kolon kökenli olmasına rağmen ince barsak kökenli patolojiler alt GİS kanama sebebi olabilir veya üst GİS kanması kendini alt GİS kanama olarak gösterebilir. Alt GİS kanamalı hastaların %90'ı hematokezya, %19'u meleno tanımlanmaktadır. Hematokezyanın değerlendirilmesinde tespit edilen odaklarının %11'i üst GİS, %9'u ise ince bağırsaklardan kaynaklanmaktadır.

Alt Gastrointestinal kanamalarda klinik görünüm gizli kanama ya da basit rektal kanamadan hayatı tehdit edici masif GİS kanaması şeklinde olabilir.

Alt GİS kanamalarında kanama sıklıkla aralıklarla meydana gelir. Kanamaların % 80'i spontan olarak kesilir, %25 inde devam eder ya da tekrarlar. Eğer kanama aktif olarak devam etmiyor ise kaynağı ortaya koymak güçtür.

Tanısal yöntemlerdeki ilerlemelere rağmen Alt GİS kanamalarında % 10–20 oranında odak ortaya konamamaktadır.

Tekrarlayan, Masif kanamalarda %15-30'lara ulaşabilen cerrahi girişim ihtiyacı ve %30-40'lara yükselen mortalite oranları görülmektedir.

Bazen radikal cerrahi bile Alt Gastrointestinal Kanamalarda tekrarlayan kanamaya engel olamamaktadır. Alt Gastrointestinal Kanamalarda günümüzde hala standart tanısal yaklaşım yoktur.

Tanısal yaklaşım

Alt Gastrointestinal Kanamalarda tanısal yaklaşım kanamanın şiddeti ve klinik görünümüne göre farklılık göstermektedir. Hastalar akut şiddetli kanaması olan hastalar, tekrarlayan orta şiddette rektal kanaması olanlar ve Gizli veya belirsiz kanamalı olan hastalar olarak gruplandırılabilir.

Akut ciddi kanamalı hastada temel yaklaşım kanama şiddetinin tayini, hastanın stabilizasyonu, kanama yerinin saptanması, kanama sebebinin saptanması, kanamanın durdurulması, kanamaya sebep olan patolojinin düzeltilmesi ve tekrar kanamanın önlenmesi esaslarına dayanır.

Hastanın yeterli stabilizasyonunun sağlanmasından hemen sonraki ilk basamak kanama yerinin saptanmasıdır. (Üst ya da alt GİS kanaması). Bunun yapılması tanısal tetkiklerin yapılması içinde rehberlik eder. Kanama yerinin lokalizasyonu kanama sebebinden daha önemlidir. Üst GİS kanamasının ekarte edilmesi tanının temel parçasıdır.

Acil üst sistem endoskopi üst GİS kanaması düşünülen hastalarda endikedir. Hastanın hikayesi, üst GİS kanama bulguları üst GİS kanamasını alt GİS kanamasından ayırmaya yardımcı olur. Nazogastrik seçilmiş hastalarda yardımcı olabilir.

Aktif alt GİS kanamasından şüphe edilen hastalarda hangi tanısal tetkikin öncelikli olduğu halen tartışmalıdır. Her tetkikin avantaj ve dezavantajları söz konusudur.

Erken Kolonoskopi yüksek tanısal değeri olan (%45–95), komplikasyon oranı düşük(%1–5) ve endoskopik tedavi imkanı mevcut(%10–15)olan tanısal tetkiktir.

Mezenterik anjiyografi veya selektif anjiyografi özellikle aktif kanamalarda seçilmiş bir tanı yöntemidir. Anjiyografik çalışmalarda verilen kontrast maddenin ekstrasvazasyonu aktif kanama bulgusudur. Olguların %20–70’de tanısıl değeri mevcuttur. Anjiyografinin tanı yanında tedavide de yeri mevcuttur. İnvaziv olması, tecrübe ve ekip gerektirmesi ciddi komplikasyonları nedeni ile anjiyografi, endoskopinin yapılamadığı ya da görüş sıkıntısı nedeni ile yetersiz kaldığı veya tanı konulamamış ve ısrar eden tekrarlayan kanamalar için saklanmalıdır.

Radyonüklid çalışmalar (Technetium 99m ile işaretli eritrosit sintigrafisi (99m Tc RBC) aktif alt GİS kanamalarının tanısında kullanılan bir diğer tetkiktir. Radyonüklid çalışmalarda kolonoskopinin yüksek tanısıl değerine sahip değildir ve öncelikleri yoktur.

Günümüzde genel eğilim masif kanamalar da bile kolonoskopi tanıda öncelikle tercih edilmekte ve uygulanmaktadır. İkincil tetkikler anjiyografi, CT-anjiyografi veya sintigrafisi olabilir.

Anjiyodisplaziler(Vasküler ektaziler) ve Kolonik divertiküller majör alt GİS kanamaların %60’ını teşkil ederler.

Divertiküler kanama, divertikülün kubbesindeki marjinal arterin intramural dallarının yırtılması sonucu gelişir. Divertikülü olan hastaların %70’inin asemptomatik olmasına karşın, % 10-25’sinde divertikülit ve % 3–5-inde ise ciddi kanama gelişir. Olguların % 75’inde kanama kendiliğinden durur. İlk kanama atağından sonra olguların % 25-35’inde kanama tekrarlar, ikinci kanama atağından sonra yeniden kanama oranı % 50’dir.

Resusitasyon uygulanmasına karşın hemodinamik bozukluk devam eden hastalara kolonoskopi ve/veya anjiyografi yapılmalı, kanama odağı saptanan hastalara bu esnada bipolar koagülasyon, epinefrin enjeksiyonu, endoklip ya da anjiyografi sırasında vasopressin infüzyonu uygulanmalıdır. Bu uygulamalara karşın hemodinamik instabilitesi devam eden hastalara cerrahi girişim uygulanmalıdır.

Anjiyodisplaziler, özellikle ileri yaşta orijini belirlenemeyen ince bağırsak kanamalarının önde gelen nedeni olup, kolon yerleşimli lezyonlar da kolon kanamalarının bir bölümünden sorumlu tutulmaktadır. Anjiyodisplazili olguların % 90’inde kanama kendiliğinden dururken olguların %10–15 inde aktif kanama gözlenebilir ve ciddi klinik sorunlara yol açabilmektedir. Kolonoskopik koagüloterapi veya anjiyografik embolizasyon yöntemleri başarıyla uygulanabilmekte ise de, multipl lezyonlu ve nükseden olgularda cerrahi rezeksiyon gerekebilmektedir.

Gizli kanamalar

Gaitada gizli kan pozitifliği veya Demir eksikliği anemisi şeklinde belirti veren hasta ya da doktor tarafından görülebilir kanamanın olmadığı hafif ve sinsi kanamalardır. Gaitada gizli kan pozitifliği ve demir eksikliği anemisi, intermitten ya da kronik yavaş GİS kanamasında aynı klinik spektrumda birbirlerinin devamı olan prezentasyonlarıdır.

Kolon kanserleri, büyük kolorektal polipler, gastroduodenal ülserler, anjiyodisplaziler, özefajit ve gastritler Gaitada gizli kan pozitifliğinin en sık sebepleridir. Üst gastrointestinal semptomlar varsa ilk test Üst GİS endoskopisidir. Asemptomatik hastalarda başlangıç kolona yönelik olmalıdır. Kolonoskopi tercih edilen yöntemdir. Endoskopik tetkikleri negatif, demir eksikliği anemisi olan hastalarda demir replasman tedavisi uygulanır. Replasman tedavisine yanıt vermeyenlerde Endoskopi ve kolonoskopi tekrarlanır. Push enteroskopi, çift balon enteroskopi, kapsül endoskopi lezyonların ortaya konmasında yararlı görünmektedir.

Rektal Prolapsusta Cerrahi Yaklaşım-Abdominal, Perineal, Laparoskopik

Dr. Emre Balık

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Rektal prolapsus (RP), internal intususepsiyon ve soliter rektal ülser sendromu (SRÜS) terimleri pelvik taban disfonksiyonu ile ilişkili olan, rektum duvarının tam kat ya da kısmi olarak sarkmasını içeren anatomik anormalliklerin bir spektrumunu kapsar. Selim oldukları halde bu hastalıklar, hem dışarıya hem de içeriye doğru prolabe olabilen dokuyla ilişkili olarak mukus ve kan drenajına ve buna sıklıkla eşlik eden fekal inkontinans ve konstipasyona bağlı olarak son derece rahatsızlık verici durumlara yol açabilirler. Geçmişte rektal prolapsusun tedavisi için normal anatominin restorasyonu, başarının tanımı olarak kabul edilmekteydi. Fakat bu problemin düzeltilmesi amacıyla geliştirilen 100'den fazla farklı ameliyatın mevcut olması, mükemmel sonuçların elde edilebilmesinin pek de kolay olmadığını göstermektedir. Son zamanlarda hem fonksiyonel, hem de anatomik sonuçları hedefleyen tedaviler daha fazla önem kazanmaktadır. RP'nin, pelvik taban disfonksiyonu sendromunun anahtar komponenti olarak tanınması bu alanda muhtemelen en anlamlı gelişmeye kılavuz olmuştur – bu durumla ilişkili üriner ve vajinal bozuklukları da kapsayan multidisipliner tedavi. Daha da ötesi, internal intususepsiyon ve SRÜS'ün medikal ve davranış eğitimi yöntemleri ile tedavisi, genel anlamda daha başarılı sonuçlar elde edilmesini dolayısıyla da cerrahi için hasta seçimi konusunda daha sıkı eleme yapılabilmesini sağlamıştır. RP için cerrahi tedavide anlamlı değişimler olmamış olsa da, bu tedavinin multidisipliner tedaviyi de içerecek şekilde yeniden organize edilmesi ve laparoskopik cerrahideki yeni gelişmeler bu alanda ilerleme kaydedilmesine olanak sağlamıştır.

Etyoloji ve Semptomlar

Geçmiş yüzyıllarda rektal prolapsus (RP) etyolojisi sürekli bir tartışma konusu olmuştur. 1912 yılında Alexis Moschcowitz, RP'nin Douglas poşunun pelvik taban fasyasından kayarak rektumun anteriorundan fıtıklaşması sonucu ortaya çıktığı düşüncesini önermiştir. Teorisinin temelini; prolapsus hastalarında pelvik tabanın mobil ve desteksiz olması, Douglas poşunun bozuk peritonunun rektum duvarında görülebileceği şekilde fıtık kesesini oluşturması ve prolapsusun rektal komponenti boyunca diğer komşu yapıların görülebilmesi üzerine kurmuştur. 1968'de defekografinin icadı ile birlikte Broden ve Snellman; Hunter ve Albrecht von Haller'in onsekizinci yüzyılda ortaya attıkları, prosidensin temel olarak dentat çizginin yaklaşık 8 cm yukarısından başlayarak anal girimden dışarı sarkan tam kat bir rektal intususepsiyon olduğu teorisini desteklemişlerdir. Her iki açıklamada da RP hastalarında pelvik taban zayıflığı, fıtıklaşma ve bu duruma yol açan anormal anatomik özelliklerin mevcut olduğu kavramları yer almaktadır (1). Levator ani kasının diyastazi, aşırı derin *cul-de-sac*, normalden uzun sigmoid kolon, gevşek anal sfinkter ve rektosakral bağların gevşemesi genel olarak tanımlanır. İlginç olarak, defekografinin kullanıma girmesi, çoğu asemptomatik olan internal intususepsiyonların çok daha sık olarak mevcut olduğu gerçeğini ortaya koymuştur. İnternal intususepsiyondan tam kat RP gelişimine kadar olan süreçteki hasta faktörleri halen bilinmemektedir.

50 yaş ve üzeri kadınlarda RP gelişimi olasılığı erkeklere oranla altı kat daha fazladır. RP'nin multiparite ile ilişkili olduğu düşüncesinin aksine hastaların %35'i nullipardır. Kadınlarda sıklıkla yedinci on yılda tepe yaparken, hastalığın daha nadir olarak görüldüğü erkeklerde ise bu tepe noktası 40 yaş ve altında görülür. Genç hastalarda bu bozukluğa eğilimi artıran faktörler otizm, büyüme-gelişme geriliği ile giden sendromlar ve çoğul medikasyonlar gerektiren psikiyatrik komorbiditelerdir (2). Prosidensi olan genç erkek hastalarda, bağırsak fonksiyonu ve özellikle boşaltımla ilgili belirgin semptomlar görülür.

RP hastalarının yaklaşık %50-75'inde fekal inkontinans ve %25-50'sinde kabızlık mevcuttur. (1,3-6). RP zemininde inkontinans; mevcut olan bir direkt konduitin (prolapsus) sfinkter mekanizmasını *bypass* etmesi, prolapsusun kendisi tarafından sfinkterde kronik travma ve gerilme olması ve prolabe olan dokunun rektoanal inhibitör refleksi kronik olarak stimüle etmesi ile açıklanabilir. İnkontinansı olan prolapsus hastalarında proksimal bilateral pudendal nöropati gösterilmiş olup eksternal sfinkter kas yapısının denervasyon ile ilişkili atrofisinden sorumlu olabilir (7). Bu bulgu normal kontrollerde ortaya çıkmaz. Pudendal sinir hasarının, pelvik taban ve anal sfinkter gevşekliğinden sorumlu olduğu ve pelvik taban bozukluklarının altta yatan nedeni olabileceği düşünülmektedir. Prolapsus ile ilişkili kabızlık; bağırsakın rektum içerisine intususepsiyonu sonucu ıkınma, pelvik taban dissinerjisi ve kolonik motilite bozuklukları gibi nedenlerle de şiddeti artan bir tıkanma meydana gelmesi ile oluşabilir (4,5).

Prolapsus semptomları zaman içerisinde artış gösterir. Genellikle prolapsus, defekasyon ya da ıkınma sırasında

anal kanaldan dışarıya sarkar ve daha sonra kendiliğinden redükte olur. Daha sonra hastalar dışkılama sonrası içeriye itmek zorunda kaldıkları bir “şişlik” ya da “kitle”den bahsederler. Sıklıkla başvuru şikayetleri ise, prolapsusa eşlik eden fekal inkontinans ya da perinede olan kronik ıslanma veya mukus akıntısıdır. Küçük boyutta olan ya da kendiliğinden redükte olan prolapsuslar değişken bir zaman zarfı içerisinde parmakla redüksiyon gerektiren kronik RP haline dönüşebilirler. Eğer prolapsus yürürken ya da uzun süreli olarak ayakta durma ile oluşuyorsa ve hasta tarafından redükte halde tutulması güç olmakta ise bu durumda hastanın semptomlarının “ağır semptomlar” olduğu kabul edilir. Kronik olarak prolabe olan rektal mukoza kalınlaşabilir, ülser olabilir ve belirgin kanamaya neden olabilir. Prolabe segmentin anal sfinkter seviyesinin altında inkarsere olması gibi bazı durumlarda RP’nin prezentasyonu oldukça dramatik de olabilir. Nazıkçe iterek ya da topikal olarak şeker tatbik ederek prolapsus redükte edilemez ise acil cerrahi girişim endikasyonu doğar.

Ayrıcı Tanı ve Araştırma

RP tanısında sık karşılaşılan bir sorun, bu durumun prolabe internal hemoroidlerle karıştırılabilmesidir. Genellikle bu iki farklı bozukluk, iyi bir klinik muayene ile birbirinden ayırt edilebilir. Prolabe olan doku katlantılarının yakın inspeksiyonu ile; RP’de katlantıların hemen daima konsantrik olduğu, hemoroidal dokunun ise hemoroidal yastıkçıkların oluşturduğu radyal invajinasyonlar gösterdiği fark edilebilir. Prolabe inkarsere hemoroidler ileri derecede ağrılı olurlar ve ateş ve üriner retansiyon da bu duruma eşlik edebilir. Diğer yandan RP’ler, inkarsere olmadığı sürece ağrısız ve kolaylıkla redükte edilebilen oluşumlardır.

Cerrahi girişim öncesinde dikkatli bir anamnez alınmalı, fizik muayene yapılmalı ve kolonoskopi uygulanmalıdır. RP hastalarının %20-35’i üriner inkontinansın yakını ve yaklaşık %15-30’unda belirgin derecede vajinal prolapsus da mevcuttur (8,9). Bu semptomlar detaylı bir değerlendirmeyi ve potansiyel olarak multidisipliner cerrahiye gerektirir. Eğer anamnezden şüphelenilir ama fizik muayenede saptanılmazsa, tanı hastadan tuvalette ıknarak prolapsusu ortaya çıkarması istenerek doğrulanabilir. Hasta oturur ya da çömelir pozisyonunda iken perinenin inspeksiyonu bu amaç için uygundur. Perinenin tam inspeksiyonu ve tam bir anorektal muayene eşit derecede önemlidir. Sıklıkla sfinkter tonusu azalmış gevşek bir anüs saptanır. Vakaların %15’inde proktoskopide rektum anterior yüzeyinde soliter rektal ülser izlenir. RP tanısı şüpheli olmaya devam ederse hastalardan evde prolapsusu fotoğraflamaları istenebilir ya da bu mümkün değil ise problemi çözmek için defekografiye başvurulabilir. Defekografi ile sistosel, vajinal prolapsus ve enterosel gibi RP ile ilişkili olabilecek ve semptomların ciddiyetine göre tedavi gerektirebilecek defektler de saptanabilir.

Sık olmamakla birlikte rektal intusepsiyonun başlangıç noktası bir neoplazi olabilir. Bu nedenle ve söz konusu yaş grubunun da kolorektal neoplazi açısından yüksek riskli olması nedeniyle ameliyat öncesinde kolonoskopi uygulanmalıdır. Zira kolonoskopi bulguları cerrahi yaklaşımı değiştirebilir.

İnkontinans semptomlarının daha ileri araştırması için anal manometri ve pudental sinir terminal motor gecikme zamanı tayini için testler uygulanabilir. Yine de bu testlerin sonuçları, cerrahi stratejiyi nadiren değiştirir. Artmış sinir ileti periyotları (sinir hasarı), ameliyat sonrası inkontinans için anlamlı prognostik değere sahip olabilir ancak bunu doğrulamak için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır (10-12). Sinir hasarı bulguları olan hastalarda, RP’nin cerrahi tamiri sonrasında inkontinans olasılığı daha yüksektir. Ne yazık ki birçok çalışmada ameliyat öncesi dönemde gerçekleştirilen manometri ve sinir ileti hızı sonuçları, ameliyat sonrası fonksiyon hakkında güvenilir öngörüler sunamamıştır. Azalmış anal tonus ve istirahat basınçları RP’de görülür ve prolapsusun gelişiminin hangi aşamada olduğu hakkında fikir verir.

Bazı durumlarda hastalar hayat boyu devam etmiş olan kronik konstipasyon zemininde RP ile başvururlar. Bu hastalar ameliyat sonrası kabızlık eğilimi içerisinde olabileceklerinden yapılacak tamir konusunda özel dikkat gerektirirler. Pelvik taban dissinerjisi için anorektal fizyolojik testler ve kolonik inersiyanın ekarte edilebilmesi için transit çalışmalarının gerçekleştirilmesi de önemlidir. Pelvik taban disfonksiyonu olan hastalar ameliyat sonrası dönemde *biofeedback* tedaviden fayda görebilirler. Cerrahi olarak uygun yavaş transit zamanlı konstipasyonu olan ve kontinan olan hastalar rektopeksiye ilave olarak subtotal kolektomi adayı olabilirler.

Cerrahi Tamir

Hem tarihi olarak hem de yakın zamanda literatürde tanımlanan prosedürlerin sayısı nefes kesicidir. 50’den fazla tamir yöntemi bildirilmiş olup çoğu tarihi değere sahiptir. Bu yaklaşımlar; anal çevrilme, mukozal rezeksiyon, perineal proktosigmoidektomi, rektopeksili ya da rektopeksisiz anterior rezeksiyon, sadece rektopeksi ve presakral fasyaya sentetik yama tatbiki gibi çeşitli yöntemleri içermektedir. Cerrahların ideal RP ameliyatını tanımlayabilmek için maharetlerini göstermedeki belirgin hevesleri aslında sadece bunun ne kadar

zor bir girişim olduğunu ortaya koymaktadır. RP'nin cerrahi tamirinde "karın içi" ve "perineal" olmak üzere iki ana yaklaşım mevcuttur. Hastanın mevcut komorbiditeleri, cerrahin tercihi ve deneyimi ve hastanın yaşı cerrahi yaklaşımda etkilidir. Genel olarak perineal yaklaşımın, perioperatif dönemde daha az ağrı ve hastanede yatış süresinin daha kısa olması ile sonuçlandığına inanılmaktadır. Fakat yüksek nüks oranları ve rektumun rezeksiyonu sonrasında yetersiz fonksiyonel sonuçlar bu yaklaşımın tercih nedeni olmasını engellemiştir. RP için karın içi ve perineal yaklaşımla çok sayıda cerrahi teknik tanımlanmış olsa da sadece az sayıda ameliyat rutin uygulama açısından desteklenmiştir ve diğer çoğu tarihi değere sahiptir. Bu bölümde son on yıl içerisinde sık kullanılan ve literatürde rutin olarak bildirilen tekniklerden bahsedilecektir.

Karın İçi Yaklaşım ile Tamir

Prostetik malzeme ile yapılan tamirler

Çoğu karın içi yaklaşım, genel olarak gerçek pelvis içerisinden rektumun mobilizasyonunu ve rektumun sakruma fiksasyonunu tarif eder. Tam kat intussusepsiyonun prolapsusa yola açmasını engellemek amacıyla rektumun sakruma fiksasyonu için uzun süre prostetik malzemeler kullanılmıştır. Ripstein tamiri (ve alt çeşitleri), mobilize edilen rektumun çevresine sentetik yama tatbikini ve bu yamanın promontoryumun hemen altında presakral fasyaya fiksasyonunu içerir (4). Bu yöntem ile nüks oranları %2.3-5'tir. Rektum, bilateral posteriordan koksikse kadar mobilize edilir. Ripstein, lateral rektal ligamanların üst porsiyonunun kesilmesini önermektedir ancak buna karşı olan yazarlar bu ligamanların tamamen intakt bırakılmasından yanadırlar zira bazı çalışmalarda lateral ligamanları kesilen hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon %50 daha fazla oranda görülmektedir (13). Rektumun mobilizasyonunu takiben diktörgen bir yama parçası peritoneal refleksiyon seviyesinde anteriordan yerleştirilir ve yamanın her iki kenarı presakral fasyaya dikilir. Yamayı rektuma anteriordan tespit edebilmek için de dişişler kullanılır ve rektum yukarı ve posteriora doğru çekilir. Kalın bağırsak tıkanması, yamanın bağırsak duvarında erozyona neden olması, üreter yaralanması ya da fibrozu, ince bağırsak tıkanması, rektovajinal fistül ve fekalom ile tıkanma gibi olası komplikasyonları mevcuttur. Komplikasyonların çoğu minör olmakla birlikte ameliyat sonrası morbidite oranları %20 civarındadır. Yama ile rektopeksi, fekal inkontinansla anlamlı düzelme sağlasa da (%50) hiçbir RP ameliyatı sadece kontinansı düzeltmek amacıyla desteklenmemelidir ve özellikle iki yıldan uzun süreden beri RP'si olan hastalar inkontinansın devam edebileceği konusunda uyarılmalıdırlar (6). Wells prosedürü, orijinal Ripstein prosedürünün gelişmiş halidir ve bu prosedürde yamanın anterior tatbikini elimine ederek teorik olarak rektal tıkanma olasılığını azaltan alternatif bir yama tekniği kullanılmaktadır. Yama, mezorektumun posterioruna ve yukarıda tarif edildiği gibi presakral fasyaya tespit edilir (3). Wells, Ripstein'in koruduğu lateral ligamanların hareket ettirilmesini savunmaktadır.

Anterior Rezeksiyon

1955 yılında anterior rezeksiyon, RP tamirinde alternatif bir strateji olarak tanımlanmış ve bu tekniğin de bazı destekleyicileri olmuştur. Ne yazık ki bazı retrospektif çalışmalarda bir takım uygunsuzluklar ortaya çıkarılmıştır. 113 hastayı içeren bir çalışmada nüks oranları 2, 5 ve 10. yıllarda ardışık olarak %3, %6 ve %12 gibi artan oranlarda saptanmış; cerrahi morbidite %29 olarak bulunmuş ve üç adet anastomoz kaçağı bildirilmiştir. 6 yıllık takip süresini içeren bir başka çalışma, %7 nüks oranı ile bunu doğrulamıştır. Sınırdaki kontinansa sahip hastalarda uygulanacak aşağı pelvik bir anastomoz, kontrolün tamamen kaybolmasına neden olabilir. Bu prosedür için dikkatli hasta seçimi önemlidir. Genel olarak yüksek nüks oranları ve fonksiyonel sonuçların yeterince iyi olmaması nedeniyle bu teknik yaygın olarak kullanılmamaktadır (14).

Rezeksiyon Rektopeksi

Rezeksiyon rektopeksi, ilk olarak Frykman ve Goldberg tarafından 1969'da tanımlanmış ve son 30 yılda ABD'de popüler hale gelmiştir. Sentetik yama kullanılmaması, tekniğin kolaylığı ve sigmoid kolonun "fazlalık" yapan kısmının rezeksiyonu bu prosedürü çekici hale getiren temel nedenlerdir. Nüks oranları düşük olup %2-5 civarındadır. Majör komplikasyon oranları ise %0-20 dolaylarında olup ya tıkanma ya da anastomoz kaçağı ile ilişkilidir. Temel olarak sigmoid kolon ve rektum, levatorlar seviyesine kadar mobilize edilir, lateral ligamanlar kesilir, derin pelvisten asılır ve presakral fasyaya dikilir. Daha sonra inferior mezenterik arter korunarak sigmoid kolon mezenterisi ayırılır ve gergin olmayan bir anastomoz gerçekleştirilir. Bu prosedürün modifiye edilmiş bir şeklinde de lateral bağlar korunur, rektum mezosu unilateral olarak promontoryum seviyesinde sakruma tutturulur. Sigmoid rezeksiyon bu prosedürün tartışmalı bir özelliği olup esasen nüksü azaltmak amacıyla uygulanır ancak fonksiyonu da iyi yönde etkilediği görülmüştür. Bazı çalışmalarda ameliyat öncesi kabızlıktan yakınan hastalarda ameliyat sonrasında bu semptomu anlamlı derecede azalttığı saptanmıştır (15,16). Diğer

bazı yazarlar ise; tüm kolonu etkileyen kronik motilite sorunları olan hastalarda sigmoidektominin gereksiz bir girişim olduğunu ve bu tip hastaların ameliyat öncesinde formal olarak araştırılarak kolonik inersiya saptanması halinde subtotal kolektomi adayı olmaları gerektiğini savunmaktadırlar. İlginç olarak, ameliyat öncesinde inkontinans şikayeti olan hastalarda sigmoid rezeksiyon ile birlikte bu semptom %35 oranında düzeltilmektedir. Anamnezlerinde konstipasyon tariflemeyen ve ana şikayeti fekal inkontinans olan hastalarda sigmoid rezeksiyonun gerekli olmayacağına dair kanıtlar artmaktadır zira bu hasta grubunun ilerleyen zamanlarda da konstipasyona eğilimi olmayacaktır (17).

Diğer yandan, ameliyat öncesi dönemde inkontinansı olmayan hastalarda karın içi yaklaşımla rektopeksiyi takiben yeni başlayan ya da kötüleşen konstipasyon gelişmesi ciddi bir cerrahi komplikasyondur. Rektopeksiyi takiben %15 hastada yeni başlayan konstipasyon görülürken, daha önceden konstipasyonu olanların en az %50'sinde bu semptomun şiddeti artmaktadır. Konstipasyonun kesin etyolojisi net olarak bilinmemektedir. Bu zorlanmaların bazıları yama striktürü, tamir seviyesinde tıkanma ve lateral bağların kesilmesini takiben rektal disfonksiyon gelişmesi gibi prosedürün olası komplikasyonlarına bağlansa da bazı hastalarda global bir motilite bozukluğunu yansıtan yavaş transit zamanlı konstipasyon saptanır. Bazı yazarlar bu tip hastaların belirlenebilmesi için ameliyat öncesinde transit zamanı çalışmalarının rutin olarak yapılması gerektiğini savunsalar da bağırsak alışkanlığı ile ilgili iyi bir anamnez alınması yeterli olacaktır. Ameliyat sonrası dönemde gelişen ciddi ve sürekli herhangi bir defekasyon ya da tıkanma probleminin etyolojisi baryumlu grafiler, kolonoskopi ve anorektal fizyolojik testlerle araştırılmalıdır. Konstipasyona neden olabilecek mekanik ve fonksiyonel nedenler göz önünde bulundurulmalıdır.

Herhangi bir RP tamirini takiben ortaya çıkan fonksiyonel konstipasyonun tedavisinde lif desteği, artmış sıvı alımı ve dışkı yumuşatıcılar faydalı olur. *Miralax* gibi ozmotik laksatifler kısa süreli kullanımlar açısından gerekli olabilir.

Laparoskopik Yaklaşım

Son on yılda RP için tüm karın içi yaklaşımlar laparoskopik olarak gerçekleştirilmiş ve benzer sonuçlar elde edilmiştir. Laparoskopik prosedürün endikasyonları birincil olarak karın içi yaklaşım endikasyonları ile ilişkilidir. Daha önce karın cerrahisi geçirmemiş hastalar en iyi adaylar olmakla birlikte geçirilmiş pelvik cerrahi de her zaman için bir dışlama kriteri değildir. RP'nin laparoskopik tedavisi ilk olarak 1992'de tanımlanmış olup sigmoid rezeksiyonsuz rektopeksiyi içermektedir (18). O zamandan beri çok sayıda çalışmada benzer nüks (%4-8) ve morbidite (%10-33) oranları bildirilmiş olup açık cerrahi ile karşılaştırıldığında ağrı kontrolü, yatış süresi ve bağırsak fonksiyonlarının geri dönme süresi açısından daha faydalı sonuçlar elde edilmiştir (3,19,20). Ayrıca laparoskopik RP cerrahisinde yara komplikasyonları daha az sıklıkta ortaya çıkmıştır. Rezeksiyonsuz rektopeksi uygulanan vakalarda sadece trokar insizyonları gerçekleştirildiğinden infeksiyon riski çok düşüktür. Laparoskopik rektopeksi veya rezeksiyon için kullanılan cerrahi teknik, açık ameliyatta kullanılan teknik ile aynıdır. Cerrahi tedavinin amaçları da aynıdır; tam kat RP'nin ortadan kaldırılması, bağırsak fonksiyonları ile kontinansın düzeltilmesi ve nüks oranlarının en aza indirgenmesi (3).

Perineal Yaklaşım ile Tamir

Perineal Proktosigmoidektomi

1899 yılında Mikulicz'in RP tedavisinde perineal proktosigmoidektomiye tarif etmesinden sonra bu yöntem uzun yıllar Avrupa'da tercih edilen tedavi olmuştur. İngiltere'de Miles'in destekçisi olduğu bu yöntem, ABD'de Cincinnati Üniversitesi'nden Altemeier tarafından da kullanılmış, %3'lük bir nüks oranı bildirilmiştir. Perineal proktosigmoidektomi uygulanan hastalar, genel olarak karın içi tamir uygulananlara nazaran daha yaşlı ve belirgin komorbiditeleri olan hastalardır. Komplikasyon oranları %10'dan az, nüks oranları ise %16-30 dolaylarında olup son çalışmalarda ise takip süresi 3 yıldan uzun olan hastalarda nüks oranlarının %10'dan az olduğu belirtilmektedir (21). Bir başka çalışmada ise levatoroplastinin de uygulanması ile nüks oranlarının %21'den %7'ye düşürülebildiği bildirilmektedir (22).

Altemeier prosedüründe perineal proktosigmoidektomi, anterior levatoroplasti ile kombine edilmektedir. İkinci işlemin amacı RP'ye sıklıkla eşlik eden levator diastazının düzeltilmesidir. Teorik olarak bu ek manevra ile fekal kontinansın restorasyonu da hedeflenmektedir. Teknik olarak peritoneal kaviteye girilerek mümkün olabildiğince çok miktarda sigmoid mezenter rezeksiyonu yapılması önemlidir zira bu işlemin yetersiz yapılması artan nüks oranları ile ilişkilidir. Stapler ya da dikiş hattından kanama, pelvik apse ve anastomoz kaçağı olası komplikasyonlardır. Karın insizyonunun olmaması, daha az ağrı ve daha kısa yatış süresi bu prosedürü cazip

bir seçenek haline getirmektedir (23). Yine de karın içi ameliyatlar, günümüzde daha az mortalite ve morbidite ile sonuçlandığından RP tedavisinde tercih edilen yöntem olmaya devam etmektedirler. Perineal yaklaşım; yaşlı, komorbiditeleri olan, cerrahi riski yüksek olan hastalarda düşünülmektedir. Bazı merkezlerde karın içi yaklaşım ile rektum mobilizasyonuna bağlı olarak seksüel disfonksiyon riski olan genç hastalarda da bu yöntem tercih edilmektedir.

Delorme Prosedürü

Delorme prosedürü, “mukozanın *sleeve* rezeksiyonu” olup fazlalık yapan distal rektum ve anal kanal mukozasının çevresel bir şekilde çıkarılmasını ve muskularis tabakasının seri dikey dikişlerle içeri katlanmasını içerir. Küçük RP’lerde, perineal proktosigmoidektominin zor olduğu vakalarda transanal olarak gerçekleştirilir. Perineal proktosigmoidektomiye benzer bir şekilde Delorme prosedürünün de karın içi yaklaşımlara oranla daha yüksek nüks oranları mevcuttur (%5-22) (24-26). Yine benzer olarak bu prosedür komorbiditeleri nedeniyle yüksek cerrahi riski olan hastalarda ya da sinir hasarı riskinin ortadan kaldırılması amacıyla tercih edilir. Enfeksiyon, üriner retansiyon, kanama ve fekaloma bağlı tıkanma gibi komplikasyonlar vakaların %6-12’sinde görülür. Zor boşaltım ve konstipasyon, Delorme prosedürünün önde gelen özelliklerinden değildir ancak sıkışma ve tenezm görülebilir. Birçok teknikte de olduğu gibi ameliyat sonrası fekal inkontinans cerrahiden sonra iyileşir. Fonksiyonun restorasyonunun her seride aynı düzeyde olmadığı saptanmış olsa da, az sayıda olan çalışmalardan birinde bu prosedür ile ameliyat sonrası manometrik bulguların, istirahat ve sıkma basınçlarının belirgin olarak arttığı bildirilmiştir (26).

İnternal Prolapsus ve Soliter Rektal Ülser Sendromu (SRÜS)

RP ile ilişkili iki tartışmalı konu, soliter rektal ülser sendromu (SRÜS) ve rektal mukozanın internal intussusepsiyonunun tedavisidir. “Ülser” olarak tanımlanmış olsa da SRÜS’teki ana patolojik görüntü; tipik olarak fibrinöz santral depresyonu olan kratere benzeyen bir ülserden, polipoid bir lezyona kadar farklılık gösterebilir. Hemen daima rektumun anterior duvarında, anal girimden 4-12 cm mesafede görülür ve puborektal askının bulunduğu lokalizasyona uyduğu düşünülmektedir. Bazı durumlarda internal intussusepsiyon veya tam kat RP ile ilişkilidir. Hastalar tipik olarak ortalama yaşı 25 olan genç bayanlar olup ıkınma ve zorlanarak boşaltım hikayeleri mevcuttur.

Rektal ülser genellikle proktoskopi ya da esnek sigmoidoskopi ile saptanır ve hastalar sıklıkla ıkınma veya konstipasyon zemininde gelişen rektal kanama nedeni ile başvururlar. SRÜS’ün etyolojisi net olarak bilinmemektedir fakat spekülasyonlar kronik iskemi üzerinde yoğunlaşmıştır. Ülsere katlantının, anal kanal içerisine olan intussusepsiyon başlangıç noktası olduğu düşünülmektedir. Kronik tekrarlayan ıkınma ve bu başlangıç noktasının prolapsusu iskemi, doku hasarı ve ülserasyona neden olur. Olası dijital kendi kendine boşaltım da eşlik eden faktörlerden biri olabilir. Histolojik incelemede lamina propriayı oblitere eden kalın bir fibrozis tabakası ve santral fibrinöz eksuda izlenir. Diğer sık görülen patolojik bulgular submukozada normal kolonik epitel ile yer değiştirmiş mukus ile dolu glandları içerir (örn. *colitis cystica profunda*). SRÜS’ün habaset, enfeksiyon ve Crohn hastalığı ile ayırıcı tanısı önemli olmakla birlikte zor da değildir. Anterior lokalizasyon, klasik semptomlar ve klasik patolojik bulgular hızla tanıya götürür.

Defekografi tercih edilen tanısal radyolojik yöntemdir ve sıklıkla altta yatan bozukluğu ortaya koyar. Tam kat RP, internal prolapsus, pelvik taban dissinerjisi ve kalınlaşmış rektal katlantılar genel bulgulardır.

Bu olağan dışı bozukluğun tedavisi için mevcut veriler retrospektiftir ve yapılmış olan çalışmalar da küçük boyuttadır ancak yine de bazı genel izlenimler elde edilmiştir. Genel olarak SRÜS’ü olan hastaların üçte biri aynı zamanda tam kat RP hastasıdır. Karın içi yaklaşımla prolapsus tamiri, SRÜS’ü ve RP’si olan hastaların %80’inde iyileşme ile sonuçlanmıştır. Aynı çalışmada mukozal prolapsus ve SRÜS için rektoskopi ile tedavi edilen hastalarda sonuçlar başarısız olmuş, hastaların sadece %25’i cerrahi tedaviye yanıt vermiştir (18). Çoğu çalışmada diyet düzenlemesi, pelvik taban ekzersizi (*biofeedback*) ve *mesalamin* içeren topikal anti-inflamatuar ilaçların kısa dönem kullanımı; internal prolapsus ve pelvik kas disfonksiyonu olan hastalarda remisyon ile sonuçlanmıştır. Altta yatan problemin hızla teşhis edilmesi ve uygun tedavinin başlanması zor olmakla birlikte iyileşmenin sağlanmasında anahtar rol oynamaktadır. Lokal eksizyon genellikle daha geniş ve iyileşmeyen bir yaranın oluşmasına neden olur ve tedavide yeri yoktur. Çok nadiren ciddi kanama, ağrı ve spazm semptomları olan hastalarda geçici saptırıcı sigmoid kolostomi gereksinimi doğabilir (27).

İnternal intussusepsiyon, defekografinin kullanıma girdiği ve yaygın olarak kullanılmaya başlandığı 1960’ların sonunda ilk olarak tanımlanmıştır. Bu bozukluk aynı zamanda internal ya da “gizli” prolapsus olarak da

adlandırılmakta ve rektal mukoza ve submukozanın muskularis tabakasından ayrılarak anal kanaldan aşağıya kaymasını ifade etmektedir. İnternal İTS, asemptomatik popülasyonun %50'sinde görülebilir ve normal bir varyant olarak kabul edilebilir. Yine de, disfonksiyonel defekasyon şikayetleri olan hastalarda internal prolapsus tamirini destekleyenler mevcuttur. Berman ve ark, Delorme prosedürü uyguladıkları hastaların %71'inde iyileşme bildirmişlerse de diğer başka çalışmalarda bu başarılı sonuçlar tekrar elde edilememiştir (25).

Semptomatik hastalarda Ripstein gibi karın içi tamirler de alternatif olarak savunulmuştur. Bu çalışmaların sonuçları belirleyici olamamıştır. Karın içi yaklaşımla tamir edilen hastaların sadece %24-38'inde iyileşme elde edilebilirken anlamlı sayıda hastada ise aksine kötüleşme saptanmıştır (28). SRÜS'te de olduğu gibi inkomplet ya da obstrükte defekasyonu olan hastaların tedavisinden önce defekografi ile araştırma gereklidir. Günümüzdeki veriler sadece internal intusussepsiyon varlığında, bu tip bozukluklar için cerrahi girişimi desteklememektedir (28).

Kaynaklar

1. Madoff RD, Mellgren A: One hundred years of rectal prolapse surgery. *Dis Colon Rectum* 42: 441-450, 1999.
2. Marceau C, Parc Y, Debroux E, Tiret E, Parc R. Complete rectal prolapse in young patients: psychiatric disease a risk factor for poor outcome. *Colorectal Dis.* 7:360-365.
3. Senagore AJ. Management of Rectal Prolapse: The Role of Laparoscopic Approaches. *Semin in Laparoscopic Surgery* 2003; 10(4):197-202.
4. Schultz I, Mellgren A, Dolk A, Johansson C, Holmstrom B. Long-term results and functional outcome after Ripstein rectopexy. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(1):35-43.
5. Schultz I, Mellgren A, Oberg M, Dolk A, Holmstrom B. Whole gut transit is prolonged after Ripstein rectopexy. *Eur J Surg.* 1999;165(3):242-7.
6. Kim DS, Tsang CB, Wong WD et al: Complete rectal prolapse: Evolution of management and results. *Dis Colon Rectum* 1999;42: 460-466.
7. Snooks SJ, Henry MM, Swash M. Anorectal incontinence and rectal prolapse: differential assessment of the innervation to puborectalis and external anal sphincter muscles. *Gut* 26(5): 45-49, 1985.
8. Altman D, Zetterstrom J, Schultz I et al. Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence in Women with Surgically Managed Rectal Prolapse: A Population-Based Case-Control Study. *Dis Colon Rectum* 2005;49(1):28-35.
9. Gonzalez-Argente FX, Jain A, Nogueras JJ et al. Prevalence and Severity of Urinary Incontinence and Pelvic Genital Prolapse in Females with Anal Incontinence or Rectal Prolapse. *Dis Colon Rectum* 2001;44(7):920-6.
10. Birnbaum EH, Stamm L, Rafferty JF, Fry RD, Kodner IJ, Fleshman JW. Pudendal nerve terminal motor latency influences surgical outcome in treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1215-1221.
11. Schultz I, Mellgren A, Nilsson BY, Dolk A, Homstrom B. Preoperative electrophysiologic assessment cannot predict continence after rectopexy. *Dis Colon Rectum* 1998;41: 1392-1398.
12. Johansen OB, Wexner SD, Daniel N, Nogueras JJ, Jagelman DG. Perineal rectosigmoidectomy in the elderly. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1215-1221.
13. Speakman CT, Maddden MV, Nicholls RV, Kamm MA. Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study. *Br J Surg* 1991; 98: 1431-3.
14. Cirocco WC, Brown AC. Anterior resection for the treatment of rectal prolapse: a 20-year experience. *Am Surg.* 1993;59(4): 265-9.
15. McKee RF, Lauder JC, Poon FW, Aitchison MA, Finlay IG. A prospective randomized study of abdominal rectopexy with and without sigmoidectomy in rectal prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 174: 145-8.
16. Lukkonen P, Mikkonen U, Jarvinen h. Abdominal rectopexy with sigmoidectomy vs. rectopexy alone for rectal prolapse: a prospective, randomized study. *Int J Colorectal Dis* 1992; 7: 219-22.
17. Hsu A, Brand MI, Saclarides TJ. Laparoscopic Rectopexy without Resection: A Worthwhile Treatment for Rectal Prolapse in Patients without Prior Constipation. *Am Surgeon* 2007;73(9):858-861.
18. Berman IR. Sutureless Laparoscopic Rectopexy for Procidentia: Technique and Implications. *Dis Colon Rectum* 1992;35:689-93.
19. Purkayastha S, Tekkis P, Athanasiou T et al. A Comparison of Open vs. Laparoscopic Abdominal Rectopexy for Full-Thickness Rectal Prolapse: A Meta-Analysis
20. Delaney CP. Laparoscopic Management of Rectal Prolapse. *J Gastrointest Surg* 2007;11:150-2.
21. Williams JG, et al. Treatment of rectal prolapse in the elderly by perineal rectosigmoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1992;35(9): 830-4.
22. Chun SW, Pilarski AJ, You SY et al. Perineal Rectosigmoidectomy for Rectal Prolapse: Role of Levatoroplasty. *Tech Coloproctol* 2004;8(1):3-8.
23. Fengler SA, Pearl RK: Perineal approaches in the repair of rectal prolapse. *Perspect Colon Rectal Surg* 9: 31-42, 1996.
24. Senapati A, Nicholls RJ, Thomson JP, Phillips Rk. Results of Delorme's procedure for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1994;37: 456-460.
25. Berman IR, Harris MS, Rabeler MR. Delorme's transrectal excision for internal rectal prolapse. Patient selection, technique, and three year follow-up. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 573-580.
26. Tsunoda A, Yasuda N, Noboru Y, Kamiyama G, Kusano M. Delorme's Procedure of Rectal Prolapse: Clinical and Physiological Analysis. *Dis Colon Rectum* 2003;46: 1260-65.
27. Lawler LP, Fleshman JW: Solitary rectal ulcer, rectocele, hemorrhoids and pelvic pain. In Pemberton JH, Swash M, Henry MM (eds): *The Pelvic Floor. Its Function and Disorders*. Philadelphia: Saunder 2002, pp 358-384.
28. Madhulika G. Varma, MD, Prolapse, Intussusception, & SRUS, ASCRS Guideline, 2007.

Divertikülit Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar–Komplike Divertikülitte Yaklaşım, Genç Hastalarda Yaklaşım, Cerrahi Dışı Tedaviler, Erken / Geç Ameliyat

Dr. Ersin Öztürk

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

Divertiküler hastalık 19. yüzyıl ortalarında tanımlandığında bir hastalıktan ziyade anatomik bir durum olarak algılanmışken 20. yüzyıl'dan itibaren endüstri toplumlarında giderek artan bir hastalık haline gelmiştir. Divertiküler hastalık özellikle sigmoid kolonun devamlılık arz eden ve morfolojik ve patofizyolojik değişikliklerle seyreden divertikül (bir organın duvarındaki cep veya kese) ile karakterize hastalıktır. Genelde birden çok divertikül söz konusudur.

Liften fakir, kırmızı et ve şekerden zengin diyetin yaygın olduğu yörelerde ve özellikle ileri yaşta sıktır. Gerçek insidansı bilinmese de özellikle son 30 yılda ileri yaşta %50'lere çıkmıştır. Bugün için ABD'de 40 yaşta görülme sıklığı %5 civarında iken 80'li yaşlarda bu oran %80'lere çıkmaktadır. Bunun nedeninin görüntüleme tekniklerindeki gelişim olduğu iddia edilmekle birlikte, divertiküler hastalık komplikasyonlarının insidansı ve şiddetinde giderek bir artış görülmektedir. Divertiküler hastalığı olan bireylerin %10-20'sinde semptom görülmekte, bunların da %10-20'si hastaneye yatmak durumunda kalmaktadır. Acil cerrahi ise sadece %1 hastada gerekmektedir. Ancak son yıllarda divertiküler hastalığa giderek artan bir sıklıkla daha genç yaşlarda rastlanılmaktadır.

Divertiküler hastalık erkeklerde daha genç yaşlarda ortaya çıkmakta ve perforasyon bu grupta daha sık görülmektedir. Erkekler kadınlara göre daha kısa sürede cerrahiye ihtiyaç duymaktadır. Genelde kanama erkeklerde, fistül kadınlarda daha sıktır. Yine genç erkeklerde fistül yaşlı erkeklerde kanama daha sık görülür. Ayrıca, kronikleşme ve rekürren divertikülit komplikasyonlarına gençlerde daha sık rastlanır.

Temelde yatan patofizyolojik olayın artan lümen içi basınç olduğu görüşü yaygındır. Artan lümen içi basınç nedeniyle kolon bir tüp gibi hareket etmek yerine segmentasyona uğramakta bunun sonucunda da özellikle dar olan sigmoid kolonda, kolonu besleyen damarların kolon duvarını deldiği noktalarda fıtıklaşmalar olmaktadır. Mukoza fıtıklaşırken kasları sürüklemekte ve bunun sonucunda tam kat bir fıtıklaşma olmamaktadır. Bu da divertiküllerin pulsiyon divertikülü ve divertiküler hastalığın da edinsel bir durum olduğunun kanıtıdır.

Divertiküler hastalığın semptomatik şekli olan divertikülit 4 şekilde görülebilir; 1. Non-enflamatuvar, 2. Akut(basit veya komplike), 3. Rekürren ya da kronik ve 4. Kompleks.

Non-enflamatuvar tip divertikülit semptomları olduğu halde laboratuvar ya da görüntüleme yöntemleri ile divertikülit tanısının doğrulanamadığı durumdur, yaklaşık dörtte bir olguda görülür.

Akut divertikülit belirti ve bulgu veren divertikülitir ve basit ya da komplike olabilir. Basit divertikülitte hastalık kolon duvarı ve perikolonik dokuda sınırlıdır. Komplike olanda ise perforasyon söz konusudur.

Kronik divertikülit ya sürekli hafif semptomlar ya da arada tekrarlayan ataklarla karakterizedir.

Kompleks divertikülit ise fistül, striktür veya tıkanma bulguları gösteren divertikülitlere denir.

Gençlerde divertikülit günümüzde eskiye nazaran daha sık rastlanan bir durum olsa da yine de sık olarak beklenmeyen bir tablodur. Bun hastalar daha çok erkek ve obezdirler ve sağ kolon tutulumu daha fazladır. Sıklıkla akut apandisit tanısıyla opere edilirler ve ameliyatta divertikülit olduğu anlaşılır. Genel kanı bu hastalarda divertikülitin daha agresif seyirli olduğu yönündedir. Bu nedenle de 50 yaşın altında ilk ataktan sonra rezeksiyon önerilmektedir. İleri yaşta yandaş problemler nedeniyle rezeksiyonun mortalite ve morbiditesi daha yüksek olduğundan, erken yaşta tanı konduğunda rezeksiyon yapılmasının ileride bir divertikülit atağı olduğu takdirde hastayı operatif risklerden koruyacağını savunularda vardır. Ayrıca, bu hastalarda divertikülitin kronikleşeceğini ya da tekrarlayacağını düşünenler, maliyet açısından erken yaşta rezeksiyonun daha mantıklı olduğunu belirtmektedirler.

Ancak, mevcut bulgular divertikülitin gençlerde artık daha sıklıkla görüldüğünü ancak aslında daha fazla komplikasyonla seyretmediğini ortaya koymaktadır. Sadece komplikasyon gelişenlerde bu komplikasyonlar daha şiddetli olmaktadır. Bu nedenle ilk ataktan sonra rezeksiyon tartışmalıdır. Hangi hastalara rezeksiyon yapılması gerektiği konusunda daha fazla veriye ihtiyaç vardır. Bunun için erken yaş uygun bir kriter gibi görünmemektedir. Tomografi gibi görüntüleme yöntemleri ile elde edilen bulgular bu noktada yaştan daha önemlidir.

Eğer tomografide şiddetli divertikülit bulguları (abse, lümen dışı hava veya kontrast) varsa gelecek 5 yıl içinde divertikülit komplikasyonlarının riski %50'lere çıkmaktadır. Komplikasyonlar yaştan ziyade hastalığın şiddeti ile alakalıdır.

Genç hastalardaki cerrahiye ilişkin temel noktalar diğer divertikülitli hastalardan farklı değildir. Divertikülitin cerrahi tedavisinde amaç elektif rezeksiyon olmalıdır. Acil cerrahi yapılacak hastalarda tek seansta rezeksiyon ve anastomoz, basamaklı cerrahi tedavi (Hartmann prosedürü gibi) seçenekler mevcuttur. Laparoskopik cerrahi her geçen gün cerrahi tedavide daha fazla kullanılmaktadır.

Pilonidal Hastalıkta Tedavi Seçenekleri Hangisi? Kime Ne zaman? Teknik Ayrıntılar ve Komplikasyonları

Dr. Mehmet Mihmanlı

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Cerrahi Kliniği, İstanbul

İlk kez 1847 yılında Anderson içinde kıl bulunan bir ülser olgusunu, 1854 yılında ise Warren buna benzer hastalarını topladığı ilk seriyi yayınladı. 1880 yılında ilk kez Hodges Latince kıl anlamına gelen ‘ pilus’ ve yuva anlamına gelen ‘ nidus ’ kelimelerini birleştirerek ‘pilo-nidal’ kelimesini kullandı. Pilonidal hastalığın sıklığı ırk, yaş ve cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Beyaz ırkta sık, siyah ırkta ise çok nadirdir. Genellikle 15-35 yaşları arasında görülen pilonidal hastalık, 17-25 yaşlarında daha sık görülür. Erkeklerde kadınlara göre 3 ile 4 kat daha sık görülmektedir

Etyoloji

Pilonidal hastalığın edinsel olduğu ve temel sorunu ‘kıl’ın yarattığı genellikle kabul edilmektedir. Kılın ciltaltına nasıl geldiği ve pilonidal hastalığı nasıl oluşturduğuna yönelik değişik görüşler mevcuttur. Pilonidal sinüs hastalığı olan pek çok kişide vücudun kıllı olması, kötü hijyen, lokal travma ve natal kleftin (intergluteal aralık) çok dar ve derin olmasının emme etkisi oluşturması, derinin uzun süre masere ve nemli kalmasıyla kılın batmasını kolaylaştırması, uzun süre oturarak çalışmaya bağlı olarak lokal travma oluşturulması gibi kolaylaştırıcı faktörler bulunmaktadır.

Semptomlar ve Klinik Özellikler

Pilonidal sinüsün en sabit bulgusu sakrokoksigeal alanda ve çoğunlukla orta hatta bir veya birden fazla sinüs ağzı varlığıdır. Bu sinüsün içi kıllarla doludur, fakat kıl folikülleri bulunmaz. Sinüsün duvarı ya granülasyon dokusuyla ya da skuamoz epitel ile döşelidir. Enflamasyon genellikle yukarı ve yanlara doğru ilerler ve dışı açılan delik sayısının çoğalmasına ve sekonder traktlara yol açar. Subakut veya kronik sinüs akıntısına yol açar. Akıntı hafif mukoid yapıdan tam pürülana kadar değişik özellikte olabilir

Klinik Bulgular ve Tanı

Pilonidal hastalık; pilonidal apse (Tip I), kronik pilonidal hastalık (Tip II) ve nüks pilonidal hastalık olmak üzere üç ayrı şekilde karşımıza çıkabilir (Tablo 1). Lezyon enfekte olmadıkça klinik olarak asemptomatiktir veya akıntı tek bulgu olabilir. Enfekte sinüs varlığında abse kliniği göstermektedir.

Tablo 1: Pilonidal Sinüs’ün Sınıflaması

1. Akut pilonidal abse,
2. Kronik pilonidal sinüs
a. Orta hatta tek sinüs ağzı
b. Orta hatta multipl sinüs ağzı
c. Orta hatta ek olarak unilateral sinüs ağzı
d. Orta hatta ek olarak bilateral sinüs ağzı
3. Nüks pilonidal hastalık

Tedavi

Pilonidal hastalığın tedavisinin kusursuz olduğunu belirtebilmek için, ameliyat basit olmalı, hastanede yatmaya gereksim bırakmamalı, ağrısız olmalı, lokal anestezi ile yapılabilmesi, maliyeti düşük olmalı ve hasta normal hayata kısa sürede dönebilmelidir. Sınıflamaya göre tedavi seçenekleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Pilonidal Sinüs'ün Tedavisi

1. Akut Pilonidal Abse Tedavisi
■ Drenaj
2. Kronik Pilonidal Hastalığın Tedavisi
■ Konservatif Yöntemler
■ Cerrahi Yöntemler
■ Kistotomi
■ Primer kapama yöntemleri
■ Bascom ameliyatı, Sinüs eksizyonu sonrası marsüpiyalizasyon, intrafleksiyon, Primer onarım
■ Fleple kapama yöntemleri
■ Limberg, Karydakıs, V, Y, Z plasti, perforator arter flebi vb.
3. Nüks Pilonidal Hastalık
■ Sinüs eksizyonu sonrası Primer kapama/ Fleple kapama yöntemleri

Kuşkusuz bu yöntemlerin her birinin kendince üstün veya sıkıntılı yanları vardır. Açık bırakmakla uzun süre pansuman yapma sıkıntısı yaşanır, primer kapamada ise abseleşme ve nüksün sıklığı sıkıntı yaratmaktadır. Fleple kapama yöntemi; kronik pilonidal sinüsün anatomik pozisyonu ve büyüklüğü nedeniyle, eksizyondan sonra primer kapatmanın uygun olmadığı, sekonder iyileşmenin uzun süreceği ve kötü nedbeleşme bırakacağı durumlarda tercih edilmelidir.

Kronik pilonidal sinüs tedavisinde Tip 2a'da primer kapama, Tip 2b'de primer kapama/ Limberg flep, Tip 2c, Tip 2d ve Tip 3'de Limberg fleple onarım önermekteyiz.

Nüksün Sebepleri ve Önlenmesi

Pilonidal hastalığın cerrahi tedavisinde görüldüğü gibi açık bırakma yönteminden en kapsamlı flep yöntemlerine kadar pek çok ameliyat tarif edilmiştir. Fakat hemen hemen tüm yöntemlerde hastalığın nüksetme olasılığı vardır.

Pilonidal Hastalık Neden Nüksetmektedir?

Çoğu yazara göre nüksün esas sebebi skar dokusunun orta hatta olmasıdır. Karydakıs, nükse sebep olan asıl faktör olarak kılların tekrar batmasını göstermekte ve eğer kılların girmesi önlenirse (örn.: düzenli traş olmak, her gün banyo yapmak) nüksün önleneceğini savunmaktadır. Sondenna'ya göre nüksün sebebi kronik inflamatuvar süreç olup yarada enfeksiyon gelişmesi nedeniyle yara iyileşmesi gecikmekte ve nükse yol açmaktadır. Marks ve ark. ameliyat sonrasında yarada anaerobik bakteri ürediğini saptamışlardır. Orta hatta yarada bakteri üremesinin yara iyileşmesini geciktirdiğini ve infekte dokuya yeniden kılların girdiğini belirtmektedir. Özellikle klefte ölü boşluk kalmasının anaerobik ortam oluşturduğunu, burada bakterilerin ürediğini ve nüksün oluştuğuna inanılmaktadır.

Sonuç olarak, pilonidal hastalığın cerrahi tedavisinde skar dokusu orta hatta olmamalı, yarada ölü boşluk kalmamalı, yara infekte olmadan iyileşmeli ve hangi ameliyat yapılırsa yapılsın ameliyat sonrasında sakrokoksigeal bölge düzenli ve aralıklı olarak kıllardan temizlenmeli ve her gün banyo yapılarak vücut dökülen kıllardan arındırılmalıdır. Bu bölgeye laser epilasyon uygulanmasının hastalığın iyileşmesinde katkısı olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur.

Tedavi Amaçlı İleri Kolonoskopi Uygulamaları

Dr. Dursun Buğra

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul

Kolon ve rektum hastalıklarının tanı ve tedavisinde kolonoskopi önemli yer tutar. Endoskopi deneyiminin artması ve teknolojiye ilerlemelerle paralel olarak, bugün için kolonoskopi önemli bir tedavi yöntemi haline gelmiştir.

Teknolojik ilerlemeler

Kolonoskopinin yaygın olarak kullanıldığı çağımızda bazı teknik kolaylıklar tanı ve tedavinin başarısını arttırmıştır.

Kromoskopi

Kolonoskopi sırasında saptanan veya varlığından kuşku edilen lezyonların daha iyi görünür hale getirilmesi için boyama yöntemi uygulanmaktadır. Böylelikle patolojik yapılar normal mukozadan daha iyi ayırdedilmektedir. Lezyonun iyi bir şekilde ortaya konması ise endoskopi yoluyla çıkartılmasında kılavuzluk yapmaktadır. Boyalar arasında en sıklıkla indigo karmin, metilen mavisi kullanılmaktadır. Kromoskopi zaman alıcı ve zor bir uygulamadır, bu nedenle rutin olmaktan ziyade, deneyimli merkezlerde gereken hastalara uygulanmaktadır.

Özel endoskoplar

Son yıllarda kullanıma giren bazı özel endoskoplar ile, yararlanılan farklı teknolojiler sayesinde doku tanımı daha iyi yapılabilmektedir.

- Narrow band imaging: Değişik ışık frekansları ve filtreleri kullanılır. Özel endoskoplar ve prosesörler gerektirir. Dokuların kan akımları ve ışık emilimleri farklıdır. Adenomlar narrow band spektrumunda koyu renkte görülürler
- Görüntüyü büyüten endoskoplar: Optik ve elektronik büyütme sayesinde normal ve anormal epitelin değerlendirilmesi kolaylaşmaktadır. Üç ile 170 kat arasında (çoğunlukla 10 ile 35 kat arası) büyütme yapabilen endoskoplar aracılığıyla mukozanın "pit pattern"i değerlendirilebilir.

Kolonun boyanması (döğme-tattooing)

Günümüzde kolon lezyonlarının (polip, kanser) yerlerinin belirlenmesi amacıyla en sıklıkla karbon parçacıklarından oluşan boya (SPOT) kullanılmaktadır. Kolonoskopi sırasında mukozaya altına enjekte edilen SPOT yerinde iki yıldan daha uzun süre kalarak daha sonraki girişimler için kılavuzluk yapmaktadır.

İleri tedavi teknikleri

Günümüzde kolonoskopiler sırasında önceden planlanmamış ya da planlanmış tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bunlar arasında basit ya da ileri yöntemler bulunmaktadır. Bu konuşma sırasında ileri tedavi tekniklerinden söz edilecektir.

İleri polipektomi teknikleri

Büyük ve çoğunlukla da yassı polipler için gereklidir. Endoskopistin deneyimli olması, elektrokoter sistemini iyi bilmesi birinci kuraldır. Polip işlem sırasında genellikle 5 ile 7 arasında konumlandırılmalıdır. Kolon lumeni hava ile çok gerilmemeli, polibin yayılarak silikleşmesinin önüne geçilmelidir.

Polip tabanına genellikle serum fizyolojik ile sulandırılan 1:10.000 adrenalin enjekte edilir. Ancak bu solüsyon 3-4 dakika gibi kısa sürede ortamdaki emileceği için, büyük poliplerin çıkartılması sırasında kabartıcı etkisi yeterli olmayabilir. Bu nedenle tekrarlanan enjeksiyonlar ya da daha uzun süre mukozaya altında kalan hipertonic solüsyonlar (Hipertonik NaCl, %20 dekstroz, Na hiyalüronat) tercih edilir.

Polipler kementle bütün ya da parça parça çıkartılabilirler. Son yıllarda özellikle Uzak Doğu’lu endoskopistlerin gündeme getirdikleri submukozal disseksiyon tekniği de giderek yaygınlaşmaktadır.

Polipektomilerden sonra görülebilecek en önemli erken komplikasyonlar delinme ve kanamadır. Uzun dönemde ise polip tekrarı gözlemlenebilir.

Kolon stentleri

Önceleri damar, safra yolu ve özofagus için uygulanan endoluminal stentler, gereken durumlarda kolon ve rektum lezyonları için de kullanılmaktadır. Tıkanıklıklarda başlıca kullanım indikasyonları: 1. Kalıcı rezeksiyon öncesi yeterli barsak hazırlığı yapmak amacıyla (cerrahiye köprü), 2. Yaygın metastazlar nedeniyle uzun bir yaşam beklentisi olmayan kişilerde ve/veya ameliyat olmayı engelleyen ciddi ek hastalıklar nedeniyle palyatif amaçlı olarak.

Özellikle rektum ve sol kolon tıkanıklıklarında ya doğrudan endoskop aracılığıyla görerek, ya da hem endoskopi hem de fluoroskopi eşliğinde daralmış segmente “self expendable” stent yerleştirilir. Stent uygulamaları sırasında görülebilecek komplikasyonlar delinme, stentin uygun yere yerleştirilememesi veya yerinden kaymasıdır.

Darlıkların balonla genişletilmesi

En sıklıkla anastomoz darlıklarında, daha nadiren ise Crohn hastalığı, endometriozis, iskemik kolon zemininde gelişen darlıklarda uygulanır.

Kanama kontrolü

Kolon ve rektum kökenli kanamalarda adrenalın solüsyonu enjeksiyonları, yakma, clip uygulaması ve kement ile sıkıştırma sayılabilir.

Yararlanılan Kaynaklar

1. Beck DE. Advances in gastrointestinal endoscopic techniques. Surg Clin N Am 2006; 86: 849-65.
2. Gotoda T. Endoscopic resection for premalignant and malignant lesions of the gastrointestinal tract from the esophagus to the colon. Gastrointest Endoscopy Clin N Am 2008; 18: 435-50.
3. Saito Y, Uraoka T, Takahisa Matsuda T, et al. Endoscopic treatment of large superficial colorectal tumors: a case series of 200 endoscopic submucosal dissections. Gastrointest Endosc 2007; 66: 966-73.
4. Kozarek R. Making sense out of colonic stents. Gastrointestinal Endoscopy 2008; 67: 85-7.
5. ASGE Technology Committee. Endoscopic hemostatic devices Gastrointestinal Endoscopy 2009; 69: 987-96.
6. Sano Y, Saitoh Y. Risk management of therapeutic colonoscopy (hot biopsy, polypectomy, endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection). Digestive Endoscopy 2007; 19 (Suppl. 1), S19-25.

Kolorektal Kanserde PET

Dr. N. Özlem Küçük

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara

Kolorektal kanser dünyada en yaygın üçüncü kanserdir ve kansere bağlı ölümlerin en sık ikinci nedeni olup, ana tanı metodu kolonoskopidir. Fakat CT, MRI ve FDG PET gibi diğer görüntüleme yöntemleri evreleme, yeniden evreleme, tedaviye yanıtın ve rekürren hastalığın değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Kolorektal kanserde PET in rolü şu şekilde sıralanabilir:

1. Tanı
2. Evreleme
3. Tedaviye yanıtın değerlendirilmesi.
4. Rekürrensin saptanması ve yeniden evreleme

Görüntülemelerde PET görüntülemesi için rutin protokol uygulanır. Oral kontrast verilebilir (pozitif kontrast ajan: dilüye baryum, iyotlu kontrast ajan: ürografi %76, negatif kontrast ajan: su). Pelvis değerlendirilmesinde mesanenin mutlak boşaltılması (diüretik uygulanabilir) ve bayan hastalarda hormonal siklusun sorgulanması gerekir.

Geç görüntü gerekli alınması önerilmektedir. Çalışma sonuçları abdominal lezyonların değerlendirilmesinde geç görüntülerin (3. saatte) yararlı olduğunu bildirmektedir. Tümör dokusunda zaman içinde tutulumun giderek artması nedeniyle, fizyolojik tutulum ve benign-malign lezyon ayrımında yararlıdır.

Kolorektal kanserde PET endikasyonları

Tedavi öncesi evreleme
Rekürren hastalıkta rezeksiyon öncesi evreleme
Bilinen odak yokluğunda yüksek CEA düzeyleri
Konvansiyonel görüntüleme yöntemleri ile saptanan şüpheli /rezidüel lezyonlar
Klinik olarak semptomatik olan ancak CEA düzeyleri normal olan hastalar
Tedaviye yanıtın değerlendirilmesi (pre-op & post-op)

Kolorektal kanserin primer evrelemesi

PET: T ve N evrelemesinde sınırlı.

PET: vakaların %16 sında tedaviyi etkiler. (tedavi yaklaşımı %8 ve cerrahi yaklaşımı %13)

Sınırlılık: birçok primer kolorektal kanser vakası obstrüksiyon/ kanamanın önlenmesi için opere edilecektir.

Kolorektal kanserin preoperatif evrelemesinde rutin 18F-FDG PET: Konvansiyonel evreleme yöntemleri ile karşılaştırma ve tedavi kararında etkileri değerlendirildiğinde ise:

Yalancı negatiflik oranı yüksek olmasına rağmen, özellikle lenf nodu tutulumu olan hastalarda, kolorektal kanserin tüm lokalizasyonlardaki preoperatif evrelemesinde 18F-FDG PET, CT ya da sonografiden daha başarılıdır ve kolorektal kanser tanısı doğrulanan hastalarda ilk değerlendirmede uygulanmalıdır. (Iva Kantorova et al J Nucl Med 2003)

	PET	CT	USG
Primer tümör Sens.	95 %	49 %	14 %
Lenf nodu	PET CT, US	TP FN 2 0/7 (0%)	5 TN 22 TP 3
Karaciğermet.	PET	CT	USG
Sens.	78 %	67 %	25 %
Spes.	96 %	100 %	100 %

Tedavi değişimi → 16 %

Cerrahi değişimi: 5/38 hasta

Kolorektal kanserde evreleme Primer rektal kanserin evrelemesinde 18-F FDG PET in etkisi

PET-CT tüm vücut taraması primer rektal kanseri olan hastaların yönetiminde etkilidir ve hastaların üçte birinde evreleme/ tedaviyi etkiler; bu nedenle rektal kanser vakalarının değerlendirilmesinin bir komponenti olmalıdır.

K. Davey, Disease of the colon and rectum 2008

Kolorektal kanser evrelemesi: tüm vücut MRI vs. PET- CT başlangıç klinik deneyim

Tüm vücut MRI kolorektal kanser hastalarının değerlendirilmesi için uygun bir metottur fakat PET-CT nin mevcut rolünün yerini dolduramaz. (Abdom Imaging, 2008)

Primer kolorektal kanser hastalarında preoperatif PET ile MDCT nin karşılaştırması

FDG-PET, preoperatif primer tümörü, lenf nodu tutulumunu ya da karaciğer metastazını saptamada, MDCT'ye üstün değildir, fakat ilerlemiş kolorektal kanseri olan ya da ekstrahepatik uzak metastazı olan hastaları değerlendirmede klinik öneme sahip olabilir. (Takashi Akiyoshi *Colorectal Dis* 2008)

Primer rezeksiyondan sonraki lezyonların saptanmasında PET öncelikli olarak;

Rekürren hastalığın rezeksiyonu öncesi yeniden evrelemesinde,
Bilinen odak yokluğunda CEA değerleri yüksek saptanan hastalarda,
Konvansiyonel görüntülemelerde saptanan rezidüel/ şüpheli lezyonların değerlendirilmesinde,
CEA değerleri normal olan ancak klinik olarak semptomatik olan hastalarda önerilmektedir.

Rekürren hastalığın rezeksiyonu öncesi evreleme

11 klinik raporun meta-analizinde;

FDG PETin kolorektal kanseri saptamada
sensitivite %97, spesivitesi ve %76

Literatürün bir kapsamlı incelenmesinde;

PETin sensitivite ve spesivitesi: %94 ve %87
CTnin sensitivite ve spesivitesi: %79 ve %73

Rektum ca, lokal nüks, yaygın metastaz

“A case-controlled study of 18-FDG PET in the detection of pelvic recurrence in previously irradiated rectal cancer patients”

	Sens.	Spes.	Acc.	PPV	NPV
PET	84%	88%	87%	76%	92%

Moore et al. J Am Coll Surg. 2003

Karaciğer metastazlarının değerlendirilmesinde PET

%60 olguda rezektabl karaciğer metastazları nüks etmekte

%32 olguda PET metastazdan şüphelenilmeden önce lezyonu saptamakta

3 yıllık hastaliksız yaşam PET ile değerlendirilen olgularda %77, CT ile %40,

Cerrahi için uygun hasta seçiminde daha başarılı bulunmuştur. (Strasberg Ann. Surg 2001)

Tedaviden sonra tarama için optimal zaman??

Enflamatuvar dokuda/makrofajlarda artmış uptake görülebilir.

Kolorektal tümörlerde yanlış (+) ve (-) nedenler

Yanlış (+) nedenler:

- Enfeksiyon
- Kronik hastalıklar
- İlaç kullanımı
- Benign lezyonlar
- Fizyolojik barsak tutulumu

Yanlış (-) nedenler:

- Küçük tümörler
- İyi differansiasyon
- Rektumda adenom
- Çekumda fekaloid

Karaciğer / Akciğer Metastazlarına Yaklaşım

Dr. Orhan Bilge

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Kolorektal kanser, malign hastalıklar arasında gerek sıklığı, gerekse tümöre bağlı ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Tümörün hematojen yayılımı portal ven yolu ile en sık karaciğerde görülmektedir. Hastaların %15-25'inde ilk tanı konulduğu anda (1), %25'inde ise ortalama 3 yıllık takip süreci içinde karaciğer metastazı görülmektedir (2). Yani tüm kolorektal kanserli olguların yaklaşık yarısında hastalığın bir döneminde karaciğer tutulumu saptanmaktadır.

Geçmiş yıllarda karaciğer metastazı hastalığın son dönem bulgusu olarak kabul edilmekte iken, 1980 sonrasında metastazların cerrahi yöntemle tedavisinin hastalarda önemli bir sağkalım avantajı sağladığı gösterilmiştir (3,4). Günümüzde ise tüm kolorektal kanserli hastaların %5 - 10'unda karaciğer metastazlarının küratif olarak tedavi edilebileceği bildirilmektedir (5,6). Bu gelişmede hastaların yakın takibi, daha iyi preoperatif görüntüleme ve değerlendirme, gelişen cerrahi teknikler ve hastaların karaciğer cerrahisi ile uğraşan merkezlere yönlendirilmesi ile birlikte kullanılan kemoterapötik ajanların etkinliğinin artması ve farklı girişimsel tedavi yöntemlerinin kombine edilerek kullanılması önemli rol oynamıştır. ABD'de her yıl 150 000 yeni kolon kanseri olgusunun saptandığı bildirilmektedir (7). Bu hastaların takipleri sonucunda yılda 10 000- 15 000 hastaya küratif karaciğer rezeksiyonu yapılması gerekmektedir. Bildirilen sağlıklı bir insidans olmamakla birlikte bu rakamlardan yola çıkarak ülkemizde de her yıl 2000- 3000 hastaya metastazektomi yapılabilmesi beklenmektedir. Bu rakamlara ulaşabilmenin yolu ise ancak hastaların yakın takibi ile mümkündür.

Preoperatif değerlendirme

Ameliyat öncesinde hastanın genel sağlık durumu, majör cerrahi girişim hazırlığı yönünden değerlendirilmelidir. Standart biyokimya testleri ve tam kan sayımı incelemesine ek olarak karsinoembriyjenik antijen (CEA) düzeyi bakılmalıdır. Primer tümör saptandığında CEA yüksekliği olan hastalarda bu belirteç metastaz taraması için son derece yararlıdır. Ancak olguların %25'inde CEA'nın normal olduğu da unutulmamalıdır.

Hastalığın değerlendirilmesinde sırasıyla primer tümör, ardından karaciğer lezyonu ve son olarak da diğer uzak organ metastazları araştırılmalıdır.

Öncelikle rektal tuşe ve kolonoskopi ile yeni tümör odakları veya anastomoz nüksü yönünden kalın barsak lümeni, ardından da bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans (MR) ile karın iç ve pelvik bölge incelenmelidir.

Karaciğer görüntülemesi için kontrastlı multidedektör BT veya kontrastlı MR incelemesi yapılır. Yeni jenerasyon BT cihazları ile yüksek duyarlılıklı BT anjiyografi incelemesi preoperatif değerlendirme sırasında önemli avantaj sağlamaktadır. Yöntem seçimi kliniğin olanak ve deneyimlerine göre değişmekle birlikte BT ilk sırada tercih edilen görüntüleme tekniğidir. MR yine benzer duyarlılılık oranına sahip bir yöntemdir ve genellikle tanıda kuşku duyulan olgularda tercih edilebilir.

Akciğerlerin tetkikinde normal şartlarda iki yönlü akciğer grafisi yeterlidir. Ancak herhangi bir kuşku varlığında mutlaka toraks BT çekilmelidir. Gerek duyulduğunda kemik sintigrafisi, beyin taraması ve pozitron emisyon tomografi (PET-CT) kullanılabilecek diğer yöntemlerdir. Özellikle PET-CT yüksek risk grubundaki hastalarda ekstrahepatik lezyonların ortaya konmasında büyük önem taşımaktadır (8).

Preoperatif kitle biopsisi ancak özel durumlarda başvurulması gereken bir yöntemdir. Yapılan çalışmalarda ince iğne aspirasyon biopsisi (İAB) ile iğne giriş yolu üzerinde tümör hücresinin yayıldığı gösterilmiştir (9). Bu nedenle biopsi ancak cerrahi girişim planlanmayan veya tüm incelemelere karşın tanıda kuşku duyulan ve elde edilecek sonuca göre tedavi planının değiştirileceği hastalarda tercih edilmelidir. Rezeksiyon planlanan hastalarda ise preoperatif İAB'nin yeri bulunmamaktadır.

Karaciğer rezeksiyonu adayı olan hastalarda preoperatif laparoskopinin uygulanması ile bazı olgularda diğer inceleme yöntemleri ile saptanamayan uzak metastazların veya karaciğerde yeni odakların saptanması mümkündür. Yapılan bir çalışmada laparoskopinin intraoperatif ultrasonografi ile kombine edilmesi ile birlikte

%38 olguda gereksiz bir laparotominin önlenemediği gösterilmiştir (10). Ancak genel kabul gören yaklaşım laparoskopinin rutin değil, klinik risk skoru yüksek olan hastalarda uygulanmasıdır (11-13)

Ameliyat sırasında karın boşluğunun ve karaciğer parankiminin eksplorasyonu mutlaka intraoperatif ultrasonografi (IOUS) ile tamamlanmalıdır. Özellikle IOUS kullanımı ile palpasyonla saptanamayan intraparankimal yerleşimli küçük odaklar saptanabilir. IOUS'nin rutin kullanıldığı merkezlerde hastaların %5-15'inde ameliyat sırasında cerrahi stratejinin değiştirildiği bildirilmektedir (14). Bu nedenle metastaz cerrahisi ile uğraşan merkezlerde IOUS rutin olarak uygulanmalıdır.

Geniş karaciğer rezeksiyonu gereken olgular preoperatif dönemde ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Rezeksiyon oranı toplam karaciğer hacminin %70'ini aşmamalıdır. Bunun ötesindeki rezeksiyonlarda karaciğer yetmezliği riski ortaya çıkmaktadır. Genişletilmiş sağ veya sol hepatektomi gerekliliğinde preoperatif volumetrik BT ölçümü yapılmalı ve tüm karaciğer hacmi ile birlikte çıkarılması planlanan karaciğer hacmi hesaplanmalıdır. Bu oranın %70'i aştığı durumlarda rezeke edilecek karaciğer lobunun portal veni perkutan olarak embolize edilir. Bu işlemi takiben ortalama 3-4 hafta içinde karaciğerde karşı lobda %20'ye kadar hipertrofi sağlanır ve böylece geriye kalacak karaciğer hacmi güvenli düzeye yükseltilebilir (15-16). Karaciğer cerrahisi öncesi yüksek doz ve uzun süreli kemoterapi görmüş olgularda karaciğer parankiminde yağlanma ve fibrotik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu tür olgularda rezeksiyon oranının %60'ı aşmaması önerilmektedir.

Genişletilmiş hepatektomi yapılacak hastalarda karaciğerin fonksiyonel rezervi indosiyanin yeşili temizlenme testi ile değerlendirilir. Elde edilecek sonuca göre hastanın geniş bir rezeksiyona aday olup olmadığına karar verilir.

Cerrahi Endikasyonlar

Kolorektal tümörlerin karaciğer metastazlarının cerrahi tedavisindeki ilk kurallar 1986 da Ekberg tarafından tanımlanmıştır (3). O zaman önerilen kriterlere göre karaciğerde 4 ve daha fazla metastaz mevcut ise, ekstrahepatik tutulum varsa ve tümör rezeksiyon sınırına 1 cm' den daha yakın ise bu hastalarda cerrahi tedavi kontrendike idi. Ancak yıllar içinde elde edilen deneyimler sonucunda kavramlar önemli oranda değişikliğe uğramıştır. Öncelikle metastaz sayısı ve 1 cm'lik sınır güvenliği ile ilgili kısıtlamaların gereksiz olduğu görülmüş ve bunlar artık bir kontrendikasyon olmaktan çıkarılmıştır (17-18).

Günümüzde üç temel kavram cerrahi endikasyonları oluşturmaktadır. Bunlardan birincisi mikroskopik olarak temiz cerrahi sınır ile rezeksiyon yapılmasıdır.

İkinci önemli nokta geride yeterli karaciğer hacminin kalmasıdır. Volumetrik inceleme ile %70'i aşan rezeksiyon yapılmamalıdır. Bunun üzerindeki rezeksiyonlarda karaciğer yetmezliği riski bulunmaktadır.

Karaciğer dışı yerleşimli, küratif rezeksiyon şansı olan lokal nüksler, hiler bölgede lenf nodu tutulumu olması, sınırlı karsinöz peritoneal varlığı, rezektabl akciğer metastazları ve diafragma veya benzeri komşu organlara lokal invazyon gösteren tümörlerde rezeksiyon endikasyonu bulunmaktadır. (22-24). Bunların dışında kalan uzak metastazlar varlığında ise cerrahi dışı yöntemler kullanılmalıdır.

REZEKSİYON ZAMANLAMASI

Karaciğer metastazları hastalığın seyrinde iki şekilde saptanmaktadır. Kolon tümörü tanısı konulduğu sırada karaciğer tutulumunun da görülmesi senkron metastaz olarak adlandırılır. Eğer karaciğerdeki kitle ilk ameliyattan sonraki takip süreci içinde ortaya çıkarsa buna da metakron metastaz adı verilir.

Metastazların tedavisinin zamanlaması konusunda farklı görüşler göze çarpmaktadır. Bazı yazarlar kitlenin saptandığı anda hemen ameliyat edilmesi gerektiğini, çünkü zaman geçirildiği takdirde tümörün hematojen veya lenfojen yol ile yayılımının devam edeceğini öne sürmektedir (3,25-28). Buna karşın bazı yazarlar ise lezyonun bir süre gözlenmesi gerektiğini, bu takip süreci içinde gerçekten küratif olarak çıkarılabilir metastazların nonrezektabl hale gelmeyeceğini savunmaktadır (29). Yine bu görüşe göre ilk tanı anında saptanamayan küçük lezyonlar bu süreç içinde saptanabilir hale gelecek ve böylece hastalara gereksiz bir laparotomi yapılması önlenilecektir.

Günümüzde genel kabul gören yaklaşım çok sayıda küçük lezyon varlığında ve %50'den fazla parankim rezeksiyonu gerekliliğinde hastaya kemoterapi başlanması ve 3 ay sonra yeniden değerlendirilerek ameliyat planlanmasıdır. Buna karşın soliter lezyonlarda ise beklemek yerine hemen ameliyat önerilmektedir. Metastaz cerrahisi konusunda deneyimli merkezler senkron metastazların tedavisinde bazı kurallar önermişlerdir. Sağ kolon tümörlerinin her türlü karaciğer rezeksiyonu ile birlikte yapılabilmesi; her türlü kolon tümörü ile karaciğerde iki segment rezeksiyonu yapılabilmesi; sol hemikolektomi ile birlikte hepatektomilerin ancak genel durumu çok iyi olan seçilmiş hasta grubunda uygulanabilmesi; low anterior rezeksiyon yapılan hastalara karaciğer rezeksiyonu eklenecekse mutlaka koruyucu ileostominin gerekliliği savunulmaktadır. Ancak bu önerilerin çok deneyimli bir merkezin sonuçlarını yansıttığını unutmamak gerekir. Her kliniğin kendi sahip olduğu olanak ve deneyimler çerçevesinde karar vermesi daha doğru olacaktır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Karaciğer Safra Yolları Cerrahisi Biriminde kolon rezeksiyonları ancak metastazektomilerle kombine edilmekte, geniş karaciğer rezeksiyonları ise kolon cerrahisinde 4-6 hafta sonra uygulanmaktadır.

Cerrahi morbidite ve mortalite

Karaciğer cerrahisi teknik olarak zor ve yüksek komplikasyon oranına sahiptir. Genel olarak morbidite %25-30 arasında bildirilmektedir (22). En sık görülen komplikasyonlar ameliyat bölgesinde seröz veya safralı sıvı birikimi ve apse gelişimidir. Perkutan drenaj ve enfeksiyon varlığında antibiyoterapi eklenmesi tedavi için genellikle yeterli olmaktadır. Bunun dışında erken veya geç dönemde karaciğer kesi yüzeyinden kanama görülebilir.

Ameliyat mortalitesi geçmiş yıllarda %20'lerde iken günümüzde bu oran %1-5 arasında değişmektedir. Bunda gelişen cerrahi teknik yanında anestezi ve yoğun bakım olanaklarının gelişmesi çok önemli etkenlerdir.

SAĞKALIM

Karaciğer metastazlarının cerrahi tedavisi sonucu elde edilen sağkalım oranları tedavisiz hastalar ile karşılaştırıldığında çok belirgin fark olduğu görülmektedir. Literatür verilerine bakıldığında çıkarılabilir karaciğer metastazı olan olguların ameliyat edilmediğinde ortalama 14 ay, nonrezektabl olguların ise ortalama 6.9 ay yaşam süresine sahip olduğu bildirilmektedir. Tedavi edilen hastalarda ise 5 yıllık sağkalımın %25-27, medyan sağkalımın ise 42 ay olduğu görülmektedir. Yine bu hasta grubunda 10 ve 20 yıllık sağkalım oranları %20 ve %15 olarak bildirilmekte olup bazı hastaların bu tedavi yöntemi sayesinde kür elde ettiği görülmektedir (5,13,16,21,30).

REZEKSİYON SONRASI PROGNOSTİK PARAMETRELER

Karaciğer metastazlarının rezeksiyonu sonrasında hastaların sağkalım süreleri arasında belirgin farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Bunda etkili olduğu düşünülen çok sayıda prognostik faktör tanımlanmıştır. Bunların bir kısmı primer tümör ile ilgili olup, bir kısmı ise metastazın sayı, çap, yerleşim gibi özelliklerinden kaynaklanmaktadır.

Metastaz sayısının önemli bir prognostik faktör olduğu bilinmektedir. Fong ve arkadaşlarının çalışmasında soliter, 2-3 ve 4'den çok metastazı olan olguların üç grup halinde karşılaştırılmasında 5 yıllık sağkalım sırasıyla %47 – 31 – 24 olarak bulunmuştur (17). Bir diğer çalışmada da metastaz sayısının 4 ile 13 arasında değiştiği bir hasta grubunun uzun süreli takibinde 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları %32 ve 29 olarak bildirilmiştir (18). Soliter metastazlara göre multipl tümörlerde sağkalım oranları daha kötü olmakla birlikte bu bulgu hastaların rezeksiyon kararlarını etkilememelidir.

Cerrahi rezeksiyon piyesinde sınırda tümör olmaması tedavinin etkinliği için büyük önem taşımaktadır. Kitlenin en az 1 cm temiz sınır ile çıkarılması gerektiği genel kabul gören bir kavramdır. Ancak son yıllarda yapılan ayrıntılı çalışmalarda rezeksiyon sınırlarının genişliği karşılaştırılmış ve birbirine yakın sonuçların elde edildiği görülmüştür. Gayowski ve arkadaşlarının çalışmasında cerrahi sınırın 1 cm'den az olduğu hastalarda 5 yıl sağkalım %32 iken 1 cm'nin üzerindeki hastalarda %42 olarak bulunmuştur (19). Rezeksiyon sınırı 1-5 mm ve 5-10 mm olan hastaların karşılaştırıldığı geniş bir seride de yine sağkalım yönünden bir farklılık gösterilememiştir (31). Sonuç olarak cerrahi rezeksiyon sınırının 1 cm olmasına özen gösterilmelidir. Ancak uygun olmayan vakalarda ise cerrahi sınırın temiz olması yeterlidir.

Bir diğer prognostik faktör satelit metastaz varlığıdır. Ana nodülün yanında aynı segmentte küçük nodüllerin yer alması veya birbirine 2 cm'den daha yakın olması ve ana tümörün %50'sinden küçük veya en fazla 4 cm

çapında olması satellit nodül tanısını koydurmaktadır.

Bu lezyonların portal venin lokal invazyonu ile meydana geldiği düşünülmele birlikte bu hastalarda akciğer metastazı sıklığının da iki misli fazla oluşu hepatik ven dallarının invazyonunu göstermektedir. Taylor ve arkadaşlarının çalışmasında satellit nodülü olan ve olmayan hastalarda 5 yıl sağkalım %16 ve %47 olarak bulunmuştur (32).

Tümör çapı ile hasta sağkalımı arasında belirgin bir ilişki göze çarpmaktadır. Lezyonun 5 cm'den büyük olduğu ve özellikle toplam karaciğer hacminin %50'sini aştığı olgularda prognozun kötü olduğu, nadiren 5 yıl sağkalım elde edildiği bildirilmektedir (33-34).

Karaciğer metastazları kolon tümörü tanısı konulduğu sırada senkron olarak veya primer tümör tedavi edildikten sonraki takip süresi içinde ortaya çıkabilir. İlk ameliyattan 2 yıl sonra ortaya çıkan metastazlarda hastanın prognozunun daha iyi olduğu bildirilmektedir (20).

Karaciğer rezeksiyonlarının segmenter anatomiye uygun olarak yapılması, peroperatuar kan kaybı, preoperatif CEA ve albümin düzeyi, ameliyat süresi, tümör ploidi, onkogen ekspresyonu, tümör supresör gen ekspresyonu gibi birçok faktörün de prognoz üzerine etkili olduğu bildirilmektedir.

Fong ve arkadaşları tarafından yapılan çok sayıda parametrenin kullanıldığı bir çalışmada 7 değişkenin sağkalım üzerine olumsuz etkili olduğu gösterilmiştir. Bunların 5'i preoperatif bulgular olup klinik skorlama sistemi olarak tanımlanmıştır. Bu değişkenler primer tümörün lenf nodu pozitif olması, primer tümör ile metastaz arasında bir yıldan daha az süre olması, preoperatif CEA'nın 200'ün üzerinde olması, karaciğerde 1'den çok metastaz varlığı ve tümör çapının 5 cm'den fazla olmasıdır. Sıfır -3 ve 5 faktörün pozitif olduğu hastaların 5 yıllık sağkalımı % 60, 20 ve 14 arasında değişmektedir (13).

Diğer iki değişken ise ekstrahepatik hastalık varlığı ve mikroskopik olarak cerrahi sınırın pozitif olmasıdır. Karaciğer dışı hastalık tanımlaması içinde rezektabl akciğer metastazlarının özel bir yeri bulunmaktadır. Karaciğer ile birlikte akciğer metastazlarının da çıkarılmasının sağkalım üzerine olumlu etkisi bilinmektedir. Seksenbir hastalık bir çalışmada kombine karaciğer ve akciğer rezeksiyonu yapılan hastaların, yalnız karaciğer metastazı tedavisi görenler ile aynı sağkalıma sahip olduğu bildirilmiştir. **ref**

REZEKSİYON SONRASI NÜKS

Küratif rezeksiyon sonrası takip süresi içinde gerek intrahepatik gerekse ekstrahepatik nüksler ortalama 2-3 yıl içinde ortaya çıkmaktadır. Bu hastaların karaciğer rezeksiyonundan sonra dikkatle takip edilmeleri büyük önem taşımaktadır. Hepatektomi sonrası nüks gelişen hastaların da beşte biri yeniden küratif tedavi şansı bulmakta ve benzer mortalite ve morbidite oranları ile ameliyat edilmektedirler (18). Rerezeksiyon sonrası 5 yıllık sağkalım oranları ise %32-57 arasında değişmektedir. Buna karşın nonküratif rezeksiyon sonrası hiçbir seride 5 yıl yaşayan hasta bildirilmemektedir (35,36).

Tümörün karaciğer dışı nüksleri genellikle kötü seyretmektedir. Ancak özellikle akciğer metastazları ve lokal nüksler küratif olarak tedavi edildiği taktirde yine %30'a varan 5 yıllık sağkalım oranı bildirilmektedir (37). Günümüzde karaciğer metastazlarının tedavisinde cerrahi rezeksiyon altın standart olarak kabul edilmektedir. Ne yazık ki hastaların ancak küçük bir bölümü bu şansı yakalayabilmektedir. Ancak rezeksiyon yapılan hastalarda önemli sağkalım oranları elde edilmektedir. Nonrezektabl olgularda ise gerek sistemik gerekse lokal kemoterapi ve lokal ablasyon tedavileri ile çok başarılı sonuçlar alınmaktadır. Bu nedenle hastalardaki bulgulara göre tedavi yöntemleri kombine edilerek kullanılmalıdır. Gelecekte bu grup hastalarda daha iyi takip ve görüntüleme yöntemleri ile daha başarılı sonuçlar elde edilebilir.

Kaynaklar

1. Fong Y, Kemeny N, Paty P, et al: Treatment of colorectal cancer: hepatic metastasis. *Semin Surg Oncol* 12:219-252, 1996
2. Steele GJ, Ravikumar TS: Resection of hepatic metastases from colorectal metastases: Biologic perspectives. *Ann Surg* 210:127-138, 1989
3. Ekberg H, Tranberg KG, Anderson R, et al: Determinants of survival in liver resection for colorectal secondaries. *British Journal of Surgery* 73: 727-731, 1986
4. Wagner JS, Adson MA, Van Heerden JA, et al: The natural history of hepatic metastases from colorectal cancer: A comparison with resective treatment. *Ann Surg* 199:502-508, 1984
5. Scheele J, Stangl R, Altendorf-Hofmann A, et al: Resection of colorectal liver metastases. *World Journal of Surgery* 19:59-71, 1995

6. Bismuth H, Adam R, Levi F, et al: Resection of nonresectabl liver metastases from colorectal cancer after neoadjuvant chemotherapy. *Ann of Surgery* 224:509-520,1996
7. Jemal A, Murray T, Ward E, et al: Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 55(1):10-30,2005
8. Wiering B, Krappe PF, Dekker HM, et al. The role of FDG-PET in the selection of patients with colorectal liver metastases. *Ann Surg Oncol* 14 (2), 771-9, 2007
9. Pevan C, Parisi A, Girelli D. Recurrent needle-tract metastases of hepatocellular carcinoma following fine needle aspiration. *Intern med J* 37(2), 134-6, 2007
10. Rahusen F, Cuesta M, Borgstein P, et al: Selection of patients for resection of colorectal metastases to the liver using diagnostic laparoscopic ultrasonography. *Ann Surg* 230(1):31-37,1999
11. Jarnagin W, Conion K, Bodniewicz J, et al: A clinical scoring system predicts the yield of diagnostic laparoscopy in patients with potentially resectable hepatic colorectal metastases. *Cancer* 91(6):1121-1128,2001
12. Grobmyer S, Fong Y, Angelica M, et al: Diagnostic laparoscopy prior to planned hepatic resection for colorectal metastases. *Arch Surg* 139:1326-1330, 2004
13. Fong Y, Fortner J, Sun R, et al: Clinical score for predicting recurrence after hepatic resection for metastases colorectal cancer: analyses of 1001 consecutive cases. *Ann Surg* 230(3):309-318,1999
14. Stadler J, Holster AH, Adolf J, et al: Intraoperative ultrasonographic detection of occult liver metastases in colorectal cancer. *Surg Endoscopy* 5:36-40,1991
15. Makuuchi M, Thai BL, Takayasu K, et al: Preoperative portal embolization to increase safety of major hepatectomy for hilar bile duct carcinoma: A preliminary report. *Surgery* 107:521-527,1990
16. Azoulay D, castaing D, Smail A, et al: Resection of nonresectable liver metastases from colorectal cancer after percutaneous portal vein embolization. *Ann Surg* 231:480-486,2000
17. Fong Y, Cohen AM, Fortner JG, et al: Liver resection for colorectal metastases. *Journal of Clinical Oncology* 15:938-946,1997
18. Minagawa M, Makuuchi M, Torzilli G, et al: Extension of the frontiers of surgical indications in the treatment of liver metastases from colorectal cancer: long term results of our experince: *Ann of Surgery* 23(4):487-499,2000
19. Gayowski TJ, Iwatsuki S, Madariaga JR, et al: Experince in hepatic resection for metastatic colorectal cancer: analyses of clinical and pathological risk factors. *Surgery* 116:703-710,1994
20. Scheele J, Altendorf-Hofman A: Resection of colorectal liver metastases. *Langenbecks Arch Surg* 384:313-327,1999
21. Rosen CB, Nagorney DM, Taswell HF, et al: Peroperative blood transfusion and determinants of survival after liver resection for metastatic colorectal carcinoma. *Annals of Surgery* 216:493-504,1992
22. Elias D, Liberale G, Vernerey D, et al: Hepatic and extrahepatic colorectal metastases: When resectable, their localization does not matter, but their total number has a prognostic effect. *Annals of Surgical Oncology* 12(11):900-909,2005
23. McCormack PM, BUrt ME, Bains MS, et al: Lung resection for colorectal metastases: 10 years results. *Arch Surg* 127:1403-1406,1992
24. Minnard E, Fong Y, Weigel T, et al: Surgical resection for hepatic and pulmonary colorectal metastases. *Proc Am Soc Clin Oncol* 15:552,1996
25. Fortner JG, Silva JS, Golbey RB, et al: Multivariate analysis of a personal series of 247 consecutive patients with liver metastases from colorectal cancer: Treatment by hepatic resection. *Annals of Surgery* 199:317-324, 1984
26. Martin R, Paty P, Fong Y, et al: Simultaneous liver and colorectal resections are saf efor synchronous colorectal liver metastasis. *J Am Coll Surg* 197(2):233-241, 2003
27. Weber J, Bachellier P, Oussoultzoglou E, et al: Simultaneous resection of colorectal primary tumour and synchrnous liver metastase. *Br J Surg* 90(8):956-062,2003
28. Chua H, Sondenaa K, Tsiotos G, et al: Concurrent vs. staged colectomy and hepatectomy for primary colorectal cancer with synchronous hepatic metastases. *Dis Colon Rectum* 47(8):1310-1316,2004
29. Adson MA. Resection of liver metastases- when is it worthwhile . *World Journal of Surgery* 11:511-520,1987
30. Foster JH: Survival after liver resection for secondary tumors. *Am J Surg* 135:389-394,1978
31. Elias D, Cavalanti A, Sabourin JC, et al: Results of 136 curative hepatectomies with a safety magrin of less then 10 mm for colorectal metastases. *Journal of Surgical Oncology* 69:88-93,1998
32. Taylor M, Forster J, Langer B, et al. A study of prognostic factors for hepatic resection for colorectal metastases. *American Journal of Surgery* 173:467-471,1997
33. Doci R, Bignami P, Monyalto F, et al. Prognostic factors for survival and disease-free survival in hepatic metastases from colorectal cancer treated by resection. *Tumori* 81:143-146,1995
34. Rees M, Plant G, Bygrave S, et al. Late results justify resection for multiple hepatic metastases from colorectal cancer. *British Journal of Surgery* 84:1136-1140,1997
35. Adam R, Bismuth H, Castaing D, et al. Repeat hepatectomy for colorectal liver metastases. *Annals of Surgery* 225:51-60, 1997
36. Fernandez-Trigo V, Shamsa F, Sugarbaker PH. Repeat liver resections from colorectal metastasis. *Repreat Hepatic Metastasis Registry. Surgery* 73:296-304, 1995
37. Lehnert T, Knaebel HP, Duck M, et al. Sequential hepatic and pulmonary resections for metastatic colorectal cancer. *Br J Surg* 86:241-243, 1999

Kolon Kanseri Nükslerine ve Periton Metastazlarına Yaklaşım

Dr. Cem Terzi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Kolorektal kanserlerde cerrahi tedavi sonrası nüks sorunu, operatif teknikte ve postoperatif adjuvan tedavilerdeki ilerlemelere karşın halen büyük bir sorun olmayı sürdürmektedir.

Kolorektal kanserlerde lokal nüks, tanım olarak primer cerrahi alanda ya da hemen çevreleyen doku sınırında tümör hücrelerinin klinik olarak tekrar görülmesidir. Rejyonel nüks ise lenf nodlarında metastatik hücrelerin tekrar belirmesidir. **Rejyonel nüks** gelişimindeki patogenezi lenf nodlarında daha önce yerleşmiş olan metastatik malign hücrelerin persistansı ve büyümesidir. **Uzak metastaz**, kanser hücrelerinin lenfati ya da hematogen yolla başlıca visseral organlara ve kemiklere yayılımı sonucu oluşur. **Peritoneal karsinomatoz** ise karın içerisinde visseral ve parietal peritoneal yüzeyde tümöral yayılım olmasıdır.

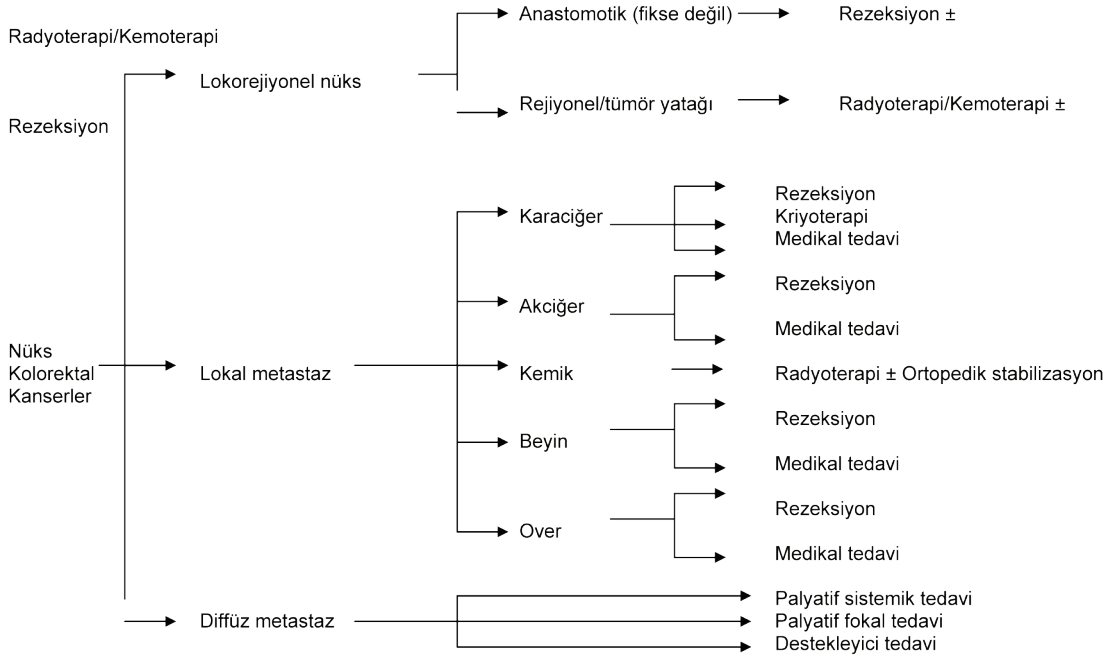
Kolorektal kanser insidansı, Amerika Birleşik Devletler’inde 44/100 000 olarak bildirilmektedir (1). Küratif cerrahi sonrası genel nüks (lokorejyonel nüks ve uzak metastaz) oranı kolon kanserlerinde, %4-%18. Kolon ve rektum kanserlerini birlikte içeren serilerde ise nüks oranı %25-50 gibi geniş bir aralıkta bildirilmektedir. Nüks insidansındaki bu geniş aralık, hasta izlem protokollerinin agresifliğine ve izlem süresinin uzunluğuna bağlı olarak oluşmaktadır.

Kolorektal kanserlerde nüks, genellikle tanı ve ilk cerrahi tedaviyi izleyen 3 yıl içinde, en sık karaciğer, lokorejyonel bölge ve akciğerlerde ortaya çıkar. Daha ender olarak overler, kemik, anastomoz hattı ve beyin de nüks bölgeleri olabilmektedir. Lokorejyonel nüks; tümör yatağında, anastomozda, rejyonel lenfatiklerde, dren bölgelerinde veya cerrahi yarada ortaya çıkan nüksler olarak tanımlanır. Lokorejyonel nüksler tedavi edilmezlerse ortalama yaşam süresi 8 aydır. Radyoterapi ve /veya kemoterapi yalnızca semptomatik iyileşme sağlar; hastaların %5’den azı 5 yıllık sağkalım şansı elde eder.

Lokorejyonel nükslerde en iyi tedavi seçeneği, nüksün tam (“complete”) eksizyonu ile sağlanan küratif cerrahidir. Nüks olgularının (lokorejyonel ve metastatik) yalnızca %25’i küratif cerrahi için uygul olabilmektedir. Palyatif cerrahi ile ortalama sağkalımda elde edilen iyileşme önemsizdir (ortalama 11 ay). Günümüzde lokorejyonel nüksler ve uzak metastazlarda küratif amaçlı cerrahi işlemler kabul edilebilir mortalite ve morbidite oranlarıyla uygulanabilmektedir. Küratif amaçlı cerrahi sonrası nüks olgularının %20-40’ında 5 yıllık hastalıksız sağkalım sağlanabilmektedir. Lokal nüks gelişen hastalarda tam bir cerrahi rezeksiyon yapılabilirse ortalama yaşam süresi 33-59 aya kadar uzamaktadır. Lokorejyonel nüks gelişen hastalarda küratif amaçlı bir cerrahi işlem uygulanamasa bile etkin bir palyasyon sağlamak için cerrahi tedaviye başvurulur. Dirençli sepsis ve kanama gibi komplikasyonları ortadan kaldırmak için palyatif cerrahi tedavi bazen tek seçenek olmaktadır.

Aşağıda nüks kolorektal kanserlerine yaklaşımla ilgili bir akış şeması sunulmuştur.

Nüks kolorektal kanserlerde tedavi akış şeması*



* Nelson H, Nyam DCNK, Gunderson LL. Recurrent and metastatic colorectal cancer. In: Zuidema GD, Yeo CJ, Pemberton JH (eds). Shackelford's surgery of the alimentary tract volume IV. 5nd Ed. New York: WB Saunders Co; 2001. p. 277-293. kaynaktan uyarlanmıştır.

Bu yazının devamında ağırlıklı kolon kanserinin periton metastazı üzerinde durulacaktır.

Peritoneal karsinomatozis

Kolorektal kanserli hastaların tanınanında yaklaşık %10'unda peritoneal karsinomatozis (PK) vardır (1). Kolorektal kanserler karaciğerden sonra en sık peritona metastaz yaparlar. Nüks kolorektal kanser olguları incelendiğinde karaciğer ya da akciğer gibi organlara uzak metastaz yapmadan yalnızca peritona metastaz yapmış olguların %40 civarında olduğu görülür (2). Bu hastalar geleneksel olarak, TNM sınıflamasında, M1 yani evre 4 hastalık olarak gruplandırılır ve yakın zamana dek palyatif cerrahi ve sistemik kemoterapi (KT) ile tedavi edilirdi. Bu yaklaşımın beklenen sonucu olarak, median sağ kalım oldukça kısa; 4-12 ay idi (3). 80'lerde Sugarbaker, PK'ın yaygın hastalık gibi ele alınmasının yanlış olduğunu, PK'e abdomenle sınırlı bir lokorejiyonel tümör yayılımı olarak yaklaşılması gerektiğini öne sürdü (4). Sonraki yıllarda, kolorektal kanserli PK'lı hastalar için küratif tedavi yöntemi olarak, periton yüzeylerindeki tümörlerin tamamen çıkarılmasını içeren sitoredüksiyon tekniğini ve buna ek olarak intraperitoneal kemoterapi uygulamasını tanımladı (5-7). İntraperitoneal kemoterapi, başlangıçta ameliyat sırasında ve postoperatif erken dönemde batına konmuş drenler aracılığı ile uygulandı. Günümüzde ise ciddi avantajları nedeniyle hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HİPEK) tercih edilmektedir. Sitoredüktif cerrahi yaklaşımının cerrahi hedefi geride makroskopik tümör bırakmayacak şekilde tam sitoredüksiyon sağlanmasıdır. Ancak, tüm periton kadrantları peritonektomi işlemi ile çıkarıldıklarında ve tutulan organlar rezeke edildiklerinde dahi PK'lı hastalarda geride tümör hücreleri kalmaktadır. İntraperitoneal KT bu noktada cerrahi tedaviyi tamamlamak üzere devreye girmektedir. İntraperitoneal KT'nin ikincil işlevi de sitoredüktif cerrahi sırasında tekniğin kaçınılmaz bir sonucu olarak peritoneal kaviteye dökülen malign hücrelerinin yok edilmesidir. Taze yara yüzeylerinden karın içine dökülen tümör hücreleri intraperitoneal KT ile yok edilir (8). Bu teknikniğin etkinliği konusunda sorunlar vardır. Normotermik durumlarda tümör dokusunun ilaç absorpsiyonu kısıtlıdır (9). Erken posoperatif intraperitoneal KT tekniğinde ameliyat sonunda karına yerleştirilen çok sayıda dren 5 gün boyunca karın içine kemoterapi uygulanır. Ancak bu teknikte de postoperatif adezyonlar nedeni ile ilaç dağılımının yetersiz olması sorunu vardır (10). Bu sorunları aşmak için intraperitoneal KT'nin hipertermik bir ortamda, ameliyat sonunda uygulanması ve postoperatif dönemde intraperitoneal KT'ye devam edilmemesi gündeme gelmiştir. 40-42 °C'da neoplastik hücreler ilacın hücre içi konsantrasyonu arttığı için daha kemosensitif hale gelirler (11). HİPEK'de abdomene kemoterapitik ajan, 40 - 41 °C ısıtılarak verilir. Sitoredüksiyon biter bitmez uygulama yapıldığından postoperatif erken dönem intraperitoneal KT yaklaşımına göre daha avantajlıdır; HİPEK yönteminde erken bridler nedeni ile

kemoterapötik ajanın tüm yüzeylere ulaşamaması gibi bir sorun yaşanmaz. İntraperitoneal KT'yi yüksek ısıda uygulamak sinerjistik etkiye yol açmakta; yüksek ısı sitotoksitesi yanı sıra kemoterapötik ajanın etkinliği artmaktadır. İlaç doğrudan periton yüzeyindeki tümör hücreleri ile temas etmekte, sistemik kompartmana ilaç geçişi minimal olmaktadır(12). Bu nedenle KT'ye bağlı yan etki ender görülmektedir.

Uzun yıllardır Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kolorektal Cerrahi Birimi'nde seçilmiş PK olgularına sitoredüktif cerrahi ve intraperitoneal KT uygulamaktayız (21). Bizim intraperitoneal KT yöntemimiz, iki yıl öncesine dek normotermik, postoperatif erken dönem (5gün) şeklindeydi. Tıbbi literatürde HİPEK'in avantajlarının belirgin olarak ortaya çıkması ve yöntem için gerekli ekipmanın ülkemizde temin edilebilmesi dolayısıyla son yıllarda intraperitoneal KT yöntemi HİPEK olarak tercih etmekteyiz.

Standart sitoredüktif cerrahi tekniğinde, karın duvarının parietal peritonu üzerindeki tümoral yayılım peritonektomilerle çıkarılır. Benzer şekilde pelvisi, mesaneyi ve diafragmayı örten periton soyulur. Mide, ince barsak ve kalın barsak visseral peritonu tutulmuş ise bu organlar rezeke edilir. İnce barsak yüzeylerinde ya da mezenterinde yaygın tutulum inoperabilite kriteridir. Ancak, total gastrektomi, total kolektomi, splenektomi, kolesistektomi gibi rezeksiyonlar rahatlıkla uygulanabilir. Hepatik hilus ve omental bursa da yaygın tutulum teknik güçlük yaratırsa da inoperabilite kriteri değildir. Sugarbaker, yaygın karın içi PK olan hastalar için cerrahi tekniği şu şekilde standardize etmiştir: 1-Omentektomi, sağ parietal peritonektomi ve sağ kolon rezeksiyonu, 2-Sol üst kadran peritonektomi, splenektomi ve sol parietal peritonektomi. 3-Sağ üst kadran peritonektomi ve Glisson kapsülü rezeksiyonu. 4- Küçük omentektomi, kolesistektomi, omental bursanın soyulması ve antrektomi. 5- Sigmoid kolon rezeksiyonu ile birlikte pelvik peritonektomi, kadın hastalarda histerektomi ve bilateral salphingo-ooferektomi. 6-Diğer barsak rezeksiyonları ve/veya abdominal kitle rezeksiyonları, 7- Bsak anastomozları ve/veya stoma oluşturulması (7). Her hasta için ne kadar sitoredüktif girişim yapılacağı hastanın PK tutulumuna göre değişmektedir. Bizim hastamızda göreceli olarak düşük bir PK indeks skoru vardı ve yalnızca tutulanperiton kadranlarına ve organlara yönelik sitoredüktif cerrahi girişimler yapıldı. Kısıtlı tutulum olan olgularda normal görünen perietel peritonun çıkarılması önerilmez.

HİPEK yönteminde genellikle yüksek ısıda etkinliği artan kemoterapötik ajanlar; örneğin MMC tercih edilir. Kolorektal kanser kaynaklı PK hastalarında MMC'in sisplatin ile kombine edilmesi intraperitoneal KT etkinliğini ek bir toksisiteye yol açmadan artırmaktadır. Bu yüzden biz hastamıza bu kombinasyonu uyguladık. 42 °C üzeri özellikle ince barsaklar olmak üzere dokulara toksik etki gösterdiğinden HİPEK için optimal ısı 40-41 °C' dır. HİPEK cihazı, pompalar, termostat, ısı değişim ünitesi ve ekstra korporal dolaşım ünitesi içerir. Perfüzatin abdomene verilme hızı ve sirkülasyondaki perfüzyon sıvısının ısıyı makinede önceden ayarlanır. Bu işlemlerin deneyimli bir perfüzyon teknisyeni ile birlikte yapılması ve işlem boyunca bu kişinin makine monitorizasyonundan sorumlu olması önerilir. Ekstra korporal dolaşım ünitesi, giriş bölümü, çıkış bölümü, hızlı dolun kısmı, filtre ve boşaltma sistemi içerir. Biz kliniğimizde, Performer® LTR, (RAND, MEDOLLA Milono, İtalya) cihazını kullanmaktayız. Perfüzate olarak, periton diyaliz solusyonu, izotonik ya da Ringer laktat kullanılabilir. Perfüzate miktarı hastanın abdominal hacmine göre ayarlanır ve 6 lt'ye kadar çıkabilir. İntraperitoneal KT karın içine kapalı, yarı kapalı ya da açık karın tekniklerinden biri ile uygulanabilir. Kapalı teknikte, abdomene kateterler yerleştirildikten sonra karın duvarı geçici olarak devamlı sütür tekniği ile kapatılır. HİPEK uygulama aşamaları şu şekilde sıralanabilir: 1- Doldurma ve ön ısıtma fazı: Tedaviye başlamadan önce sistem otomatik olarak rezervuar torbaya önceden hazırlanan (genellikle 3–4 lt) perfüzyon solusyonunu yükler ve önceden ayarlanan 38-40°C ulaşana dek solusyonu sirküle eder. 2-Yükleme ve sirkülasyon: Hastanın kateterleri makineye bağlandıktan sonra sistem perfüzyon solusyonunu rezervuar torbadan periton kavitesine pompalar. Ne kadar sıvının ne hızla pompalanacağı önceden saptanır. Sistemdeki 2. pompa devamlı sirkülasyonu sağlamak üzere peritoneal kaviteden sistemdeki ısıtıcıya perfüzyon sıvısını gönderir. Böylelikle periton boşluğu ve makine arasında dolaşan sıvının ısısı önceden ayarlanan düzeyde sabit tutulur. 3-Boşaltma: Resirkülasyon fazının sonunda peritondaki sıvının tamamı boşaltma torbasına aktarılır.

Perfüzyon sıvısına kemoterapötik ajan makine girişinden eklenir. Pompa akım hızı genellikle 600-1000ml/dk'ya ayarlanır ve 90 dakika boyunca sirküle edilir. İntraabdominal ısı 42.5 °C'a ulaşması için sıvı giriş ısısı yaklaşık 44°C'a çıkarılır. 90 dakika sonunda perfüzyon sıvısı boşaltılır ve abdomen hemostaz açısından kontrol edilir. Gerekli barsak anastomozları ve/veya stomalar oluşturulur.

Kolorektal orijinli PK'da HİPEK için 40mg/m² mitomisin-C (MMC), 40-41 °C, 90 dakika karın içine perfüzyonu optimal tedavidir(14). En önemli toksisite lökopenidir. Bu nedenle genellikle daha düşük dozda

MMC kullanılmaktadır (30mg/m²). MMC dışında ya da MMC ile kombine edilen başka intraperitoneal KT ajanları da mevcuttur (15,16). MMC ve sisplatin en çok tercih edilen ajanlardır. Tek başlarına ya da kombine olarak kullanılabilirler. HİPEK için tek ajan olarak MMC maksimum tölare edilebilen dozu 35 mg/m², sisplatin maksimum tölare edilebilen dozu 300 mg/m²'dir. Kombine kullanıldıklarında önerilen doz MMC için 3.3mg/m²/lt perfüzyon sıvısı, sisplatin için 25mg/m²/lt perfüzyon sıvısı şeklindedir (17).

Sitoredüksiyon ve HİPEK klasik olarak karaciğer ya da akciğer gibi uzak metastazı olan hastalara önerilmese de son zamanlarda karaciğer metastazı olan olgularda bu metastazların rezeksiyonu ile birlikte uygulandığına ve iyi sonuç alındığı bildirilmiştir (18).

Sitoredüksiyonun tamlığı (geride makroskopik tümör bırakmamak) prognoz için en önemli faktördür. Geride gros makroskopik hastalık bırakıldığında maksimum 1 yıllık sağ kalım söz konusu iken küçük rezidü hastalık durumunda median sağ kalım 2 yıldır. Oysa tam sitoredüksiyon yapılan hastaların % 35'inde 5 yıllık sağ kalım sağlanabilmektedir(19).

Tam sitoredüksiyon yapılabilecek hastaların seçimi güçtür. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve diğer görüntüleme yöntemleri hatta laparoskopik inceleme preoperatif hasta seçiminde maalesef çok yardımcı olamamaktadır. Bu hastalarda en iyi bilgi laparotomide elde edilmektedir. Küçük bir hasta grubunda (yaklaşık %10) preoperatif görüntüleme yaklaşımı ile inoperabilite kriterleri (örneğin: incebarsak mezenterinde yaygın tutulum) saptanabilmektedir(19). Hastaların yaklaşık %10 'u ise laparotomi sırasında teknik nedenlerle (incebarsak yüzeylerinde veya mezenterinde yaygın tutulum, karaciğer hilusunda ya da bursa omentaliste diffüz tutulum gibi) sitoredüktif cerrahi için uygun bulunmamaktadır(19).

80'lerden 90'lara dek PK literatürü küçük hasta serilerinde intraperitoneal KT'nin ısıtılmadan uygulandığı (normotermik) ya da postoperatif erken dönemde drenler aracılığı ile devam edildiği çalışmaları içermekteydi(20, 22). Oysa 90'lardan itibaren HİPEK standart intraperitoneal KT yöntemi olarak kullanıma girdi ve serilerdeki hasta sayısı arttı (23 - 28). Randomize olmayan bu çalışmalarda, median sağ kalım yaklaşık 2 yıl, 5 yıllık sağ kalım % 20-25'tir (23-28). İlk randomize olmayan çok merkezli çalışmanın sonuçları 2004 yılında yayınlandı(29). Bu çalışmaya dünyanın çeşitli ülkelerindeki 28 merkezden 506 kolorektal kanser orijinli PK olgusu alındı. Çalışma sonucunda tam sitoredüksiyon yapılan olgularda intraperitoneal KT ile iyi prognoz sağlandığı gösterildi: Median sağkalım 32.4 ay ve seçilmiş hastalarad 5 yıllık sağkalım %31 idi.

Günümüzde PK literatüründe kanıta dayalı tıp ilkeleri doğrultusunda, bir randomize çalışma öne çıkmaktadır (30). Hollanda'da yapılan bu Faz III çalışmada olgular palyatif cerrahi ve sistemik KT (kontrol grubu) ile sitoredüktif cerrahi ve HİPEK (deney grubu) kollarına randomize edildi. Hastalara sistemik KT olarak 5-FU ve lokoverin uygulandı. 3 yılda 105 olgu çalışmaya alındı. Kontrol kolunda 51, sitoredüksiyon ve HİPEK kolunda 54 hasta yer aldı. Kontrol kolunda yalnızca 44 hastaya KT başlandı. 7 olgu tedavi almadı. 2 hasta randomizasyon sonucunu reddetti ve HİPEK tedavisi aldı. Diğer 5 olgu hastalık progresyonu nedeni ile tedavi alamadı. Sitoredüksiyon ve HİPEK kolunda 5 hasta tedavi almadı. 1 hasta ameliyat öncesi öldü. 1 hasta ameliyatı reddetti ve 3 hastada randomizasyondan sonra uzak metastaz gelişti ve ameliyat edilmedi. 35 hastaya HİPEK sonrası sistemik KT verildi. 13 hastaya postoperatif komplikasyonlar nedeni ile HİPEK sonrası sistemik KT başlanamadı. Hastaların %54'ünde PK tutulumu ağırdı (7 abdominal bölgeden 5 ve daha fazlası tutulu). %38 olguda tüm makroskopik PK rezeke edilebildi. Sitoredüktif girişim, %43 olguda küçük rezidü hastalıkla (2.5 mm'den küçük tümör geride bırakıldı), % 19 hastada ise büyük rezidü hastalıkla sonuçlandı. Sitoredüksiyon, omentektomi ve çoğul barsak rezeksiyonlarını içerdi. En sık görülen komplikasyon ince barsak kaçakları idi. 17 hastada hafif lökopeni görüldü. 30 günlük hastane mortalitesi %2 ve ortalama hastane yatışı 26 gün olarak gerçekleşti. 8 olgu postoperatif ilk 3 ayda öldü. Bu hastalarda ölüm nedeni, postoperatif uzun dönem komplikasyonlar ya da erken nüks idi. Tüm erken ölümler ve komplikasyonlarının çoğunluğu ağır PK'i olan hastalarda (7 bölgeden 6 ya da 7'sinin tutulduğu) gerçekleşti. Median sağkalım, palyatif cerrahi ve sistemik KT kolunda 12.6 ay iken sitoredüktif cerrahi ve HİPEK kolunda 22.3 ay idi (p=0.03). Deney kolunda %20 olguda 5 yıllık sağ kalım sağlandı. Bu çalışmada bağımsız prognostik faktörler olarak tam sitoredüksiyon ve hafif PK tutulumu saptandı. Aynı grup daha sonra sitoredüksiyon ve HİPEK uyguladıklar 117 hastanın uzun dönem sonuçlarını yayınladılar (31). Tam sitoredüksiyon yapılan olgularda median sağkalım42.9 ay ve 5 yıllık sakalım %43 idi.

Tablo 1'de 2007 yılında yayınlanan kolorektal kanser orijinli PK tedavisinde sitoredüksiyon ve HİPEK yöntemi için uzlaş raporunda (32) yer alan Faz II ve III çalışmaların toplu sonuçları görülmektedir (23-27,29,30,32-35).

Tablo 1. Kolorektal kanser orijinli peritoneal karsinomatozis tedavisinde sitoredüksiyon ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulanan Faz II ve III çalışmalarının toplu sonuçları (31)

Araştırmacı	Merkez	Tipi	Hasta		İzlem	Median	Sağ kalım(%)				
			Yıl	(n)			Bir	İki	Üç	Dört	Beş
					HİPEK	(Ay)	sağ kalım(ay)	yıl	yıl	yıl	yıl
Verwaall (27)	Amsterdam	Faz III	2004	54	MMC kolu	22	22	67	44		
				51	Kontrol kolu		13	56	22		
Rossi(23)	Padova	Faz II	2003	46	MMC+Sisplatin	15	18	68	31		
Di Filippo(24)	SITILLO	Faz II	2003	69	MMC	-	-	-	-	27	
Levine(25)	Winston-Salem	Faz II	2004	77	MMC	15	16	56	-	25	-
Gilly(32)	Lyon	Faz II	2004	53	MMC	60	13	55	-	32	-
Glehen(29)	Çok merkezli	Faz II	2004	506	MMC/LOHP	53	19	72	-	39	-
Morris(41)	Sidney	Faz II	2005	30	MMC	12	30	71	62		
Kecmanovic(26)	Belgrad	Faz II	2005	18	MMC	21	15				
Elias(34)	Villejuif	Faz II	2005	30	LOHP	55	60	97	73	53	49
Zoetmulder(27)	Amsterdam	Faz II	2005	117	MMC	46	22	75	-	28	-
Sugarbaker(35)	Washington	Faz II	2005	70	MMC	47	33	88	-	44	-

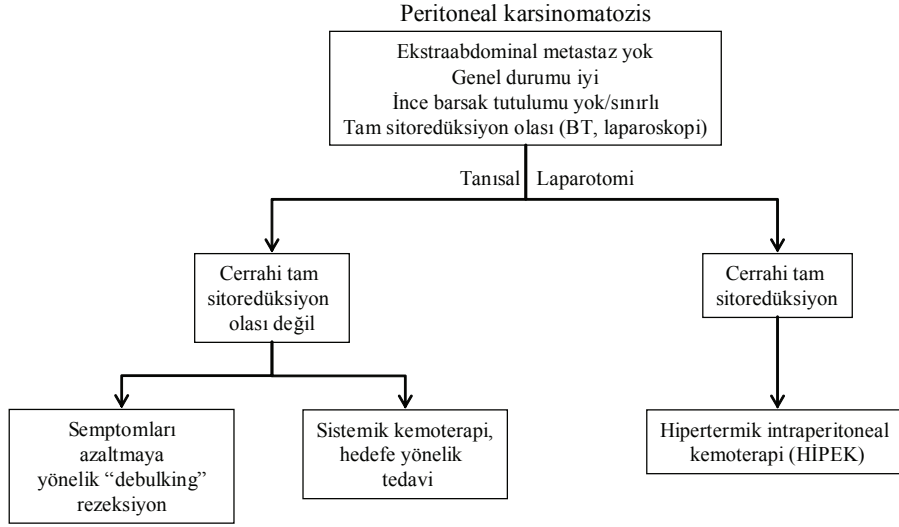
MMC mitomisin C; LOHP oksaliplatin

DEÜTF deneyimi:

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kolorektal Cerrahi Birimi'nde kolorektal kanserli hastaların %7'sinde PK ile karşılaşılmıştır. Bu hastaların %4'ünde yalnızca PK görülürken, %3'ünde uzak metastazlar eşlik etmektedir (36,37). 1996–2005 yılları arasında 29 kolorektal kanser orijinli PK olgusuna sitoredüktif cerrahi ve 5 florourasil (5-FU) ile intraperitoneal KT uygulandı. Bu olguların hiçbirinde intraperitoneal KT HİPEK değildi. Hastalara ameliyat sonunda ve postoperatif 5 gün normotermik ortamda intraperitoneal KT verilmiş ve taburcu edildikten sonra sistemik KT uygulanmıştır. Olguların yaş ortalaması 54 (23-75) yıl idi. 29 olgunun 12'sinde (%41) postoperatif komplikasyon ile karşılaşıldı. 6 (%20) olguda komplikasyonlar reoperasyon gerektiren ciddiyetteydi. 30 günlük sürede postoperatif mortalite %0 idi. Median sağkalım 21 ay olarak gerçekleşti. %72 olguda 1 yıllık, %13 olguda 3 yıllık ve %7 olguda 5 yıllık sağkalım sağlandı. Sağ kalımı etkileyen iki temel faktör bizim çalışmamızda da PK'in ağırlığı ve sitoredüksiyonun tamlığı olarak saptandı. PK tutulumunun ağır olduğu olgularda sağ kalım 22 ay, hafif olgularda 56 ay idi (p=0.075). Tam sitoredüksiyon yapılan olgularda ortalama sağ kalım 62 ay, hafif rezidü hastalıkta 21 ay ve ağır rezidü hastalık durumunda 7 ay idi (p=0.003, p=0.000). Sitoredüksiyonun tam olduğu olgularda 1 yıllık sağ kalım %87, üç yıllık sağkalım %37 ve 5 yıllık sağkalım %25 olarak gerçekleşti. Bu çalışmada PK'in ağırlığı ile sitoredüksiyonun tam olarak yapılabilmesi arasında ters korelasyon olduğunda saptandı (38). Bu sonuçlar bize HİPEK'in ek avantajları olmaksızın bile kolorektal kanser orijinli PK olgularında sağkalımı uzatabildiğini göstermektedir. HİPEK'in yukarıda değinilen üstünlükleri göz önüne alındığında bu yöntemi kullanmaya başlayarak sonuçlarımızı daha iyileştirilebileceğimizi umuyoruz.

Sonuç olarak; kolorektal kanserli hastaların yaklaşık %5-10'unda 'operable' PK mevcuttur. Bu hastalarda sitoredüktif cerrahi ve HİPEK ile sağ kalımı artırmak olanaklıdır. Ayrıca, bu yaklaşım bir grup hastaya kür şansı sunmaktadır. %30–35 olguda 5 yıllık sağkalım sağlanabilmektedir. Bu nedenle kolorektal kanser kaynaklı PK hastalarına karşı cerrahlarda yaygın olan geleneksel ümitsiz tavır değişmek zorundadır. Seçilmiş hastalara sitoredüksiyon ve HİPEK ile tedavi olanağı sunulmalıdır.

Aşağıda kolorektal kanserli PK hastalarına nasıl yaklaşılması gerektiği gösterilmiştir. Cerrahların sitoredüktif cerrahi teknik ve ilkelerini öğrenmesi ve HİPEK gibi ileri tıbbi teknolojileri kullanılması gereklidir. Günümüzde kolorektal kanser kaynaklı PK'in kür şansı olan bir hastalık olduğu bilinmelidir.



Kaynaklar

1. Koppe MJ, Boerman OC, Oyen WJ et al. Peritoneal carcinomatosis of colorectal origin: incidence and current treatment strategies. *Ann Surg* 2006; 243:212-222.
2. Cintron JR, Pearl RK. Colorectal cancer and peritoneal carcinomatosis. *Semin Surg Oncol* 1996; 12:267-278.
3. Knorr C, Reingruber B, Meyer T et al. Peritoneal carcinomatosis of colorectal cancer: incidences, prognosis and treatment modalities. *Int J Colorectal Dis* 2004; 19:181-187.
4. Sugarbaker PH, Gianola FJ, Speyer JL et al. Prospective randomized trial of intravenous vs intraperitoneal 5-FU in patients with advanced primary colon or rectal cancer. *Semin Oncol* 1985; 12:101-111.
5. Sugarbaker PH, Jablonski KA. Prognostic features of 51 colorectal and 130 appendiceal cancer patients with peritoneal carcinomatosis treated by cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy. *Ann Surg* 1995; 221:124-132.
6. Sugarbaker PH, Schellinx ME, Chang D et al. Peritoneal carcinomatosis from adenocarcinoma of the colon. *World J Surg* 1996; 20:585-591.
7. Sugarbaker PH. Peritonectomy procedures. *Ann Surg* 1995; 221:29-42.
8. Schellinx ME, von Meyenfildt MF, Sugarbaker PH. Peritoneal carcinomatosis from adenocarcinoma of the colon. *Cancer Treat Res* 1996; 81:247-260.
9. Los G, McVie JG. Experimental and clinical status of intraperitoneal chemotherapy. *Eur J Cancer* 1990; 26:755-62.
10. Markman M. Intraperitoneal chemotherapy. *Semin Oncol* 199; 18: 248-254.
11. Engelhardt R. Hyperthermia and drugs. Recent results. *Cancer Res* 1987; 104: 136-203.
12. Van Ruth S, Verwaal VJ, Zoetmulder FA. Pharmacokinetics of intraperitoneal mitomycin C. *Surg Oncol Clin N Am* 2003;12:771-780.
13. Sugarbaker PH. Peritonectomy procedures. *Ann Surg* 1999; 221(1):29-42.
14. Van Ruth S, Mathot RA, Sparidans RW et al. Population pharmacokinetics and pharmacodynamics of mitomycin during intraoperative hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Clin Pharmacokinet* 2004 ; 43:131-143.
15. Elias D, Bonnay M, Puizillou JM et al. Heated intra-operative intraperitoneal oxaliplatin after complete resection of peritoneal carcinomatosis: pharmacokinetics and tissue distribution. *Ann Oncol* 2002 ; 13:267-272.
16. Elias D, Marsaud M, Ede C et al. Efficacy of intraperitoneal chemohyperthermia with oxaliplatin in colorectal peritoneal carcinomatosis. Preliminary results in 24 patients. *Ann Oncol* 2004; 15:781-785.

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

17. Elias D. Chemotherapies, carrier solution and optimal temperature. International Workshop on Peritoneal Surface Malignancy, December, 4-6 2006, Milano, Italy, Scientific Documents and Abstracts p. 19-21.
18. Elias D, Benizri E, pocard M et al. Treatment of synchronous peritoneal carcinomatosis and liver metastases from colorectal cancer. *Eur J Surg Oncol* 2006; 32(6):632-636.
19. Zoetmulder FAN. Peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. In *Intraperitoneal cancer therapy*, Eds. Helm CW, Edwards RP, Humana Press Inc. Totowa New Jersey 2007, p119-130.
20. Schneebaum S, Arnold MW, Staubus A et al. Intraperitoneal hyperthermic perfusion with mitomycin C for colorectal cancer with peritoneal metastases. *Ann Surg Oncol* 1996; 3:44-50.
21. Füzün M, Sökmen S, Terzi C, Canda AE. Cytoreductive approach to peritoneal carcinomatosis originated from colorectal cancer: Turkish experience. *Acta Chir Iugosl.* 2006; 53(2):17-21.
22. Sugarbaker PH. Treatment of peritoneal carcinomatosis from colon or appendiceal cancer with induction intraperitoneal chemotherapy. *Cancer Treat Res* 1996; 82:317-325.
23. Pilati P, Mocellin S, Rossi CR et al. Cytoreductive surgery combined with hyperthermic intraperitoneal intraoperative chemotherapy for peritoneal carcinomatosis arising from colon adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol* 2003;10:508-513.
24. Cavaliere F, Peri P, Rossi CR et al. Indications for integrated surgical treatment of peritoneal carcinomatosis of colorectal origin: Experience of the Italian Society of Locoregional Integrated Therapy in oncology. *Tumori* 2003; 89:21-23.
25. Shen P, Hawksworth J, Lovato J et al. Cytoreductive surgery and intraperitoneal hyperthermic chemotherapy with mitomycin C for peritoneal carcinomatosis from nonappendiceal colorectal carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2004; 11:178-186.
26. Kecmanovic DM, Pavlov MJ, Ceranic MS et al. Treatment of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer by cytoreductive surgery and hyperthermic perioperative intraperitoneal chemotherapy. *Eur J Surg Oncol* 2005; 31:147-152.
27. Verwaal VJ, van Ruth S, Witkamp A et al. Long-term survival of peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *Ann Surg Oncol* 2005; 12:65-71.
28. Sugarbaker PH. A curative approach to peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer *Semin Oncol* 2005;32:868-873.
29. Glehen O, Kwiatkowski F, Sugarbaker PH et al. Cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy for the management of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: a multi-institutional study. *J Clin Oncol* 2004;22:3284-3292.
30. Verwaal V, van Ruth S, de Bree E et al. Randomized trial of cytoreduction and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy and palliative surgery in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal cancer. *J Clin Oncol* 2003;21: 3737-3743.
31. Esquivel J, Sticca R, Sugarbaker Pet al. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in the management of peritoneal surface malignancies of colonic origin: a consensus statement. *Society of Surgical Oncology. Ann Surg Oncol.* 2007;14(1):128-133.
32. Glehen O, Cotte E, Schreiber V, Sayag-Beaujard AC, Vignal J, Gilly FN. Intraperitoneal chemohyperthermia and attempted cytoreductive surgery in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *Br J Surg* 2004;91: 747-754.
33. Yan TD, Links M, Kam P, Morris DL. Cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy for colorectal peritoneal carcinomatosis. Submitted for publication.
34. Elias D, Raynard B, Farkhondeh F et al. Peritoneal carcinomatosis of colorectal origin: long-term results of intraperitoneal chemohyperthermia with oxaliplatin following complete cytoreductive surgery. Submitted for publication.
35. da Silva RG, Sugarbaker PH. Analysis of 10 prognostic factors in 70 patients having a complete cytoreduction plus perioperative intraperitoneal chemotherapy for carcinomatosis from colorectal cancer. Submitted for publication.
36. Füzün M, Sökmen S, Terzi C, Alakavuklar M, Hacıyanlı M. Cytoreductive approach to peritoneal carcinomatosis. *Journal of BUON* 1999; 4(2); 189-192.
37. Füzün M, Terzi C. Peritoneal karsinomatozis. Sayek İ editör, *Temel Cerrahi*, üçüncü baskı, Ankara, Güneş Kitabevi; 2004, s. 1523-1530.
38. Füzün M, Terzi C, Sökmen S, Yılmaz U, Canda AE. Cytoreductive approach to peritoneal carcinomatosis originated from *colorectal cancer*: Turkish experience. 5. International Workshop on Peritoneal Surface Malignancy, December, 4-6 2006, Milano, Italy, p. 70

Kolorektal Cerrahide Profilaktik Antibiyotik Kullanımı

Dr. Erdoğan Sözüer

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Profilaksi, eski Yunanca’da önlem almayı artırmak, ihtiyatlılık, hastalığı önlemek için harekete geçmek anlamına gelir. Antibiyotiklerin bulunması cerrahi yara enfeksiyonlarının önlenmesinde çığır açmıştır. Profilaksi, konak savunmasının etkilenmeyeceği düzeyde olmak koşuluyla, intraoperatif kontaminasyondaki mikrobiyal yükü azaltmak için **uygun zamanda, uygun antibiyotiğin, yeterli dozlarda** kullanımı ile alınan bir önlemdir.

Antibiyotik profilaksisi, dokuda bakteri yayılımını ve cerrahi sahadaki mikroorganizmaların sayısını düşürerek, postoperatif bakteriyel enfeksiyonların sıklığını azaltmak için yapılır.

Profilaksinin amacı hem sepsis, intraabdominal apse gibi ciddi postoperative enfeksiyonların hem de postoperatif dönemde sık görülen kesi yeri enfeksiyonlarının sıklığını azaltmaktır.

Enfeksiyon oluşma riskini artıran faktörler:

Sistemik faktörler

Hipovolemi
Şok
Malnütrüsyon
Obezite
Diyabet
Steroid tedavisi
İmmüsupresyon

Lokal faktörler

Doku iskemisi
Ölü doku
Yabancı cisimler (dren, sütür)
Hematom
Ölü boşluk

Çevresel faktörler

Aşırı elektrokoter kullanımı
2 saatten uzun süreli ameliyat
İntraoperatif kontaminasyon
Kötü cerrahi teknik

Cerrahi yara enfeksiyonlarından sorumlu ajan, ekzojen kaynaklardan ziyade endojen floradandır. Yüzeysel yara enfeksiyonları ile ilişkili en sık görülen mikroorganizmalar S. aureus ve S. epidermidis’lerdir. Derin enfeksiyonlardan sıklıkla E. coli ve Klebsiella suşları gibi çeşitli gram (-) organizmalar sorumlu tutulmaktadır. Hastaneler ve klinikler kendilerine ait spesifik patojenleri saptarlarsa profilaksi, bu organizmalara yönelik sağlanabilir.

Abdominal yaraların enfeksiyonunda en önemli risk faktörü cerrahi girişim sırasındaki bakteriyel kontaminasyon olup kolorektal cerrahi sonrası görülen cerrahi yara yeri enfeksiyonları önemli bir problemdir.

- Bu hastaların yoğun bakımda yatış süreleri uzar.
- Hastanede kalış süreleri daha uzundur.
- Mortalite daha yüksektir (yaklaşık 2 misli daha yüksek)
- Taburcu edildikten sonra hastaneye yeniden yatış oranları yüksektir.

Kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda profilaktik antibiyoterapi uygulandığında yara yeri enfeksiyonu oranı çok daha az görülmektedir (profilaksi uygulanmayanlarda %30-50, uygulananlarda % 5-15). 1980’li yılların başında yapılan çalışmalarda antibiyotiklerin yara yeri enfeksiyonu gelişmesinde etkili oluğu kesinlikle ortaya konmuştur. Bu konuyla ilgili çalışmalarda antibiyotik verilmeyen grup uygulaması bilimsel olarak etik kabul edilmemektedir.

Cerrahide profilaktik antibiyotik kullanımının genel kabul gören temel prensipleri:

1. Profilaktik antibiyotik kullanımı klinik çalışmalarla postoperatif enfeksiyon riskini azalttığı gösterilen cerrahi girişimler için uygulanmalıdır.
2. Antibiyotiğin uygulama zamanı kritik önem taşır. İnsizyon sırasında ve dokuların mikroorganizmalarla potansiyel kontaminasyon süresi boyunca antibiyotiğin dokuda yeterli dozda bulunması istenir. Amaç, bakteriyel floranın azaltılması ve konağın normal savunma mekanizmalarının karşı koyabileceği düzeye getirilmesidir. Profilaktik antibiyotiğin optimum uygulama zamanı ameliyattan 30-60 dakika öncedir. Pratik olarak anestezi indüksiyonu ile verilmesinin en iyi zamanlama olduğu belirtilmektedir.

3. Antibiyotiklerin profilaktik olarak kullanım süreleri sınırlıdır. Birçok cerrahi girişimde antibiyotiklerin postoperatif dönemde verilmeye devam edilmesinin gerekli olmadığı, süperenfeksiyon ve direnç gelişimini artırdığı bilinmektedir. Genel olarak profilaktik antibiyotiğin tek doz olarak verilmesinin yeterli olduğu düşünülür. Operasyon 3 saatten uzun sürüyorsa veya kan kaybı fazla ise ek doz antibiyotik gerekir.

4. Özel durumlar (laparotomi sırasında saptanan kolon perforasyonu gibi) dışında profilakside tek doz 1. kuşak sefalosporin yeterlidir. Önerilen antibiyotik sefazolindir. Geniş spektrumlu antibiyotikler profilaktik olarak kullanılmamalıdır.

5. İmmunsupressif hastaların profilaksisinde ve dren konulan ameliyatlarda, ilgili girişim ve lokalizasyonla ilgili standart öneriler geçerlidir. Profilaksi maksimum 24 saatte sonlandırılmalıdır.

6. Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde profilaktik antibiyotik uygulaması asepsi-antisepsi ve iyi bir cerrahi tekniğin yerini alamaz.

Kolorektal cerrahi sonrası gelişen enfeksiyonlardan, çoğunlukla E.coli, proteus, klebsiella ve enterokoklar gibi aeroblar ve bakteroides, klostridyum ve fusobakteriumlar gibi anaeroblar sorumludur. Bu polimikrobiyal spektrum, etki spektrumu hem aerobları hem de anaerobları kapsayan antibiyotiklerin kullanılmasını zorunlu kılar. Bu nedenle seçilecek antibiyotik hem anaerobik bakterilere, hem de aerobik basillere etkili olmalıdır.

Cerrahi alan enfeksiyonlardan korunmak için, profilakside kullanılacak antibiyotik şu özelliklere sahip olmalıdır:

- Antibiyotiğin etki spektrumu, ameliyatta karşılaşılabilecek bakterileri kapsamalıdır,
- Mutlaka bakterisid etkiye sahip olmalıdır,
- Damar yoluyla verilebilmelidir,
- Ameliyat alanındaki dokuya yeteri kadar penetre olabilmelidir,
- Allerjik veya toksik yan etkileri bulunmamalıdır,
- Pahalı olmamalıdır.

Antibiyotik seçerken bazı faktörleri göz önüne almak gerekiyor:

- Elektif bir cerrahi mi, acil bir cerrahi mi uygulanacak?
- Hastada tıkanma var mı?
- Hastada başka bir enfektif hadise var mı?
- Hastanın bazı antibiyotiklere alerjisi var mı?
- İnflamatuvar bir barsak hastalığı var mı?
- Böbrek yetmezliği var mı?
- Cerrahi öncesi steroid uygulanmış mı?
- Diyabeti var mı?

Profilaktik antibiyoterapiyi ne zaman uyguluyoruz?

Cerrahi profilaksi için en uygun zaman aralığının deri insizyonundan 30-60 dakika önce olmalıdır. Ameliyattan saatler önce ya da ameliyattan sonra verilen bir antibiyotiğin profilaktik etkisi yoktur. Profilaktik antibiyotik anesteziiden hemen önce de verilebilir. Ameliyattan hemen önce verilen tek doz antibiyotik ile profilaksi gittikçe daha çok taraftar bulmaktadır, bizim rutin uygulamamız da böyledir.

Derin Ven Trombozu Sorunu - Ne Kadar Önemli, Profilaksi, Nasıl? Venöz Tromboemboli Profilaksi ve Tedavisinde Pratik Noktalar

Dr. Mehmet Kurtoglu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Travma ve Acil Cerrahi Servisi, İstanbul

Venöz tromboembolide profilaksi derin ven trombozu ve pulmoner emboliyi önlemek amacı ile yüksek riskli hasta grubunda uygulanmaktadır. Profilaksi üzerine çalışmaları yıllardır yürütülmesine rağmen tedavide elde edilen başarılar kadar başarılı sonuçlar elde edilememiştir. Bütün cerrahi işlemler, cerrahi teknik, yandaş hastalıklar, trombofili ve fiziksel durumlar venöz tromboemboli riskini artırır. Cerrahi teknikte, örneğin laparotomi, artroplasti, turnike kullanmak, primer veya sekonder cerrahi komplikasyonlar, genel anestezi veya epidural anestezi, cerrahi tanıda gecikme venöz tromboemboli riskini artırmaktadır. Ancak bu risklere rağmen profilaksi yapılmasında en çok tartışılan konu kanama riskinin de artacağı düşüncesidir. Venöz tromboemboli riski önemszenmemekle birlikte, cerrahlarda bilinçsiz bir kanama riski korkusu vardır. Hâlbuki yüksek riskli hastalarda profilaksi yapılsa bile pulmoner emboli riski sıfırlanamamaktadır. Venöz tromboz en sık alt ekstremitelerde derin venlerinde görülür. Proksimal venlerdeki tromboz (popliteal, femoral, iliak) pulmoner emboliye yol açarak ciddi morbidite ve ölüme kadar yol açabilir. VTE’de semptom ve bulgular venöz akımın duraklaması, damar duvarı ve çevre dokuda enflamasyon ve pulmoner dolaşıma embolizasyon sonucu gelişir. Proksimal ven trombozu olan hastaların % 50 sinde ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde asemptomatik pulmoner emboli saptanabilir. Venöz trombozlar venöz kapaklarda hasara ve sonuçta post flebitik sendroma yol açarlar. VTE’nin yıllık insidansı genel popülasyon içerisinde 100.000 de 69-139 arasındadır. Hastaneye yatırılan hastalar içerisinde ise bu oran yaklaşık olarak 100.000 de 350 civarındadır. A.B.D.’de hastaneye yatırılan hastalarda bu nedenden dolayı yaklaşık olarak her yıl 250.000 kişi kaybedilmektedir. Daha önce yapılan bir çalışmada hastaneye yatan hastaların % 90 dan fazlasının VTE için birden fazla risk faktörüne sahip olduğu gösterilmiştir. Risk faktörleri sayısı hastaların yaşı arttıkça artmaktadır.

1862 yılında Rudolf Virchow VTE etiyolojisini açıklayan triad olarak adlandırılan venöz staz, hiperkoagülasyon ve endotel hasarını tarif etmiştir. Bu triad venöz tromboembolinin üç ana sebebi olarak bilinir.

Cerrahide Venöz Tromboemboli Oranları

Hastaneye yatırılan ve cerrahi işlem uygulanacak olgularda VTE komplikasyonlarının gelişim riski belirgin şekilde artmaktadır. Bu olgularda VTE %10–40 görülmekte ve komplikasyon olarak karşımıza çıkan PE tüm hastane mortalitelerinin %4–11 nedenini oluşturmaktadır. VTE sonrası %20–50 post trombotik sendrom(PTS) ve %5–10 ciddi PTS gelişir. Aşağıdaki tabloda VTE’nin birimlere göre görülme oranları sıralanmıştır.

Genel cerrahi	% 15–40	Yoğun bakım hastaları	% 10-80
Majör ürolojik cerrahi	% 27–37	Jinekolojik cerrahi benign, Malign	%11–26
Nöroşirurji	% 17–27	Hastanede yatan hasta	%8–16
İnme	% 51–61	Yanık	% 31-39
Majör travma	% 46-55		
Spinal kord yaralanması	% 31-39		

Kanser cerrahisinde VTE	% 30
Kolorektal cerrahide VTE	% 35 (Ölümcül PE: % 3)
Pelvik cerrahide VTE	% 45

Günümüzde cerrahi uygulanan olgularda; erken mobilizasyon, gelişmiş perioperatif bakım, tromboproflaksinin uygulanması ile VTE komplikasyonlarının gelişim riski azaltılabilmektedir. Bununla birlikte daha fazla majör cerrahinin ileri yaşta uygulanması, kemoterapi kullanımı, uzamış hastanede yatma VTE riskini artırmaktadır. Ayrıca cerrahinin tipi ve süresi, klinik risk faktörlerinin varlığı, konjenital ya da edinsel trombofilik bozuklukların bulunması VTE gelişimine katkıda bulunmaktadır.

Cerrahi hastalarda venöz tromboemboli riski artmakla beraber trombofili araştırılması yapılmadığı için esas risk bilinemez. Bu nedenle tüm cerrahi ve medikal vakalar VTE profilaksisi için düşük, orta, yüksek ve çok yüksek olmak üzere dört risk sınıfına ayrılırlar ve unutulmamalıdır ki en düşük risklilerde bile pulmoner emboli riski vardır.

Genel cerrahi hastalarında VTE risk sınıflaması

Düşük risk	Komplike olmayan minör cerrahi, yaş <40, risk faktörü yok
Orta risk	40–60 yaş ve risk faktörü yok <40 yaş, majör cerrahi, ek risk yok minör cerrahi ve ek risk faktörleri var
Yüksel risk	>60 yaş ve majör cerrahi 40–60 yaş, majör cerrahi ve ek risk faktörü var medikal hastalıklar
Çok yüksek	>40 yaş, majör cerrahi ve daha önceden VTE/kanser/trombofili majör alt ekstremitte ortopedik cerrahisi politravma felç, spinal kord hasarı

Profilaksi Yöntemleri

- Farmakolojik yöntemler: Heparine, DMAH, oral antikoagulanlar, dekstran, aspirin
- Mekanik yöntemler: Diz altı varis çorabı, intermitten pnömatik kompresyon cihazları (PKC),
- Filtreler

Kaynaklar

- Clagett GP, Anderson FA Jr., Geerts W, et al: Prevention of venous thromboembolism. Chest 114 (suppl):531-560,1998.
- Lam EY, Mary E, Giswold ME, Moneta GL, Venous and lymphatic disease Brunicaardi FC, Andersen DK, Billiar TR et al Schwartz's Principles of Surgery Eight Edition USA :McGraw-Hill 2005 (809-834)
- Bick RL, Kaplan H: Syndromes of Thrombosis and Hypercoagulability.Congenital and Acquired Causes of Thrombosis. Med Clin North Am. 82:409,1998)
- Proctor Mc Greenfield LJ;Pulmonary Embolism:Diagnosis, incidence, and Implications. Cardiovasc Surg 5:77, 1997.)
- Anderson FA Jr., Wheeler HB, Goldberg RJ, et al: A prospective study of the incidence and case fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism . The Worcester DVT study arch inter med 151:933,1991.
- Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, Bergqvist D, Lassen MR, Colwell CW, Ray JG Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest. 2004 Sep;126(3 Suppl):338S-400S Publishing Company, 1997.

Kolorektal Kanserlerde Küratif Rezeksiyon Sonrası İzlem

Dr. İskender Sayek

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Kolorektal kanserler dünyada kanserler arasında sık görülen kanserlerden olup batı medeniyetlerinde yaklaşık olarak 20 kişide bir görülmektedir (1). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine göre 2005 yılında kolon kanser görülme insidansı 100 000 kişide 7.51’dir ve kanserler arasında sıklık açısından 7. Sırada yer almaktadır. Rektum Kanseri ise kayıt alınan 8 ilin sadece 2.sinde ilk 10 arasına girmiş ve insidansı 100 000 kişide 4.02-4.73 arasında değişmiştir (2). Bu insidansa göre yılda yeni 5000 dolaylarında kolon kanseri, 2500-3000 arasında da rektum kanseri hastası tanı almaktadır. ABD’de bu rakamlar yeni tanı alan kolorektal hastası 2008 yılında 148 810 olup bu hastaların yaklaşık olarak % 40’ı erken veya lokalize kanser evresindedir (3). Bu kanserlerin yaklaşık olarak %60-75’inde küratif bir cerrahi uygulanabilir. Küratif cerrahi uygulanan bu hastaların %30-50’sinde rekürrens veya metastaz gelişir (1,4-6). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1996-2008 yılları arasında tedavi edilen 739 kolorektal kanser hastasının % 76.6’sına (566) küratif amaçlı cerrahi girişim uygulanmıştır. Rekürrenslerin önemli bir kısmı ilk üç yılda olmak üzere %90’ı ilk beş yılda ortaya çıkmaktadır. Hastaların %7.7’sinde metakron kolorektal kanser gelişme riski vardır (7).

Rekürrens veya metastaz gelişen kolorektal kanserli hastaların önemli bir kısmında ikincil cerrahi girişimler yapılabilmektedir. Bunun yanı sıra bu hastalarda ikinci bir kanser gelişme riski de vardır. Bu gerçekler rekürrens veya metastazın veya ikincil gelişen tümörlerin erken tanımlanmasını gerektirmektedir. Erken tanımlanan bu lezyonların tedavisine de olanak sağlanacaktır. Son dönemde güncel tanı yöntemlerinin kullanılması ile ikincil tedaviden yararlanabilecek hastalar daha iyi belirlenebilecektir (8). Dolayısıyla ilk ameliyat sonrasında kolorektal kanserli hastaların izlenmesinin yararlı sonuçlar vereceği düşünülerek haklılığı ortaya konulmuştur. Güncel çalışmalar izlem protokollerinin küçük ancak önemli bir yaşam avantajı sağladığını göstermektedir (7).

Kolorektal kanserli hastalarda sistematik izlemin en sık belirtilen nedenleri

- 1) kür ve uzun süreli yaşam olasılığının değerlendirilmesi,
- 2) hasta ve aileine psikolojik destek verilmesi,
- 3) kalite kontrolünün yapılması ve
- 4) klinik çalışmalarına katılım olarak sayılmaktadır (4,5). Bunların yanı sıra rekürrens veya metastaz riski yüksek hastaların belirlenmesi, ameliyat sonrası komplikasyonların izlenmesi ve tedavi yöntemlerinin değerlendirmesi de nedenler arasında sayılabilir.

Tüm bilinenlere karşın küratif amaçlı yapılan kolorektal kanser cerrahi tedavisi sonrasında uygulanacak izlem protokollerinin uygulanması standart değildir. Bu durumun en iyi göstergesi Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği üyeleri üzerinde yapılan araştırmanın sonucudur. Yapılan anket çalışmasında üye cerrahların sadece %31’i ameliyat sonrası birinci yılda bilgisayarlı tomografi yaptırmakta ve %53’ü izlemde bilgisayarlı tomografiyi hiç kullanmamaktadır. CEA ölçümünü birinci yıl her ay yaptıran cerrah oranı %5 iken 54’ü CEA kontrolünü hiç yaptırmamaktadır (4).

İzlem protokollerinin uygulanması kanser hastalarında etkisi olumlu veya olumsuz etki yapabilir. Olumlu etki hastaya destek ve güvence verilmesidir. Olumsuz etki ise yalancı güvence, hastanın anksiyete duyması, tedavi edilemeyecek rekürrens saptanması ile ilgili korku, yapılan işlemlerle ilişkili morbidite ve mortalite ve yanlış pozitif sonuçların yaratacağı stres sayılabilir (1).

Değişik izlem protokolleri farklı kuruluşlar tarafından önerilmiştir. Ancak hepsinde izlem parametreleri ortaktır (Tablo 1). Bu izlemin maliyet etkinliği de göz önünde bulundurulmalıdır. Değişik çalışmalarda maliyet etkinliği değerlendirmelerde 5 yıllık izlem için 910 ile 26 717 ABD Doları arasında maliyet olduğu (7), rekürrens başına da CEA için 5 696, fizikinceleme için ise 418 615 ABD Doları (9) maliyet olduğu bildirilmektedir.

Tablo 1: İzlemede Kullanılan Yöntemler

1. Öykü, fizik inceleme ve risk belirlenmesi
2. Laboratuvar testleri
3. Görüntüleme yöntemleri
4. Endoskopik izlem teknikleri
5. Laboratuvar-temelli prognoz belirleyicileri

İzlemin nasıl yapılacağı ile değişik protokoller vardır. Amerikan Klinik Onkoloji Birliği (ASCO) 2005 yılında kolorektal kanserlerde cerrahi sonrası izlem protokolünü güncelleştir (10). (Tablo 2) Kolorektal kanserlerde cerrahi tedavi sonrası izlem farklı yoğunlukta yapılabilir. Küratif cerrahi geçiren hastalarda yoğun izlemin yaşam süresi açısından daha iyi sonuç verdiği değişik değerlendirmelerde gösterilmiştir (1,7,11,12)

Tablo 2: ASCO Uygulama Rehberi 2005 Güncellenmiş Protokolu

- İlk üç yıl 3-6 ayda bir muayene, daha sonra sıklığın azaltılması
- Evre II ve III hastalarda adjuvan tedavi bitiminden sonra her üç ayda bir CEA tayini
- İlk üç yıl her yıl karın ve göğüs bilgisayarlı tomografi
- Perioperative ve üç yılsonunda kolonoskopi
- Radyoterapi uygulanmayan rektal kanserlerde 6 ayda bir proktosigmoidoskopi

Kaynaklar

1. Jeffery M, Hickey BE, Hider PN . Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 1.
2. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri 2005 www.saglik.gov.tr
3. German KS, Acharya CR, Edelman E ve ark. A genomic approach to colon cancer risk stratification yields biologic insights into therapeutic opportunities. PNAS 2008;105: 19432-37.
4. Schwartz RW, McKenzie S. Update on postoperative colorectal cancer surveillance. Current Surgery 2005; 62:491-494
5. Anthony T, Simmang C, Hyman N ve ark. Practice Parameters for the surveillance and follow-up of patients with colon and rectal cancer. Dis Colon Rectum 2004; 47:807-817.
6. Rodriguez-Moranta F, Salo J, Arcusa A ve ark. Postoperative surveillance in patients with colorectal cancer who undergo curative resection. J Clin Oncol 2006;24:386-393.
7. Tjandra JJ, Chan MKY. Follow-up after curative resection of colorectal cancer: A metanalysis. Dis Colon Rectum 2007; 50:178-1799.
8. Johnson FE, Virgo KS. Follow-up for patients with colorectal cancer after curative-intent primary treatment. J Clin Oncol 2004; 22:1363-1366.
9. Papagrigoriadis S. Follow-up of patients with colorectal cancer. Intern J Surg 2007; 5:120-128
10. Desch DE, Benson AB, Somerfield MR ve ark. Colorectal Cancer Surveillance: 2005 Update of ASCO Practice Guideline. J Clin Oncol 2005;23:8512-19.
11. Figueredo A, Rumble RB, Maroun J ve ark. Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer: a practice guideline. BMC Cancer 2003;3:26
12. Renehan AG, Egger M, Saunders MP, O'Dwyer ST . Impact on survival of intensive follow-up after curative resection for colorectal cancer BMJ 2002;324:1-8

Pelvik Taban Hastalıklarının Tanısında Anorektal Fizyolojik İncelemeler

Dr. Türker Bulut

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Pelvik taban hastalıkları birbirinden farklı klinik tabloları olan bir dizi hastalığı barındırır. Bunlar arasında nörojenik fekal inkontinens, stress üriner inkontinens, anismus tipi kabızlık, soliter rektal ülser sendromu, rectal prolapsus, genitoüriner prolapsus, hemoroidal hastalık, idyopatik anal ve perineal ağrı sendromları sayılabilir. Pelvik tabanın indirek yolla etkilendiği hastalıklar içinde cauda equine sendromu, Parkinson hastalığı, multipl skleroz ve yaşlılığa bağlı fekal taşlaşma mevcuttur.

Anatomi

Pelvik taban, levator ani olarak adlandırılan çizgili kas tabakalarından ibarettir. Levator ani kasının yapıştığı kemiklerden ismini alan üç parçası: pubo-, ilio-, ve iskiokoksigeus kaslarıdır. İskiokoksigeus kası erkeklerde rudimenter bir kastır. Puborektal kas ise son zamanlarda eksternal anal sfinkterin bir parçası olmaktan ziyade pelvik taban kası olarak kabul edilmektedir. Pelvik tabanın ortasındaki defektlerden visseral organlar geçer.

Pelvik taban alanının farklılığı Afrika kökenli ve Avrupa kökenli Amerikalı sağlıklı kadınlarda araştırılmıştır (1). Pubis-iskial çıkıntı-sakrum arasındaki alan ölçülmüş ve 1. grupta posterior pelvik taban alanı %10.4, total pelvik taban alanı %5.1 daha küçük bulunmuştur (p=.61).

İnnervasyon

Rektum ve anal kanal sempatik ve parasempatetik otonom sinir sistemi ile inerve edilir. Sempatik innervasyon 1., 2. ve 3. lomber segmentlerden çıkan lifler lomber splanknik sinirlere, oradan da preaortik pleksusa ulaşırlar. Preaortik pleksusa çölyak pleksustan gelen lifler de katılır. Preaortik pleksustan kalkan lifler a. mezenterika inferiör kökündeki inferiör mezenterik pleksusa gelirler. Buradaki gangliyonlardan kalkan lifler a. mezenterika inferiör dallarını izleyerek sol kolon ve rektuma ulaşırlar (2).

Alt rektum, mesane, genital organlar sempatik uyarıları hipogastrik (presakral) pleksus aracılığıyla alırlar. Hipogastrik pleksustan sağlı-sollu çıkan hipogastrik sinirler pelvis duvarının iki yanında pelvik pleksusu meydana getirirler. Pelvik pleksuslar 2.,3.,4., sakral segmentlerden parasempatetik nervi erigentesleri de alırlar. Pelvik pleksustaki gangliyonlardan çıkan lifler alt rektumu, anal kanalı, mesaneyi ve genital organları inerve ederler.

İkinci, 3. ve 4. sakral sinirlerden gelen parasempatetik lifler öne, yana ilerleyerek pelvis yan duvarında sempatetik liflerle birleşip pelvik pleksusu oluştururlar. Bu pleksustan kalkan lifler organlara dağılır. Sol kolonun parasempatetik aktivitesi 2.,3.,4. sakral sinirlerden inferior mezenterik pleksusa doğru yükselen liflerle sağlanır.

Anal Kontinens

İnternal anal sfinkter (İAS), anal kanal istirahat basıncının % 80'ini sağlar ve temelde gaz kontinensini kontrol eder. İAS otonom sistem kontrolünde parasempatik liflerle inhibe ve sempatik sistem ile stimule olur. Eksternal anal sfinkter (EAS) pudental sinirin somatik lifleri (S2, S3 ve S4) tarafından inerve edilen çizgili kastır. Puborektal kas ise 60 – 105 derecelik anorektal açığı sağlayan ve hasarı halinde kaçınılmaz olarak inkontinense yol açan en önemli komponenttir. Somatik liflerini pudental sinirden alır. EAS ve puborektal kas, pelvik diyafram kasları ile birlikte devamlı tonik kontraksiyon halindedir (3). EMG'de devamlı olarak bazal bir aktivite devam eder, uyku esnasında dahi elektriksel aktivite bulunur.

Puborektal kasın kontraksiyonu anorektal bölgede kapak şeklinde valv oluşmasını sağlar. Normalde anal kanal basıncı intraabdominal basınçtan 60–100 cmH₂O yüksektir. Öksürme, ağır kaldırma gibi intraabdominal basıncı arttıran durumlarda puborektal kasın yarattığı açının nedeniyle rektumun ön duvarı anal kanal üzerine doğru yatarak lümenin kapanmasını sağlar. Bu olay 'flap valv' etkisi olarak tanımlanır. Ayrıca abdominal rektus kası ile pelvis tabanı ve EAS arasında bulunan bir spinal refleks bu kasların birlikte kontraksiyonunu sağlayarak stres fekal inkontinensi önler.

Anal valvlerden itibaren proksimale doğru 2 cm.lik bölgede skuamöz epitel ile silindirik epitelin geçiş gösterdiği bölge (anal transisyonel zon - ATZ), kontinensin sensoryel fonksiyonunda önemli bir komponenttir

(4). Anal kanaldaki damar yastıkları da (hemoroidler) ıkınma esnasında venöz çıkış engellenerek şişmesi ile istirahat kontinensin sağlanmasına yardımcı olur (5). Prolabe oldukları zaman mukus ve feçes sızıntısı olur. Kontinensi sağlayan kasların innervasyonu pudental sinir ve sakral pleksustaki refleks yolları ile sağlanır. Bu yolun bütünlüğü anokutanöz refleksin varlığı ile basitçe gösterilebilir: perianal cilde basmakla eksternal anal sfinkterde normal olarak geçici kontraksiyon oluşur. Kontinens için ipsilateral 3, kontrateral 2 sakral kök sağlam kalmalıdır. Ekstrapiramidal sistem (Parkinson hastalığı) ve otonom sistem hastalıklarında (Shy-Drager sendromu) da anal sfinkter fonksiyonlarında bozukluklar görülebilir (6,7). Ancak anal sfinkter motor nöron hastalığına dirençlidir (8).

Kolon Transit Çalışmaları

Kolon içeriğinin pasajı en sıklıkla radyopak marker çalışması ile incelenmektedir. Klinikte 20 radyopak marker içeren kapsül (Sitzmark®, Konsyl Pharmaceuticals Inc. Fort Worth, TX) kullanılmaktadır. 1. gün 20 adet radyopak marker yutularak 5. gün direk batın grafisi çekilir. Normalde markerların % 80'inin boşalmış olması gerekir. Veya 7. günde hepsi atılmış olmalıdır. Ağır konstipasyonda 10 gün sonra dahi markerlar tam olarak boşalmayabilir. Bu metotta midenin geç boşalması veya ince barsak transitinin yavaş olması belirlenemeyeceğinden segmenter kolonik transitin hesaplanması için günlük grafiler çekilir. Hesaplama kolon, posterior spinöz çıkıntılar boyunca 5. Vertebraya kadar çekilen düz hat ile bu noktadan iliyak kanadın anterior superior uçlarına uzatılan ters 'Y' çizilerek sağ, sol ve rektosigmoid bölgelere ayrılır. Her segmentte kalan marker sayısına göre transit zamanı belirlenir.

Ortalama kolon transit (OKT) = $1.2 (n_1 + n_2 + n_3 + \dots + n_j)$ formülü ile hesaplanabilir. Burada n = her grafideki marker sayısını ve j = çekilen toplam grafi sayısını gösterir.

Üçer gün ara ile direk grafiler ile takibe devam edilebilir. Normal olarak markerlar 4 saatte kolona girer ve segmenter kolon transit değerleri (erkek/kadın): sağ kolonda 9/13 saat, sol kolonda 9/14 saat ve rektosigmoid kolonda 13/12 saat olarak belirlenmiştir (10). Toplam kolon transit zamanı erkekte 31, kadında 39 saattir. İkinci yöntemle sağlıklı kişilerde markerların 72 saatte kolonu terkettiği saptanmış ve bunun üzerindeki transit süreleri anormal olarak kabul edilmektedir (11).

Anal Manometri

Test	Endikasyon	Değerlendirme
İstirahat basıncı	İAS değerlendirilmesi	Azalmış basınç = zayıf veya yırtılmış İAS Artmış basınç = düz kas spazmı
Sıkma basıncı	EAS değerlendirilmesi	Azalmış basınç = zayıf EAS (myojenik/nörojenik) Sıkma dayanıklılık süre azalması (<45 s) = pudental sinir hasarı?
Rektoanal inhibitör refleks	Hirschsprung hast. Araştırması	Mevcut = Hirschsprung değil Yok = muhtemelen Hirschsprung veya İAS hasarı
Öksürük refleksi	Sakral refleks arkusunun tesbiti	Öksürük cevabı > istemli sıkma = uyumsuz hasta veya SSS veya yüksek spinal lezyon Öksürük cevabı < istemli sıkma = Sakral refleks arkında defekt
Anokutanöz refleks	Sakral refleks arkusunun tesbiti	Öksürük refleksi gibi ancak hassas değil
İkınma manevrası	Fonksiyonel çıkış obstrüksiyonu için (FÇO)	Düşen anal kanal basıncı = normal Artan anal kanal basıncı = FÇO veya uyumsuz hasta
Balon ekspulsiyonu	Fonksiyonel çıkış obstrüksiyonu için (FÇO)	Balonu çıkaramama = FÇO veya uyumsuz hasta
Perineometri	Pelvik taban fonksiyonu	Azalmış iniş veya paradoksal kontraksiyon = muhtemel FÇO İkınmakla artmış iniş = pelvik taban çökmesi
Rektal komplians	Rektumun mekanik fonksiyonu	Artmış komplians = megarektum Azalmış komplians = fekal inkontinens riski
Rektal sensitivite	Rektal duyum fonksiyonu	Artmış duyum eşiği = inkontinens riski Azalmış duyum eşiği = sıklıkla İBS, sıkışma ve inkontinensi gösterir

Defekografi

Pelvik taban hastalıklarının tanısında en sık kullanılan tanı aracı defekografidir. Defekografi, rektum boşalmasının floroskopik yolla fonksiyonel olarak değerlendirilmesini sağlar.

‘Defekasyonda tıkanma’ semptomları veren hastalarda rektum boşalmasının kantitatif incelenmesi önem taşır. Rektal intussusepsiyon, rektosel ve megarektum gibi anatomik bozuklukları gösterir. Pelvik taban inişi, anal tamir sonuçlarını değerlendirmek için de kullanılabilir. Gerçek defekasyondan ziyade sanal defekasyon yaratıldığı için sonuçlarda kuşku payı bırakılmalıdır. Eğer enterosel’den şüpheleniliyorsa incelemeden 1 saat önce 240 cc baryum içirilmelidir. Selüloz ile yoğunlaştırılmış baryum sülfat süspansiyonu 50-300 ml (ort 100 ml) hacimde rektuma doldurulduktan sonra hasta oturur pozisyonda skopi altında lateral çekim yapılır. Çekimler istirahat, maksimum sıkma ve defekasyon esnasında gerçekleştirilir. Grafler üzerinde anorektal açı, perine veya pelvis tabanı inişi ve anal kanal uzunluğu hesaplanabilir. Skopide ıkınma-defekasyon sürecinde puborektal kas impresyonunun gevşemesi, baryumun boşalıp boşalmadığı, rektosigmoid bölgenin konumu da belirlenir. Defekografi incelemesi hakkında 47 klinisyenin görüşleri bir anket yoluyla sorulmuştur. Defekografinin tanıyı değiştirme oranı %18, cerrahi tedavinin tipini değiştirme oranı %10, tanı karmaşasını çözme oranı %18 olarak bulunmuştur.

Elektromyografi

Pelvik tabanın çizgili kasları diğer çizgili kaslardan istirahatte ve uykuda tonik aktivite göstermeleri nedeniyle farklılık gösterir. Bu kasların motor aksonlarının hücre gövdeleri medulla spinalisin genişlemiş sakral segmentinde ‘Onuf çekirdeği’nde yer alır. Diğer çizgili kasların sinir hücre gövdeleri medulla spinalisin ön boynuzunda yer alırken Onuf çekirdeği daha geride otonom sistem bölgesinde yer alır. Bu da pelvik taban kaslarının semiotonom özelliklerini ortaya koyar. Konus medullaristeki defekasyon merkezinin ‘aç-kapa düğmesi’ kortikal etki altındaki ponstaki defekasyon merkezindedir. Ancak yine de defekasyonun nörolojik kontrolü tam olarak aydınlatılmamıştır.

İdiyopatik inkontinensli hastalarda da pudental sinir iletimindeki yavaşlamanın iskiyal çıkıntı düzeyinin distalinde gerçekleştiği gösterilmiştir (12). Bu da denervasyon ve daha sonraki reinnervasyonun pudental sinirin terminal bölümünün disfonksiyonundan kaynaklandığını göstermektedir. Bu sinirin hasarı doğum veya aşırı ıkınmalarla oluşur. Mikst tipte bir sinirin kendi boyundan %15-20 daha fazla gerilmesi irreversibl hasara yol açar. Pudental sinirde bu 2-3 cmdir ve idiyopatik fekal inkontinenste sıklıkla 2-3 cm.lik perine çökmesi gözlenir (13).

Endoluminal Ultrasonografi

Anal kanalda yüzeyden derine doğru altı ultrasonografik tabaka bulunur. (1) Balonla doku arasındaki hipoekojen tabaka, (2) mukozanın hipoekojen tabakası, (3) subepitelyal dokuları gösteren hiperekojen tabaka, (4) internal anal sfinkterin hipoekojen tabakası, (5) intersfinkterik bölge ve longitudinal kasları temsil eden hiperekojen tabaka, (6) eksternal anal sfinkterin karışık ekojenite gösteren tabakası.

Anal sfinkter kaslarının bütünlüğündeki bozulma en iyi endoanal ultrasonografi (EAUS) ile gösterilir. Doğum travması, perianal cerrahi girişimler ve perianal sepsis (abse) gibi patolojilerin aydınlatılmasında artık standart bir inceleme aracı olmuştur.

Disfonksiyonel Defekasyon

Kolorektal striktüre yol açıp obstrüksiyona neden olabilecek neoplazi, divertikülit, kronik amibiyazis, lenfgranuloma venereum, sifiliz, tüberküloz, iskemik kolit, endometriyozis gibi patolojilerde antibiyotik tedavisi, dilatasyon veya eksizyona başvumak gerekir. ‘Tıkanmış defekasyon’ olarak da adlandırılan, son 20 yılda ortaya konmuş pelvik taban ve anal kanal kaslarının fonksiyonel bozukluğu feçesin evakuasyonunu engelleyen bir dizi anatomik veya fonksiyonel bozukluk çıkış obstrüksiyonu yaratır. Hastalar tipik olarak, bütün gayretlerine rağmen defekasyonu başlatamadıklarından şikayet ederler. Rektal prolapsus bunlardan biridir, ancak bu başka bir oturum konusudur.

Rektal Intussusepsiyon

Rektal intussusepsiyon soliter rektal ülserin etiopatogenezinde de rol aldığı belirlenmiştir. Asemptomatik kadınların % 45’inde gösterilmişse de klinik önemi laboratuvar testleri ile değerlendirilmelidir. Kronik ıkınma hikayesi olan, defekasyonda obstrüksiyon tarif eden, evakuasyon için dijital veya pozisyonel manevralar yapma ihtiyacı gösteren ve videodefekografide intussusepsiyon saptanan hastalara tanı konur. Rektal intussusepsiyon ön, arka veya tüm duvarları kapsayacak şekilde gerçekleşebilir.

Transanal mukoza eksizyonu ile olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Rektal prolapsusun ön aşaması olarak nitelenebilen anal kanala kadar inen tam kat intussusepsiyonda transabdominal rektopeksi ile kalıcı çözüm sağlanabilir. İntussusepsiyonun cerrahi tedavisi ile ilgili olarak % 36 oranında başarılı sonuç bildirilmiştir.

Sigmoidosel

Defekasyonda tıkanmanın bir nedeni sigmoidoseldir.

Cleveland Clinic Sigmoidosel sınıflaması:

Defekografide sigmoid loop maksimum ıkınma esnasında:

- 1.derece sigmoidoselde pubokoksigeal hattın üzerinde,
2. derece sigmoidoselde pubokoksigeal hattın altında, iskiokoksigeal hattın üzerinde
3. derece sigmoidoselde iskiokoksigeal hattın altında yer alır. 3. Derece sigmoidosel olan sekiz hastadan beşine ve 2. derecedeki yedi hastadan birine kolon rezeksiyonu uygulanmış ve iki yıl takipte mükemmel sonuç vermiştir.

Rektosel

Rektosel genellikle pelvik çıkış obstrüksiyonu nedeni olarak gösterilmez. Asemptomatik kadınlarda % 20-80 oranında 2 cm.ye kadar rektosel oluşabildiği gösterilmiştir. Rektoselin nedeni doğum travmaları olabildiği gibi tıkaçıcı defekasyona yolaçan diğer nedenler de aşırı ıkınmaya neden olarak primer faktörü oluşturabilir. Kadınlarda 40'lı yaşlarda rektovaginal septumda oluşan defekt semptomatik olacak kadar büyüyebilir. ıkınma esnasında rektoselin tavanı öne ve aşağıya doğru hareket eder ve feçes bu boşlukta birikir. Klinikte uzun süre ıkınma, tam olmayan boşalma hissi, ağrı, kanama ve parmakla boşaltma hikayesi vardır. Defekografide 2-3 cm.den büyük ve boşalmayan rektosel genellikle semptomatiktir.

Transvajinal rektosel tamirinin yeterli sonuç vermediği bildirilmektedir. Postoperatif dönemde disparöni komplikasyonu da bildirilmiştir. Transanal rektosel tamirinin ise düşük yara infeksiyon oranı ve % 80'in üzerinde başarı oranına erişebileceği öne sürülmektedir. Ortaya çıkabilecek komplikasyonlar nedeniyle rektoselin cerrahisinde aşırı tamirinden de kaçınılması gerektiği vurgulanmaktadır.

Paradoksal Puborektal Kontraksiyon (Anismus, Gevşemeyen Puborektal Kas)

Genellikle genç kadınlarda görülür. İlk olarak vaginismusa paralellik gösterdiği düşünülerek anismus terimi kullanılmıştır. Psikolojik yönden cinsel tahkir ile paralellik gösterebileceğinden muhtemelen en doğru tanımdır. Temel fizyolojik bozukluk, pelvik taban kaslarının defekasyon esnasında gevşeyememesi ve pelvik tabanın çökmemesi sonucu anorektal açının düzleşmemesidir. Son serilerde normal kişilerin %50'sinde ve idiyopatik pelvik ağrı şikayeti olan kişilerde de uygunsuz puborektal kontraksiyon olduğu saptanmıştır. Burada kötü öğrenilmiş cevap nedeniyle pelvik tabanda bir çeşit anormal distoni olduğu öne sürülmektedir. Anal manometri ve defekografi anismusta tanı koydurucudur.

Kaynaklar

- 1- Baragi RV, Delancey JO, Caspari R, et al: Differences in pelvic floor area between African American and European American women. Am J Obstet Gynecol. 187:111-5, 2002.
- 2- Bannister LH: Alimentary system: Large intestine. In: Williams PL, Bannister LH, Berry MM, Collins P, Dyson M, Dussek JE, Ferguson MWJ (eds): Gray's Anatomy, 34th edition, New York, Churchill Livingstone, 1774-1790, 1995.
- 3- Parks AG, Porter NH, Melzak J: Experimental study of the reflex mechanism controlling the muscles of the pelvic floor. Dis Colon Rectum 5:407-414,1962.
- 4- Fenger C: The anal transitional zone. APMIS (section A) 87:379-86,1979.
- 5- Lestar B, Penninckx F, Kerremans R: The composition of anal basal pressure. Int J Colorect Dis 4:118-22,1989.
- 6- Floyd WF, Walls EW: Electromyography of the sphincter ani externus in man. J Physiol 122:599-609,1953.
- 7- Sung JH, Mastri AR, Segal E: Pathology of Shy-Drager syndrome. J Neuropath Exp Neurol 38:353-67,1979.
- 8- Mannen T, Iwata M, Toyokura Y, et al: The Onuf's nucleus and external anal sphincter muscles in amyotrophic lateral sclerosis and Shy-Drager syndrome. Acta Neuropath 58:255-60,1982.
- 9- Miller R, Bartolo DCC, Cervero F, et al: Anorectal temperature sensation: A comparison of normal and incontinent patients. Br J Surg 74:511-5,1987.
- 10- Metcalf AM, Phillips SF, Zinsmeister AR, et al: Simplified assessment of segmental colonic transit. Gastroenterology 92:40-7,1987.
- 11- Pezim ME, Pemberton JH, Levin KE, Litchy WJ, Phillips SF: Parameters of anorectal and colonic motility in health and severe constipation. Dis Colon Rectum 36:484-491,1990.
- 12- Kiff ES, Swash M: Normal proximal and delayed distal conduction in the pudental nerves of patients with idiopathic (neurogenic) faecal incontinens. J Neurol Neurosurg Psych 47:820-3,1984.
- 13- Kiff ES, Barnes PRH, Swash M: Evidence of pudental neuropathy in patients with with perineal descent and chronic straining at stool. Gut 25:1279-82,1984.

Rektum Kanserinde Evreleme-ERUS

Dr. Sümer Yamaner

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Ne amaçla evreleme?

Rektum kanserinde ameliyat öncesi evrelemenin birkaç önemli gerekçesi söz konusudur. Örneğin bir kurum ya da cerrah ameliyat ettiği tüm rektum kanserlerini bir arada değerlendirip sağkalım ve yerel yineleme sonuçlarını ortaya koymaya çalışırsa hatalı sonuçlar elde edecektir. Bu şekilde kişi ve kurumlarda yeterli nitelik değerlendirmesi yapılamayacaktır. Benzer şekilde hastalara yeterli sağkalım öngörüsü bilgisi de verilemeyecektir. Ancak çok daha önemli olan nokta, adjuvan ve neoadjuvan tedavi konusudur. Günümüzde elde olan veriler göstermektedir ki, belirli evrelerdeki rektum kanserinde adjuvan radyoterapi, yerel yineleme olasılığını azaltmakta, kemoterapinin eklenmesiyle buna sağkalım uzaması da eklenmektedir. Ayrıca bilinen önemli bir özellik de adjuvan tedavilerin henüz ameliyat edilmemiş hastalarda uygulanmasının tedavi etkinliğini, katlanılabilirliğini ve güvenliğini artırdığıdır. Bu nedenlerle rektum kanserinde ameliyat öncesi evrelemenin en önemli rolü, neoadjuvan tedavilerden yarar görebilecek hastaların bu şanslarını kullanabilmelerine olanak sağlamaktır. Dolayısıyla, uygulanması gerekli olduğu halde farklı sebeplerle neoadjuvan tedaviden kaçınan cerrahların rektum kanserini ameliyat öncesi evrelemelerine gerek yoktur. Aslında bu tür cerrahların rektum kanserinin tedavisini hiç üstlenmemeleri daha doğru olacaktır.

Rektum kanserinde evreleme yaklaşımları

Rektum kanserinin evrelenmesinde önceleri kullanılmış olan Dukes' ve Astler Collier yöntemi artık yerini daha standardize edilmiş olan TNM evrelemesine bırakmıştır. TNM evrelemesi Tümör, lenf Nodu tutulumu ve uzak Metastaz varlığı parametrelerine dayanır. T evresi, tümörün duvar katmanları ile ilişkisine dayanmaktadır ve hatırlanmalıdır ki kolorektal kanserlerde tümör çapının evrelemede herhangi bir işlevi yoktur. Bir **adenokarsinom** söz konusu olduğuna göre karsinomun tek başlangıç yeri salgı epiteldir. Epitelde başlayan displazi, giderek ağır displaziye (High Grade Dysplasia, **HGD**) ilerler. Bu aşama günümüzde **in situ karsinom** olarak da ifade edilmektedir. Kolorektal mukozada, klasik in situ karsinom tanımının dışına çıkan bir özellik vardır. Normalde epiteldeki in situ karsinom, bazal membranı aştığı andan itibaren invaziv karsinom olarak değerlendirilir ve örneğin mide mukozasında artık T1 olarak sınıflanır. Buna karşın, kolorektal mukozanın lamina propriasındaki lenfatik ve vasküler fakirlik nedeniyle, kolorektal kanserler muskularis mukoza katmanını aşmadıkları sürece in situ olarak değerlendirilirler. Bu nedenle de in situ olarak sınıflanan kolorektal karsinomlarda iki alt grup söz konusudur. Karsinom bazal membranı aşmadığı sürece **intraepitelyal**, bazal membranı aşmış muskularis mukozayı aşmadığı sürece **intramukozal** olarak sınıflanır.

Tümör submukozaya invaze ise T evresi T1 olarak belirlenir. Kolorektal kanserlerde özellikle erken evre lezyonlar ve sessil poliplerde gelişen invaziv karsinomlarda submukozal invazyon derinliği de önem kazanmaktadır. Bu durumda submukoza birbirine eş üç tabakaya ayrılarak invazyon derinliği **sm1**, **sm2** ve **sm3** olarak ayrıntılandırılır. Muskularis propria invazyonu T2, seroza, subseroza (proksimal rektum) ya da adventisya invazyonu ise T3 olarak sınıflanır. Mezorektum içine ilerleyen tümör de T3 sınıfindadır. Burada dikkat edilecek nokta görülen ilerlemenin ana tümörün bir uzantısı mı yoksa ana tümörden bağımsız bir nodül mü olduğudur. Zira rektum kanserlerinde mezorektum içi tümör nodülleri oldukça sık görülen lezyonlardır. Bazı durumlarda bu nodüller tamamen kanserle invaze olmuş bir lenfadenopatiden ayırdedilemeyebilirler. Burada değerlendirme yapılırken, görülen tümör odağının bir kenarında lenf düğümü histolojisi olup olmadığına bakılır ve eğer varsa lenfatik metastaz olarak değerlendirilir. Lenf düğümü histolojik özellikler bulunmasa bile, saptanan tümör odağı görünüm olarak düzgün lenf düğümü hatlarına sahip ise yine lenfatik metastaz olarak sınıflanacaktır. Buna karşın eğer lezyon konturları düzensiz ise T3 tanımına ek olarak **V1** olarak tanımlanacaktır. Buradaki **V** harfi venöz invazyonu belirtmektedir. Herhangi bir çevre organ invazyonu ise T4 olarak sınıflanır.

N evresi, metastatik lenf düğümü sayısına göre belirlenmektedir ve 1 -3 metastatik lenf düğümü varlığında N1, 4 ya da daha fazla sayıda lenf düğümü metastazı varlığında N2 olmaktadır.

Uzak metastaz en sık karaciğerde olsa da akciğerde, kemikte ve beyinde de metastazlar görülebilir. İnferior mezenterik arter kökündeki ya da aortokaval bölgedeki lenf düğümü metastazları da uzak metastaz olarak değerlendirilmelidirler.

Evreleme önekleri

Tedavi öncesi yapılan evreleme **klirik** evrelemedir ve TNM ifadesine **c** öneki eklenmesi ile ifade edilir (cT3N0M0 gibi). Eğer bu evreleme endorektal ultrasonografi (ERUS) ile yapılmışsa **c** yerine **u** harfi kullanılır (uT2N1 gibi). Dikkat edilirse ERUS evresinde M parametresinden söz edilmez zira ERUS ile uzak metastazların değerlendirilmesi söz konusu değildir.

Eğer ameliyat öncesi radyoterapi ya da kemoradyoterapi uygulanmış ve evreleme bundan sonra yapılmışsa eklenecek önek **y**'dir.

Ameliyat sonrası piyesin histopatolojik incelemesi sonrası elde edilen verilere göre yapılan evreleme **p** (pathological) olacaktır. Patolojik evreleme, diğer tüm evrelemeler için bir referans oluşturmaktadır. Yineleyen rektum kanserlerinde ise evreleme parametrelerinin başına **r** öneki ilave edilir.

Evreleme yöntemleri

Hastalar ameliyat öncesi dönemde farklı yöntemlerle evrelemeye tabi tutulabilirler. TNM parametreleri düşünüldüğünde hemen her hastada birden çok yöntemin kullanılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. T evresi için rektal muayene, ERUS, bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılabilir. MRG, klasik yöntemle, endorektal bobin ile ya da phased array adı verilen özel pelvik bobinle (pelvic coil) gerçekleştirilebilir. Bu yöntemler (rektal muayene dışında) N evresi için de daha düşük başarı oranları ile geçerlidirler.

M evresi için kontrastlı karın ultrasonografisi (US), karın BT, üst karın MRG, toraks BT ve bazen de PET/BT uygulanması gerekebilir. M evresi bazı durumlarda ameliyat sırasında (örneğin önceden gösterilememiş bir karaciğer metastazının görülmesi ile) ya da histopatolojik inceleme sonrasında (örneğin inferior mezenterik arter kökünden çıkarılan lenf düğümünde metastaz görülmesi ile) değişebilir.

Evreleme yöntemlerinin etkinlikleri*Rektal muayene*

Deneyimli bir kolorektal cerrahın oldukça güvenilir bir şekilde yerel evreleme yapabileceği görüşüne karşın rektal muayene tamamen öznel bir yöntemdir ve tekrarlanabilirliği (reproducibility) düşüktür. Literatürde rektal muayene ile lenfatik evrelemenin başarı oranlarını veriliyor olması dahi bu yöntemi günümüz koşulları için geçerli bir yöntem yapamaz. Zira rektal muayene ile lenfatik evreleme tamamen bir **tahmine** dayanabilir.

US

Solid organlardakiistik solid ayırımı, US için en önemli özelliktir. Rektum kanserinde karaciğerin değerlendirilmesi için kullanılabilir ancak BT ve MRG'nin gelişmesi sonucu rutin uygulanan bir yöntem olmaktan çıkmıştır.

BT

Gelişen teknoloji spiral ve çoklu detektör sistemlerini kullanıma soktukten sonra BT en sık uygulanan görüntüleme yöntemi haline gelmiştir. Başka patolojilerde de sıklıkla kullanılan BT, rektum kanserinde de birçok durumda ilk istenilen inceleme olmaktadır. BT, ayrıntılı duvar tutulumu bilgisi veremese de, T3 ve T4 lezyonların belirlenmesinde oldukça başarılıdır. Kontrast ve çekim zamanlaması uygun yapılmış bir BT, karaciğer metastazlarının tanısı için temel tanı aracı olarak görülebilir. BT'nin lenfatik tutulumu belirlemedeki hassasiyeti % 55, özgüllüğü de % 74 düzeyindedir.

MRG

Standart MRG uygulamaları genel olarak BT ile eşdeğer etkinliğe sahiptir. MRG, özellikle karaciğer metastazı kuşkusu olan olgularda doğrulama ve ek lezyonları ortaya koyma amacıyla kullanılır.

Duvar içindeki yayılım derinliğinin belirlenmesinde endorektal bobin ile uygulanan MRG (ERMGR), ERUS ile benzer etkinliğe sahiptir (tam kat duvar tutulumunun orgtaya konulmasındaki hassasiyet % 94 dolaylarında) ancak özel bobin gerektirmesi, uygulama zorluğu, lümeni daraltan lezyonlarda uygulanamayışı gibi nedenlerle günümüzde sık uygulanmamaktadır. Bunlara ek olarak T evresi için ERUS daha yüksek özgüllüğe sahiptir (ERMGR % 69, ERUS % 86).

Rektum kanserinin ameliyat öncesi değerlendirilmesinde günümüzde en önemli yöntem phased array pelvik MRG'dir. Hastanın pelvisi üzerine dışarıdan uygulanan özel bir bobin aracılığı ile elde edilen

yüksek çözünürlüklü görüntüler, özellikle tümörün mezorektal fasya ile ilişkisini çok boyutlu olarak ortaya koyabilmektedir. Rektum kanseri cerrahisinde temel ilke mezorektal fasyayı zedelemekten rektumun disseke edilmesi ve mezorektal fasya sınırında tümör kalmamasıdır. Ameliyat öncesi değerlendirmelerde özellikle proksimal ve orta yerleşimli rektum tümörlerinde mezorektal fasya sınırında tümör kalabileceği olasılığı ortaya konulduğunda hastalara neoadjuvan kemoterapi uygulanması zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle mezorektal sınır tutulum olasılığını ortaya en iyi koyan phased array pelvik MRG, günümüzde rektum kanserinin ameliyat öncesi değerlendirilmesinde en önemli teknik haline gelmektedir.

MRG'nin lenfatik tutulumu ortaya koymadaki hassasiyeti % 66, özgüllüğü % 76 dolaylarındadır.

ERUS

Göreceli olarak kolay ve ucuz bir yöntem olması nedeniyle rektum kanserinin yerel evrelendirilmesinde sık kullanılan bir yöntemdir. Proksimal yerleşimli lezyonlarda ve tıkaçıcı/daraltıcı lezyonlarda uygulama güçlükleri gösterebilir. Mezorektal sınır tutulumunu göstermesi beklenmez. Ancak duvar katmanlarının ayırtedilmesinde ve bunların invazyon düzeylerinin ortaya konulmasında çok başarılıdır. Gerek ERMRG gerekse ERUS, tümör çevresi inflamatuvar yanıt nedeniyle lezyonları olduklarından daha ileri evrede gösterebilirler (overstaging). Bu konuda ERUS daha başarılı bulunmaktadır. Lenfatik tutulum açısından hassasiyeti % 67, özgüllüğü ise % 78 dolaylarındadır.

Neoadjuvan tedavi sonrası yanıt değerlendirilmesinde kullanımı güvenli değildir. Nedbe dokusu ile tümörün ayırtedilmesi güçtür.

ERUS'un en önemli dezavantajlarından birisi uygulayıcıya bağımlı oluşudur. Genellikle ERUS cerrah tarafından uygulandığı için zaman zaman cerrahın ön yargılı yaklaşımı nedeniyle hatalı evrelemeye yol açabildiği gözlenmektedir.

PET/BT

Tümör dokusunun artmış glikoz metabolizmasını ortaya koymaya dayanan pozitron emisyon tomografisi (PET) ile BT'nin birleştirilmesi ile oldukça güçlü bir tanı aracı kullanıma sunulmuştur. Ancak PET/BT ile yerel evreleme genellikle çok başarılı değildir. Lenfatik tutulumun gösterilmesinde de diğer görüntüleme yöntemlerine üstün olmadığı bilinmektedir. Uzak metastazlarda her ne kadar oldukça güçlü bir görüntüleme yöntemi olsa da şimdilik rutin uygulamada yeri yoktur. Ön planda, diğer görüntüleme yöntemleri ile ortaya konulmuş olan şüpheli lezyonların metabolik durumunu, dolayısıyla habaset potansiyelini ortaya koymakta ve nükslerin takibinde kullanım alanı bulmaktadır.

Sonuç olarak

Rektum kanserinin tedavisi basitçe lezyonun ameliyatla uzaklaştırılması ile sağlanamamaktadır. Organın anatomik özellikleri ve karmaşık fizyolojisi nedeniyle yapılacak tedaviler hayat kalitesine önemli etkiler yapabilmektedirler. Rektumda yerleşen kanserlerin yayılma ve yineleme potansiyelleri, rektum kanseri tedavisinin en önemli sorunlarından biridir. Bu nedenlerle rektum kanserinin tedavisi modern tıpta multidisipliner bir ekiple gerçekleştirilmek zorundadır. Yerel ileri hastalıkta neoadjuvan tedavilerin etkinliği bilinmektedir ve uygun hastalar bu tedavilerden mahrum bırakılmamalıdır. Bu da ameliyat öncesi evrelemenin önemini ortaya koymaktadır.

Duvar ve mezorektal tutulumun ortaya konulması, ERUS ce MRG ile göreceli olarak kolayca sağlanabilse de lenfatik tutulumun kesin olarak belirlenmesi her zaman mümkün olamamaktadır. Aslında cerrahi olarak çıkarılıp histopatolojik incelemeye gönderilen lenf düğümlerindeki mikrometastazların dahi özel yöntemler uygulanmadan ortaya konulmasının mümkün olmadığı düşünülürse, piyesin halen in situ olduğu ameliyat öncesi dönemde görüntüleme yöntemlerinin neden çok başarılı olamadığını anlamak mümkün olabilecektir.

Kaynaklar

1. Rectal cancer. Practice guidelines in Oncology v.1.2009. NCCN.
2. Bipat S, Glas AS, Slors FJ... Rectal cancer: local staging and assesment of lymph node involvement with endoluminal US, CT, and MR imaging – a meta-analysis. Radiology. 2004;232:773-83.
3. Klessen C, Rogalla P, Taupitz M. Local staging of rectal cancer: the current role of MRI. Eur Radiol. 2007;17:379-89.

Neoadjuvan Tedavi Sonrası Piyenin Patolojik İncelenmesi

Dr. Işın Kuzu

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Rektum kanserinde ileri evre lokal yayılım yapmış tümörlerin tedavisinde operasyon öncesi radyokemoterapinin lokal nüksleri belirgin olarak azalttığı konusunda geniş serileri içeren çalışmalar bu yöntemi rutin uygulanır hale getirmiştir. Bu tedavilerden sonra rezeksiyonların yapılması tümör boyutu küçüldüğü için nüks riskinin azaltmaktadır. Operasyon öncesi radyokemoterapi görmüş hastalarda operasyonda çıkartılan materyalin histopatolojik incelenmesi sırasında evrelemeye ve tümör kalıntılarının değerlendirilmesinde operasyon öncesi tedavi almamışlara göre bazı farklılıklara dikkat edilmelidir. Bunun dışında sağlam mukozada gözlenen bazı değişiklikler de yanlış yoruma yol açabileceğinden bu tedaviler ile ilgili patolog önceden uyarılmalıdır. Burada en önemli zorluklar arasında lenf nodüllerinin örneklenme sorunu bulunmaktadır. Özellikle radyoterapi etkisiyle lenf nodülleri gerileyebilir ve makroskopik örneklemeye yapılan lenf nodülü sayısı bu nedenle azalır. Bazı olgularda hiç lenf nodülüne rastlanamayabilir. Bu nedenle patoloğun çok daha titizlikle lenf nodüllerini araması ve en küçük şüphelendiği alandan örneklemeye yapması faydalı olacaktır.

Neoadjuvan (preoperatif) radyo ve/veya kemoterapi alanlarda tedavi yanıtının değerlendirilmesi şarttır. Tedavi etkisinin olup olmadığı (inflamatuvar değişiklikler: aktif inflamasyon, ülserasyon, fibrozis ile telenjektazi, obliteratif vaskülopati, sellüler atipi,) ve asellüler musin göçüklerinin lokalizasyonları raporda belirtilmelidir. Bu konuda tedavi yanıtını değerlendirmede kabul edilmiş ve fikir birliği saptanmış tek bir derecelendirme ölçeği yoktur. Tümörün tamamen regresyonu mümkündür ancak seyrekdir. Çeşitli serilerde tam patolojik yanıt %5-15 oranında bildirilmektedir.

Neoadjuvan tedavi kolorektal kanserde belirgin histopatolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bu nedenle tümör regresyonu dikkatli incelemeyi gerektirir. Regresyon derecelendirmesi için uygulanan metodların açıklanması güvenilirliği yükseltir. Makroskopik olarak tümör izlenmeyebilir veya tedavi sonrası sadece fibrotik bir alan hissedilebilir. Bağırsak duvarında veya mezodaki skar dokusu tedavi görmüş tümöre ait olabilir. Bu skar dokusu alanlarında rezidüel tümör dokusu olup olmadığını patoloğun dikkatli örnek alarak aydınlatması gerekir.

Mikroskopik olarak tedavi sonrası malign hücrelerde azalma izlenirken, stromal dokularda fibroziste artmayla karakteristiktir. Tümör hücrelerinde müsinöz metaplazi gibi morfolojik değişiklikler olurken, stromada fibrosis, kalsifikasyon ve atipik fibroblastlar izlenebilir. Neo-adjuvan tedavi sonrası küratif rezeksiyonlarda (R0) gelişen fibrozis oranı ile onkolojik sonuçlar açısından korelasyon tespit edilmiştir. En fazla kullanılan tümör regresyon ölçekleri tabloda gösterilmiştir. Fakat neoadjuvan tedavi sonrası en önemli prognostik faktör lateral cerrahi sınırın (CRM) durumudur.

Neoadjuvan tedavi alanların patoloji raporlarında TNM sınıflandırmasının uygulanmasında kullanılması gereken terminolojinin başa “y” konularak, örneğin “yp T3N0M0” şeklinde yapılması önerilmektedir. Bu “y” işareti hastanın neoadjuvan tedavi aldığını belirtmek için kullanılabilir.

Tümör regresyonunun histolojik derecelendirilmesi ile ilgili kullanılan bazı kriterler verilmiştir. Bunlar kullanılırken standart ve Bu konuda geniş katılımlı ortak bir liste olmadığından, regresyon tanımlanırken mutlaka tarif veya açıklama yapılmalıdır. Örneğin yalnızca “Mandart regresyon grade 2” şeklinde bırakılmamalıdır.

Tablo 5: Tümör regresyon derecelendirilme ölçekleri örnekleri

Mandart tümör regresyon derecesi	Wheller rektal kanser regresyon derecesi
1- Rezidüel tümör yok – sadece fibrozis 2- Fibrozis alanları içine dağılmış ender kalıntı tümör hücreleri	1- İyi cevap: Sterilizasyon veya sadece küçük bir alanda mikroskopik bir alanda adenokarsinom odağı ve artmış fibrozis
3- Fibrozisten zengin alanlarda kalıntı tümör hücreleri 4- Rezidüel tümör hücrelerinin yanında daha az fibrozis alanları	2- Orta cevap: Artmış fibrozis ve makroskopik hastalık izlenmesi
5- Tümör regresyonu izlenmemekte	3- Kötü cevap: Az ve fibrozis olmaması / Belirgin makroskopik hastalık

Rektum Kanseriinde Cerrahi Total Mezorektal Eksizyon Otonom Sinirleri Koruyucu Cerrahi Teknik ve Sonuçlar

Dr. Cem Terzi

Dokuz Eylül Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Rektum kanseri tedavisinde, 1979 yılında Heald tarafından tanımlanan total mezorektal eksizyon (TME) yaklaşımı, günümüze kadar geçen 25 yıllık uygulama sürecinde, tüm dünyada yaygın kabul görmüştür. Günümüzde TME, orta ve alt rektum kanserlerinin cerrahi tedavisinde gerek lokal nüksü azaltması, gerekse sağ kalıma katkıları nedeniyle altın standart olarak kabul edilmiş bir tekniktir.

Kolorektal kanserlerde cerrah ve cerrahi tekniğin anlamlı bir risk faktörü olduğu bir çok çalışma ile ortaya konmuştur. Bu konu ile ilgili en çarpıcı çalışma Halasz tarafından 1999 yılında yayınlanmıştır⁽¹⁾. Prospektif olarak gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları Tablo 1’de özetlenmiştir.

Bu çalışmaya göre yılda 5’den az rektum kanseri yapan cerrah lokal nüksü ve sağkalımı etkileyen risk faktörlerinden biridir. Bu sonuç, sağkalım, morbidite ve mortalite açılarından da bağımsız faktördür. Günümüzde, İsveç ve Norveç gibi bazı ülkelerde rektum kanserli olguların cerrahi tedavisi kolorektal cerrahlarla sınırlandırılmıştır.

Terminoloji

Metod ilk tanımlandığı dönemden beri, benzer teknikler kullanılmasına karşın farklı isimler ile anılmıştır; Sirkumferensiyal mezorektal eksizyon⁽²⁾, Ekstrafasyal rektum eksizyonu⁽³⁾, Keskin mezorektal eksizyon⁽⁴⁾, Total anatomik diseksiyon⁽⁵⁾ ve Endofasyal rektum eksizyonu⁽⁶⁾. 1999 yılında Washington’da yapılan “The Tripartite Consensus Conference” da, levatorlar düzeyine dek visseral mezorektal dokunun tam eksizyonu TME olarak tanımlanmıştır⁽⁷⁾.

Kısa Tarihçe

Kolorektal kanser tedavisindeki cerrahi ilkeler, ilk olarak 1908 yılında Lord Moynihan tarafından belirlenmiştir⁽⁸⁾. Bu dönemde cerrahiye takiben lokal nüks oranları %100’e ulaşıyordu. Rektum kanseri cerrahisinde evrim süreci, 1920 yılında Ernest Miles tarafından abdominoperineal rezeksiyonun (APR) tanımlanmasıyla başlamıştır⁽⁹⁾. Bu tekniğin kullanılmaya başlanmasıyla rekürrens oranları dramatik olarak %30’a kadar düşmüştür⁽¹⁰⁾. 1950’lerde daha iyi sütür materyelleri ve aşağı düzeylerde anastomoz yapabilmeyi sağlayan aletlerin (stapler) kullanıma girmesiyle birlikte aşağı anterior rezeksiyon (AAR) popüler hale gelmiştir⁽¹¹⁾. Ancak lenf nodu diseksiyonu ve çevresel sınırların sıklıkla ihmal edilmesi sonucunda lokal nüks oranları yükselmiştir. 1979’da İngiltere’de Heald tarafından tanımlanan TME tekniği ile tam bir lenf nodu diseksiyonu ve güvenli çevresel sınır elde edilerek lokal nüks oranları oldukça aşağıya çekildi⁽¹²⁾.

Cerrahi diseksiyon sırasındaki sinir yaralanmalarına bağlı gelişen ürogenital komplikasyonların (%39-76 oranlarında bildirilmiştir) önlenmesi amacıyla 1970’lerin ortalarında Japon Tsuchiya ve Ohki otonom sinirleri koruyucu (OSK) cerrahi tekniği geliştirdiler⁽¹³⁾. 1991 yılında ABD’de Enker, TME ile birlikte OSK kullanarak tekniğe son halini verdi⁽¹⁴⁾. Günümüzde bu teknik bir çok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır.

TME İçin Temel Dayanak

TME zaman içinde modifiye edilmesine karşın, tümörün mezorektum ile birlikte bütün olarak çıkarılmasını içeren temel ilke değişmemiştir. Bu işlemin temel dayanağı, mezorektumun rektum kanserlerinde terminal döneme dek tümör yayılımına karşı koruyucu kılıf oluşturan bir organ olmasıdır^(8,15). Bu durum, rektum lenfatiklerinin anatomik drenajını gösteren lenfosintigrafik çalışmalarla da kanıtlanmıştır⁽¹⁶⁾.

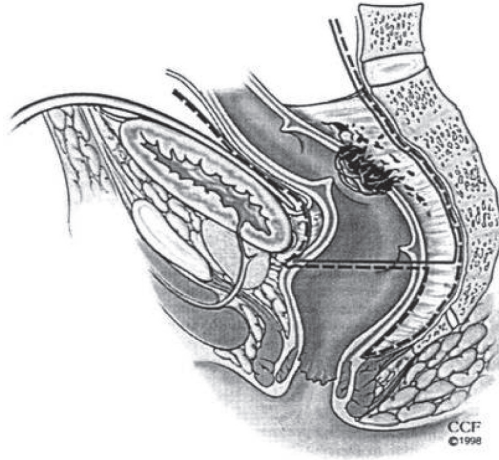
Mezorektum embriyolojik olarak dairesel düzlemde mezenkimal hücrelerden çok katlı olarak oluşur. Daha sonra yağ dokusu ile dolar ve lenfovasküler yapıları barındırır⁽¹⁷⁾. Mezenkimal hücreler rektum adventisiasının lamella’sını oluştururlar. Bu lamella mezorektumun visseral fasyası (rektumun fasya propria’sı) olarak isimlendirilir⁽¹⁸⁾. Visseral fasyanın rektum cerrahisi sırasında korunması, alttaki mezorektumun intakt olarak rektumla birlikte çıkarılmasını sağlar.

TME’nin 3 temel ilkesi vardır;

1. Perimezorektal “kutsal plan” ın direkt gözle görülerek koter veya makasla keskin diseksiyonu
2. Spesmen yönelimli cerrahi ve histopatoloji; mezorektumun yüzeyinde bütünlüğün bozulmadığı ve çevresel sınırlarda tutulum olmadığı çıplak gözle ve mikroskop altında saptanır
3. Seksüel ve mesane fonksiyonlarını sağlayan otonomik sinir pleksuslarının görülmesi ve korunması

Özefagus ve mide kanserinin aksine rektum kanserlerinde distal mural yayılım 1 cm.'den fazla değildir. Bu nedenle, rektum kanserinde lokal kontrol için radyal sınır distal sınırdan daha önemlidir^(19,20). Quirke ve arkadaşlarının serisinde küratif cerrahi uygulanmış 52 olgunun %27'sinde çevresel sınır pozitif (< 1 mm) olarak bulunmuş ve bunlarda lokal nüks oranı %85 olarak saptanmıştır⁽²¹⁾. Ayrıca Ng ve arkadaşlarının rapor ettiği 80 olgulu çok değişkenli analizde, %20 lateral sınır pozitifliği belirlenmiş ve bunların %53'ünde lokal nüks gösterilmiştir⁽²²⁾.

Histolojik araştırmalar, mezorektumda non-nodal yayılımın (tümör depozitleri) sık görülen bir durum olmadığını ve hastaların yalnızca %10-20'sinde distal mezorektal yayılım görüldüğünü göstermiştir. Uygun yapılan bir TME ile potansiyel tümör depozitlerini içeren mezorektum çıkarılabilmekte ve lokal nüks insidansı düşürülmektedir⁽²³⁻²⁵⁾. Rektum spesimenlerde yapılan çalışmalarda, distal mezorektal yayılımın tümörün alt ucundan en fazla 3-4 cm mesafede olduğunun gösterilmesi ile, parsiyel mezorektal eksizyon (PME) olarak da tanımlanan teknik geliştirilmiştir (Şekil 1). Üst rektum tümörlerinde, rektum ve mezorektumda lezyonun 5 cm altına inilmesinin yeterli olduğunu bir çok yazar kabul etmiş durumdadır. Bu konudaki bazı çalışmalar üst rektum kanseri tedavisinde PME ile TME arasında benzer sonuçlar bildirmişlerdir⁽²⁶⁻²⁸⁾.



Şekil 1. Parsiyel mezorektal eksizyon. Distal mezorektal yayılım tümörün alt ucundan en fazla 3-4 cm mesafededir. Üst rektum tümörlerinde, rektum ve mezorektumda lezyonun 5 cm altına inilmesi yeterlidir (Lavery IC, Kostner-Lopez F, Pelley RJ, Fine RM. Treatment of colon and rectal cancer. In: Multidisciplinary approach to cancer. Eds. Rossi RL, Cady B, Martin RF. Surgical Clinics of North America, 80(2):535-569, 2000 'den uyarlanmıştır).

Karajia ve arkadaşlarının distal rezeksiyon margini 1 cm üzeri 110 hasta ile 1 cm altı 42 hastayı karşılaştıran serisinde, iki grup arasında lokal ve sistemik nüks oranları açısından bir fark saptanmamıştır⁽²⁹⁾. Bu sonuçlar, stapler aletlerinin doğurduğu avantajlar ile birleştirildiğinde, orta ve alt rektum hastalarının büyük bir kesimi için sfinkter koruyucu cerrahi olanaklı hale gelmiştir. APR yalnızca tümörün dentat çizgiye çok yakın olduğu hastalara uygulanmaya başlanmış ve APR uygulanma oranı son 20 yıl içinde %48'lerden %14'e kadar düşmüştür^(30,31).

TME ve Postoperatif Adjuvan Tedavi

Heald'ın ilk çalışmasının sonuçlarıyla, TME'un adjuvan tedaviyi gereksiz kıldığı görüşü ortaya çıktı⁽¹⁵⁾. Ancak, sonraki yıllarda yapılan randomize kontrollü ve çok sayıda hasta içeren araştırmalar, adjuvan tedavinin lokal nüks oranlarını azalttığı gibi sağkalımı da arttırdığını ortaya koydu. 1991 yılında Krook ve arkadaşları tarafından yayınlanan bir çalışmada adjuvan tedavinin yararlarının ortaya konmasının ardından ABD'de "National Institution of Health" (NIH) rektum kanserinde postoperatif kemoradyoterapi endikasyonlarını yayınladı⁽³²⁾. 1991 "NIH" Uzlaş Kararında "Postoperatif kombine kemoterapi ve radyoterapi evre II ve III rektum kanserli hastalarda lokal kontrolü ve sağkalımı olumlu etkilediğinden önerilir" cümlesi yer aldı. 2001 yılında yayınlanan sistemik derleme yazısında 8 prospektif çalışmada yer alan 2157 hastada postoperatif adjuvan radyoterapinin rektum kanserinde lokal nüksü azalttığı gösterildi⁽³³⁾.

TME ve Neoadjuvan Tedavi

Preoperatif uygulanan radyoterapi (özellikle geleneksel rejim; yüksek doz / uzun süreli) evre küçültme avantajı yaratmakta ve küçük ektramural depozitleri yok etmektedir. Çeşitli randomize olmayan ve ancak çok sayıda

hasta içeren çalışmalarda, neoadjuvan radyoterapi ile lokal nüks ve obstrüktif komplikasyon oranlarında azalmalar gösterilmiştir. Bunun yanında sağkalım açısından herhangi bir avantaj saptanmamıştır. Yalnızca bir çalışmada; Stockholm II çalışması (randomize kontrollü) 5 yıllık sağkalımda artış gösterildi^(34,35).

Günümüzde neoadjuvan tedavi için iki temel protokol mevcuttur.

- Preoperatif kombine kemoradyoterapi: 4-5 hafta süren bu tedavinin ardından 4-8 hafta sonra operasyon gerçekleştirilmektedir. Böylece tedavinin evre geriletilici ve tümör küçültücü etkisinden yararlanılmakta, sfinkter koruma oranı artırılmaktadır. Özellikle ABD’de tercih edilen yöntemdir.

- Kısa süreli (kemoterapisiz) radyoterapi: 1 haftalık RT ardından ertesi hafta ameliyatın uygulandığı yöntemdir. Tümör hücre viabilitesi azaltılarak, peroperatuar implantasyonun önlenmesi ve zaman kaybetmeden rezeksiyonun gerçekleşmesi amaçlanmaktadır. Bu da özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinde kabul görmüş ve uygulanmakta olan bir yöntemdir.

Kapitejin ve ark., tarafından yapılan multisentrik, randomize çalışmada yalnızca TME ile preoperatif radyoterapi+TME yaklaşımları karşılaştırılmış ve preoperatif radyoterapi grubunda lokal nüks anlamlı düşük bulunmuştur (%2.4’e karşı %8.2). Bu olguların henüz 2 yılı bulan izlemlerinde sağ kalım farkı bulunmamıştır⁽³⁶⁾ (Tablo 2).

Çeşitli yazarların TME tekniği ile elde ettiği lokal nüks sonuçları Tablo 3’de özetlenmektedir⁽³⁷⁾. TME tekniği ile lokal nüks oranlarındaki ciddi azalmanın yanında anastomoz kaçağı riskinde artış söz konusudur. Anastomoz kaçağı rektal anastomoz sonrası görülen endişe verici bir erken dönem komplikasyondur. Bu komplikasyon için en önemli faktörlerden biri anastomozun düzeyidir^(38,39). TME sonrası distal rektum veya anal kanal düzeyinde gerçekleştirilen anastomozlar ciddi risk oluşturur. TME sonrası anastomoz kaçağı oranı çeşitli serilerde ortalama %10 düzeyinde tespit edilmiştir⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. Norveç’ten Carlsen ve ark.’nın serisinde ciddi anastomoz kaçağı oranı “non-TME” gruba göre 2 kat daha fazladır (%8 ve %16)⁽⁴³⁾.

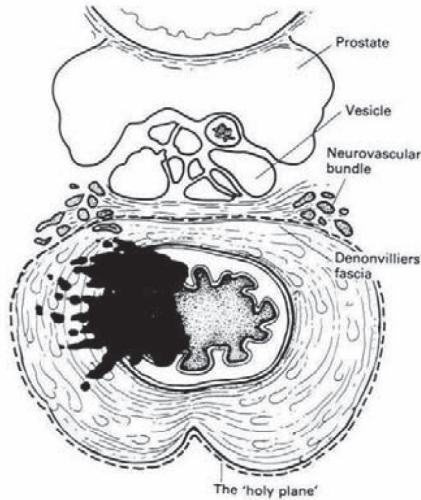
Anastomozun düzeyi anastomoz kaçakları açısından tek başına önemli bir risk faktörüdür. Karajina ve ark.’nın serisinde tespit edilen anastomoz kaçaklarının tümü 6 cm’den daha aşağıdaki anastomozlarda gelişmiştir⁽⁴¹⁾. Pakkastie ve ark.’nın çalışmasında ise tüm kaçaklar anal vergeden 7 cm mesafedeki anastomozlarda ortaya çıkmıştır⁽³⁸⁾. Rullier ve ark., anal girime 5 cm’ye kadar olan anastomozlardaki kaçak riskinin, 5 cm’nin üzerindeki anastomozlara kıyasla 6,5 kez fazla olduğunu göstermişlerdir⁽⁴⁴⁾.

Günümüzde birçok merkezde TME sonrası anastomoz kaçağı riskine karşı proksimal diversiyon (saptırıcı stoma) uygulanmaktadır. Karanjia ve ark., 6 cm ve daha aşağıda gerçekleştirilen anastomozlar için koruyucu stoma yapılmasını rutin olarak önermektedirler⁽⁴¹⁾.

Cerrahi anatomi

Kutsal Plan

Fasya propriya (visseral fasya), posteriorda rektum ve mezorektumu, anterior ve lateralde yağ dokusu ve damarlarını çevreler. Otonomik sinirler paryetal fasya ile örtülüdür. Fasya propriya ile paryetal fasya arasında gevşek areolar doku vardır (Şekil 2).

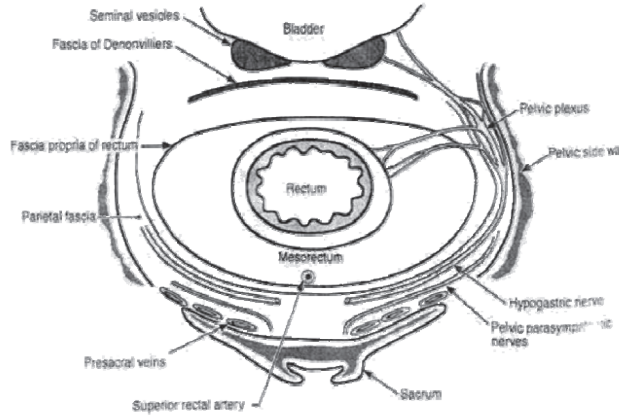


Şekil 2. Kutsal plan. Fasya propriya ile paryetal fasya arasında gevşek areolar doku vardır. TME diseksiyonu bu bölgede keskin tekniklerle gerçekleştirilir.(Heald RJ, Goligher JC. Anterior resection of the rectum. In: Surgery of the colon, rectum and anus. Eds. Fielding LP,Goldberg SM. Chapman and Hall Medical, Fifth edition, London, 1996, p.463 'dan uyarlanmıştır).

Visseral fasya (Fasya propriya): Fasya propriya mezorektumu çevreleyen ince bir visseral fasyadır. Ortalama kalınlığı 154 µm'dir ve posteriorda daha kalındır (Şekil 3a, Şekil3b).

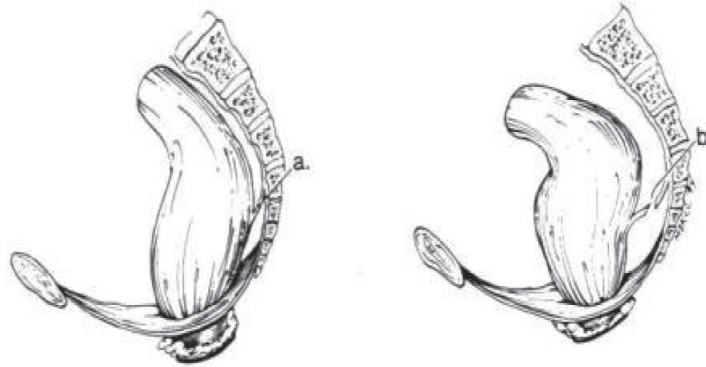


Şekil 3a Visseral fasya. Mezorektumu çevreleyen ince bir visseral fasya taze spesimende parlak refle verir.



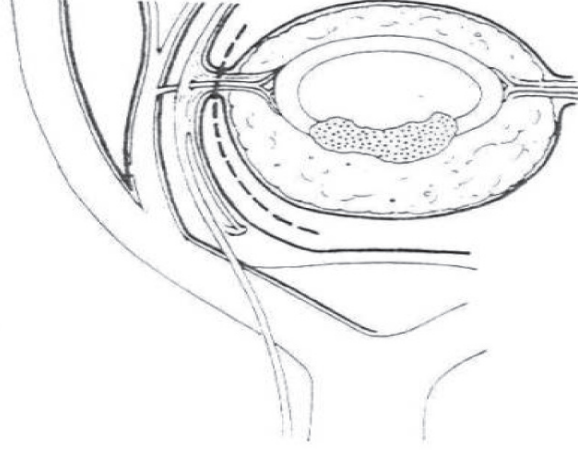
Şekil 3b. Fasya propriya ve pariyetal fasya. (Enker WE Kafka NJ, Martz J. Planes of sharp dissection for primary locally advanced or recurrent rectal cancer. Semin Surg Oncol, 18:19,2000'dan uyarlanmıştır).

Parietal fasya: Çok katlıdır(soğan zarı gibi) ve pelvik duvarları örter. Superior hipogastrik pleksusu, hipogastrik sinirleri ve pelvik pleksusu örter. Sakrum üzerinde; periosta yapıştığı yerlerde kalınlaşır. S4 düzeyinde fasya propriya ile pariyetal fasya birleşir (**retrosakral ligaman**) (Şekil 4).

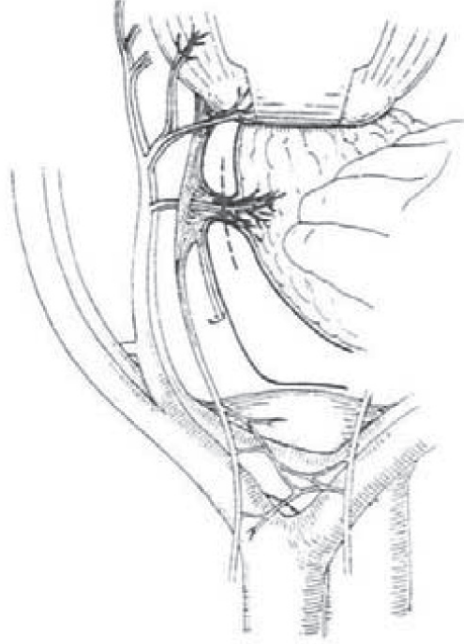


Şekil 4. Rektosakral ligaman. S4 düzeyinde fasya propriya ile pariyetal fasya birleşir ve retrosakral ligamanı oluşturur. Keskin diseksiyonla kesilmesi sakral kanama riskini önler.

Lateral ligamanlar: Jones ve ark., tarafından kadavralar üzerinde yapılan araştırmalarda aslında lateral ligaman ile uyumlu bir oluşumun olmadığı, lateral ligamanlar diye düşünülen yapının, pelvik pleksusdan rektuma uzanan otonom sinirlerden oluştuğu gösterilmiştir. Klasik bilgilerin aksine orta rektal arterin lateral ligamanların içinden geçmediği, orta rektal arterin genellikle bulunmadığı; varsa bile çapının 2 mm'den küçük ve pelvik taban kasları düzeyinde seyrettiği saptanmıştır⁽⁴⁵⁾ (Şekil 5,6).

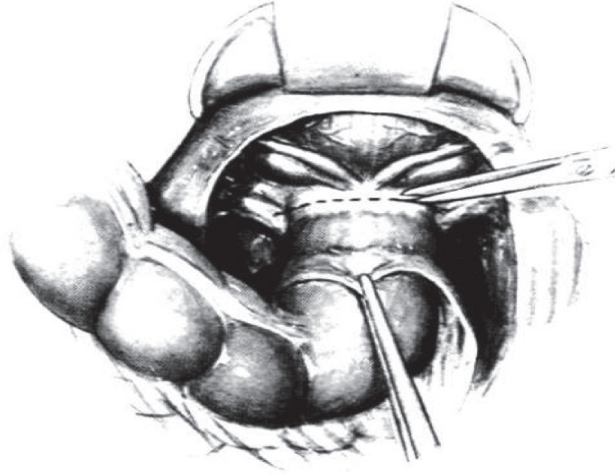


Şekil 5. Lateral ligaman. lateral ligamanlar olarak adlandırılan yapı, pelvik pleksusdan rektuma uzanan otonom sinirlerden oluşur. Klasik bilgilerin aksine orta rektal arter, lateral ligamanların içinden geçmez, orta rektal arterin genellikle bulunmaz varsa bile çapı 2 mm'den küçüktür ve pelvik taban kasları düzeyinde seyreder (Enker WE Kafka NJ, Martz J. Planes of sharp dissection for primary locally advanced or recurrent rectal cancer. Semin Surg Oncol, 18:19,2000'dan uyarlanmıştır).

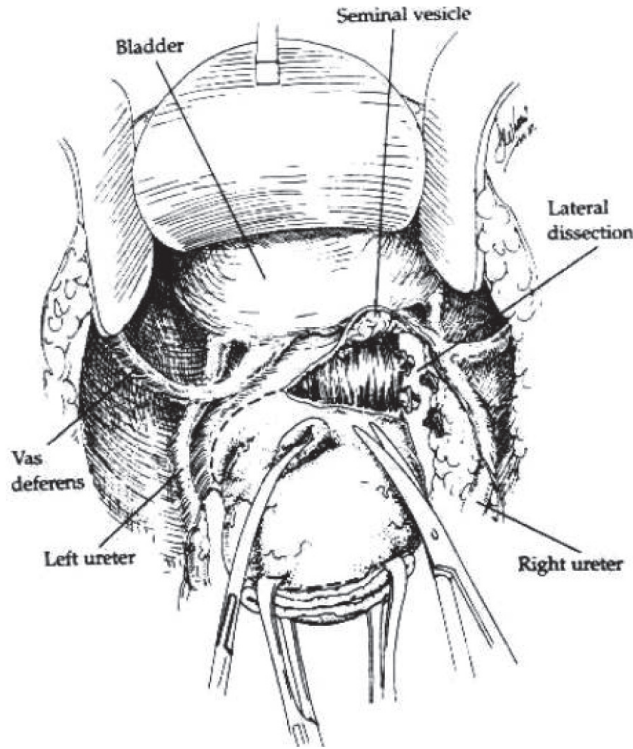


Şekil 6. Lateral ligamanların kesilmesi. Peritonun 2-3 cm aşağısında pelvik pleksustan rektuma giren sinirler, lateral ligaman imajı verirler. Bunlar rektumun mediale traksiyonu ile 1-1.5 cm gerilebilirler. Bu sayede pelvik yan duvar üzerindeki pelvik pleksus yaralanmadan lateral bağlantılar kesilebilir. (Enker WE Kafka NJ, Martz J. Planes of sharp dissection for primary locally advanced or recurrent rectal cancer. Semin Surg Oncol, 18:19,2000'dan uyarlanmıştır).

Denonvillier fasyası: Embriyolojik olarak peritoneal refleksiyonun regresyonudur. Erkeklerde rektovezikal fasya; rektum önünde mezorektumu seminal vezikül ve prostattan ayırır. Kadında da rektovajinal fasya (çok daha ince) bulunur. Gençlerde daha kalındır. Önünde ve arkasında cerrahi diseksiyon planı mevcuttur. Önde fasya propriaya yakın ve yapışık; öne ve arkaya çok iyi traksiyonla aradaki uygun plan ortaya çıkar. TME'de Denonvillier fasyasının arkasından diseksiyon yapılır. Seminal veziküller çıplak bırakılır. Lateral kenarlarında hipogastrik pleksus açısından dikkatli olunmalıdır (empotans riski) (Şekil 7).



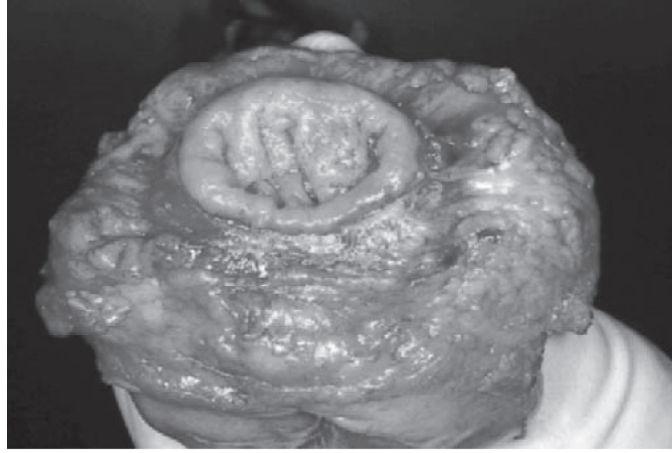
Şekil 7. Denonvillier fasyası a. Erkek hastada Denonvillier fasyası. Erkeklerde seminal veziküllerin hemen altından anterior periton kesilir (Murray JJ, Weidenheimer MC. Abdominoprineal excision of rectum. In. Surgery of the colon, rectum and anus. Eds. Fielding LP,Goldberg SM. Chapman and Hall Medical, Fifth edition, London, 1996, p.477 'dan uyarlanmıştır).



b. Kadın hastada Denonvillier fasyası. Kadınlarda Douglas poşunun periton refleksiyonundan anterior periton kesilir. (Wanebo H, Milsom JM. Low anterior resection with and without node dissection. In. Atlas of surgical oncology. Eds. Daly JM, Cady B. Mosby, St. Louis, 1993, p.591-520'dan uyarlanmıştır).

Retrorektal alan: Köpüksü doku; posteriorda retrosakral ligamana kadar ve 2/3 üst laterallerde devam eder. Retrosakral ligaman kesildikten sonra da anorektal junction'a kadar benzer köpüksü doku ile karşılaşılır. (Şekil 4)

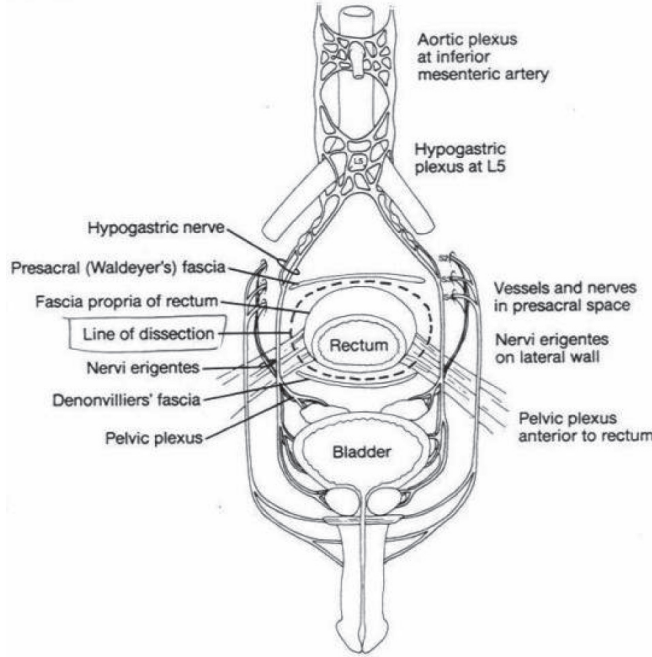
Mezorektum: Fasya propria ile çevrilidir. İnferior mezenterik arter ve venin dallarını, lenfatikleri ve destekleyici yağ dokusunu içerir. Asıl posteriorda yer alırsa da rektumu neredeyse tüm boyunca 360° çevreler. (Şekil 8)



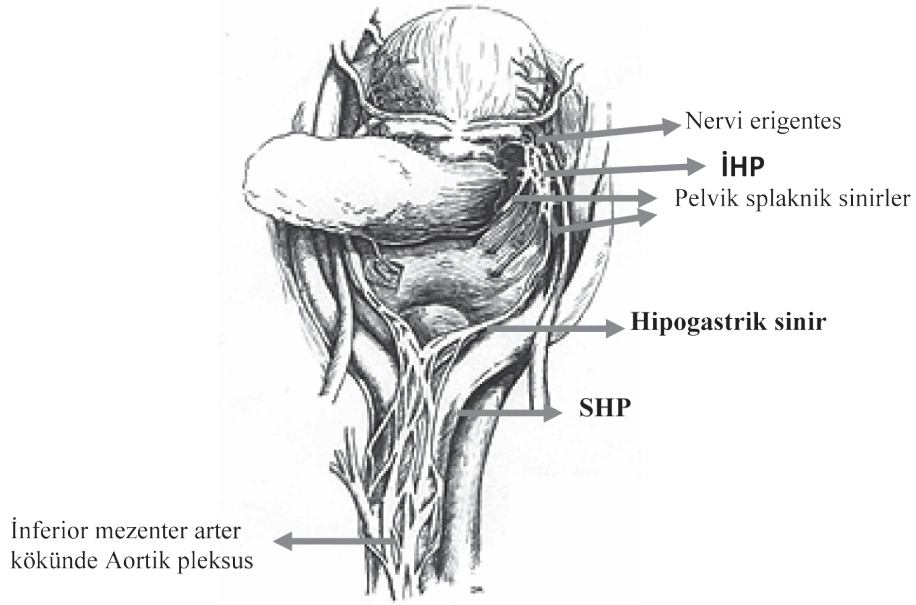
Şekil 8. Mezorektum. Mezorektum fasya propria ile çevrilidir. İnferior mezenterik arter ve venin dallarını, lenfatikleri ve destekleyici yağ dokusunu içerir. Asıl posteriorda yer alırsa da rektumu neredeyse tüm boyunca 360° çevreler.

Pelvik Sinirler

I. Superior hipogastrik pleksus: Superior hipogastrik pleksus (SHP) T10 – L2 pre-post ganglionik liflerin ağıdır. L5 anteriorunda yer alır; pre-aortik sempatik trunkus ile devamlılık halindedir. Pelvik brim'in üstünde paryetal fasya içindedir; fasya propriaya yapışık olabilir. İnferior mezenterik arter ve ven ve superior rektal arterler mobilize edilirken yaralanma riski vardır. İnferior mezenterik damarların izole edilmeden klempe edilmeleri SHP'un yaralanması demektir, erkeklerde ejakulasyon sorunları oluşur. Sakral promontoryum düzeyinde sağ ve sol hipogastrik sinirlere (HS) ayrılır (Şekil 9,10)



Şekil 9. TME sırasında korunması gereken sinirlerin şematik çizimi. Superior hipogastrik pleksus, L5 anteriorunda yer alır; pre-aortik sempatik trunkus ile devamlılık halindedir. Pelvik brim'in üstünde pariyetal fasya içindedir; fasya propriaya yapışık olabilir. İnferior mezenterik arter ve ven ve superior rektal arterler mobilize edilirken yaralanma riski vardır. İnferior mezenterik damarların izole edilmeden klempe edilmeleri Superior hipogastrik pleksusun yaralanması demektir; erkeklerde ejakulasyon sorunları oluşur. Sakral promontoryum düzeyinde sağ ve sol hipogastrik sinirlere ayrılır. Hipogastrik sinirler, sakral promontoryum düzeyinde pelvik yan duvarlara doğru uzanır ve aşağıda inferior hipogastrik pleksusa ulaşırlar. Uretere paralel; 1-2 cm medialinde seyrederek. Her iki tarafta pelvik parasempatiklerle birleşerek pelvik duvarlarda inferior hipogastrik pleksusları (pelvik pleksusları) oluştururlar. Retrorektal alanın diseksiyonu için rektum öne çekildiğinde hipogastrik sinirler, tehlikeye girerler. Bu sırada sinirler görülür ve mezoya girdikleri gözlenirse cerrahi diseksiyonun çok posteriorda olduğu ve pariyetal fasyanın içinde bulunduğunu anlaşılmalıdır. Hipogastrik sinirler kesilirse erkeklerde ejakulasyon bozulur. (Kodner IJ. Rectal cancer. In: Abdominal operations. Eds. Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H, Appleton and Lange Stamford, Connecticut, 1997, p. 1478'dan uyarlanmıştır).



Şekil 10 TME sırasında korunması gereken sinirler. Pelvik splanknik sinirler, S3 ve S4 anterior köklerinden çıkağlanırlar ve paryetal fasyanın içinde pelvik pleksusa (inferior hipogastrik pleksusa) katılırlar. Diseksiyon fasya propriya ile sınırlanırsa, pelvik splanknik sinirler fasya propriyanın dışında paryetal fasya içinde yer aldıklarından, görülmedikleri gibi yaralanma olasılığı da düşüktür. Pelvik pleksus, hipogastrik sinirler ve pelvik splanknik sinirlerin karışımı ile sempatik ve parasempatik sinirlerden oluşan bir ağdır. Fasya propriyanın dışında paryetal fasyanın içinde yer alır. 3x4 cm'lik bir sinir plağı halindedir. Diseksiyon planı pleksusun medialinde yer alır.

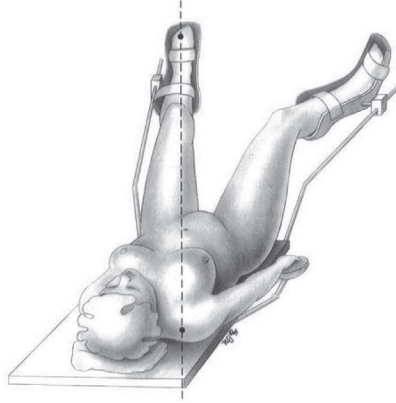
II. Hipogastrik sinirler: Sakral promortoryum düzeyinde pelvik yan duvarlara doğru uzanır ve aşağıda inferior hipogastrik pleksusa (diğer adıyla pelvik pleksusa) ulaşılır. Bazen 1 cm eninde tek bir lif, bazen 5 mm'lik fibriller halinde olabilirler. Uretere paralel ; 1-2 cm medialinde seyrederek. Her iki tarafta pelvik parasempatiklerle birleşerek pelvik duvarlarda inferior hipogastrik pleksusları (pelvik pleksusları) oluştururlar. Retrorektal alanın diseksiyonu için rektum öne çekildiğinde hipogastrik sinirler(HS) tehlikeye girerler. Bu sırada sinirler görülür ve mezoya girdikleri gözlenirse cerrahi diseksiyonun çok posteriorunda olduğu ve paryetal fasyanın içinde bulunduğunu anlaşılmalıdır. HS'ler kesilirse erkeklerde ejakulasyon bozulur (Şekil 9,10)

III. a. Pelvik splanknik sinirler (pelvik parasempatikler): S3 ve S4 anterior köklerinden çıkağlanırlar ve paryetal fasyanın içinde pelvik pleksusa (inferior hipogastrik pleksusa) katılırlar. Diseksiyon fasya propriya ile sınırlanırsa, pelvik splanknik sinirler fasya propriyanın dışında paryetal fasya içinde yer aldıklarından görülmedikleri gibi yaralanma olasılığı da düşüktür. (Şekil 9,10) TME-OSK'nın TME'dan farkı bu sinirlere özel dikkat gösterilmesindedir^(14,46). Retrosakral ligaman kesildikten sonra piriformis kasının alt kenarında bu sinirler yer alır. Bu noktada retrorektal alan laterale doğru diseke edilirse pelvik splanknik sinirler görülebilir.

b. Pelvik pleksus (inferior hipogastrik pleksus): Pelvik pleksus(PP) HS ve pelvik splanknik sinirlerin karışımı ile sempatik ve parasempatik sinirlerden oluşan bir ağdır. Fasya propriyanın dışında paryetal fasyanın içinde yer alır. 3x4 cm'lik bir sinir plağı halindedir. Diseksiyon planı pleksusun medialinde yer alır. Genellikle cerrah bu pleksusu görmez; çok zayıf hastalarda görülebilir. Pleksusun en yüzeysel (medial) kısmı rektuma dallar gönderir Bunlar her iki tarafta peritoneal refleksiyonun 2-3 cm aşağısında görülebilirler Lateral ligamanın içinde yer alırlar. PP'nin hasarı üriner disfonksiyon ve empotans ile sonuçlanır. Aşağı rektumda anterolateral diseksiyonda PP'un korpus kavernoza'yı besleyen dalı (Denonvillier fasyasının hemen önünde uzanır ve seminal vesiküllerin lateral yüzleri boyunca ilerler) yaralanabilir (Şekil 9,10).

Cerrahi Teknik

Ameliyat öncesinde, mekanik barsak hazırlığı yapılır ve olası stoma yeri karın üzerinde işaretlenir. Aerob ve anaerobları kapsayacak şekilde profilaktik antibiyotik kullanılır. Hastalara Lloyd – Davis pozisyonu verilir (Şekil 11) ve idrar sondası takılır. Uzun orta hat kesisi yapılarak batına girildikten sonra karaciğer metastazı açısından "bimanuel" araştırma yapılır. İntraabdominal yayılım dikkatle kontrol edilerek senkron tümör olmadığından emin olunur. Ardından lenfadenopatilerin olup olmadığı, varsa yerleri saptanır ve tümörün lokal yayılımı tam olarak değerlendirilir⁽⁴⁷⁾.



Şekil 11. Ameliyat pozisyonu. Lloyd – Davis pozisyonunda uyluklar abduksiyon ve 45 derece fleksiyona getirilir. Koksiks ucu masa kenarından hafifçe taşırılır. Peroneal sinirin laterl basıdan korunması için bacaklara hafif iç rotasyon yapılır. Ayak baş parmağı, diz ve omuz düz bir çizgiye düşecek şekilde ayarlanır (Hurst R. Abdominal-perineal resection. In. Operative strategies in inflammatory bowel disease. Eds. Michelassi F, Milsom JW, Springer, New York, 1999, p.316'dan uyarlanmıştır).

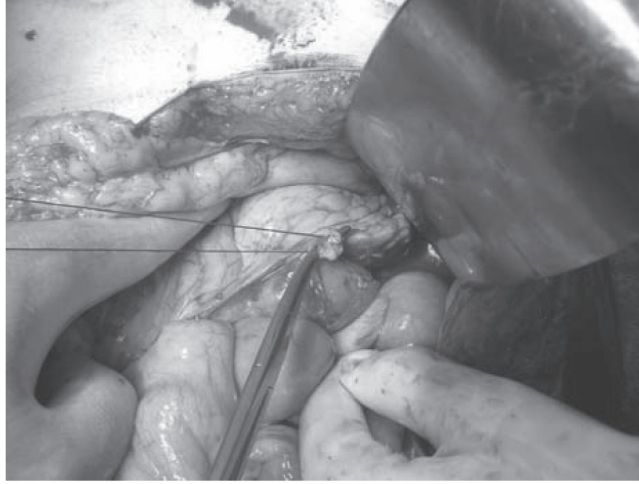
Sol kolon mobilizasyonu: Sigmoid kolon lateral peritoneal refleksiyondaki “beyaz hat” boyunca (diseksiyonun embriyonik planı) diseke edilir. Sol ureter görülür ve laterale itilir. Sigmoid mezokolonun sağ peritoneal refleksiyonu sağ ureterin medialinden kesilir. Inferior mezenterik damarların posteriorundan bir delik yaratılır; sigmoid mezokolonun sağ tarafından periton güvenli şekilde genişletilebilir. Bu periton insizyonu yukarı; duodenum 3. kısmına kadar uzatılır. Sigmoid mezokolon tabanında sakral promontoryum düzeyinde hipogastrik sinirler görülür ve ana trunkuslar korunur. Diseksiyona hipogastrik sinirlerin önünden mezorektum ile sakral fasya arasındaki plan bulunana kadar pelvise doğru devam edilir. Ardından sol kolon mobilize edilerek splenik fleksuraya ulaşılır⁽⁴⁷⁾.

Splenik fleksura mobilizasyonu: Dalak kolayca görünür durumdaysa ve omentumla dalak arasında yapışıklıklar varsa bunlar kesilir. Dalak görünür durumda değilse görmek için özel çaba gösterilmez. Omentumla transvers kolon arasındaki plana orta noktadan girilerek diseksiyona dalağa doğru devam edilir. Fleksura dalaktan ayrılırken makas kullanılması uygundur⁽⁴⁷⁾. (Şekil 12)



Şekil 12. Splenik fleksura mobilizasyonu. Dalak kolayca görünür durumdaysa ve omentumla dalak arasında yapışıklıklar varsa bunlar kesilir. Omentumla transvers kolon arasındaki plana orta noktadan girilerek diseksiyona dalağa doğru devam edilir. Fleksura dalaktan ayrılırken makas kullanılması uygundur (Heald RJ, Goligher JC. Anterior resection of the rectum. In. Surgery of the colon, rectum and anus. Eds. Fielding LP, Goldberg SM. Chapman and Hall Medical, Fifth edition, London, 1996, p.461 'dan uyarlanmıştır).

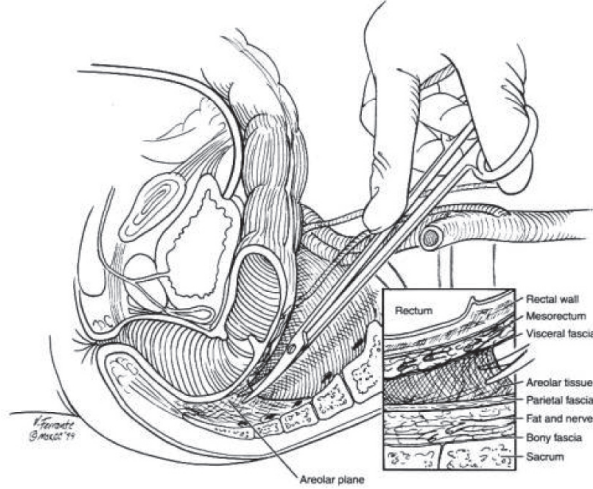
Sol kolon mobilizasyonunun tamamlanması: Inferior mezenterik arter (İMA) başparmak ve işaret parmağı arasında hissedilir. Arterin posteriorunda sinir lifleri gergin bantlar olarak hissedilir. Bunlar arterden dikkatlice ayrılır ve geriye retroperitona doğru itilir. İMA, bu işlem ve sol ureterin yeniden görülmesinden sonra bağlanır kesilir. Aort önünde uzanan superior hipogastrik pleksusun korunması için İMA kökünden 1-2 cm bırakılması gerekir. Diseksiyona yukarı doğru devam edilir ve inferior mezenterik ven daha yukarıda pankreas alt kenarında bağlanır ve kesilir (bu işlem sol kolonun tam mobilizasyonu için çok önemlidir)(Şekil 13). Sigmoid kolon apeksinden düz kesici stapler ile rezeke edilir⁽⁴⁷⁾.



Şekil 13 İnferior mezenterik venin bağlanması. İnferior mezenterik ven arterden daha yukarıda; pankreas alt kenarında bağlanır ve kesilir; bu işlem sol kolonun tam mobilizasyonu için çok önemlidir.

Posterior pelvik diseksiyon: Pelvise hipogastrik sinirlerin ve PP'un önünden, fasya proprianın arkasından, doğru planda girilmelidir. Bunun için pelvik birimde superior rektal arteri bulmak gerekir. Superior rektal arter sakral promontoryum düzeyinde fasya propriyanın hemen anteriorunda seyredir. Superior rektal arterin posterior yüzeyinde kalınırsa, doğru plan bulunmuş olur. Diseksiyona aşağı doğru, hipogastrik sinirlerin medialinde ve anteriorunda devam edilir

S4 hizasında fasya propriya ile presakral fasya arasındaki retrosakral ligaman kesilir. Bundan sonra rektumun horizontal (distal) kısmına ulaşılır. Fasya propriya korunarak diseksiyona anorektal junction'a kadar devam edilir⁽⁴⁷⁾ (Şekil 14).



Şekil 14. Posterior pelvik diseksiyon. Pelvise hipogastrik sinirlerin ve pelvik plexusun önünden, fasya proprianın arkasından, doğru planda girilmelidir. Diseksiyona aşağı doğru, hipogastrik sinirlerin medialinde ve anteriorunda devam edilir. S4 hizasında fasya propriya ile presakral fasya arasındaki retrosakral ligaman kesilir. Bundan sonra rektumun horizontal (distal) kısmına ulaşılır. Fasya propriya korunarak diseksiyona anorektal junction'a kadar devam edilir posterior (Wanebo H, Milsom JM. Low anterior resection with and without node dissection. In. Atlas of surgical oncology. Eds. Daly JM, Cady B. Mosby, St. Louis, 1993, p.591-520'dan uyarlanmıştır).

Anterior diseksiyon: Posterior diseksiyon yeterince ilerlemeden anterior diseksiyona başlanmaz. Erkekde retrovezikal, kadında rektouterin poşun apeksinin 1 cm. önünde diseksiyon başlar. Erkeklerde seminal veziküllerin hemen altından anterior periton kesilir. Kadınlarda Douglas poşunun periton refleksiyonundan anterior periton kesilir. Erkeklerde seminal veziküller, kadında vajen ile anterior mezorektum arasında uygun plan yer alır Posterior vajen duvarından kanama olmamasına dikkat edilir. Seminal veziküller anterior rektum duvarından ayrılır. Arada Denovillier fasyası vardır. Erkekde prostat tabanının, kadında vajen duvarının hemen aşağısında Denonvillier fasyası transvers olarak kesilir. Bu sırada otonomik sinirler tehlike altındadır. Çünkü bunlar lateralde Denonvillier'in hemen önünde seyredir. Sinirler korunduktan sonra Denonvillier'in posteriorunda diseksiyona devam edilir⁽⁴⁷⁾(Şekil 15-16).

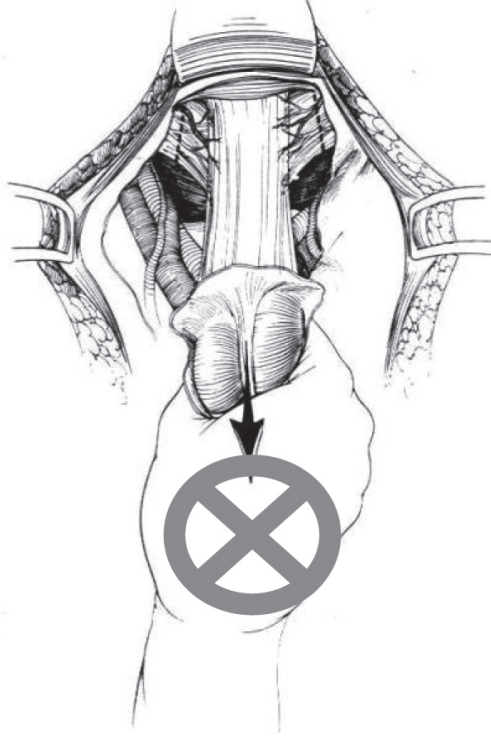


Şekil 15. Anterior diseksiyon. Anterior diseksiyon erkeklerde retrovezikal, kadınlarda rektouterin poşun apeksinin 1 cm. önünde diseksiyon başlar. Erkeklerde seminal veziküllerin hemen altından anterior periton kesilir. Erkeklerde seminal veziküller, kadınlarda vajen ile anterior mezorektum arasında uygun plan yer alır. Seminal veziküller anterior rektum duvarından ayrılır. Arada Denonvillier fasyası vardır. Erkeklerde prostat tabanının, hemen aşağısında Denonvillier fasyası transvers olarak kesilir. Bu sırada otonomik sinirler tehlike altındadır. Çünkü bunlar lateralde Denonvillier'in hemen önünde seyredir. Sinirler korunduktan sonra Denonvillier'in posteriorunda diseksiyona devam edilir (Wanebo H, Milsom JM. Low anterior resection with and without node dissection. In. Atlas of surgical oncology. Eds. Daly JM, Cady B. Mosby, St. Louis, 1993, p.591-520'dan uyarlanmıştır).

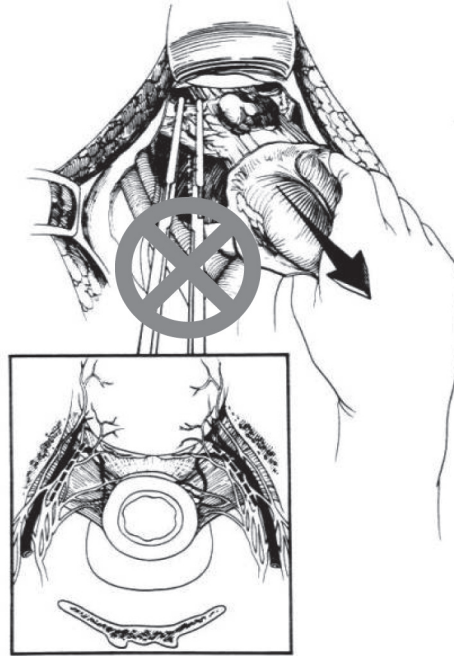


Şekil 16. Anterior diseksiyonun tamamlanması. Anterior diseksiyonun tamamlandığından emin olunması için anal kanala sokulan parmak, batında prostat altına yerleştirilen parmakla hissedilir (Wanebo H, Milsom JM. Low anterior resection with and without node dissection. In. Atlas of surgical oncology. Eds. Daly JM, Cady B. Mosby, St. Louis, 1993, p.591-520'dan uyarlanmıştır).

Lateral diseksiyon: Anterior ve posterior diseksiyon ilerletildiğinde lateral diseksiyon daha kolay olur. Alt 1/3 lateral diseksiyon zordur. Zayıf hastalarda, fasya propriya rahat görülür. Şişmanlarda rektum mediale çekilir kibarca lateral karşı traksiyon yapılır ve fasyanın hemen dışında gevşek areolar doku görülür. Peritonun 2-3 cm aşağısında pelvik pleksustan rektuma giren sinirler, lateral ligaman imajı verirler. Bunlar rektumun mediale traksiyonuyla 1-1.5 cm gerilebilirler Bu sayede pelvik yan duvar üzerindeki pelvik pleksus yaralanmadan lateral bağlantılar kesilebilir. Lateral bağlantılar bağlanmadan/klempe edilmeden kesilir yoksa parasempatik pleksus ve sinirler (n. errigentes) yaralanabilir. Koter ile olanaklı olduğunca lateralden kesilir ve kanarsa koterize edilir. Aşırı traksiyon PP'ü zedeler⁽⁴⁷⁾ (Şekil 17-18).

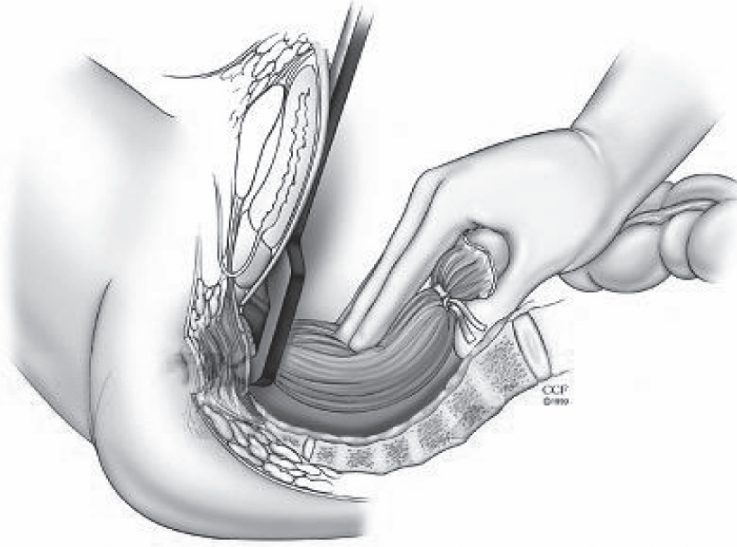


Şekil 17. Lateral diseksiyon. Aşırı traksiyon uygulanmaz . Aşırı traksiyon pelvik pleksusu zedeler.

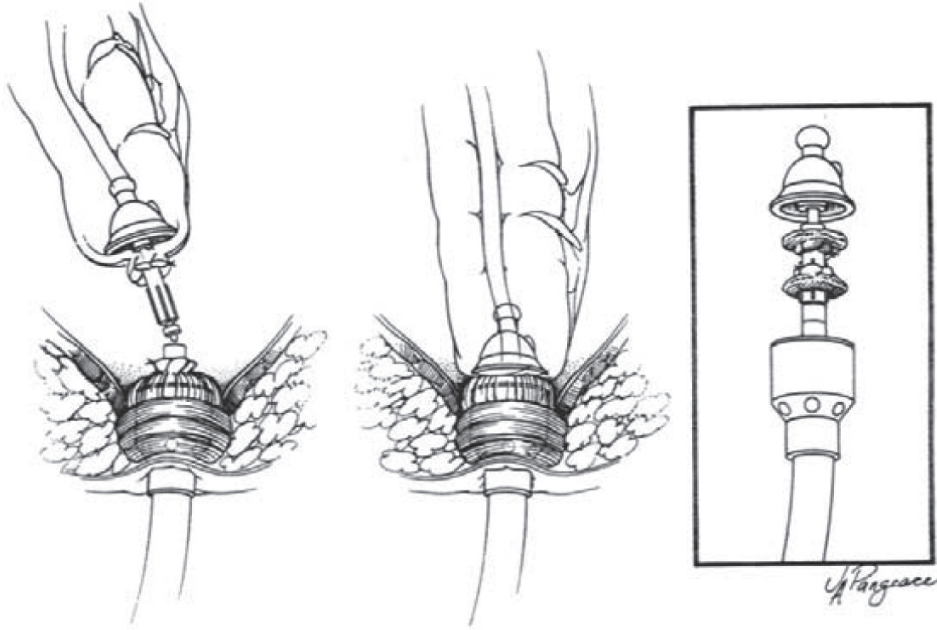


Şekil 18. Lateral diseksiyon. Lateral bağlantılar bağlanmadan/klempe edilmeden kesilir yoksa parasempatik pleksus ve sinirler (n. erigentes) yaralanabilir.

Rektum eksizyonu: Pelvik tabana ulaşıldığında rektumun son kısmı mezo içermeyen bir kas tüpü halini alır. Rektal güdük yıkanır. 30/50 mm stapler ile rektal güdük kapatılır. Dairesel stapler ile anastomoz gerçekleştirilir⁽⁴⁷⁾ (Şekil 19-20).



Şekil 19. Rektumun eksizyonu. Pelvik tabana ulaşıldığında rektumun son kısmı mezo içermeyen bir kas tüpü halini alır. 30/50 mm stapler ile rektal güdük kapatılır (The Cleveland Clinic Foundation, Ohio koleksiyonundan uyarlanmıştır).



Şekil 20. Kolorektal anastomoz. Dairesel stapler ile anastomoz gerçekleştirilir ve halkaların tam olup olmadıkları kontrol edilir (Wanebo H, Milsom JM. Low anterior resection with and without node dissection. In. Atlas of surgical oncology. Eds. Daly JM, Cady B. Mosby, St. Louis, 1993, p.591-520'dan uyarlanmıştır).

Tablo 4'de TME tekniğinin önemli aşamaları özetlenmiştir. Başarılı bir sonuç için bu aşamalar ödün vermeden her hastaya uygulanmalıdır.

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Tablo 1: Harmon'un çalışmasına göre cerrahın rektum kanseri deneyiminin tedavi sonuçlarına etkisi. (1 numaralı kaynak)

Cerrah Tipi	Olgu / yıl	Sonuç
Yüksek hacimli cerrahlar	(10 ↑)	En iyi sonuç
Orta hacimli cerrahlar	(5-10)	Orta (40-70/yıl) veya yüksek (>70) hacimli hastanelerde çalışıyorlarsa sonuçlar yüksek hacimli cerrahlar kadar iyi
Orta hacimli cerrahlar	(5-10)	Düşük hacimli hastanelerde (<40 rektum kanseri/ yıl) çalışıyorlarsa sonuçlar kötü
Düşük hacimli cerrah	(5)	Sonuçlar kötü

Tablo 2:Hollanda çalışması (multisentrik, prospektif, randomize, kontrollü)
RT:Radyoterapi TME: Total mezorektal eksizyon

	Preop kısa süreli RT + TME n:897	Yalnız TME n:908	P
Lokal nüks %	2.4	8.2	<0.001
Toplam sağkalım %(2 yıllık)	82.0	81.8	0.84

Tablo 3: Çeşitli yazarların TME tekniği ile elde ettiği lokal nüks sonuçları (5 numaralı kaynaktan alınmıştır. Heald 1982 ve Zaheer 1998 dışında tüm çalışmalarda adjuvan RT kullanılmıştır.)

Yazar	Hasta Sayısı	Çalışma yöntemi	Lokal nüks %	Çalışma tarihleri	İzlem (yıl)
Heald, 1982	113	Restrospektif	0	1978-82	2
Mcanena, 1990	57	Restrospektif	3.5	1979-87	4.8 (ort)
MacFarlane, 1993	135	Restrospektif	5	1978-91	7.7 (ortanca)
Enker, 1995	246	Restrospektif	7.3	1980-92	5
Zaheer, 1998	514	Restrospektif	5.7	1982-89	5
Heald, 1998	519	Restrospektif	6	1978-97	5
Heald, 1998	519	Restrospektif	8	1978-97	10
Havenga, 1999	1411	Restrospektif	7.6	1978-94	5
Bolognese, 2000	71	Restrospektif	12.6	1980-92	6
Martling, 2000	381	Prospektif ve tarihi kontrol	6	1994-97	2
Bissett, 2000	124	Retrospektif kontrollü	10	1980-96	5
Kapiteijn, 2001	1748	Prospektif Randomize,kontrollü	8.2 ve 2.4	1996-99	2
Tocchi, 2001	53	Retrospektif	9	1990-95	5
Wibe, 2002	686	Retrospektif	7	1993-97	1-5
Toplam	6.058		6.6	1978-99	2-10

Tablo 4: TME cerrahi tekniğinde önemli noktalar.

- Sinirler tanınmalı ve korunmalıdır. - Rektum diseksiyonunda yeterince aşağıya inilmelidir (Böylelikle rektum 30 mm'lik staplere sığar) - Anastomoz gergin olmamalıdır (Sol kolon tam mobilize edilmeli ve IMA köküne yakın bağlanmalıdır) - Negatif çevresel sınır için visseral fasya her düzlemde intakt kalmalıdır.

Kaynaklar

1. Halasz NA, Volume of patient and prognosis: It has significant relation ship as seen by 1999 Ann Surg, 230 (3): 404-413
2. Enker WE. Total mesorectal excision: the new golden standard of surgery for rectal cancer. Ann Med. 1997;29:127-133.
4. Guillem JG, Cohen AM. Current issues in colorectal cancer surgery. Semin Oncol. 1999;26:505-513.
3. Hill GL, Rafique M. Extrafascial excision of the rectum for rectal cancer. Br J Surg. 1998;85:809-812.
6. Bissett IP, McKay GS, Parry BR, et al. Results of extrafascial excision and conventional surgery for rectal cancer at Auckland Hospital. Aust N Z J Surg. 2000;70:704-709.
5. Bokey EL, Ojerskog B, Chapuis PH, et al. Local recurrence after curative excision of the rectum for cancer without adjuvant therapy: role of total anatomical dissection. Br J Surg. 1999;86:1164-1170.
7. Lowry AC, Simmang CL, Boulos P, et al. Consensus statement of definitions for anorectal physiology and rectal cancer: report of the Tripartite Consensus Conference on Definitions for Anorectal Physiology and Rectal Cancer, Washington, DC, May 1, 1999. Dis Colon Rectum. 2001;44:915-919.
8. Moynihan BG. The surgical treatment of cancer of the sigmoid flexure and rectum: with special reference to the principles to be observed. Surg Gynecol Obstet 1908;6:436-438
9. Miles WE. A method for performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and the terminal portion of the pelvic colon. Lancet. 1908;ii:1812-1813
10. Miles WE. Cancer of the Rectum. London: Harrisons; 1926
11. Ridgway PF, Darzi AW. The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer. Cancer Control ,2003 10(3):205-211.
12. Heald RJ. A new approach to rectal cancer. Br J Hosp Med 1979; 22:277-81.
13. Tsuchiya S, Ohki S, Radical surgery for rectal cancer with preservation of pelvic autonomic nerves. Taipei: Republic of China Surgical Society; 1992.
14. Enker WE, Thaler HT, Cranor ML, et al. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum. J Am Coll Surg 1995;181:335-346.
15. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery: the clue to pelvic recurrence? Br J Surg 1982;69:613-616
16. Sterk P, Keller L, Jochims H, et al. Lymphoscintigraphy in patients with primary rectal cancer: the role of total mesorectal excision for primary rectal cancer. A lymphoscintigraphic study. Int J Colorectal Dis 2002;17:137-142; discussion 143
17. Fritsch H. Development of the rectal fascia. Anat Anz 1990;170:273-80.
18. Church JM, Raudkivi PJ, Hill GL. The surgical anatomy of the rectum-a review with particular relevance to the hazards of rectal mobilisation. Int J Colorectal Dis 1987;2:158-66.
19. Williams NS, Dixon MF, Johnston D. Reappraisal of the 5 centimetre rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients' survival. Br J Surg 1983;70:150-4.
20. Kirwan WO, Drumm J, Hogan JM, Keohane C. Determining a safe margin of resection in low anterior resection for rectal cancer. Br J Surg 1988;75:720.
21. Quirke P, Durdey P, Dixon MF, Williams NS. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathological study of lateral tumour spread and surgical excision. Lancet 1986;2:996-9.
22. Ng IO, Luk IS, Yuen ST, et al. Surgical lateral clearance in resected rectal carcinomas. A multivariate analysis of clinicopathologic features. Cancer 1993;71:1972-6.
23. Law WL, Chu KW. Strategies in the management of mid and distal rectal cancer with total mesorectal excision. Asian J Surg 2002;25(3):255-64.
24. Scott N, Jackson P, al Jaber T, et al. Total mesorectal excision and local recurrence: a study of tumour spread in the mesorectum distal to rectal cancer. Br J Surg 1995;82:1031-3.
25. Reynolds JV, Joyce WP, Dolan J, et al. Pathological evidence in support of total mesorectal excision in the management of rectal cancer. Br J Surg 1996; 83:1112-5.
26. Lopez-Kostner F, Lavery IC, Hool GR, et al. Total mesorectal excision is not necessary for cancers of the upper rectum. Surgery 1998;124:612-7.
27. Leong AF. Selective total mesorectal excision for rectal cancer. Dis Colon Rectum 2000;43:1237-40.
28. Bokey EL, Ojerskog B, Chapuis PH, et al. Local recurrence after curative excision of the rectum for cancer without adjuvant therapy: role of total anatomical dissection. Br J Surg 1999;86:1164-70.
29. Karanjia ND, Schache DJ, North WR, Heald RJ. 'Close shave' in anterior resection. Br J Surg 1990;77:510-2
30. Heald RJ, Moran BJ, Ryall RD, et al. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. Arch Surg 1998;133:894-9.
31. Arbmán G, Nilsson E, Hallbook O, Sjodahl R. Local recurrence following total mesorectal excision for rectal cancer. Br J Surg 1996; 83:375-9.
32. Krook JE, Moertel CG, Gunderson LL, et al. Effective surgical adjuvant therapy for high-risk rectal carcinoma. N Engl J Med 1991;324:709-715.
33. Colorectal Cancer Collaborative Group. Adjuvant radiotherapy for rectal cancer: a systematic overview of 8507 patients from 22 randomised trials. Lancet 2001; 358: 1291-1304
34. Randomized study on preoperative radiotherapy in rectal carcinoma. Stockholm Colorectal Cancer Study Group. Ann Surg Oncol 1996;3:423-430
35. Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer. Swedish Rectal Cancer Trial. N Engl J Med 1997;336:980-987
36. Kapiteijn E, Marijnen CA, Nagtekaal ID, et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med 2001;345(9):638-46.
37. Kapiteijn E, Van de Velde CJH. The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer. Surg Clin North Am 2002;82(5):995-1007

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

38. Pakkastie TE, Luukkonen PE, Jarvinen HJ. Anastomotic leakage after anterior resection of the rectum. *Eur J Surg* 1994;160:293-7.
39. Vignali A, Fazio VW, Lavery IC, et al. Factors associated with the occurrence of leaks in stapled rectal anastomoses: a review of 1,014 patients. *J Am Coll Surg* 1997;185:105-13.
40. Aitken RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg* 1996;83:214-6.
41. Karanjia ND, Corder AP, Holdsworth PJ, Heald RJ. Risk of peritonitis and fatal septicaemia and the need to defunction the low anastomosis. *Br J Surg* 1991;78:196-8.
42. Law WL, Chu KW, Ho JW, Chan CW. Risk factors for anastomotic leakage after low anterior resection with total mesorectal excision. *Am J Surg* 2000;179:92-6.
43. Carlsen E, Schlichting E, Guldvog I, et al. Effect of the introduction of total mesorectal excision for the treatment of rectal cancer. *Br J Surg* 1998;85:526-9.
44. Rullier E, Laurent C, Garrelon JL, et al. Risk factors for anastomotic leakage after resection of rectal cancer. *Br J Surg* 1998;85:355-8.
45. Jones et al. Lateral ligaments of the rectum: an anatomical study. *Br J Surg* 1999;86:487-9.
46. Havenga K, Enker WE. Autonomic nerve preserving total mesorectal excision. *Surg Clin North Am* 2002;82(5):1009-18.
47. Steele RJC. Anterior resection with total mesorectal excision. *J r Coll Surg Edinb* 1999; 44:40-45.

Restoratif Proktokolektomi-Erken ve Geç Komplikasyonlar

Dr. Selman Sökmen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kolorektal ve Pelvik Cerrahi Birimi, İzmir

Donald Peck ve Alan Parks'ın özgün restoratif proktokolektomi ameliyatını tanımladığından beri kronik ülseratif kolitli hastaların tedavisinde ileal poş anal anastomoz(İPAA) standart bir yaklaşım halini almıştır. Uzun dönem sonuçları ve yaşam kalitesi diğer seçeneklere göre daha iyidir. İPAA sonrası ideal sonlanım nokturnal dışkılama olmaksızın günde 4-6 kez kısmen şekilli dışkılama, inkontinans izlenmemesi ve uzun dönemde ilaç tedavisine gerek olmamasıdır. Ne yazık ki, birçok hastada bu ideallerden sapmalar olur ve poş sorunları majör morbiditenin önemli bir nedeni haline gelir.

Restoratif İPAA %0-1 mortalite oranları ile güvenli bir ameliyattır. İPAA sonrası oldukça farklı ve düşük mortalite oranları bildirilirken, morbidite oranları hala yüksektir. **İnce barsak obstrüksiyonu** hastaların %20'sinde meydana gelmektedir. Kolektomi sonrası peritonsuz yüzeylerde meydana gelebilen adezyonlar ve ileostomi bölgesindeki dönme nedeniyle gelişebilmektedir. Obstrüktif atakların çoğu bu ameliyatlardan gerçekleştirildikten hemen sonraki dönemde meydana gelir. İnce barsak obstrüksiyonunun önlenemeyen en önemli nedeni ileostominin 180 derece rotasyonudur. Öncelikle cerrahi olmayan tedavi yöntemleri ile sorunun çözümünü aramak uygundur, ancak en sonunda cerrahi gerekebilir.

Artan cerrahi tecrübe ile insidansı giderek azalsa da **pelvik sepsis** İPAA hastalarının %5'inde görülmektedir. Pelvik sepsis, ameliyattan sonra hemen oluşabildiği gibi geç dönemde de meydana gelebilir, abse formasyonu(genellikle presakral) veya perineal fistül şeklinde kendini gösterebilir. Erken pelvik sepsisi hatırlatan semptomlar yüksek ateş, anal ağrı, tenesmus ve pürülan akıntı veya anüsten olan ikincil kanamadır. Tanı BT veya MR'da abse veya ödemli dokuların görülmesi ile konulur. Erken postoperatif dönemde sepsis gelişen hastalarda takip eden dönemde poşun bozulması daha sık görüldüğünden bu hastalara agresif terapötik yaklaşım uygulanmalıdır. Hastaların çoğu uygulanan intravenöz antibiyotiklere 24-36 saatte yanıt verse de, sepsisi devam eden ve organize abse oluşumu gösterenlerde erken operatif, endoanal, görüntüleme yöntemleri eşliğinde perkütan drenaj uygulanmalıdır. Eğer kavite drene edilememişse, abse çeperini açarak kavitenin anüs yolu ile kürete edilmesine-abse ve rezervuar arasında geniş bağlantı oluşturmak için-gayret edilmelidir. Bazen sepsisin eradike edilmesi için bazı lokal işlemler gerekebilir. Nadiren abdominal yaklaşım ile tedavi gereklidir. Bildirilen ileoanal **anastomotik striktür** insidansı %5-38 arasında değişmektedir. Fark yazarların striktür tanımındaki değişkenliklerden kaynaklanmaktadır. Bazılarına göre striktür en az iki defa dilatasyon gerektiren anastomoz darlığı iken, diğerleri için daralan anastomozla birlikte poş çıkış obstrüksiyonu ve tekrar tekrar dilatasyon gerektiren zayıf boşaltımdır. Etiyoloji çoğu zaman anastomoz kaçığı nedeni ile enfeksiyona da neden olan "gerilimli anastomoz" oluşturulmasıdır. Mezenterin tam mobilizasyonu ve rezervuarın traksiyonunun önlenmesi striktür oluşumunu önleyen önemli manevralardır. Poşun çevre dokulara tespit edilmesi anastomoz üzerinde doğrudan oluşacak gerilimi engelleyebilir. Başarılı sonuç alınması için sepsisin önlenmesi gerekir. Belirgin bir striktür operasyondan sonra yapılan ilk dijital muayene ile tespit edilebilir. Bu asemptomatik perde benzeri striktürler parmağın dikkatli ve yavaş olarak geçirilmesi ile açılabilir. Daha fibrotik striktürler de dijital olarak açılabilirse de, anestezi altında derecelendirilmiş dilatatörlerin uygulanması gerekebilir. Operatif tedavide tekrar tekrar yapılan dilatasyon ile %50 hastada yeterli fonksiyon sağlanabilmektedir. Nadiren transanal yaklaşımla striktürün eksizyonu ve poşun distalden genişletilmesi gerekebilir. **Anastomoz ayrılması** yaklaşık %10 hastada görülür. Eğer bu komplikasyon ileostomi kapatma aşamasından önce yapılan kontrastlı çalışmalarda veya dijital muayenede tespit edilirse ileostomi kapatılması tam klinik ve radyolojik iyileşme olduktan sonra yapılmak üzere ertelenir.

Bazen eşlik eden absenin drenajı ya da o kısmın doğrudan onarımı gerekmektedir. Bu agresif yaklaşım hemen her zaman başarılıdır ve ileostominin kapatılmasına olanak sağlar. **Poş-vajinal fistül** insidansı %3-16 arasında bildirilmektedir. Hasta vajinal akıntından şikayetçidir ve klinik muayenede fistül çoğu zaman görülebilmektedir. Nadiren sadece radyolojik kontrast enema(poşogram) ile görüntülenebilir. İleostomi kapatılmadan önce poş-vajinal fistülün dışlanması için hem vajinanın hem de anal kanalın anestezi altında muayene ile kontrol edilmesi gereklidir. Fistül ileostomi kapatılmadan önce ya da stoma kapatıldıktan sonra da oluşabilir. İnternal açıklık genellikle ileoanal anastomoz düzeyinde, daha nadiren dentat çizgidedir, kriptoglandüler sepsis formunda da olabilir. Rektal diseksiyon sırasında rektovajinal septum veya vajinal yaralanma veya pelvik sepsis nedeni ile anastomoz ayrılması nedeni ile oluşabilir. İkinci olasılık daha kuvvetli görünmektedir, zira poş-vajinal fistülü

olan hastalarda olmayanlara göre pelvik sepsis oranları daha yüksektir. Poş-vajinal fistülü olan hastalarda bildirilen Crohn hastalığı daha sıktır, ancak vakaların çoğunda bunu kanıtlamak güçtür. Tedavi semptomların şiddetine bağlı olarak planlanır. Eğer semptomlar minimal ve hasta tarafından kabullenilebilir ise, müdahale edilmez ya da sadece seton yerleştirmek yeterli olabilir. Klinik olarak belirgin inkontinansı olanlarda, eğer oluşturulmamışsa saptırıcı ileostomi uygulanabilir. Semptomlar şiddetli ise sepsis seton yerleştirilerek ya da yerleştirilmeden drene edilir, olay yatıştığında onarım uygulanır. Olay kompleks değil ise fistülün kapatılması gerekmez. Son dönemde yayınlanan bir çalışma infliximab'ın etkili olduğunu göstermiş ise de, fistül takibinde medikal tedavi endikasyonu yoktur. Cerrahi seçenekler abdominal ve lokal girişimler olarak ikiye ayrılır. Abdominal yaklaşımda, ileoanal anastomoz ilerletilerek abdominal revizyon yapılır, lokal işlemler ise sfinkter onarımı yapılarak veya yapılmaksızın gerçekleştirilen fistülektomi, endoanal flep onarımı ve endovajinal veya transvajinal onarımdır. İleoanal anastomozun seviyesi ameliyat yaklaşımını etkileyen en önemli faktördür. Poş-vajen fistülü anorektal bileşke veya üzerindeyse abdominal yaklaşımla poşun diseksiyonu ve vajinal defektin onarımı yapılır ve yeni ileoanal anastomoz oluşturulur. Çok sayıda yazar bu tekniğin başarı oranının yaklaşık olarak %80 olduğunu bildirmektedir. Anal kanaldan başlayan fistül ise abdominal prosedür ile tedavi edilmemelidir, çünkü distalde yeterli anal kanal mesafesi yoktur. Bu gibi durumlarda lokal prosedürler daha uygundur ve cerrahların çoğu endoanal ileal ilerletme flep prosedürünü veya transvajinal onarım tekniğini kullanırlar. Her iki yaklaşımda da fistül %50-60 oranında kapanmakta ise de, transvajinal onarım sfinkter yaralama ihtimali olmaksızın fistüle direkt müdahaleye imkan sağladığı için endoanal tekniğe göre daha avantajlıdır. Crohn hastalığının komplikasyonu olan poş-vajinal fistüllerin ise tedavisi güçtür, rekürrens sıktır, sıklıkla poş eksizyonuna neden olur.

ÜK için uygulanan İPAA sonrasında en sık görülen uzun dönem komplikasyonu ileal poşun genellikle **poşit** olarak bilinen non-spesifik inflamasyondur. ÜK'te kolektomi öncesi ekstra-intestinal bulguların varlığı, özellikle primer sklerozan kolanjit, poşit oluşumu ile ilişkili görünmektedir. 'Backwash ileit' takip eden poşit gelişiminin habercisi değildir. Kolektomi öncesi, serolojik faktör "perinükleer antinötrofil sitoplazmik antikorun" fazla miktarda üretimi ile İPAA sonrası poşit oluşumu öngörülebilir. Bu non-spesifik inflamasyonun etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir, ancak kontinent ileostomide olduğu gibi anaerobik bakterilerin fazla çoğalmasına bağlı olabilir. Semptomları abdominal kramplar, ateş, pelvik ağrı ve defekasyon frekansının birden artmasıdır. Pelvik rezervuar poşitinin tedavisinde metronidazol ve siprofloksasin gibi antibiyotikler kullanılmaktadır. İPAA'da akut semptomlar geriledikten sonra, poşit rekürrensini engellemek için probiyotik karışımı kullanılabilir. Bu rejimler hemen her zaman başarılı olsa da, zaman zaman steroid lavmanlar veya 5-aminosalisilat uygulamak gerekebilir. Kronik poşiti olan hastalarda Crohn hastalığı varlığından şüphelenmek gerekir. Dirençli poşitte, nadiren poş eksizyonu yapılarak veya yapılmaksızın ileostomi gerekebilir. Başarılı ileoanal poş prosedürlerinde 24 saatte ortalama barsak hareketi sayısı altıdır. Hastaların çoğu hangi sıklıkta defekasyon yaptığı ile ilgili endişe duymaz, çünkü sosyal aktivitelerde bulunmak için büyük bölümü defekasyonuerteleyebilir. Genellikle geceleri olan mükus ve gaita içeriğinin inkontinansı hastaların yaklaşık %30'unda görülürken, majör inkontinans çok nadirdir. Bu hastalar iyi perianal hijyen ve nadiren perineal ped kullanımı ile etkili olarak tedavi edilirler. Pelvik poş cerrahisinden sonra kontinans açıkça bozulsa da, hayat kalitesi çok iyi korunur. Bu sonuçları elde etmek için yaklaşık hastaların yarısı barsaklarını düzenlemek amacıyla hacim genişletici ajanlar veya antidiyareik ilaçlar kullanırlar. Hastaların çoğu dışarı çıkacaklarında veya uyuduklarında barsak hareketlerini minimize etmek için, akşam gün içinde yediğinden daha az yemek yer. Tam başarısızlık poşun eksizyonu olarak tanımlanır ve hastaların %5-8'inde meydana gelir, genellikle pelvik sepsis, tanı almamış Crohn hastalığı veya kabul edilemeyecek fonksiyonel sonuçlar neticesinde gelişir. Hayat kalitesi çalışmaları hastaların %95'inden fazlasının poşlarından memnun olduğunu ve tekrar ileostomiye dönmek istemediklerini belirtmektedir. Sezeryan doğum anal sfinkter hasarına neden olmadığı için inkontinans riski azdır, ancak geçirilmiş abdominal cerrahiye bağlı pelvik poş yaralanması veya oluşacak adezyonlar gibi komplikasyonlar meydana gelebilir. Vajinal doğum pudental sinir yaralanmasına ve sfinkter mekanizmasının zarar görmesine neden olabilir, ancak abdominal cerrahinin yarattığı sorunlar yaşanmaz ve iyileşme daha hızlı gerçekleşir. Bazı kısa süreli çalışmalar İPAA sonrası vajinal doğumun daha güvenli olduğunu bildirmektedir. Ancak vajinal doğumun belirgin sfinkter hasarına neden olduğu ve kadınlarda pelvik taban inervasyonuna zarar verdiği bilinmektedir. Bu faktörler artan yaşla birlikte pelvik poşu olan bir hastada oldukça tahrip edici olan fekal inkontinansa neden olabilir.

Jewell DP, Mortensen NJ, Steinhart AH, et al. Inflammatory Bowel Disease. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

Fleshner PR, Schoetz DJ. Surgical Management of Ulcerative Colitis. In: The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Wolf BG, Fleshman JW, Beck DE, et al.(eds) New York: Springer, 2007; pp: 567-83.

**Kolorektal Cerrahide Anastomoz Kaçakları – Risk Faktörleri,
Onkolojik Etkiler, Önlem - Olunca Ne Yapalım?**

Dr. Adil Baykan

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Anastomoz Kaçakları (AK) cerrahinin en önemli komplikasyonlarından biridir. Ciddi AK ları mortaliteye neden olabilmektedir. Yapılan anastomozun GİS içindeki seviyesine göre AK riski değişir. Kolonlarda bu oran %1-2 lerce iken, rektumda ortalama %5-10'a çıkar. Alt 1/3 rektum anastomozlarında bu oran daha da artar. AK önleyebilmek veya en aza indirebilmek için hastaya ve tekniğe bağlı faktörleri iyi değerlendirmek gerekir. Ameliyat öncesi hasta ile ilgili faktörlerin giderilmesi ve ameliyat sırasında sağlıklı bir anastomoz yapılabilmesi için her koşulun yerine getirilmesi şarttır. Özellikle rektum cerrahisinde cerrahın deneyimi de AK da rol oynar. Total Mezorektal Eksizyon yapılan rektum tümörlerinde rutin koruyucu stoma yapılması bazı otörlerce tartışılmakla beraber elimizdeki bulgular stomanın AK nı önlemese de AK dan oluşacak mortaliteyi, tekrar yapılması gerekecek olan laparotomileri önlediğini göstermektedir. AK larında erken tanı mortaliteyi büyük oranda önler. Bu nedenle cerrahın hastasını çok iyi izlemesi ve AK nı gösterebilecek; ateş, taşikardi, karında hassasiyet, hastada oluşan huzursuzluk, lökositoz, drenaj kokulu ve iltihabi sıvı gelmesi gibi durumlarda görüntüleme yöntemlerine başvurulması ve olayı ortaya koymaya çalışması gerekecektir. Görüntülemeye erken evrede suda eriyen opak madde ile çok dikkatli yapılacak lavmanlı inceleme AK nı en doğru bir şekilde gösterir. BT ise apse ve flegmon oluşmuş ise bunu daha iyi gösterir. AK tedavisi duruma göre konservatif tedaviden acil cerrahi girişime kadar değişen bir yelpaze gösterir. AK sonunda uzun zamanda kapanan fistül, sinüs, anastomoz darlığı ortaya çıkabilir. Lokal nüks de AK olanlarda olmayanlara göre 2-3 kat daha fazla rastlanır. Mortalite de AK olanlarda %10-12 lere çıkarken olmayanlarda bu oran %1-2 lerdedir.

Beslenme Durumunun Belirlenmesi, Nütrisyon Desteği İndikasyonları ve Tekniği

Dr. Haldun Gündoğdu

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Malnütrisyonun Görülme Sıklığı ve Sonuçlara Etkisi

Toplumdaki kronik hastalar, hastaneler ve diğer merkezlerdeki akut ve kronik hastalar arasında malnütrisyon sıktır. Evdeki kanserli veya akciğer veya kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan hastaların yaklaşık % 10'u kötü beslenmektedir. Hastaneye başvuruda hastaların % 30-60'ının malnütrisyonu vardır ve % 10-25'i ağır malnütrisyonudur. Hastanede yatarken nütrisyonel durum, doktorlar ve hemşirelerin malnütrisyonu fark ve tedavi etme ve bunun klinik sonuçlara etki ve öneminin bilincine varmadaki eksiklikleri nedeni ile daha da kötüye gitme eğilimi taşır.

Malnütrisyon özellikle hastanede yatan belli grup hastalar arasında yaygındır:

- yaşlılarda: %50
- nörolojik hastalığı olanlarda: %60
- solunum sistemi hastalığı olanlarda: %45
- inflamatuvar barsak hastalığı olanlarda: %80
- malign tümörlü hastalarda: %85

Hastalıkla ilgili malnütrisyon nedenleri çeşitlidir:

- azalmış iştah
- bozulmuş sindirim veya malabsorpsiyon
- artmış kayıplar (örneğin yaralardan)
- azalmış anabolizma ve protein sentezi
- artmış katabolizma

Gıda Alımı

Gıda alımı ağrı, anksiyete ve depresyon, çevre değişikliği, farklı gıda alımı, sakatlık nedeni ile gıdaya ulaşamama, alışılmadık ilaç ve yemek saatleri gibi faktörler tarafından ters etkilenebilir. Çalışmalar hastanın ihtiyaçlarına göre düzenlenmemiş yemek politikaları nedeni ile hastane gıdalarının % 30-60'ının alınmadığını ve ziyan olduğunu göstermiştir. Hastanedeki hastaların % 25-75'i bu nedenle bazal ihtiyaçlarının çok altında kalan enerji, protein ve mikro besin ögesi almaktadır. Bu iatrojenik malnütrisyon uygunsuz beslenme politikaları ve personel eğitiminin, malnütrisyon taramalarının başarısızlığının, hasta izleminin yapılamamasının ve personel görev yeri değişikliğinin sonucudur. Çalışmalar uygun politika ve protokollerle hastanede nütrisyonel durumun kötüleşmesinin büyük oranda önlenilebileceğini göstermiştir. Cerrahi hastalarda, postoperatif oral alımın 7 günden fazla geciktirildiği zaman nütrisyonel desteğinde gecikmesi, yaralanma veya sepsiste artmış nütrisyonel gereksinimlerin anlaşılamaması, beslenmesi bozuk hastada pre ve postoperatif nütrisyonel desteğin sağlanamaması önemli faktörlerdir.

Sonuçlar

Malnütrisyon sırasında beyin hariç tüm organlar kitlelerinde bir küçülme sergilerler. Ayrıca, strese bağlı katabolizma ile glukoneogenez ve yaşamsal proteinlerin sentezi için vücut kitlesinde hızlanmış bir yıkım gerçekleşir. Sonuçta, visceral proteinler strese dayanabilme kapasitesinde azalmaya ve aynı zamanda enfeksiyona, bozulmuş immün yanıt ve direnç yol açacak şekilde azalır. Solunum kaslarında zayıflama ve immünette baskılanma birlikte sekonder pnömoni ve ölüme yol açar. Saf açlıkla yaşam 2-3 ay devam edebilir, fakat hastalık veya yaralanma stresi ile birlikte olduğu zaman, doku kaybı ve organ disfonksiyonu gelişme hızı artar ve yaşam süresi yarıya iner.

Bu fizyolojik durum nedeni ile malnütrisyonun mental ve fiziksel duruma ciddi negatif etkileri vardır ve artmış komplikasyonları, daha yüksek mortalite oranlarını, hastanede uzamış yatış süresini ve daha yüksek sağlık masraflarını beraberinde getirir.

Malnütrisyonun tanısı. Tarama ve değerlendirme

Özellikle hastanede yatan hastalar arasında malnütrisyon büyük oranda tanısız ve tedavisiz kalır. Bu asıl olarak personelin nütrisyonel eğitim ve bilincinin olmamasına bağlıdır, ancak aynı zamanda tarama, değerlendirme ve eylem için uygun protokollerin eksikliği de söz konusudur.

Tarama

Tarama yoğun çalışan hemşireler ve tıbbi personel tarafından yürütülebilecek kadar basit ve hızlı bir işlem olmalıdır. Nütrisyonel risk altındaki tüm hastaları veya hemen hemen tümüne yakın hastaları saptayabilecek kadar duyarlı olmalıdır. İkisi etkileştiği için nütrisyonel durum ile beraber hastalık şiddetinin de değerlendirilmesi faydalıdır. Orta derecedeki bir malnütrisyon etkisi, ağır hastalık varlığında daha da belirgin olabilir.

Değerlendirme

- **Anamnez ve fizik muayene:** Beslenme öyküsü malnütrisyonu açan tüm faktörleri ve hastanın durumunu belirleyen anamnezi almak şeklinde olmalıdır. Kilo kaybı, iştah, gastrointestinal semptomlar, ateş, tıbbi tedavi ve ilaç alışkanlığı öyküsü sorgulanmalıdır.
- **Hastalık durumu:** Bu sadece anamnez, muayene ve vital fonksiyonlar gibi hasta başı ölçümlerle değil aynı zamanda tam kan sayımı, prealbumin ve CRP gibi inflamasyonun laboratuvar testleri ile de ortaya konmalıdır. Yaralar, fistül gibi yerlerden ilave besin ögesi kayıpları da değerlendirilmelidir.
- **Fonksiyonel değerlendirme:** Malnütrisyonla ilgili mental ve fiziksel bozukluklar hasta başında saptanabilir. Kas gücü uygun yöntemlerle değerlendirilmelidir.
- **Laboratuvar testleri:** Kan albumin düzeyi iyi bir prognostik gösterge olmasına rağmen nütrisyon durumu hakkında karar verdirici bir test değildir. İnflamasyonun ve nütrisyon durumunun değerlendirilmesinde prealbumin ve CRP düzeylerinin seyri yol göstericidir.

C-reaktif protein	Transtiretin	Yorum
-	↓	Beslenme durumu bozuk
-	↑	Beslenme durumu düzeliyor
↓	↑	İnflamasyon azalıyor
↑	↓	İnflamatuvar yanıt

En basit güncel nütrisyonel değerlendirme Detsky'nin subjektif global değerlendirmesidir. Bu kolay uygulanabilir bir yöntem olmasına karşın, subjektif olduğu için deneyim gerektirir.

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Subjektif Global Değerlendirme
(uygun kategoriye seçip işaretleyiniz, veya gerektiği zaman sayısal değerini yazınız)
A. ÖYKÜ 1. Kilo değişimi Son 6 ayda kilo, kayıp %'si..... Son iki haftada değişiklik:..... artış değişiklik yok azalma
2. Alınan gıdada değişiklik (normale göre) Değişiklik yok Değişiklik Süresi hafta Değişikliğin tipi: suboptimal katı diyet tamamen sıvı diyet hipokalik sıvılar açlık
3. Gastrointestinal semptomlar (2 haftadan uzun süredir devam eden) yok bulantı kusma diare iştahsızlık
4. Fonksiyonel kapasite Disfonksiyon yok(örn tam kapasite) Disfonksiyon Süresi hafta Disfonksiyon tipi: Suboptimal çalışma Ambulatuvar Yatağa bağımlı
5. Hastalık ve nutrisyonel gereksinimlerle ilişkisi Primer tanı (özellikleri)..... Metabolik özellik (stres): stres yok düşük stres orta derece stres yüksek stres
B. FİZİKSEL (her özellik için belirle: 0: normal, 1: hafif, 2: orta, 3: ciddi) subkutan doku kaybı (trisept, göğüs) kas kaybı (quadrisept, deltoid) ayak ödemi sakral ödem asit
C. SGD PUANLAMASI (birini seçin) A: iyi beslenmiş B: orta derece (ya da olduğundan şüphelenilen) kötü beslenmiş C: ciddi olarak kötü beslenmiş

- **A:** % 5 kilo kaybı olanları veya % 5 den fazla kayıp fakat son zamanlarda kazanç veya iştah düzelmesini gösterir.
- **B:** son dönemde düzelme olmaksızın % 5 ile % 10 arası kilo kaybı, düşük alım ve subkutan dokunun ılımlı kaybını gösterir.
- **C:** ciddi subkutan doku kaybı ve sıklıkla ödem ve % 10'dan fazla kilo kaybı ile beraberdir.

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Avrupa Enteral ve Parenteral Nutrisyon Derneği'nin (ESPEN) önerdiği NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) daha kolay ve net olarak nutrisyon riskini belirlediği için, sıklıkla tercih edilen bir yöntem olmuştur.

Tarama			
Nütrisyon Durumundaki Bozulma		Hastalığın Şiddeti (gereksinimlerde artış)	
Yok Skor 0	Normal nütrisyon durumu	Yok Skor 0	Normal besinsel gereksinimler
Hafif Skor 1	3 ayda > %5 kilo kaybı ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	Hafif Skor 1	Kalça Kemiğinde Kırık* Özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: siroz*, KOAH*, kronik hemodiyaliz, diabet, onkoloji
Orta Skor 2	2 ayda > %5 kilo kaybı ya da BKİ 18.5 – 20.5 + genel durum bozukluğu ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-60'ı	Orta Skor 2	Majör abdominal cerrahi*, İnme*, Şiddetli pnömoni, hematolojik malignite
Şiddetli Skor 3	1 ayda > %5 kilo kaybı (3 ayda > %15) ya da BKİ < 18.5 + genel durum bozukluğu ya da geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %0-25'i	Şiddetli Skor 3	Kafa travması*, Kemik iliği transplantasyonu*, Yoğun Bakım hastaları (APACHE > 10)
Skor:	+	Skor	= Toplam skor
Yaş	≥70 yaş ise toplam skora 1 ekle	= yaşa uyarlanmış toplam skor	
	Skor >3: Hasta nütrisyon riski altındadır ve bir nütrisyon planı başlatılır		
Skor <3: haftada bir taranmalı. eğer majör operasyon planı varsa yine bir nütrisyon planı geliştirilmelidir			

Nutrisyonel değerlendirmede kullanılan teknikler

Antropometri

Nutrisyonel durumdaki değişimle ilgili anatomik değişimleri ölçer. Tek başına kullanıldığında nutrisyon riskini belirlemede yetersiz kalır.

- Vücut ağırlığı:** Klinik uygulamada halen en sık kullanılan parametre olsa da tüm hastaların ağırlığının kaydedildiği bu yöntem ideal değildir. Tartılar tüm departmanlarda bulunmalı ve düzenli olarak ayarlanmalıdır. Ağırlıktaki kısa süreli değişiklikler sıvı dengesini yansıtır. Daha uzun süreli değişimler gerçek doku kitlesindeki net değişiklikleri yansıtırken bileşenlerdeki değişimler hakkında bir fikir vermez. Son üç aydaki istemsiz kilo kayıpları nutrisyonel durumun hafiften (<% 5) ağıra (>%10) değerli bir ölçümüdür. Son bir yıldır kilo kaybı olsa da eğer yeniden kilo kazanımı olmuşsa bu malnutrisyonu yansıtmaz.
- Vücut kitle indeksi (VKİ):** Sık kullanılan, değerli bir hesaplama ve her iki cinsten ve çoğu yaş gruplarında dar bir normal sınıra göre karşılaştırmaya izin verir:
$$VKİ = \frac{\text{Ağırlık (kg)}}{\text{Boy}^2 (\text{m}^2)}$$

20-25= normal
>30= obez
18-20= kötü beslenmiş olma olasılığı
< 18= kötü beslenme
- Üst kol çevresi:** Akromiyon ve olekranon çıkıntıları arasındaki orta nokta işaretlenerek ölçülür. Uygulanması kolaydır ve sadece küçük hatalar olması mümkündür. Tartmanın mümkün olmadığı yerlerde, tartının yerine iyi bir alternatiftir.

Fonksiyonel testler

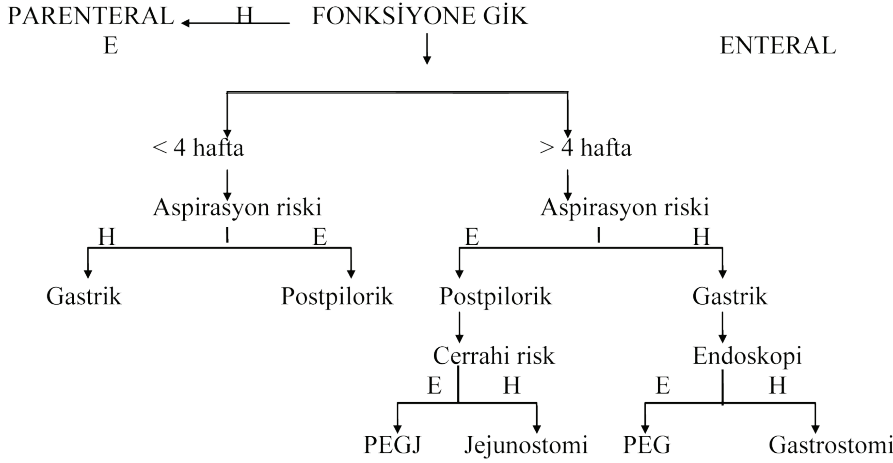
- El dinamometresi:** İstemli el sıkma gücünü ölçer, nutrisyonel durumu göstermede iyi bir yöntemdir. Açlık ve yeniden beslenme ile kas fonksiyonlarında oluşan erken değişiklikleri yansıtan faydalı bir hasta başı ölçüm aracıdır.

- **Direkt kas stimülasyonu:** Adductor pollicis kasının elektriksel uyarımını ve kontraksiyonunu, kuvvet uygulama ve gevşemenin direkt ölçümünü kapsar.
- **Solunum fonksiyonu:** Malnütrisyonla tepe akım ve FEV₁ değişir. Bu değişim solunum kas gücünü yansıtır.
- **İmmün fonksiyon:** Beyaz küre sayısı 900-1500 hücre/mm³ ise orta derecede, <900/mm³ ise ciddi malnütrisyon varlığını gösterir. Periferik kandaki T-lenfositlerin sayı ve oranı da azalmıştır, fakat nütrisyon desteği ile normale döner. Lökosit fonksiyonu, antikor salınımı ve kompleman düzeylerinin tamamı bozulur.

Nütrisyon Desteği

Hastayı takip eden doktorun öngörüsü ve nütrisyon destek ekibinden konsültasyon istemesiyle birlikte hastanın beslenme durumu belirlenir. Nütrisyonel risk altındaysa veya eğer ağır malnütrisyonunda veya buna aday ise nütrisyon desteği (ND) programına alınır. Öncelikle ND'nin hangi yoldan verileceğinin saptanması gerekir. Amaç daha fizyolojik olan enteral yolun kullanılabilmesidir. Çeşitli nedenlerle enteral nütrisyonun yeterli olmadığı durumlarda periferik parenteral nütrisyonla tamamlanır ve eğer sindirim kanalından hiç yararlanılamıyorsa total parenteral nütrisyon programı oluşturulur. Pratikte en sık kullanılan yöntem enteral ve parenteral nütrisyonun birlikte kullanıldığı kombine nütrisyon desteğidir. Gastrointestinal kanalı salim, bilinci açık ve oral alıma engeli bulunmayan hastalar için oral suplemantasyon (OS) en uygun ND yöntemidir. Özellikle, uzun süredir hasta ve bu nedenle iştahsız olan bireylerin artmış gereksinimlerini karşılayabilecek kadar büyük porsiyonlarda hastane yemeğini tüketmesi beklenemez ve dolayısıyla günlük alımlarını etkin bir şekilde artırmak pek mümkün değildir. İntravenöz yoldan yapılan destek ise iştahı baskılar. Sıvı gıdalar katılara oranla daha kolay tüketilir ve iştahı baskılayıcı etkileri daha azdır. OS için en uygun yöntem, “ana öğünler arasında ve yatmadan önce” şeklinde iştahı en az etkileyen zamanlama ve güne dağıtılmış porsiyonlarla sıvı hazır ürünlerin içirilmesidir.

Nütrisyon desteği yöntemi için algoritm



E = Evet

H=Hayır

Nütrisyon desteğinde önemli noktalar

- Elektif cerrahide, beslenme durumu bozuk hastalara preoperatif dönemde 7-10 günlük nütrisyon desteği yapılmalıdır.
- ESPEN, beslenme durumu bozuk olmasa bile kanser hastalarında farmakonütrisyon ürünü ile preoperatif 5-7 günlük desteğin immün yanıtı düzenlemede yararı olacağını bildirmiştir.
- Acil cerrahiye gitmek zorunda olan kötü beslenen hastalar postoperatif erken dönemde ND almalıdır.
- Daha önce normal beslenen, hastalık sırasında veya postoperatif olarak 7 günden uzun süre dirençli gastrointestinal disfonksiyonu olan hastalar malnütrisyon geliştirme riski altındadırlar ve mutlaka koruyucu ND almalıdır.
- İntraabdominal infeksiyon, fistül vb. nedenlerle tekrarlayan acil operasyonlardan sonra ND yapılmalıdır.

Gastrointestinal Sistem Cerrahisinde Perioperatif Beslenme

Dr. Mehmet Oğuz

Gazi Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Perioperatif nütrisyonun amacı yaşamsal organ kitlesinin harcanması ve birliktaki organ fonksiyon bozukluğuyla giden ilerleyici malnütrisyonun önlenmesidir. Nütrisyonel desteğin başlanması alınan ve harcanan enerji arasındaki farka ve hastalığın süresine bağlıdır.

Malnütrisyonlu hastalarda malnütrisyonu olmayanlara göre postoperatif komplikasyon riski ve ölüm oranları artmıştır. İlk defa 1936 da bildirilen malnütrisyon riski elektif ameliyat yapılan 608 GİS kanserli hastada da tekrar vurgulanmıştır. Malnütrisyonu olmayanlarda %15 komplikasyon olurken malnutre hastalarda bu oran %40 olarak tesbit edilmiştir. Beslenme eksikliği kalb, AC, böbrek ve GİS dahil pek çok organın fonksiyonlarını bozmaktadır. Yanı sıra immün sistem bozuklukları ve kas kuvveti azalımı bu hastaları enfeksiyonlara daha duyarlı hale getirmektedir. Yara iyileşmesi gecikmekte, hastane ve yoğun bakım ünitesinde kalma zamanı ve dolayısıyla maliyetler artmaktadır.

GİS kanserli hastalarda malnütrisyon multi faktöriyel orijinlidir. Malnütrisyonun hastalardaki postoperatif sonuçları kötü etkilediği bilinen bir gerçektir. Bu konuda bilinen ilk çalışma mide kanserli hastalarda kilo kaybının vücut ağırlığının %10 undan fazla olduğunda komplikasyonların da fazla olduğunu gösteren Studley tarafından 1936 da yapılmıştır. Malnütrisyonun derecesi ve hastaların heterojenliği perioperatif nütrisyon çalışmalarının değişik sonuçlar vermesine neden olmaktadır.

Vücudun total immün sisteminin yarısı GİS de bulunmaktadır,yine vücuttan salgılanan immümglobülinlerin de % 80 kadarı bu sistemden salgılanmaktadır .

Perioperatif nütrisyonel destek için ilk yapılan çalışmalardan biri Braga ve arkadaşlarına aittir. Özefagial, gastrik, pankreatik ve kolonik rezeksiyon geçiren 150 malnütrisyonlu hasta üç gruba ayrıldı. Birinci gruba cerrahiden önceki gün 1010 kal, cerrahiden sonra 28kcal/kg/gün verildi. İkinci gruba ameliyat öncesi gün 1010 kalori arginin, omega 3 ve RNA ile verildi. Ameliyat sonrası kalori SD olarak verildi. Üçüncü gruba aynı günlerde aynı kaloriler zenginleştirilmiş diyetle verildi. Majör komplikasyonlarda olmasa da total komplikasyonlarda azalma üçüncü grupta saptandı. Böylelikle zenginleştirilmiş diyetin faydalı olabileceği saptandı.

Genelde çalışmalar nütrisyon desteğinin her olguda kullanımından çok şiddetli malnutrisyonlularda en iyi faydayı sağladığı yönündedir.

GİS de Peyer plakları, intraepitelien lenfositler ve laminapropriadaki lenfoid hücreler GALT 'yu oluştururlar. Bu durum vücut immün savunma kitlesinin % 70'sini oluşturur Luminal nütrisyon eksikliğinde bu dokuda bozulma olur, mikroorganizm çoğalımı ve bakteriyel translokasyon başlar, sekretuar IgG sekresyonu azalır. Yaşayan canlı bazı mikroorganizmlerin verilmesi (probiyotikler) bu mekanizmayı önler gibi görünmektedirler. Yanı sıra barsak birçok mediatörün salınım yeridir.

Çinde 468 orta veya şiddetli malnütrisyonu olan gastrik veya kolon kanserli hastada periop nütrisyonla ilgili bir çalışma yapılmıştır. Hastalar SGA ile değerlendirilmişlerdir. İki gruba ayrılan hastalarda çalışma grubuna preoperatif 7 ve postoperatif 7 gün parenteral veya enteral nütrisyon verildi. Beslenme rejimi 24.6±5.2 kcal/kg/gün ve 0.23±0.04 g/kg/gün nitrojen şeklindeydi. Kontrol grupta 500-700 kal/gün ve 62±16 gr aminoasit verildi. Kontrol hastalarında %33.5 çalışma grubunda %18.3 komplikasyon gözlemlendi. Mortalite %2.1 ve % 6.0 dı. Hastanede kalma süresi de çalışma grubunda daha kısaydı.

Gastrointestinal sistem cerrahisi geçiren toplam 1352 hastayı içeren 15 çalışmalık bir meta analizde anastomotik

sızma, aspirasyon pnömonisi ve barsak obstrüksiyonu olmadığı saptanmış hastaların % 86'sının (%73-100) erken beslenmeyi iyi tolere ettiği gözlenmiştir.

Kolon ameliyatlarından sonra erken nütrisyonla birlikte epidural analjezi ve erken mobilizasyonla hastaların daha fazla gıda alabildiği tesbit edilmiştir.

Perioperatif nütrisyonel destek için ilk yapılan çalışmalardan biri Braga ve arkadaşlarına aittir. Özefagial, gastrik, pankreatik ve kolonik rezeksiyon geçiren 150 malnütrisyonlu hasta üç gruba ayrıldı. Birinci gruba cerrahiden önceki gün 1010 kal, cerrahiden sonra 28kcal/kg/gün verildi. İkinci gruba ameliyat öncesi gün 1010 kalori arginin, omega3 ve RNA ile verildi. Ameliyat sonrası kalori SD olarak verildi. Üçüncü gruba aynı günlerde aynı kaloriler zenginleştirilmiş diyetle verildi. Majör komplikasyonlarda olmasa da total komplikasyonlarda azalma üçüncü grupta saptandı. Böylelikle zenginleştirilmiş diyetin faydalı olabileceği saptandı.

Genelde çalışmalar nütrisyon desteğinin her olguda kullanımından çok şiddetli malnutrisyonlularda en iyi faydayı sağladığı yönündedir.

GIS de Peyer plakları, intraepitelien lenfositler ve laminapropriadaki lenfoid hücreler GALT 'yu oluştururlar. Bu durum vücut immün savunma kitlesinin % 70'sini oluşturur. Lüminal nütrisyon eksikliğinde bu dokuda bozulma olur, mikroorganizm çoğalımı ve bakteriyel translokasyon başlar, sekretuar IgG sekresyonu azalır. Yaşayan, canlı bazı mikroorganizmlerin verilmesi (probiyotikler) bu mekanizmayı önler gibi görünmektedirler. Yanı sıra barsak birçok mediatörün salınım yeridir.

Erken postoperatif besleme intestinal anastomozların iyileşme ve kuvvetini arttırmaktadır. Yanısıra barsak mukozal geçirgenliğinin artmasını önlemekte, nitrojen dengesini düzeltmekte ve enfeksiyonları azaltmaktadır. Kolon cerrahisinde de çalışmalar geç yerine ilk 24 saat içinde başlatılan oral beslenmenin daha çok fayda sağladığı yönündedir. Hem enfeksiyonlar hem de hastanede kalma süresi azalmaktadır. Yanısıra barsak geçirgenliğinin düzelmesi, aşırı inflamatuvar yanıtın azalması, lipid oksidasyonunun düzenlenmesi ve protein katabolizmasının azaltılması gibi faydalar da sağlamaktadır.

Kanser Hastalarında Beslenme Desteği

Dr. Diclehan Ünsal

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara

Kanserli hastaların yaklaşık %85’inde malnütrisyon veya malnütrisyon riski teşhis anında mevcuttur. Bu hastaların %20’si primer hastalıklarından ziyade beslenme bozukluğunun yol açtığı sorunlar nedeniyle kaybedilmektedir. Kanserli olgularda RT öncesi dönemde beslenmeyi bozan faktörler zeminde yatan, kansere bağlı ve daha önceki tedavilere (cerrahiye) bağlı olarak 3 başlık halinde incelenebilir. Sık rastlanan bozuk ağız hijyeni, yoğun sigara kullanımı, yetersiz beslenme, anoreksiya, tümörden yoğun sitokin salınımı, çiğneme, yutma problemleri ve aspirasyon riski tümörün primer yerleşim bölgesinin de besin alım-sindirim yolu üzerinde bulunması önemli nütrisyonel problemlere davetiye çıkarmaktadır. Zemindeki, cerrahiye bağlı ve kansere bağlı faktörlere RT ve kemoterapiye bağlı yan etkilerin de eklenmesiyle iyice bozulan besin alımı ve kilo kaybı arasında bir kısır döngü oluşmaktadır.

Birçok branşta beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılan subjektif global değerlendirme (Subjective global assessment-SGA) tüm dünyada altın standart kabul edilen referans testtir. Kendi serimizde baş-boyun kanserli olguların yaklaşık %24’ünün RT öncesinde malnütrisyon veya malnütrisyon riski mevcutken bu oranın RT sonunda %88’e çıktığı tespit edilmiştir. Malnütrisyonu bulunan tüm olgulara bu durum düzelinceye kadar günlük kalori ihtiyacı ve oral alım miktarı hesaplanarak ek besin desteği verilmiştir. RT sonrası 3. ve 6. aylarda %27 ve %3 olguda halen beslenme sorununun devam ettiği ve en önemlisi bu olguların RT öncesi dönemde de beslenme durumlarının bozuk olduğu saptanmıştır. Baş-boyun kanseri nedeniyle RT uygulanacak olgularda erken beslenme desteğinin tedaviye bağlı komplikasyonlar üzerindeki etkisini değerlendirdiğimiz bir diğer çalışmamızda ise beslenme bozukluğu nedeniyle RT öncesi erken dönemde besin desteği verilen olgularda RT süresince tecrübe edilen maksimum mukozit derecesi ve maksimum disfaji derecesinin beslenmesi normal olup ek besin verilmeyen olgulardan bile istatistiksel anlamlı daha düşük olduğu gösterilmiştir. Tüm olguların tedavi başından itibaren beslenme durumu ve içeriğinin kontrol altında tutulması önerilmektedir. Bu da diyet danışmanlığı konusunu gündeme getirmektedir. RT sırasında diyet danışmanlığı ile destek uygulanan olguların toleransında artma olduğu, RT’yi ara vermeden tamamlayabildikleri, RT sırasında malnütrisyonun önlenmesi veya tedavi edildiği, RT yan etkilerinin daha az oran ve şiddette olduğu bildirilmiştir.

Kanser kaşeksisinde görülen progresif ve istemsiz kilo kaybı tümörün kendisi ve uygulanan tedavilere bağlı gelişen birçok mekanizmayla bağlantılı kompleks ve multifaktöryel bir sendromdur. Tümör nekroz faktörü (Tumor necrosis factor-TNF)-alfa, İnterlökin (Interleukin-IL)-6 ve -1 gibi proinflamatuvar sitokinler ve tümör kaynaklı katabolik faktörlerin enerji tüketimi ile karbonhidrat, lipid ve protein metabolizması üzerindeki olumsuz etkilerinin metabolik bozulmalarla kaşeksiye kadar ilerleyen malnütrisyona katkısının önemli olduğu görülmektedir. RT, ayrıca indirek olarak sistemik stres faktörlerinin artmasına ve antioksidan mekanizmanın bozulmasına yol açmaktadır. Son zamanlarda, kanser kaynaklı kilo kaybının önlenmesi ve tedavisinde EPA kullanımı önem kazanmıştır. EPA immünomodülatör ve antiinflamatuvar etkileri sayesinde kansere bağlı gelişen kilo kaybını düzeltebilmektedir.

Onkoloji hastalarında beslenme desteği endikasyonları ve uygulaması konusunda klinikte en fazla yaşanan tereddüt ek besinin tümör üzerindeki etkileridir. Ek besinin tümörü de beslediğine dair güvenilir veri mevcut değildir. Takip edilen güncel kılavuzlar bu tarz teorik kaygıların kanser hastasına beslenme başlamasına etki etmemesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Avrupa ve Amerikan Parenteral ve Enteral Nütrisyon Dernekleri (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition-ESPEN, American Society of Parenteral and Enteral Nutrition-ASPEN) tarafından düzenlenen kanser hastalarındaki beslenme durumu değerlendirmesi ve desteği kılavuzları 2006 yılında güncellenmiştir. Buna göre :

- Kanser hastasında nütrisyon değerlendirmesi sık yapılmalıdır ve eksiklikler saptandığında beslenme desteğine erken başlanmalıdır.
- Yetersiz beslenme mevcutsa veya hasta 7 günden fazla yemek yiyemeyecekse beslenme tedavisine başlanmalıdır. On günden fazla süre enerji sarfiyatının %60’ından azı şeklinde yetersiz gıda alımı bekleniyorsa enteral beslenmeye geçilmelidir. Bu, gerçek alım ve hesaplanan gereksinimlerin arasındaki

farkı yerine koyacak miktarda olmalıdır. Yetersiz besin alımına bağlı kilo kaybeden hastalarda beslenme durumunu korumak veya geliştirmek için enteral nütrisyon sağlanmalıdır.

- Ciddi beslenme riski altındaki hastalar, cerrahi girişimleri ertelenmek zorunda kalsa bile büyük cerrahiden 10–14 gün önce başlayan nütrisyonel destekten fayda görmektedir.
- Terapiye bağlı kilo kaybını ve RT'nin kesilmesini önlemek için yoğun diyet danışmanlığı ve oral beslenme desteği uygulanarak besin alımı artırılmalıdır.
- RT sırasında rutin enteral nütrisyon endike değildir.
- Yutkunmayı bozan obstrüktif bir baş-boyun veya özefagus kanseri varlığında veya ciddi lokal mukozit beklendiğinde transnazal/ perkütan total beslenme kullanılır.
- RT mukozitinde perkütan gastrostomi (PEG) tercih edilir.

Kaynaklar

- Smith JS, Frankenfield D, Souba WW. Nutritional support. In: Cancer principles and practice of oncology. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005:2649-2661.
- Ireland J, Wells J. The effect of radiotherapy on nutritional status. In: Supportive care in radiotherapy. Faithful S, Wells M (eds). 4th ed. Philadelphia, Churchill: Livingstone, 2004:204-226.
- Ünsal D. Baş boyun bölgesi ve gastrointestinal system bölgesine uygulanan radyoterapinin beslenme üzerindeki etkisi. Hematoloji Onkoloji Güncel Derleme Dergisi 6:175-180,2004.
- Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr 11:8-13,1987.
- Ünsal D, Akmansu M. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarında malnütrisyon tarama testi validitesinin değerlendirilmesi. V.Klinik Enteral ve Parenteral Nütrisyon Kongresi, Kuşadası, Ekim 6-10, 2004: S09.
- Ünsal D, Montes B, Akmansu M, et al Uner A, Oguz M, Pak Y. Evaluation of nutritional status in cancer patients receiving radiotherapy: A prospective study. Am J Clin Oncol 29:183-188,2006.
- Ünsal D, Aksu A, Akmansu M, Pak Y. The influence of early nutritional intervention to treatment-related complications: A prospective clinical trial in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. Clin Nutr 2:1465,2004.
- Ravasco P, Monterio-Grillo I, Camilo ME. Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy? Radiother Oncol 67:213-220,2003.
- Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Non-surgical oncology. Clin Nutr 25:245-259,2006.
- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients authors manual 2006- ASPEN Clinical Guidelines Committee. www.nutritioncare.org

Sfinkterleri Ne Koşulda Koruyabiliriz – Ne Zaman APR?

Dr. M. Ayhan Kuzu

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İbni Sina Hastanesi, Ankara

Geçen yüzyılın başlarından itibaren rektum kanseri, günümüzdeki radikal cerrahi anlayışa benzer bir şekilde tedavi edilmeye başlandı. Moynihan “kanser cerrahisinin sadece kanseri olan organın değil aynı zamanda bu organın lenfatiklerinin de cerrahi olarak çıkarılması gerektiğini ortaya atarak” modern anlamda onkolojik cerrahi prensiblerin temelini atmıştır. Bu yüzyılda rektum kanseri için standart tedavi 1908’de Ernest Miles tarafından geliştirilen geniş lenfatik disseksiyon ile yapılan abdominoperineal rezeksiyondur. Aslında abdominoperineal rezeksiyon önce Vincent Czerny (1884) tarafından yapılmıştır. Czerny sakral yaklaşımla proksimal tümörlere ulaşım zorluğu nedeniyle bu kombine tekniği uygulamış, ancak hasta yaşamamıştır. Bu teknik daha sonra Miles tarafından popülerize edilmiştir. Miles; peritoneal refleksiyonun altındaki tüm rektum kanserlerinde abdominoperineal rezeksiyonun tercih edilmesinin gerekliliğini tümörün yayılımıyla ilgili gözlemleri ile açıklıyordu. Miles, rektal kanserde lenfatik yayılımın inferior mezenterik arter köküne doğru yukarı yönde olduğunu ve tümörün intramural lenfatiklerden hızla ektramural lenfatiklere doğru ilerlediğini belirtiyordu. Bugün için de Miles’ın ortaya attığı teoriler ile uyumlu olarak kabul edilen tümörün lokal bir hastalıktan önce lenfovasküler yapılara yayıldığı sonunda uzak yayılımının olduğu kabul edilir.

Rektum kanseri tedavisinde abdominoperineal rezeksiyonun neredeyse standart tedavi olarak kabul edildiği yıllarda Dixon (1948) sfinkter koruyucu anterior rezeksiyonu tarifledi. Aslında bu ameliyat daha önce İngiltere’de Moynihan (1865-1936) tarafından yapılmıştı ancak Dixon ilk büyük seriyi yayınladı. Onkolojik prensipler açısından sfinkter koruyucu rezeksiyonların lokal kontrolü tam olarak sağlayıp sağlayamayacağı şüphesi nedeniyle rektum kanserinin distal intramural yayılımı için birçok çalışma yapılmıştır. Anterior rezeksiyon ile ilgili eleştiriler dairesel staplerlerin geliştirilmesine kadar devam etti. Bu dönemde sfinkter koruyucu teknik ve pelvis içinde dar alanda çalışmak kolorektal cerrahlar için yeni bir gelişmeydi.

Ancak stapler uygulamaları ile teknik olarak zor olan dar pelviste ve aşağı seviyelerde de anastomoz yapılabilir olması ile rektum cerrahisinde abdominoperineal rezeksiyon ameliyat oranını azaltırken sfinkter koruyucu ameliyat oranını artırmıştır. Sadece stapler uygulamaları değil neoadjuvant radyoterapi uygulamaları, aşağı seviyeli küçük (T1) tümörlerde lokal eksizyon yapılabilirliği olması ve pelvis anatomisi ve embriyolojisinin daha iyi anlaşılması da sfinkter koruyucu ameliyatların oranını artırmaktadır. Yapılan karşılaştırmalı çalışmalar da gerek onkolojik prensipler gerekse postoperatif morbidite ve mortalite oranlarının da benzer olması nedeniyle de sfinkter koruyucu ameliyatlar için cerrahları cesaretlendirmektedir.

Sonuç olarak bugün için üst ve orta rektum rektum tümörlerinde sfinkter koruyucu ameliyatlar standart hale gelmiştir. Ancak aşağı rektum tümörlerinde distal sınır tartışmaları belirleyici olmaktadır. Rektum kanserinde standart “5 cm kuralını” tarifleyen Goligher (1951) başlangıçta sfinkter koruyucu rezeksiyonlara onkolojik yeterliliği açısından karşı çıkıyordu. Fakat takip eden yıllarda Hermanek’in çalışmaları (1980) ile bu sınır önce 3cm’ye indi ve daha sonraki çalışmalar ile tümörün distale doğru yayılımının çok sınırlı olduğu kabul edildi. Bunun üzerine abdominoperineal rezeksiyon ameliyatlarının endikasyonları çok daha daraldı.

Anlaşılabileceği üzere rektum kanser cerrahisinde cerrahın karar vermesini gerektiren aktif bir vardır. Her rektum kanseri vakası bireysel olarak değerlendirilmeli ve cerrah buna göre bir cerrahi strateji belirlemelidir. Bu da hastanın yaşına, cinsiyetine, vücut yapısına, tümörün yerleşim yerine ve hastalığın evresine göre değişkenlik gösterir. Cerrah, lokal eksizyondan radikal operasyona, sfinkter koruyucu cerrahiden kalıcı kolostomiye, total mezorektal eksizyondan parsiyel mezorektal eksizyona kadar karar birçok alternatifi değerlendirmelidir.

Ancak anal kıvrıma 6 cm den yakın olan ileri (T3, T4) tümörlerde, anal sfinkter yetmezliği olanlarda ve sfinkterin tümör ile infiltrate olduğu durumlarda abdominoperineal rezeksiyon öncelikle düşünülmektedir. Cerrahi yöneme karar verirken peroperatif değerlendirme, ölçümler ve evreleme çok önemli duruma gelmektedir. Ameliyat öncesi belirlenecek tümörün anal kanala uzaklığı, tümör invazyon derinliği, bölgesel lenf düğümü tutulumu olup olmaması, tümörün biyolojisi cerrahi tercihi belirleme de önemlidir.

Modern APR Kavramı Yeni Abdominoperineal Rezeksiyon Konsepti

Dr. İbrahim Ethem Geçim

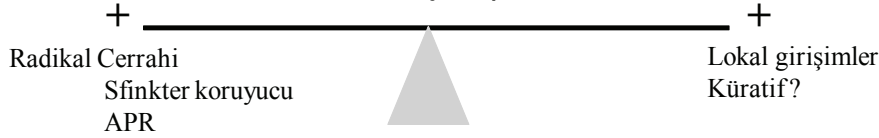
Kolon ve Rektum Cerrahisi Ünitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara Tıp Fakültesi, Ankara

Rektum Kanseri Cerrahi Tedavi Felsefesi, yapılan işlemin küratif gücü ile hastaya getirdiği erken ve geç dönem yükleri arasında bir denge sağlamayı gerektirir. Yani ne kadar etkin ve güçlü bir tedavi uygulanırsa bunun o denli kısıtlayıcı kısa ve uzun dönem yan etkileri olabileceği akılda tutulmalıdır.

Rektum Kanseri Cerrahi Tedavi Felsefesi

- Kür veya uzun sağkalım sağlamak
- Lokal nüksü önlemek
- Yaşam kalitesini yükseltmek

- otonom sinirler
- fonksiyonel
- Radyoterapi



Rektum Kanseri öldürücü bir hastalıktır ve sıklıkla hastanın tolere edebileceği en ağır cerrahi uygulamaların yapılmasını zorunlu kılar. Rektum Kanseri Cerrahisinde her ne kadar stapler kullanılarak ve TME tekniğinin de yaygın kullanımı ile gittikçe daha fazla sfinkter koruyucu ameliyat yapılsa ve özellikle de neo-adjuvan tedavinin kullanımı ile daha efektif tedavi uygulansa da APR'nin Yeri her zaman olacaktır. Günümüzde yüksek vaka sayısı olan spesifik merkezlerde sfinkter koruyucu ameliyat oranı % 70-90 arasındır.(1-3)

Rektum Kanseri Cerrahisinde APR'nin yerinin daha düşük olduğu tahmin edilirken ABD de yapılan bir çalışma çarpıcı bir gerçeği ortaya çıkarmıştır. İki yıl önce ABD de ortaya çıkan bu gerçek: Tüm ABD sathında rektum kanserlerinin % 48'i sfinkter koruyucu ameliyat % 52 si halen APR ile tedavi edilmektedir.(4)

Bunun nedenleri şöyle speküle edilebilir:

Rektum kanser cerrahisinde, mortalite, morbidite, medikal ve legal sorunların bir çoğu anastomoz yüzünden oluşur. Low anterior rezeksiyon (LAR) yapıp risk almanın cerraha ekstra bir getirisi yoktur. TTB askari ücret çizelgesinde de her ikisi de 1250 puandır, yani sfinkter koruyucu ameliyatı zorlamanın cerraha maddi bir getirisi olmamakta aldığı risk ve ameliyat zorluğu cerrahı aksi yönde motive etmektedir. Cerrah daha güvenli ve kolay bulduğu yöntemi tercih edebilir, bundan dolayı da onu suçlamak ne kadar doğru ve ne kadar objektif olabilir? SGK stapler için ek para ödemez, APR yapılması ile toplamı bin liradan fazla tutan en az 2 stapler hem SGK'nın ödediği toplam paraya yakın bir masrafa yol açmakta hem de bunu uygulayan cerrah bir de bu aletlerin riskini almaktadır. Hepimiz özellikle ucuz markalarda ateşlenemeyen aletlerle, zımbaları boş çıkan kartuşlarla, basıldıktan sonra yerinden çıkmayıp barsağı yırtan aletlerle karşılaşmışızdır ve özellikle ülkemizde bu mesuliyeti de cerrahla paylaşan hiçbir mekanizma yoktur! Günün sonunda tüm firmalar fatura bedellerini tahsil eder ve gider, siz de bu aletlerin de yarattığı ek sorunlarla ve eğer olmuşsa komplikasyonları taşıyan hastanızla tüm ortamlarda baş başa kalırsınız. Sonuç olarak Cerrah ya LAR veya kolo-anal yapmayı sevmez belki de yapmasını yeterince bilmez, LAR yapılabilecek bir hastaya neden APR yaptın diye soracak bir mekanizmamız da yoktur. İşin içine maddiyat ve mahkeme girince tercihler ve sonuçlar dünyanın her yerinde etkilenebilir. ABD'de muhtemelen durum budur. TC de durum nedir? Bu ise başlı başına bir tartışma konusu olabilir.

İngiltere’de sosyal sağlık hizmeti vardır. 2007 yılında 32 679 rektum kanseri ameliyatı yapılmış. Bunun 26,210 tanesi sfinkter koruyucu(%80.2) ve 6469 u (% 19.8) APR ile tedavi edilmiştir. (5)

Amerikalı kızım sana söylüyorum Türk gelinim sen anla....

İngiltere’de rektum kanseri tedavisi artık her elinde bıçak olan genel cerrahın değildir. Yazarların kendi cümleleri ile...

.....the Department of Health encouraging that rectal cancer should be managed by high volume specialized surgeons in England and Wales. **Sağlık Bakanlığı İngiltere ve Galler’de rektum kanserlerinin yüksek sayıda vaka yapan ve spesifik çalışan cerrahlarca yapılmasını desteklemektedir.** Further studies will be required to establish if the incidence of SSR in America is truly as low as 48 percent. Sfinkter koruyucu ameliyat oranının gerçekten % 48 olduğunu teyid edici çalışmalara ihtiyaç vardır. Eğer bu oranlar doğru ise, Amerikan cerrahi camiasının İngiltere’de kabul edildiği gibi **“rektum kanserinin daha fazla her cerrahın elinde tedavi edilmemesi gerektiği gerçeğini”** kabul etmekten başka çaresi yoktur. However, if these rates are accurate, then the American surgical community will have little option but to consider adopting the English attitude that rectal cancer surgery is a specialty operation, which ‘should no longer be in the hands of every surgeon.....

Özet olarak adını ne koyarsanız koyun ve nasıl eğitirseniz eğitin, rektum cerrahisi konusunda özel eğitilen ve sayı olarak yüksek volümde ameliyat yapan cerrahlar daha az APR daha fazla LAR yapmakta ve hastaları daha az kalıcı stomaya mahkum etmektedirler.(6)

Cerrahi Eğitimin Rektum Kanseri Üzerine Etkisi

	Stokholm I	Stokholm II	TME Projesi	
Yıllar	1980-87	1987-1993	1994-1997	
Hasta sayısı	686	481	381	
30 gün mortalite	30 (% 4)	6 (% 1)	12 (% 3)	n.s
Anast. Kaçağı	27 (%10)	18 (% 9)	23 (%9)	n.s
Tüm kompli.	204 (% 30)	169 (% 35)	134 (% 35)	n.s
AR	270 (% 39)	211 (% 44)	269 (% 70)	<0.0001
APR	414 (% 60)	266 (% 55)	101 (% 27)	<0.0001
Lokal Nüks	103 (% 15)	66 (% 14)	21 (% 6)	<0.0001
Kanser ölüm.	104 (% 15)	77 (% 16)	35 (% 9)	=0.002

Herşeye rağmen APR hastaların % 10 ila 27 sinde gerekmeğe devam edecektir.

Rektum Kanseri ile ilgili yayınlanan bir meta analizde *sadece*

Cerrahi Tedavi Sonrası Lokal Nüks(7)

Toplam 51 Çalışma

10.465 Hasta

Lokal nüks oranı: % 18.5 (median) <% 4 - % 28.6% arası>

Rektum ameliyatlarından sonra ortaya çıkan her türlü sorun ve komplikasyonların yanı sıra tedavinin başarılı olamaması sorunu da distale indikçe artar. Lokal nüks,Lokal nüks ve uzak metastaz, kansere bağlı ölüm oranı, ameliyattan sonra herhangi bir nüks,metastaz ve ölüm olasılığı distale gittikçe artar. (8)

Anastomoz kaçağı, otonom sinir hasarı olasılığı, ürogenital komplikasyonlar, kan kaybı miktarı vs. Distal rektum ameliyatlarında proksimal rektum ameliyatlarına göre daha fazladır. Distale inildikçe tehlike artar! Elbette ki tümör distale indikçe bir yerden sonra LAR yapılamaz hale gelir ve bunlara sadece APR yapılabilir. Rektum Kanserine gerek distale daha yakın tümörlere uygulandığı için gerekse ameliyatın natüründen ve anatomik sorunlardan dolayı sonuç olarak LAR a göre genelde APR Yapıldıkça sorun büyür. APR de nedir bu büyüyen sorun diye soracak olursak: APR ameliyatı ile Circumferential Resection Margin CRM yani lateral cerrahi sınırın pozitif (+) olma riski artar [odd ratio (OR) 2.52, p < 0.001], Lokal nüks oranı artar [hazard ratio (HR) 1.53, p = 0.001] ve ayrıca Kanser Specific Survival Oranı azalır (HR 1.31, p = 0.002).(9)

Rektum Kanseri Cerrahisinde son on yıllardaki gidişata bir göz atacak olursak, her ne kadar TME nin kullanıma girmesi ile rektum kanserinde genel sağkalım oranında artış varsa da genelde LAR ile tedavi edilen hastaların sağ kalımı APR yapılanlara göre % 10 daha iyidir.(10) Bunun nedeni ameliyatın yapılışından dolayı değil bizce esas olarak APR ve LAR un farklı hastalıklar için yapılıyor olmasındandır. Bizim günlük rektum kanseri cerrahimizde APR veya LAR tercihimizde en önemli neden hastalığın rektumdaki lokalizasyonudur. İkinci neden pelvis anatomisi veya hastanın BMI veya sfinkter tonusu gibi özgün özellikleridir. Bu nedenlerle bence APR ve LAR farklı nedenlerle yapılan mukayese edilebilir ameliyatlardır değildir. Eğer bir cerrah LAR yapılabilecek her hastaya LAR yapmakta ve LAR: APR oranı 1:9 veya 1:8 gibi civarındaysa buradaki ifademizi çok iyi anlayacaktır. Öte yandan özellikle orta rektumda ve LAR yapılabilecekken APR yapılmış hastalara bakacak olursak burada APR nin aslında distalden proksimale geliş nedeniyle daha farklı bir rezeksiyon planına girilerek daha farklı bir spesimen çıkarılması ile sonuçlandığını görebiliriz. Nitekim Marr ve arkadaşları Leeds de ameliyat olmuş 190 hastayı inceleyerek APR ile çıkarılan bir tümörde LAR ile çıkarılana göre tümör çevresinde rezeke edilen dokunun daha ince olduğunu gösterdiler.(10)

Benzer şekilde TME çalışmasında da LAR sonrasında göre APR sonrasında daha yüksek oranda CRM pozitifliği olduğu tespit edildi. TME den sonra sfinkter kaslarına doğru ilerlerken CRM sınırını koruyacak dokunun çok azaldığını gösterdiler.(11,12) CRM sınırı azalınca da lateral sınır pozitifliğinin artmasıyla hastalarda daha yüksek lokal nüks oranlarının ortaya çıkması sürpriz olmayacaktır. CRM ile lokal nüks arası ilişkiyi ilk ortaya koyan çalışmalardan birisi Quirke den gelmiştir. (13)

Rektum Kanseri *Lateral / Dairesel Sınır*

	<u>Lateral Sınır</u>	
	Tm (+)	Tm (-)
Lokal nüks	13 / 11 (% 85)	38 / 1 (% 3)

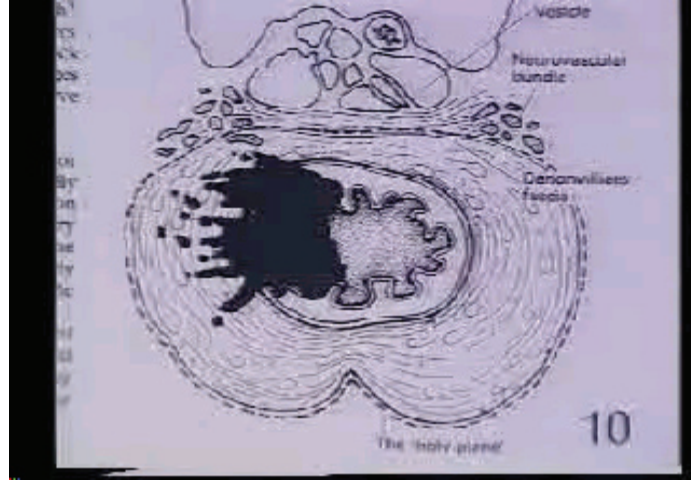
Quirke P, Lancet 1986;2:996-999

Sonraları, başka çalışmalarda da üzerinde 2 mm den daha kalın CRM bulunan hastalarda TME den bağımsız olarak daha düşük oranda lokal nüks tesbit edilmiştir. (14,15)

Rektum Kanseri *Dairesel Sınır (2mm üzeri) Hastanın* *Prognozunu Etkiler mi ?* **Hollanda Rektum Kanseri, Çalışma Grubu**

	Local recurrence	Distant metastases	Survival (2 y)	No.
≤0.10 cm	16.4%	37.6%	69.7%	120
0.11–0.20 cm	14.9%	21.0%	84.8%	53
0.21–0.50 cm	10.3%	17.2%	87.0%	139
0.51–1.00 cm	6.0%	8.2%	91.2%	155
>1.00 cm	2.4%	10.9%	92.8%	189
	p = 0.0007	p <0.0001	p <0.0001	

* Local and distant recurrence rates and survival rates after 2-year follow-up are given. All differences are significant using log rank testing.



CRM ile lokal nüks ve genel sağkalım arasında hemen hemen kesin diyebileceğimiz doğrulukta direkt ilişki vardır ve CRM genişledikçe bu parametrelerde düzelme olur . (16)

Modern APR Kavramı

Abdominal bölüm bittikten sonra hastayı yüzüstü çevirerek posterior yaklaşım ve gereğinde muskulokutanöz flaplerle defekti kapatmak tarzında bir APR yaklaşımıdır.(17) Modern APR veya silindirik APR adıyla da bilinen bu yaklaşımın en önemli yararı rektumun yırtılmasına ve tümör hücrelerinin etrafa dökülmesine yol açmadan ve spesimenin çok daha geniş bir CRM ile çıkarılmasını sağlaması, cerrahi görüş sahasının daha açık olması nedeniyle kanama kontrolünün kolaylaşması ve daha az kan kaybına yol açması diye özetlenebilir. Bu yaklaşımın uzun dönem onkolojik yararlarını da muhtemelen önümüzdeki yıllarda görebiliriz.

Genelde erkek hasta, dar pelvis ve anterior yerleşimli tümörlerde CRM (+) lik oranı yüksek veya CRM nispeten kısadır.(18) Silindirik APR ile ölçülen CRM klasik APR ile elde edilenin ortalama 2 mislidir.(19).

Erken Sonuçlar

Silindirik teknik distal rektumun tümör içeren tüm düzeylerinde standart ameliyata göre tümörün çevresinde daha kalın doku sağlamaktadır. (P .0001). Muscularis propria veya internal sphincter den anterior, posterior, ve lateral resection marginlerinde daha kalın doku sağlamış (tümünde P .0001), bu da (CRM) (+) lik oranını azaltmış, (14.8% v 40.6%; P .013) ve rektumun ameliyat sırasında yırtılma olasılığını azaltmıştır (3.7% v 22.8%;P .0255). 3. Çalışma nedeniyle standart dan silindiriğe geçen bir cerrahın CRM (+) lik oranı %36.2% den 12.5% a ve perforasyon oranı da %12.8 de % 0 a inmiştir. (20)

Umarım bu sonuçların gerçek anlamını bizler de 2-3 yıla kadar tam olarak anlarız!

Referanslar:

1. Williams NS, Johnston D. The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. Br J Surg 1983;70:460-2.
2. Lim SB, Heo SC, Lee MR, et al. Changes in outcome with sphincter preserving surgery for rectal cancer in Korea, 1991-2000. Eur J Surg Oncol 2005;31:242-9.
3. Gerard JP, Chapet O, Nemoz C, et al. Improved sphincter radiotherapy: the Lyon R96-02 randomized trial. J Clin Oncol 2004;22:2404-9
4. Ricciardi R, Virnig BA, Madoff RD, Rothenberger DA, Baxter NN. The status of radical proctectomy and sphinctersparing surgery in the United States. Dis Colon Rectum 2007;50:1119-27.
5. <http://www.hesonline.nhs.uk> . Jamie Murphy, B.Chir., M.R.C.S., Derek J. Boyle, M.B.Ch.B., M.R.C.S., Chetan Bhan, M.B., M.B.B.S., Norman S. Williams, M.S., F.R.C.S. London, United Kingdom. DCR VOLUME 51: 1435 (2008) ©THE ASCRS 2008 PUBLISHED ONLINE: 10 JUNE 2008
6. Martling AL, Holm T, Rutqvist LE, Moran BJ, Heald RJ, Cedemark B. Effect of a surgical training programme on outcome of rectal cancer in the County of Stockholm. Stockholm Colorectal Cancer Study Group, Basingstoke Bowel Cancer Research Project. Lancet 2000;356:93-6.
7. Mc Call JL, Cox MR, Wattchow DA. Analysis of local recurrence rates after surgery alone for rectal cancer. Int J Colorect Dis 1995;10:126-132.

8. Lopez-Kostner F, Lavery IC, Hool GR, Rybicki LA, Fazio VW. Total mesorectal excision is not necessary for cancers of the upper rectum. *Surgery*. 1998 Oct;124(4):612-7; discussion 617-8.
9. Marcel den Dulka, Hein Putterb, Laurence Collettec, Corrie A.M. Marijnend, Joakim Folkessone, Jean-Francois Bossetf, Claus Rödelg, Krzysztof Bujkoh, Lars Pahlmane, Cornelis J.H. van de Veldea. The abdominoperineal resection itself is associated with an adverse outcome: The European experience based on a pooled analysis of five European randomised clinical trials on rectal cancer. *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER* 45; (2009):1175-1183.
10. Marr R, Birbeck K, Garvican J, et al. The modern abdominoperineal excision: the next challenge after total mesorectal excision. *Ann Surg* 2005;242:74-82.
11. Nagtegaal ID, van de Velde CJH, Marijnen CA, van Krieken JH, Quirke P. Low rectal cancer: a call for a change of approach in abdominoperineal resection. *J Clin Oncol* 2005;23:9257-64.
12. Pahlman L, Bohe M, Cedermark B, et al. The Swedish rectal cancer registry. *Brit J Surg* 2007;94:1285-92.
13. Quirke P, Durdey P, Dixon MF, Williams NS. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathological study of lateral tumour spread and surgical excision. *Lancet*. 1986 Nov 1;2(8514):996-9.
14. Fernandez-Represa JA et al. Total mesorectal excision for rectal cancer: the truth lies underneath. *World J Surg*. 2004 Feb; 28(2): 113 - 6. Epub 2004 Jan 8.
15. Nagtegaal ID, Marijnen CA, Kranenbarg EK, van de Velde CJ, van Krieken JH; Pathology Review Committee; Cooperative Clinical Investigators. Circumferential margin involvement is still an important predictor of local recurrence in rectal carcinoma: not one millimeter but two millimeters is the limit. *Am J Surg Pathol*. 2002 Mar;26(3):350-7.
16. Quirke P, Sebag-Montefiore D, Steele R, et al. Local recurrence after rectal cancer resection is strongly related to the plane of surgical dissection and is further reduced by pre-operative short course radiotherapy. Preliminary results of the Medical Research Council (MRC) CR07 trial. *J Clin Oncol (Meeting Abstracts)* 2006;24:3512
17. Holm T, Ljung A, Haggmark T, Jurell G, Lagergren J. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Brit J Surg* 2007;94:232-8.
18. den Dulk M, Marijnen CA, Putter H, et al. Risk factors for adverse outcome in patients with rectal cancer treated with an abdominoperineal resection in the total mesorectal excision trial. *Ann Surg* 2007;246:83-90
19. West NP, Finan PJ, Anderin C, et al. Evidence of the oncologic superiority of cylindrical abdominoperineal excision for low rectal cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:3517-22.
20. Nicholas P. West, Paul J. Finan, Claes Anderin, Johan Lindholm, Torbjorn Holm, and Philip Quirke. Evidence of the Oncologic Superiority of Cylindrical Abdominoperineal Excision for Low Rectal Cancer

Rektum Kanserinde Lokal Eksizyon Radikal Tedavi Olabilir mi?

Dr. Levhi Akın

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

Rektal kanserlerin lokal eksizyonu, abdominoperineal rezeksiyon ve aşağı anterior rezeksiyon gibi radikal cerrahilere alternatif olabilir. Lokal eksizyon düşük mortalite ve morbidite oranları ile birlikte olabilmekte, seksüel ve üriner fonksiyonlarda değişikliğe neden olmaksızın kalıcı stomayı ve vücut bütünlüğündeki bozulmayı önleyebilmektedir. Ancak, lokal eksizyonun, radikal cerrahi ile elde edilenden daha düşük olan uzun vadeli onkolojik sonuçları açısından küratif amaçtaki rolü halen sorgulanmaktadır.

Rektal kanserin lokal eksizyonu için kullanılan birkaç teknik vardır. En çok deneyim ve birikimin olduğu yöntem transanal eksizyondur. Transanal endoskopik mikrocerrahi de sıklıkla kullanılan bir yöntem olmasına rağmen, bu teknikte deneyim daha sınırlı, maliyet daha yüksektir.

Rektal kanserin küratif lokal tedavisinde anahtar rol hasta seçimindedir. Bunun için, preoperatif olarak tümör evrelemesi ile birlikte hasta uygunluk kriterlerinin klinik ve patolojik açıdan değerlendirilmesi yapılarak en uygun adaylar belirlenir. Preoperatif evreleme seçeneklerinin doğrulukları farklıdır. Bu amaçla dijital rektal muayene, endoanal ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme kullanılmaktadır.

Hasta seçiminde tümör evresi en kullanışlı ayırt edebilme kriteridir. Sadece lenf bezi tutulumu ve uzak metastazı olmayan T1 ve T2 lezyonlar lokal eksizyona adaydır. Ek olarak, büyük tümörler (>4cm), rektal duvarı çevresel olarak >%40 tutanlar, müsinöz tümör, yüksek histolojik evre, lenfovasküler invazyon ve ülserasyon gibi kötü prognostik özelliklere sahip olanlar tek başına lokal eksizyon uygulamasına uygun değildir.

Mevcut bulgular sadece yüksek risk faktörü bulunmayan T1 tümörlerin lokal eksizyona uygun olduğunu düşündürmektedir. Yüksek risk faktörü bulunan T1 tümörler ile T2 tümörlere tek başına lokal eksizyon yeterli olmamakta, lokal eksizyon yapılan olguların adjuvan tedaviden fayda görebileceği belirtilmektedir. Neoadjuvan radyo(kemo)terapi yüksek riskli T1 ve tüm T2 rektal kanserlerde lokal nüks oranlarını azaltmakta ve hastalıksız sağ kalım sürelerini uzatmaktadır. Lokal eksizyon sonrası saptanan yüksek riskli T1 ve tüm T2 rektal kanserlerde erken radikal cerrahi uygulanmasının lokal nüks ve hastalıksız sağ kalım oranları açısından yüksek riskli olmayan T1 tümörlerle benzer değerleri taşıdığı, geç dönemde yapılan kurtarma cerrahisinde lokal nüks ve hastalıksız sağ kalım oranlarının anlamlı olarak olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur.

Sonuç olarak, tek başına lokal eksizyon sadece kötü prognostik özellikleri olmayan T1 tümörlere uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Nastro P, Beral D, John Hartley J, Monson JRT. Local excision of rectal cancer: review of literature. Dig Surg 2005;22:6–15.
2. Bretagnol F, Rullier E, George B, Warren BF, Mortensen NJ. Local therapy for rectal cancer: still controversial? Dis Colon Rectum 2007; 50: 523–533.
3. Borschitz T, Gockel I, Kiesslich R, Junginger T. Oncological outcome after local excision of rectal carcinomas. Ann Surg Oncol. 2008;15:3101-3108.

Anastomoz Teknikleri

Dr. M. Ayhan Kuzu

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İbni Sina Hastanesi, Ankara

Kolorektal cerrahide diseksiyon tamamlanıp transeksiyon yapıldıktan sonra barsak devamlılığı planlanıyorsa anastomoz yapılır. Elektif şartlarda kolon rezeksiyonu yapılan hastaların tamamına yakınında ve acil rezeksiyon yapılanlarında çoğunda kolon anastomozu yapılabilir. Sol kolonda 1980'lere kadar acil olarak yapılan anastomozlarda kaçak oranının %4-18, mortalite oranının %22'ye kadar yükseldiğini bildiren çalışmalar olması, cerrahları anastomozdan kaçınmaya sevk etmiştir. Ancak son iki dekatta birden çok aşamalı operasyonlar ile tek aşamalı operasyonların karşılaştırıldığı çalışmalarda tek aşamalı operasyon yapılan hastalarda da post operatif morbidite ve mortalite oranlarının aşamalı operasyon yapılanlarla benzer olarak bulunması acil operasyonlarda anastomoz için cerrahları daha çok cesaretlendirmektedir.

Anastomoz tipi, elle veya stapler ile yapılması, anastomozda kullanılan materyaller kişiden kişiye değişmektedir. Açık cerrahi uygulananlarda kolon anastomozları çoğunlukla elle yapılabilir. Giderak yaygınlaşan laparoskopik kolon cerrahisinde ise anastomoz ekstrakorporeal olarak elle veya karın içinde endoskopik staplerler ile yapılabilir.

Rektum cerrahisinde ise anterior rezeksiyon dairesel staplerlerin geliştirilmesinden sonra çok daha yaygın olarak uygulanmaya başlandı. Bu dönemde sfinkter koruyucu teknik ve pelvis içinde dar alanda çalışmak kolorektal cerrahlar için yeni bir gelişmeydi.

Rektum cerrahisinde anastomoz sırası geldiğinde cerrah ile perinede duran asistanın koordineli çalışması gerekir. Perineal asistan stapleri anal kanaldan yerleştirince cerrah tarafından yönlendirme yapılmalıdır. Aksi takdirde uygunsuz güdük açılabilir.

Perineal asistan aşırı güç uygulamaktan kaçınmalıdır. Cerrahın yönlendirmesi staplerin trokarının güdükteki lineer stapler hattının hemen yanından çıkmasına yardımcı olabilir. Kadın hastalarda ise stapler trokarı rektal güdükten çıkarılırken tam olarak güdükteki lineer stapler hattının hemen posteriorun çıkarılması çok önemlidir. Aksi takdirde vajen anastomoz hattının içine girebilir.

Distal rektal güdük lineer stapler hattından da trokar çıkarılabilir fakat trokar lineer stapler hattından geçerken zorlanma nedeni ile aşırı güç uygulanması gerekebilir, bu da distal güdükteki lineer stapler hattının açılmasına neden olabilir.

Stapler trokarı sivri bir uca sahip olduğu için bu sırada cerrah rektal güdükten çıkan sivri ucun pelvik organ yaralanmasına neden olmaması için gerekli önlemleri almak zorundadır.

Stapler distal rektal güdüğe yerleştirilince vajen ile arasındaki plan tekrar incelenmeli ve gerekirse rektum ile vajen arasında yeterince mesafe yoksa diseksiyon ile vajenin rektumdan ayrılmasına olanak sağlanmalıdır.

Stapler uçları birbirine yerleştirildikten sonra kapatma işlemi yapılırken araya doku girmemesine özellikle kadınlarda vajen arka duvarı girmemesine dikkat edilmelidir. En tehlikeli komplikasyonlardan biri olan rektovajinal fistülün önlemesi için vajenin ekartasyonu çok önemlidir. Stapler ateşlenmeden önce mutlaka vajinal muayene ile stapler hattı kontrol edilmelidir. Stapler ateşlendikten sonra kullanılan aletin özelliğini dikkate alınarak gevşetilir, aletin şaftının eğimine uygun olarak sağa ve sola nazikçe rotasyonel hareketler yapılarak dikkatlice anüsten çıkarılması gerekir. Bu sırada aşırı güç uygulanmasından kaçınılmalıdır. Anastomozun gergin olmamasına dikkat edilmelidir. Halkalar tam - defektsiz olmalıdır.

Anastomoz yapıldıktan sonra hava su testi yapılması önemlidir. Beard ve arkadaşları prospektif randomize çalışma ile intraoperatif hava su testinin ameliyat sonrası dönemdeki klinik ve radyolojik kaçak riskini anlamlı derecede azalttığını göstermişlerdir. TME yapılan vakalarda anastomoz seviyesi genellikle pelvik taban seviyesinde olduğu için cerrahın bu anastomoz hattını görmesi pek mümkün olmayabilir. Eğer kaçak varsa koruyucu stoma açılmalıdır. Buna ek olarak cerrah yaptığı anastomozu güvenmiyorsa, iskemi veya defektten şüpheleniyorsa anastomozu bozup gerekirse elle perineden veya stapler ile tekrar anastomoz yapılabilir.

İşkoçya'da yapılan çalışmada anastomozun elle veya stapler ile yapılmasının bir önemi olmadığı fakat anastomoz kaçağının lokal nüksü arttırdığı gösterilmiştir.

Anastomoz etrafına omentum sarılmasının anastomoz komplikasyonlarını önlemek açısından bir yararı olmadığı prospektif randomize bir çalışma ile gösterilmişse de bazı cerrahlar pelvik boşluğun omentum ile doldurulmasının bu bölgedeki koleksiyonları engelleme açısından yararlı olduğunu düşünmektedirler.

KORUYUCU STOMA

Koloanal veya çok aşağı seviyeli kolorektal anastomozları korumak için koruyucu stoma gerekebilir. Burada amaç anastomoz kaçağını önlemek değil eğer kaçak olursa buna bağlı gelişebilecek septik komplikasyonları ve mortaliteyi önleyebilmektir.

Bu nedenle anastomoz tamamlandıktan sonra yapılan rektal muayenede parmak ile anastomoz halkası tam olarak geçiyorsa koruyucu stoma yapılması düşünülebilir.

Bu seviyedeki anastomozlarda hasta preop radyoterapi aldı ise, ameliyat sırasında obstrüksiyon varsa, hastanın eşlik eden malnütrisyonu varsa ve intraoperatif tümör perforasyonu oldu ise stoma açılması gerekir.

Buna ek olarak hava su testinde kaçak olması ve aşağı seviyedeki bu kaçağın dikişler ile tamir edilememesi ve cerrahın yaptığı anastomozdan şüphe etmesi, gerginlik olması ve beslenme bozukluğu durumlarında da stoma gerekebilir.

Ameliyat sırasındaki kan kaybı miktarı ve uzayan ameliyat süreside yine bu aşağı seviyeli anastomozları korumak için stoma açılmasını gerektirebilir.

Atnalı Fistüllere Yaklaşım

Dr. B. Bülent Menteş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Atnalı fistüller nadir raslanan ve cerrahi yaklaşımı sorunlu bir entitedir. Kriptoglandüler abseler sonrası yalnızca %2 oranında geliştikleri düşünülmektedir. Gelişme odağı hemen her zaman posterior orta hattır ve çok daha nadir olarak anterior atnalı abse/fistüller olabilir. Patogenetik olarak, kriptoglandüler infeksiyonun transsfinkterik perforasyonu ile infeksiyonun derin postanal alana yayılması söz konusudur. Anatomik olarak **postanal alan (postanal space)** ... önde eksternal sfinter, arkada koksiks, kranial tarafta levator ani kasları, kaudalde ise perine derisi tarafından sınırlıdır. Laterallerde iskiorektal fossalara bir sınırlama olmadığından, eratik bir infeksiyon bilateral olarak bu alanlara taşabilmekte ve atnalı şeklinde abse/fistüllere yol açabilmektedir.

Kapsamlı olarak sorunun ve tedavinin ilk tanımlanması 1965’de Hanley’e aittir. **Hanley**, derin bir midline fistulotomi ile postanal alanın exposure ve drenajını önermiştir. Held ve diğer otörlerin de üzerinde durdukları unsur, bu girişim sırasında kas yapılarına mümkün olduğunca az zarar verilmesidir. Atnalı fistülün trasesi genellikle dentate çizgi hizasında derine doğru eksternal anal sfinkterin derin porsiyonunu ya da tümünü geçecek şekilde ilerlemektedir... yani önemli miktarda internal ve eksternal anal sfinkter kas yapısı fistül traktı tarafından çevrelenmektedir. Fistulotomi yapılması durumunda bu kas yapılarının da kesilmesi söz konusudur.

Atnalı fistüllerle ilgili diğer bir sorun da lateral uzanımların çok uzun/kapsamlı olabilmeleridir. İskiorektal alandan taşan bu traktların da cerrahi kapsamına alınmaları gerekmekte ve bu da cerrahi morbiditeyi artırabilmektedir. Posterior orta hattaki odağın lateral yaklaşımla drenaj ve küretajı tarzında cerrahi kür sağlamaya çalışılması, tanımlanmış bir başka yöntemdir.

Sonuç olarak, kolorektal cerrahi alanında atnalı abse/fistüllere yaklaşımın bazı temel özelliklerinin anlaşılması gerekmektedir. Ana hatlarıyla bu unsurlar:

- i) Atnalı fistüllerin farklı yayılım ve anatomik özelliklerinin üç boyutlu anlaşılması ve kavranması gerekmektedir.
- ii) Klasik bir abse drenajı ya da fistulotomi yaklaşımı bu komplike fistül grubu için geçerli değildir. Bu nedenle cerrahi pratikte, atnalı fistüllerin uzman merkezlerce yapılmamış cerrahileri sonrası her zaman nüks ve komplikasyonlar gelişmektedir.
- iii) Bir taraftan nüks sorunu, diğer taraftan ciddi kas hasarı açısından cerrahi ilkelerin ve literatürdeki gelişmelerin iyi biliniyor olması gerekmektedir. Gerekirse seton tekniklerinden yararlanılarak bir taraftan postanal alanın yetkin drenajının sağlanması, diğer taraftan sfinkter yapısının korunması tedavi yaklaşımının esasını oluşturmaktadır.

Fistülotomi, Fistülektomi

Dr. Tarık Akçal

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Peri-anal (ano-rektal) fistül, Hipokrat döneminden beri tanınan, günlük pratikte oldukça sık rastlanılan cerrahi hastalıklardandır. Peri-anal fistüllerin çoğu kriptoglandüler abselerden gelişeler de, etiolojide travma, Crohn hastalığı, radyasyon, malignite ve atipik infeksiyonlar da (tüberküloz, aktinomikoz, klamidy) rol oynayabilir. Ano-rektal abseler, drenaj sonrasında yaklaşık % 50 oranında tedavi edilmiş olur. Ancak geriye kalanlarında kalıcı peri-anal fistül gelişir.

Peri-anal fistüllerin tedavisinde amaç, kontinansı bozmadan infeksiyonun eradikasyonudur. Seçilecek cerrahi tedavinin belirlenmesinde, fistül traktının seyri (inter-sfinkterik, trans-sfinkterik, supra-sfinkterik, ekstra-sfinkterik) ve yapısı (basit, komplike) önemli rol oynar.

Cerrahi tedavide temel seçenekler, fistülün tipine ve cerrahın tercihinine bağlı olarak fistülotomi, fistülektomi ve seton (gevşek, kesici) uygulamasıdır. Ayrıca, mukozal ilerletme flapları ve fistül traktını tıkayıcı çeşitli yöntemler de seçilmiş olgularda değişik başarı oranları ile kullanılmaktadır.

Fistülotomide, iç ve dış ağızlar arasında seyreden fistül traktı değişik yöntemlerle kesilir. Bu esnada bir miktar sfinkter adele lifi de kesilmiş olur. Fistülotomiden sonra, iyileşmeyi hızlandırmak için marsupiyalizasyon da uygulanabilir. Fistülotomi, basit inter-sfinkterik ve alçak trans-sfinkterik fistüllerde güvenle uygulanabilir ve “altın standart” olarak kabul edilir. Ancak bu yöntem, inkontinansa yol açacağı için, supra-sfinkterik ve ekstra-sfinkterik fistüllerde kullanılmamalıdır. *Fistülektomide* ise, fistül traktı, çevresindeki bir miktar doku ile birlikte tüm uzunluğunca çıkartılır. Teknik olarak daha komplikedir, ayrıca daha uzun ameliyat süresine sahiptir, doku hasarı daha fazla olduğundan iyileşme daha uzun sürer ve inkontinans riski daha fazladır. Bu sebeple daha az kullanılır. Yukarıda belirtilen her iki yöntemde de, doku kesimi elektrokoter yerine son zamanlarda radyo frekans (RF) probu ile yapıldığında daha az doku hasarı ve buna bağlı olarak daha iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir. *Seton* uygulaması, başlıca iki çeşittir. Kesici setonda, dikiş ipliği ya da lastik bir band fistül traktından geçirilir ve bir iki hafta aralıklarla sıkılır. Sfinkter lifleri iskemik nekroz sonucu zaman içinde kesilirken, kesik uçlar retrakte olmadan fibrozisle iyileşirler. Böylece, sfinkter kontinansı korunurken fistül traktı da tedricen kesilmiş olur. Kesme işlemi kimyasal seton adı verilen yöntemle de yapılabilir. Kesici seton, yüksek trans-sfinkterik ve supra-sfinkterik fistüller için uygundur. Gevşek setonda ise, lastik band sıkılmadan bırakıldığı için sfinkter liflerinin kesilmesi söz konusu değildir. Traktın drenajı ve fibrotik reaksiyonun uyarılması amaçlanır. İleride, fibrozis nedeniyle sfinkter uçları retrakte olmayacağından, gerekirse fistülotomi eklenebilir.

Yüksek ya da komplike fistüllerde, konvansiyonel cerrahi girişimlerin yüksek nüks ve inkontinans oranları nedeniyle, sfinkter koruyucu olarak *mukozal ilerletme flapları* gündeme gelmiştir. Bu teknikte iç ağız, internal sfinkter lifleri ve mukozal flepler yardımıyla kapatılırken, fistül traktı drene edilir ve dış ağız açık bırakılır. Ayrıca, sfinkter mekanizmasını tahrip etmeden fistül traktını oblitere etmek için, insan plazma havuzlarından hazırlanan fibrinojen ve trombin karışımı (fibrin glue) ya da domuz ince barsağı submukozasından (SIS) elde edilen *tıkaçlar* da değişik başarı oranları ile kullanılabilir.

Anal Fistüllerde Seton Uygulamaları

Dr. Mehmet Füzün

Dokuz Eylül Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Anal fistül tedavisinde temel iki hedef vardır. Birincisi; Rekürrens önlenmesi, ikincisi; Kontinensin muhafaza edilmesi.

Bu iki temel hedefe ulaşabilmek için üç temel nokta çok önemlidir. Bunlar; fistül anatomisinin belirlenmesi, mevcut sepsis alanlarının drene edilmesi ve fistül traktının eradike edilmesidir.

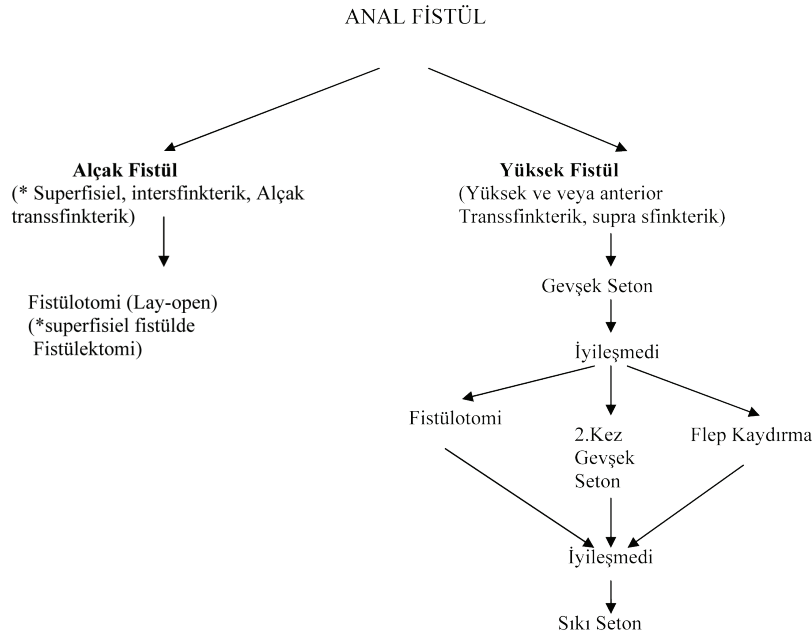
Fistül traktının eradike edilmesinde en çok kullanılan yöntem fistülotomidir. Ancak bu her zaman yapılamaz. Özellikle fistül traktının distalinde kalan eksternal sfinkter volümü %30'un üzerinde ise fistülotominin inkontinensle sonuçlanma olasılığı yüksektir. Bu gibi durumlarda sıklıkla seton uygulaması veya flep kaydırma yöntemleri uygulanır.

Seton Latince kıl anlamına gelmektedir. Seton uygulaması ile fistül traktının drene edilmesi sağlanır. Ayrıca seton fibrozis gelişmesine yol açtığı için yaklaşık %60 olguda tedavi sağlar. Setonun bir diğer kullanıma yeri enflamasyonun çok olduğu olgularda işaretleyici olarak kullanılmasıdır.

Seton uygulaması başlıca üç şekilde yapılır. **Gevşek Seton**, **Sıkı Seton** ve **Kimyasal Seton**. Sıklıkla kullanılan yöntem gevşek seton uygulamasıdır. Gevşek seton ile sonuç alınamayan olgularda zorunluluk halinde sıkı seton uygulaması da kullanılmaktadır. Kimyasal maddelerle kaplanmış Kimyasal Seton uygulaması pek kullanılmamaktadır.

Teknik

Fistül traktı dış ağızdan başlanarak anal duvara kadar eksize edilir (Core out). İç ağzın distalindeki internal sfinkter kesilir, yalınlaşmış olan eksternal sfinktere seton tatbik edilir (Sıkı veya Gevşek). Gevşek Seton genellikle iki ay sonra çıkarılarak bir aylık takip sürecinde fistülün iyileşmiş olup olmadığı belirlenir. Genellikle %60 oranında gevşek seton uygulamasından sonra fistülde iyileşme tespit edilir. İyileşmeyen olgularda bu fistülün durumuna ve cerrahın deneyimine göre fistülotomi, flep kaydırma veya sıkı seton işlemlerinden biri uygulanır. İkinci kez gevşek seton uygulayan ekipler de vardır. Eğer olguya sıkı seton uygulanmış ise 2-3 haftalık aralar ile bu sıkı seton daha da sıkılaştırılarak eksternal sfinkterin tedricen kesilmesi (aşamalı fistülotomi) yapılmış olur. Gevşek seton uygulamasının başarısızlık oranı, sıkı seton uygulamasının kontinensi bozma olasılığı yüksektir. Uygun olguya uygun yöntem seçmek çok önemlidir. Fistül tedavisindeki yaklaşımın aşağıdaki algorithmada bildirilmiştir.



Anal Fistüller - Plug (Tıkaç) Uygulamaları

Dr. B. Bülent Menteş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

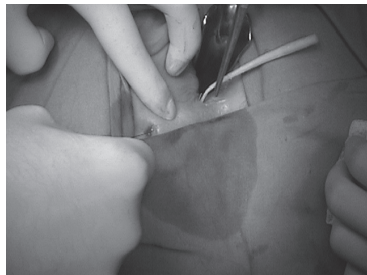
*Anal fistüllerde cerrahinin amacı septik odağı (traktı) ortadan kaldırmak ve bunu sağlarken kontinensi korumaktır. **Fistülotomi** basit anal fistül cerrahisinde altın standarttır. Anal sfinkter mekanizmasının çoğunu içine alan (yüksek) fistüllerde ise fistülotomi ve kesici seton tekniklerinin inkontinens riskini taşımaları nedeniyle kaydırma flapleri ve gevşek seton gibi **sfinkter-koruyucu yöntemler** geliştirilmeye çalışılmıştır. Başarılı kompleks fistül cerrahisinde **primer ağzın kapatılması** anahtar rol oynamaktadır. Endoanal ya da anokutanöz kaydırma fleplerinde primer orifis kapatılmaktadır. Ancak bu prosedürün teknik olarak zorluklarının yanı sıra %30 oranında rekürrens ve sürpriz şekilde %20 lerin üzerinde inkontinens bildirilmiştir.*

Kontinense düşük etkisi, bilinen ve bilinmeyen fistül traktını dolgulaması nedeniyle komplike fistüllerde **fibrin glue gibi sıvı doku yapıştırıcıları** kullanılmaya başlanmıştır. Başlangıçta doku yapıştırıcıları ile ilgili olarak %80'lerin üzerinde başarı şansı bildirilirken, son çalışmalarda bu oran %50lerin altına düşmüştür. Fibrin glue'nun majör handikapı primer ve sekonder orifislerin suture edilse dahi, cerrahi sırasında ya da sonrasında fistül traktından dışarı kaçakların olması şeklinde yorumlanmıştır. Buradaki kritik steplerden biri de primer orifisin tam olarak kapatılamamasıdır. Bu durumda fistül traktının bir tıkaç ile oblitere edilmesi ve bu materyalin primer orifise suture edilmesi gibi çok basit ve özellikle fistülotominin yapılamayacağı komplike fistüllerde cazip bir seçenek olarak karşımıza biyolojik anal fistül plug çıkmaktadır. Son dönemde bu doğrultuda liyofilize porsin intestinal submukozasından bioabsorbable xenograft geliştirilmiştir. Sentetik olmasının aksine enfeksiyona dirençli olan bu madde yabancı cisim gibi giant hücre reaksiyonu meydana getirmektedir. 3-6 ay içinde konakçı hücre dokusundan spontan resorbe olmaktadır. Konikal yapıdaki tıkaç, primer orifise suture edilmekte ve balıksırtı yüzeyi sayesinde yüksek basınçta dahi traktın içinden dışarı çıkmadığı iddia edilmektedir.

Bu basit ve teorik olarak mantıklı görünen yöntem ile **ilgili ne yazık ki sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır**. İlk olarak 2006 yılında Armstrong ve ark.ları tarafından prospektif kohort çalışmada anorektal fistüllerde anal fistül plug ile fibrin glue'nun etkisinin karşılaştırılması deklare edilmiştir. 25 vakalılık bu seride 15 hastaya anal fistül plug uygulanmış, 14 haftalık takiplerinde %13 oranında rekürrens saptanmıştır. Kısa dönem sonuçlarına bakıldığında fibrin glue uygulamasına göre anlamlı düzeyde daha başarılı olduğu bulunmuştur. Yine aynı ekip tarafından 2006 yılında 46 vakanın uzun dönem sonuçları bildirilmiştir. Ortalama 12 aylık takip süresinde %83 oranında başarı rapor edilirken, rekürrenslerin çoğunlukla (8 vaka) cerrahi sonrası ilk 30 günde ortaya çıktığı gösterilmiştir.

2007'de Ellis tarafından 13 transsfinkterik, 5 rektovajinal fistüle anal fistulo plug uygulanmış, ortalama 10 aylık takipte %12 (2 hasta) oranında nüks bildirilmiştir. van Koperen ve ark.ları 2007 yılında yayınladıkları serilerinde Crohn, HIV hastalığı ve nüks komplike perianal fistülü olan 17 hastaya anal fistulo plug uyguladıkları ve ortalama 7 aylık takiplerinde %41 oranında başarı elde ettiklerini bildirmişlerdir. Kliniğimizde Eylül 2006-Eylül 2007 tarihleri arasında kompleks anal fistülü olan 6 hastaya ve rektovajinal fistülü olan 1 hastaya anal fistulo plug uygulandı. Ortalama 7 aylık takiplerimizde 2 hastada (%28.5) başarı elde edilmiştir.

Sonuç olarak, anorektal fistüllerde anal fistulo plug tekniği ilk başlarda düşünüldüğünün tersine **sihirli bir yöntem gibi gözükmemektedir ve başarı oranı tartışmalıdır**. Diğer taraftan, **doku bütünlüğü hiç bozulmamaktadır ve septik komplikasyonlara rastlanmamıştır**. Dolayısıyla, **kompleks fistüllerde, nüks fistüllerde, Crohn ve HIV gibi immun suprese hastalardaki perianal fistüllerde hastaya da bilgi vererek ilk etapta denenebilir** görüşünü paylaşılmaktadır.



Rektovajinal Fistülde Cerrahi

Dr. Uğur Sungurtekin

Pamukkale Üniversitesi, Denizli

Rektovajinal fistül rektum ve vajen epitelyum yüzeyini birleştiren fistüllere verilen isimdir. İç deliğin rektum yerine dentate line'in distalinde yer aldığı durumlarda Anovajinal fistül ismini alırlar. Bazen asemptomatik olmasına karşın vajendeki küçük bir delikten gaz gelmesi ve dışkı çıkışı nedeniyle gerek hasta gerekse hekim tarafından büyük problem oluştururlar. Semptomları fistülün yerine, büyüklüğüne ve oluşma nedenine bağlı olarak değişiklik gösterir. En sık görülenler vajen içerisinden gaz ve dışkı gelmesi, fekal kokulu akıntı ve kronik vajinit'tir. Genellikle vajinal bulguların ön planda olmasına karşın etiolojide sfinkter hasarının olduğu hallerde kanlı diyare, mukuslu akıntı ve inkontinans gibi bulgulara eşlik edebilir. Anamnezde hastanın daha önce geçirmiş olduğu cerrahi girişimlerin ve/veya doğumun sayısı ve şekli, uygulanan tedaviler, barsak fonksiyonlarının durumu tanı koydurucudur. Yandaş olarak bulunması olasılığı olan vesikovajinal, rektovesikal, rektoüretal, rektoperineal fistüllerde anamnez ve muayene esnasında araştırılmalıdır.

Sınıflama

Rektovajinal fistüllerin sınıflaması literatürde genellikle Yerleşim yerine göre, Büyüklük derecesine göre yapılmaktadır. Eğer rektovajinal fistül iç deliği rektumda dentate çizginin proksimalinde ve vajinal delik vajenin hemen girişinde ise aşağı, iç deliği rektumda diğer delik serviks hizasında ise yukarı, ikisinin ortasında ise orta yerleşimli rektovajinal fistül adını alır. Mevcut fistül deliğinin büyüklüğüne göre ise çapı <0,5cm ise küçük, 0,5–2,5 cm arasında ise orta, >2,5 cm ise büyük fistül olarak da sınıflandırılırlar.

Etyoloji

Doğum travmasına bağlı gelişen rektovajinal fistüller sonradan gelişen fistül gurubunun en büyük kısmını oluştururlar. Bazen doğumdan hemen sonra üçüncü veya dördüncü derecedeki yırtıklar nedeniyle hemen görülebilmese karşın, daha sık olarak doğumdan 7–10 gün sonra görülürler. Uzamış doğum, instrumentasyonla doğum esnası yırtıkları gelişmede rol oynayan faktörlerdir. Kriptoglandüler infeksiyonlarda apseye ve spontan drenaj sonrasında ise rektovajinal fistüllere yol açabilirler. Rektal veya jinekolojik malignitelerde ise gerek tümörün invazyonu veya gerekse radyasyon tedavisine sekonder olarak rektovajinal fistüller oluşabilir. Kadınlarda görülen iltihabi ince barsak hastalıklarından başta Crohn hastalığı daha az olarak ta ülseratif kolit fistüle yol açabilir. Geçirilmiş operasyona bağlı travmada fistül etiolojisinde önemli rol oynar. Rektal ve vajinal cerrahi sonrası aşağı yerleşimli rektovajinal fistüller görülürken, kolorektal ve ileoanal anastomozlardan sonra ise yüksek yerleşimli fistüller görülür. Etiolojide sayılan diğer faktörler arasında konjenital malformasyon veya seks değişimi operasyonlarından sonra, radyasyon uygulanması sonrası daralmış vajinal güdüğün dilatasyonunu takiben, Fekal tıkaç gelişimi, seksüel saldırı ve HIV pozitif hastalarda viral ve/veya bakteriyel enfeksiyonları takiben gelişen rektovajinal fistüller sayılabilir. Erişkin gurubu hastalarda söz konusu olduğundan dolayı konjenital fistüller etiolojik nedenler arasında sayılmamıştır.

Değerlendirme

Rektovajinal fistülün değerlendirilmesinde iki noktaya dikkat edilmelidir. Bunlardan birincisi fistülün yerleşim yeri, ikincisi ise fistül çevresinde daha sonradan tamir için kullanılacak dokunun yapısıdır. Bu dokunun yapısı doğal olarak etiolojide rol oynayan nedene göre değişiklik gösterecektir. Çoğu hastada fistülün yeri muayene esnasında saptanabilir. Soluk vajinal mukoza üzerinde parlak kırmızı renkli rektum mukozasının görülmesi tanı koydurucudur. Rektal delik ise anoskop ile görülür. Deliğin saptanamadığı durumlarda ise vajene tampon konmasından sonra metilen mavisi içeren lavmanı takiben tamponu kirletmesi, Hasta litotomi pozisyonunda iken vajen içerisi serum fizyolojik ile doldurulduktan sonra rektumdan hava verilmesi ile vajen tarafında hava kabarcıklarının görülmesi rektovajinal deliğin bulunmasında yardımcıdır. Radyolojik testlerde fistül yerinin saptanmasında yardımcıdır. Vajinografi vajinal açıklığı kapatacak şekilde balonu şişirilen foley kateterinden kontrast maddenin verilmesi esnasında görüntü kaydından oluşur. Özellikle kolovajinal ve enterovajinal fistüllerde tanı koydurucudur. Aşağı yerleşimli fistüllerde ise duyarlılığı azalır. Bilgisayarlı tomografi tetkiklerinde kontrast maddenin oral ve rektal uygulanmasını takiben opak maddenin vajen içerisinde görülmesi, vajen içerisinde hava sıvı seviyesinin varlığı tanı koydurucudur. Endorektal ve endoanal ultrasonografide Vajen içerisinde hava ve sıvının görülmesine ilave olarak sfinkterlerin durumu da değerlendirilir. Benzer şekilde Magnetik Rezonans Görüntüleme tetkikleri de tanıda yardımcıdır. Etiolojide iltihabi barsak hastalığının varlığından şüphelenilen hastalarda kolonoskopi ve kontrast grafi ve kontrast madde ile üriner sistemin görüntülenmesi hastalığının yaygınlığı konusunda fikir verir.

Tedavi

Nadir olarak ta olsa rektovajinal fistüller kendiliğinden iyileşebilirler. Bununla beraber spontan iyileşme primer olarak etiyojisine, daha az oranda ise büyüklüğüne bağlıdır. Örneğin doğum travmasına bağlı küçük rektovajinal fistüllerin yarısına yakın kısmı kendiliğinden iyileşebilmektedir. Bu nedenle bu tür hastalarda operasyon kararı alınmadan önce en az 6 ay beklenilmesi gereklidir. Hastanın genel durumu optimum oluncaya dek operasyon ertelenmelidir. İltihabi barsak hastalığının olduğu durumda hastalığın ağırsif tıbbi tedavi ile daha remisyona haline getirilmesiyle fistül spontan olarak kapanabileceği gibi, hastalığın remisyona girmesi sonrası yapılacak cerrahi tedavinin başarı şansı daha da artar. Bekleme süresi içerisinde daha önceden mevcut olan pelvik apsenin iyileşmesi iltihabi olayın tüm karın içerisine yayılmasını önler. Hangi teknik kullanılırsa kullanılsın uygulamada dikkat edilmesi gereken cerrahi prensipler nazik disseksiyon, dokuların tam olarak mobilizasyonu, hastalıklı barsak kısmının gerektiğinde rezeksiyonu ve tamir için kullanılan dokuların gerginlik olmaksızın dikilmesidir. Rektovajinal fistüller abdominal, rektal, vajinal, perineal, transsfinkterik, veya transsakral yolla tedavi edilebilir. Yüksek yerleşimli fistüller karın yoluyla ameliyat edilmeyi gerektirirken, orta ve aşağı yerleşimli fistüller yukarıda sayılan yöntemlerden uygun olan birisiyle tedavi edilebilir. Jinekologlar genellikle vajinal yolla girişimi tercih ederlerken, kolon ve rektum cerrahları basıncın daha yüksek olduğu(25–85cmH2O) taraf olan rektum yoluyla tedaviyi daha ön planda tutarlar.

Rektovajinal Fistüllerde Cerrahi Tedavi Yöntemleri

- Lokal onarım
 - Tam perineal laserasyona çevrilme sonrası tabakalarına göre anatomik onarım
 - Fistül eksizyonu sonrası tabakalarına göre anatomik onarım ve kas interpozisyonu
- Vajinal yaklaşım
- Rektal yaklaşım
- Perineal yaklaşım
- Transsfinkterik yaklaşım (York-Mason)
- İlerletme flebi
- Mukoza ve parsiyel kalınlıkta internal sfinkter (Laird)
 - Anterior rektal duvar onarımı (Noble)
 - Endorektal tip onarım
- Sfinkter koruyucu transabdominal onarım
- Barsak rezeksiyonu olmaksızın mobilizasyon, rezeksiyon ve anatomik tabakalarına uygun olarak onarım- interpozisyon
- Barsak rezeksiyonu-interpozisyon
- Pull-through girişimleri
- Aşağı anterior rezeksiyon—transsakral, EEA stapler ile
- Sleeve anastomoz (Parks)
- Üzerine yama anastomozu (Bricker)
- Sfinkteri feda eden barsak rezeksiyonu(Yandaş maligniteler için)+
 - Kolostomi
 - Kolpikleizis
- Diğerleri- Martius flep, Fibrin Glue, Plug tedavisi

Ameliyatla tedavide hangi yöntemin daha iyi olduğu rektovajinal fistülün, yeri, büyüklüğü, etyolojik neden, daha önceki ameliyat edilmiş ise gerçekleştirilen ameliyatların türü, mevcut olabilen yandaş sorunlar(sfinkter hasarı, rektal veya vajinal striktür ve diğer organlara olabilen fistüllerin varlığına göre değişiklik gösterir. Bu faktörlerden en önemlisi hiç şüphesiz etyolojide altta yatan nedendir. Örneğin primer, sekonder veya nöks olsun tümöre bağlı olarak gelişen fistüllerde altta yatan malignitenin tedavisi her zaman ön planda olacaktır. Bunun için sfinkterlerin feda edilmesi gerektiği taktirde uygulamadan kaçınılmamalıdır. Benzer şekilde aşkar veya gizli sfinkter defektlerinin bulunduğu hallerde onarıma sfinkter onarımı eklenmez ise başarı oranı düşecektir. Radyasyon kaynaklı fistüllerde radyasyon nedeniyle gelişen diffüz fibrozis disseksiyonu güçleştirdiği gibi küçük damarlarda oluşan endarteritis nedeniyle ameliyat sonrası dokularda beslenme bozukluğunun görülme ve sonrasında striktür gelişme olasılığı yüksektir. Bu nedenle tedavi esnasında fistülün kapatılmasında kullanılmak üzere kas flebi, omental flep gibi iyi kanlanan gibi bir dokunun fistül bölgesine getirilmesi esastır. Kolostomi açılması genel olarak rektovajinal fistüllerde tercih edilmeyen bir operasyon tekniğidir. Ancak kolostomi oluşturulmasında bu tür fistüller için daha libere davranılmalıdır. Kolostomi açılması kararına hastanın genel durumuna, anatomik defektin yerine ve büyüklüğüne ve optimal fonksiyonel beklentilere göre hastaya göre

değerlendirme yaparak karar verilmelidir. Örneğin bazı hastalarda küçük bir rektovajinal fistül nedeniyle operasyon bile önerilmeyebilecek iken bazı hastalarda proktokolektomi uygulanması gerekebilir. Orta ve aşağı yerleşimli fistüller için ilerletme flepleriyle birlikte lokal onarımla iyi sonuçlar verebilir. Hem eş zamanlı sfinkter onarımına imkân tanınması, hem düşük morbiditeli olması, kontinensi etkilemeyen bir girişim olması hem de hızlı toparlanma süreci ve daha sonra başka yöntemlerin kullanılmasına izin verebilmesi nedeniyle tercih edilen bir yöntemdir. Nüks etmiş rektovajinal fistüllerin tedavisinde de hastanın durumuna göre karar verilmelidir. Martius tarafından tanımlanan bulbokavernöz yağ dokusundan hazırlanan flep sonuçlarının önceden tanımlandığından daha düşük derecede başarılı olduğu görülmüştür.

Kalıtsal Koleraktal Kanserlerin Tanımı ve Ayırımı: (FAP, AFAP, MAP, HNPCC)

Dr. Abdullah Zorluoğlu
Acıbadem Bursa Hastanesi, Bursa

Bilindiği gibi Koleraktal kanserlerin(KRK) %60 ını sporadik olgular , %30 unu familial kümelenmesi olan olgular, yaklaşık %10 unu da kalıtsal olgular oluşturur. %10 luk bir kalıtsal oran toplum sağlığı açısından önemli bir oranı oluşturmaktadır. Bunun dışında kalıtsal olgular, ailenin değerlendirilmesi ve henüz kanser gelişmemiş olguların belirlenmesi, önleyici önlemlerin alınması, gözetim gibi pek çok konuyu içerir.

Ailesel kümelenmesi bulunan olgular ile kalıtsal KRK olgularını birbirine karıştırmamak gerekir. Familial KRK de en azından bir kan akrabada KRK veya adenom bulunur, bu olgularda saptanmış bir germline mutasyon veya bilinen bir kalıtım paterni yoktur. Muhtemelen karsinojenlere maruz kalınan ortak bir ortamın paylaşılmasıyla veya çevre ile penetransı zayıf olan çok sayıda gen arasındaki etkileşimle ilişkilidir.

Bu konuşmada kalıtsal geçiş paterni tanımlanmış olan KRK lerin tanımlama ayırımı ile tedavi ve gözetimi ile ilgili bilgiler verilecektir.

Kalıtsal KRK lerden Familial Adenomatöz Polipozis(FAP) Attenüe Familial Adenomatöz Polipozis(AFAP) ve Herediter polipozis olmayan MYH Associated Polipozis (MAP) otozomal resesif bir geçiş gösterirken son zamanlarda tanımlanmış olan MYH Associated Polipozis (MAP) otozomal resesif bir geçiş gösterir. Otozomal dominant geçişte bir ailedeki yüksek penetransa sahip mutasyon germline geçiş gösterir, yani burada mutant gen ebeveynlerden birindeki mutant genidir.

Otozomal resesif geçişte ise sadece ebeveynlerden birinden değil her ikisinden ayrı ayrı mutant gen geçişi gereklidir.

USA 'da yıllık 145 000 yeni KRK olgusunun yaklaşık 7300'ünü HNPCC, 1400'ünü FAP ve AFAP oluşturur. Bunları sadece birer olgu olarak değil aile olarak ele almak gerektiği düşünülünce konunun önemi artmaktadır.

Kalıtsal koleraktal kanserleri adenomatöz polipozis ile kendini gösterenler(FAP,AFAP,MAP)ve polipozis olmaksızın gelişen kolarektal kanserler(HNPCC) diye ayırmak gerekir.

Adenomatöz Polipozis Sendromları

Adenomatöz polipozis ile kendini gösteren FAP,AFAP veya MAP'ta çok sayıda polip ve bu poliplerin arasında kolarektal kanserlerde bulunur veya bulunmaz,bu sendromlarda KRK lerin eşlik etmesi ile hasta yaşı ve tanı konulma zamanı arasında bir paralellik söz konusudur.

Klasik FAP ta polip sayısı 100 den fazla olup binlerce sayıya ulaşabilir.AFAP ta polip sayısı yüzden azdır.MAP ta ise polip sayısı değişken olup,birkaç taneden yüzlerce sayıya kadar değişik sayıda olabilir.

Klasik FAP ta yaşam boyu KRK gelişme riski %100 dür, kanserin ortalama geliştiği yaş 39'dur.AFAP ta ise KRK daha geç yaşlarda(ortalama 44)gelişir, penetransı daha düşüktür. MAP ta ise KRK gelişme riski artmış olmasına rağmen penetrans konusunda kesin bir yüzde bilinmemektedir.

Kişisel veya ailesel öyküsünde; multipl adenomlar bulunduranlar, gelişmiş bir KRK ile birlikte multipl adenom bulunduranlar ve de duodenal-periampuller polip, desmoid tümör, osteoma, yumuşak doku tümörleri, dental anormallikler, konjenital hipertrofik retinal pigment epiteli(CHRPE) bulunduran kişiler kalıtsal polipozis sendromları açısından ele alınmalıdır.

Adenomatöz polipozis sendromlarının klinik prezantasyonları çeşitlilik gösterebilir. Tek kişide multipl adenomlar bulunup ailede hiç kimsede bulunmayabilir, bu otozomal resesif geçişin bulunduğu MAP için iyi bir örnektir. Ancak tüm FAP ve AFAP'ların %20-%30 'de-novo gelişen APC mutasyonu nedeniyle ailede ilk görülen olgu olabilir. Otozomal dominant geçiş nedeniyle KRK ve adenomlar iki veya daha fazla jenerasyonda görülebilir.

Otozomal resesif geçişin söz konusu olduğu MAP ta multipl polipler sadece kardeşlerden birinde veya birkaçında görülebilir, ailenin diğer üyelerinde görülmez.

Adenomatöz polipozis, sendromlarında KRK riski; 70 yaş civarında genel popülasyonda %2 iken, herhangi bir medikal girişim yapılmadığında ister germline olsun ister de-novo olsun FAP olgularının %100 kanserleşir,

AFAP olgularının ise %80'i kanserleşir. MAP için kanserleşme riski genel popülasyona göre artmış olmakla birlikte tam olarak bilinmemektedir.

Adenomatöz polipozis sendromlarda yaşam boyu kolon dışı kanser riski de artmış olup %12 civarındadır. Kolon dışı kanserlerin büyük kısmını (%4-12) duodenal ve periampuller kanserler oluştururken, tiroid, pankreas, çocuklukta hepatoblastoma, medülloblastoma, mide, safra yolu ve adrenal gland kanserleri de görülen diğer kanserlerdir.

MAP ta kolon dışı kanser gelişme riskinin artıp artmadığı henüz belirlenmemiştir. Adenomatöz polipozis sendromlarda gözetim klavuzu bir tabloda gösterilecek olursa;

Sendrom	Gözetilecek organ	Prosedür	Başlama yaşı	İnceleme Aralığı
FAP	Kolon ve rektum	Sigmoidoskopi	0-12	Yıllık
AFAP	Kolon ve rektum	Kolonoskopi	19-21	1-3 Yıl
FAP/AFAP	Mide-duod.	Gastroduodonoskopi	20-25	1-3 Yıl
FAP	Kanda	alfaFP	1-5 yaşa kadar	Yıllık

MAP ta gözetim FAP taki gibi erken başlamalı ancak sigmoidoskopi değil tam kolonoskopi şeklinde olmalıdır.

Kişisel veya ailesel öykü bulguları kalıtsal kanser düşündüren kişilerde bir tek genetik testler olguların mutant gen taşıyıp taşımadığını gösterebilir.

Kalıtsal KRK için yapılan genetik test sonuçlarında üç kategori vardır.

1. Test sonuçlarında mutasyon saptananlar; bu olgularda kanser-adenom riski büyük ölçüde artmıştır.
2. Mutasyon saptanmayanlar; Bunlar önceden mensup oldukları ailede mutasyon saptanmış olmasına rağmen kendilerinde mutasyon bulunmadığında kuvvetli aile öyküsü bulunmasına rağmen kanser riski artmamıştır. Birde mutasyon saptanmayan olgunun ailesinde önceden bilinen bir mutasyon varlığı söz konusu olmayabilir. Bu durumda mutasyon negatif kişide kalıtsal KRK veya endometrial kanser ekarte edilirken(HNPCC) ailede kalıtsal KRK varlığı ekarte edilemez. Bu yüzden bu olgularda kanser riski genel popülasyona göre diğer genetik çevresel etkiler veya yaşam tarzı nedeniyle hala daha yüksektir.
3. Henüz kanser riskinin bilinmediği genetik varyasyonların bulunduğu durumlarda diğer aile üyelerinin genetik incelenmesi şüpheli klinik durumları netleştirmede yararlı olur.

Aile öyküsü bulunan bir aile içindeki bireylerden birinde kanser nedeni olacak mutasyon saptanmışsa bu diğer aile bireyleri içinde geçerlidir.

Aile içinde söz konusu kanser nedeni olacak mutasyonun saptanmadığı kişilerde ise aile öyküsü ne kadar güçlü olursa olsun kalıtsal kanser riski ortadan kalkmış başka deyişle genel popülasyona göre kanser riski artmamıştır, bu kişilerde gözetim tarama ve tedavi gereksizdir.

Test sonucu negatif olgularda test yapılmamışlara göre depressif etkiler azalmıştır. Yine test sonucu pozitif olgulara göre de stres önemli ölçüde azalmıştır.

Hereditif Non Polipozis Kolorektal Kanserler(HNPCC)

HNPCC kalıtsal KRK lerin en büyük kısmını oluşturması yanı sıra tüm KRK lerin %3-5 ini oluşturur.

DNA tamir genlerinde otozomal dominant geçiş gösteren germline mutasyonlarla karakterizedir. DNA, MMR genlerindeki mutasyonların %90 ından MLH 1, MSH 2, ve MSH 6 genler sorumludur. Bu genler kalıtsal KRK yanında kalıtsal endometrial kanserlerdende sorumludurlar.

HNPCC de KRK dışında over, mide kanserleri de görülür. HNPCC'li olgularda 70 yaş civarında over kanseri %12 mide kanseri ise %13 oranlarında görülür. Genel popülasyonda ise aynı yaşta over kanser riski %2 mide kanseri riski ise %1 dir.

HNPCC de erken yaşta KRK başlaması çok önemli olmasına rağmen mutant gene göre kanser gelişme yaşı değişiklik gösterir. Örneğin MLH 1 ve MSH 2 mutasyonlarında KRK ler 44 yaşta görülürken MSH 6 mutasyonunda KRK ler 55 yaşta gelişir. HNPCC için, yine erken yaşta özellikle endometrium kanserinin ortaya çıkması en az KRK lar kadar uyarıcı olmalıdır. Endometrium kanseri kadar önemli olan ama daha

az oranda erken yaşlarda görülen mide, renal pelvis, üreter, ince bağırsak kanserleri de HNPCC için uyarıcı göstergelerdir.

HPCC de KRK ve endometrium kanser riski artmıştır. Bu risk 50. yaşta KRK için genel popülasyonda %0,2 iken %25 , 70. yaşta ise genel popülasyonda %2 iken %80 ye yükselmektedir. Endometrium kanseri için ise 50. yaşta genel popülasyonda %0,2 iken HNPCC de %20 , 70. yaşta genel popülasyon da %15 iken HNPCC de %71 e çıkmaktadır.

HNPCC düşündürmesi gerektiren bir diğer önemli nokta metakron kanser riskidir. Genel popülasyonda KRK tedavisinden sonraki 10 yılda metakron kanser riski %3,5 iken HNPCC de %30, 15 yılda ise %5'e karşı %50 dir. Bu nedenle HNPCC li olguda primer KRK tedavisi yanında metakron kanser ve adenomlar da dikkate alınmalı ve segmenter kolektomiler yerine Total Abdominal Kolektomi +İleorektal anastomoz(TAK+İRA) veya Restoratifproktokolektomi (RPK) tercih edilmelidir.

HNPCC tanısını koymada revize Amsterdam Kriterleri (AMII) veya revize Bethesda kılavuzu önemli ipuçları verir.

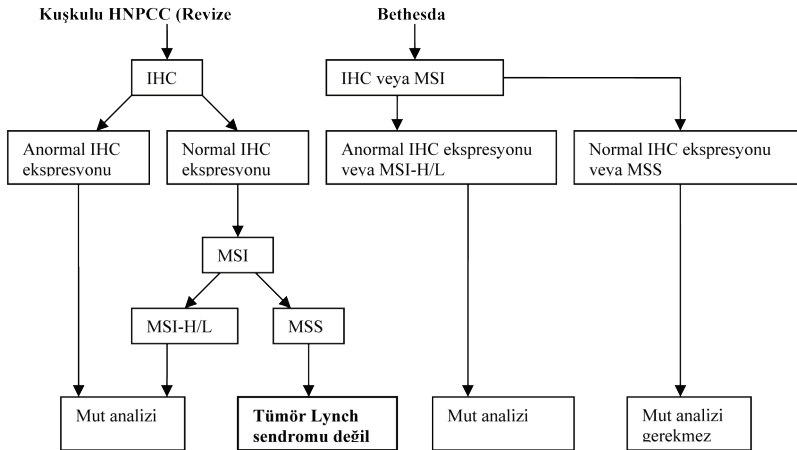
Revize Amsterdam Kriterleri (AM II)

- En az üç akrabada HNPCC ile ilişkili kanser bulunmalı
- Olgulardan biri diğer ikisinin birinci derecede akrabası olmalı
- Kanser en az iki jenerasyonu kapsamalı
- Olgulardan en az birinde tanı 50 yaştan önce konmuş olmalı

Revize Bethesda Kılavuzu (Bethesda II)

- 50 yaştan önce saptanmış KRK
- Yaşa bakmaksızın senkron-metakron KRK veya HNPCC ilişkili tümör
- 60 yaştan önce MSI-/± saptanan KRK,taşlı yüzük hücreli,müsinöz kanserler,tümörde lenfositik infiltrasyon
- Birinci derece akrabalar arasında bir veya daha fazla KRK veya HNPCC ilişkili kanser bulunan olgular. Olgulardan birinde kanser 50 yaştan önce gelişmiş olanlar
- KRK li bir olgunun yaşı ne olursa olsun,1 veya 2. derece akrabalarında iki veya daha fazla HNPCC ilişkili tümör bulunanlar.

HNPCC de genetik testler için akış şeması aşağıdaki şekilde uygulanmalıdır.



Bu akış şemasında görüldüğü gibi Revize Bethesda veya AM II kriterlerine uyan aile öyküsü bulunan olgular kuşkulu HNPCC (Lynch Sendromu) olarak öngörülmeli ve ardında tümörde IHC (immun histokimyasal boyama) veya MSI (mikrosatellit instabilite) çalışılarak anormal IHC ekspresyonu görülen yada MSI yüksek-düşük olan olgular doğrudan MLH1, MSH2, MSH6 genler için mutasyon analizine tabi tutulur. Mutasyon saptanan olgular HNPCC (Lynch sendromu) olarak tanımlanabilir. Normal IHC ekspresyonu gösteren veya MSS (mikrosatelit stabilite) saptanan (diğer deyişle MSI) olgularda mutasyon analizi gerekmez, bu olgular HNPCC değildir.

Lap Sağ-Hemikolektomi, Lap Sol-Hemikolektomi

Dr. Metin Ertem

İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Laparoskopik cerrahi tekniklerin ve aletlerin gelişmesiyle selim cerrahi hastalıklardan sonra habis cerrahi hastalıklarda da laparoskopik ameliyatlar başarıyla uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde laparoskopik ameliyatların avantajları kanıtlanmıştır. Bunlar; ameliyat sonrası daha iyi konfor, daha iyi yara iyileşmesi, daha az karın içi yapışıklık, daha çabuk günlük yaşama dönme ve bununla birlikte açık cerrahiyle eşit onkolojik güvenilirliktir. Kolorektal kanserlerin açık cerrahisinde uygulanan tüm cerrahi işlemler laparoskopik aletlerin gelişmesiyle laparoskopik olarak yapılabilmektedir. Laparoskopik kolesistektomiden farklı olarak, kolorektal cerrahide cerrahın karın içinde farklı alanlarda disseksiyon yapması ve daha fazla yer değiştirmesi bu işlemde kullanılan aletlerin daha gelişmiş olmasını gerektirmektedir.

Laparoskopik Sağ Hemikolektomi

Sağ kolonun rezeksiyonu için, hasta supin pozisyonda bacaklar açık ve kollar iki yanda kapalı olacak şekilde yatırılır. Cerrah ve birinci asistan ameliyatın seyrine göre hastanın sol tarafında veya bacakları arasında yer alır. Pnömooperitüan sonrası uygun yerlerden dört veya beş adet trokar girilir. Hastaya Trendelenburg ve sol yan aşağıda kalacak şekilde pozisyon verilip tüm ince barsaklar sol kadrana doğru ekarte edilir. Sağ kolon mezosu atravmatik grasper ile yukarı doğru çekilerek ileoçekal bölge Gerato fasyasından ayrılır. Daha sonra sağ kolon laterale doğru çekilerek vena mezenterika superiorun ileokolik alana doğru olan gölgesi görülür. Bu damar disseksiyonun altında kalacak şekilde mezokolon keskin disseksiyonla açılarak avasküler planların arasından mezenterik pencere ortaya çıkar. Sırasıyla ileokolik, sağ kolik arter ve ven bağlanarak veya yakılarak kesilir. Bu mezenterik pencereden medial disseksiyon keskin olarak ilerletilip Gerato fasyası ve sağ üreter altta, duodenum yukarıda kalacak şekilde tamamlanır. Orta kolik arter ve ven'in sağ dalı da bağlanarak veya yakılarak kesilir. Daha sonra sağ kolon mediale doğru çekilerek lateral disseksiyon keskin olarak kolon Toldt fasyasından ayrılır. Hastanın Trendelenburg pozisyonu düzeltilir. Omentum aşağı çekilerek orta kolik arterin sol dalı sınır kabul edilerek omentum mideden ayrılır. İleoçekal valvden yaklaşık 7-10 cm proksimal ileum anastomoz hattı olarak belirlenir. Burası atravmatik endoskopik barsak tutucuyla tutularak pnömooperitüan sonlandırılır. Sağ üst kadrandan yaklaşık 5 cm' lik bir insizyon yapıp yara koruyucu yerleştirilir. İleum ve sağ kolon dışarı alınır. İleum mezosunun dönmemesi sağlanarak primer anastomoz uygulanır. Anastomoz tamamlandıktan sonra ileum ve kolon karın içine yerleştirilir. Port yerleri ve cilt insizyonu kapatılır.

Laparoskopik Sol Hemikolektomi

Sol kolon rezeksiyonu için, hastanın bacakları açık ve supin pozisyonda olmalıdır. Daha sonra yaklaşık 30 derece Trendelenburg ve sağ taraf 15 derece aşağıda kalacak şekilde masa ayarlanmalıdır. Cerrah ve birinci asistan (kameraman) hastanın sağ tarafında, ikinci asistan hastanın sol tarafında yer alır. Trokarlar girildikten sonra atravmatik endoskopik barsak tutucularla öncelikle omentum karaciğer üzerine doğru itilir ve ince barsaklar karının sağ tarafına doğru ekarte edilir. Sol kolon mezosu asılarak mezokolon disseksiyonu aortailiak bifurkasyondan başlanarak Treitz ligamanına kadar ilerletilir. Arteria mezenterika inferior disseke edilir. Bağlanarak veya yakılarak kesilir. Sol kolon tümörü splenik fleksuraya yakınsa a. rektalis superior korunarak (bölgesel lenf disseksiyonu yapıldıktan sonra) sol kolik arter ve sigmoid kolon arterleri kesilir. V. mezenterika inferior pankreasın alt sınırından disseke edilip yakılarak veya bağlanarak kesilir. Medialden laterale doğru Gerato fasyası korunarak ve sırasıyla sol üreter, gonadal damarlar görülüp mezokolonun disseksiyonu tamamlanır. Piyes mediale doru çekilerek lateral disseksiyonla kolon Toldt fasyasından ayrılır. Distalde rektosigmoid bileşke, proksimalde de tümörün 7-10 cm proksimali otomatik stapler yardımıyla rezeksiyon tamamlanır. Torba yardımıyla piyes yara koruyucu içinden, yaklaşık 4-6 cm'lik Phannestiel insizyondan dışarı alınır. Proksimalde kalan kolon dışarı alınarak sirküler stapler anvili yerleştirildikten sonra batın içine itilir. İnsizyondaki yara koruyucu klampe edilir. Splenik fleksura mobilize edildikten sonra transanal yerleştirilen sirküler staplerle karın içinde (intrakorporeal) anastomoz yapılır. Port yerleri ve cilt insizyonu kapatılır.

Laparoskopik Aşağı Anterior ve Abdominoperineal Rezeksiyon

Dr. Oktar Asoğlu

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilimdalı, İstanbul

Rektum kanserinin cerrahi tedavisinde hem sağ kalım, hem de lokal nüks oranlarının kurumdan kuruma, cerrahtan cerraha büyük farklılıklar göstermesinin temel nedeni olarak cerrahi teknikteki farklılıklar gösterilmiştir. Günümüzün laparoskopik cerrahiye ait güncel sorusu ise laparoskopinin bu teknik farklılıkları artırıp, artıramayacağı ve buna bağlı olarak daha kötü onkolojik sonuçlar elde edilebileceği kaygısıdır. Gerek prospektif randomize çalışmalar ışığında gerekse de çok sayıda vaka kontrollü serilerde, kolon, rektosigmoid köşe ve proksimal rektum kanserlerinin cerrahi tedavisinde laparoskopinin, deneyimli merkezlerde ve deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabileceği yeterli kanıt düzeyiyle ortaya konmuştur. Ancak günümüzde tartışılan ve araştırılan konu, orta ve distal yerleşimli rektum tümörlerinde laparoskopik cerrahinin güvenle uygulanıp uygulanamayacağıdır. Buradaki temel sorun distal ve lateral cerrahi sınırla ilgilidir. Özellikle de tümörün lateral cerrahi sınırı tehlikeye sokulmadan, açık cerrahide tanımlanan total mezorektal eksizyon prensiplerine uygun olarak cerrahi tedavinin yapılıp yapılamayacağı ve yeterli bir distal sınır elde edilip edilemeyeceğidir. Gerek dar bir pelvis içerisinde mezorektumun onkolojik prensiplere uygun mobilize edilmesi, gerekse de cerrahi aletlerin ergonomik kısıtlılıkları nedeniyle oluşan transeksiyon güçlüklerine bağlı yeterli distal sınırın elde edilmesi, açık cerrahiden çok laparoskopik cerrahinin sınırlamalarını oluşturmaktadır. Diğer taraftan bu cerrahinin laparoskopi yoluyla yapılması hem kolorektal cerrahide, hem de laparoskopik cerrahide yüksek deneyimi zorunlu kılar. Her iki zorunluluğun biraraya getirilmesinin güçlüğü ve öğrenme eğrisinin uzun ve zorlu olması, laparoskopik rektum kanseri cerrahisinin hızlı yaygınlaşmasını engellemekte, onkolojik sonuçlara yönelik kuşkuların devam etmesine yol açmakta ve tekniğin uygulanabilmesi için yüksek hacimli ve deneyimli merkezlere olan ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır. Yılda 5'ten az rektum kanseri cerrahisinin yapılması düşük, 5-10 arası orta, 10'dan fazla yapılması yüksek volüm olarak adlandırılmaktadır. Öğrenim eğrisinin 25 ile 30 olgu arasında değişim gösterdiği göz önüne alınırsa, düşük volümlü bir cerrahin öğrenim eğrisini tamamlaması için gereken asgari sürenin 5 yıl olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Günümüzde açık cerrahi girişimler sonrasında elde edilen farklı onkolojik sonuçların irdelenmesi sonucunda, daha iyi sağ kalım ve daha az nasıl lokal nüks ile karşılaşılacağı sorunu hala güncelliğini korurken, laparoskopik cerrahi girişimlere özgü teknik zorluklarının bu sorunları daha da büyüteceği genel bir kaygıdır. Bu kaygının en temel örnekleri, özellikle derin pelviste mezorektum ve rektumun mobilizasyonu sırasında uygulanan traksiyon ve maniplasyonla mezorektum bütünlüğünün kaybı ve tümörün ekilmesi, iatrojenik perforasyonlar ve doğru diseksiyon planlarının kaybolarak yeterli lateral cerrahi sınırın elde edilemeyeceği korkusudur. Bu kaygılardaki gerçeklik payı kuşkusuz büyüktür, ancak benzer kuşku ve kaygılar laparoskopik kolon cerrahisinin uygulanmasının başlangıcında da mevcuttu. Kolon cerrahisinin temeli, damar yapılarının orijinlerinde bağlanıp kesilmesinden sonra, kolonun ve tümörün parçalanmadan yeterli uzunlukta serbestleştirilerek rezeke edilmesi ve bağırsak devamlılığının sağlanmasıdır. Onkolojik sonuçlar laparoskopik kolon cerrahisinin açık cerrahiye eşit olduğunu kanıtlamıştır. Rektum cerrahisinde de damar yapılarının kontrolünde ve kolonun mobilizasyonun da sorun olmayacağı açıktır. Sorun orta yerleşimli ve abdominoperineal rezeksiyon gerektirmeyen distal yerleşimli tümörlerdedir.

Prospektif randomize çalışmaların verileri değerlendirildiğinde, CLASICC çalışması lateral sınır tutulumu açısından laparoskopi grubunda % 12, açık cerrahi grubunda % 6 gibi bir farkla sonuçlanmıştır. Bu çalışmada Guillo ve arkadaşları, laparoskopinin rutin pratikte uygulanmaması gerektiği önerisinde bulundular. Ng ve arkadaşları aşağı yerleşimli tümörlerde lateral cerrahi sınır tutulumunun laparoskopi grubunda % 6, açık grubunda % 4 olarak saptadılar. Braga ve arkadaşlarının çalışmasında ise laparoskopi grubu % 1.2 iken, açık cerrahi grubunda bu oran %2.3 'dür. Laparoskopik cerrahiyi, açık cerrahi grubuyla randomize olmadan karşılaştıran çalışmalardan Bretagnol ve arkadaşlarının verilerine göre lateral cerrahi sınır her iki grupta %6 olarak bulunurken, İstanbul tıp fakültesinin 579 rektum kanserli olgunun değerlendirildiği çalışmasında bu oranlar laparoskopi grubunda % 5.6 iken açık cerrahi grubunda bu oran % 5.4 olarak bulunmuştur. Sadece laparoskopik cerrahi uygulanan geniş hasta sayısına sahip çalışmalardan elde edilen verilere göre, Kim ve arkadaşlarının 312 olguluk serilerinde lateral cerrahi sınır % 4.2, Staudacher ve arkadaşlarının 226 olguluk çalışmalarında bu oran % 2.6 olarak bulunmuştur. Rullier ve arkadaşlarının laparoskopik total mezorektal eksizyon uyguladıkları orta ve distal yerleşimli sfinkter koruyucu 200 olgunun irdelenmesinde lateral cerrahi sınır pozitifliği % 11 olarak bulunurken bu 22 olgunun aynı zamanda 7 sinde distal cerrahi sınır pozitifliği de saptanmıştır. Bu seride ayrıca 3 hasta da sadece distal cerrahi sınır pozitifliği mevcuttur. Çalışmalardan elde

edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; genel olarak, lateral cerrahi sınır tutulumu açısından açık cerrahiye eşit veya daha iyi sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bunun temel nedenlerine kısaca bakarsak, uygun vaka seçimi yapılan ve deneyimli cerrahların çalıştığı tek merkez sonuçlarının daha önce bildirilmiş açık cerrahi sonuçlarıyla eş değer veya daha iyi olduğu görülmektedir. CLASICC çalışması gibi çok merkezli ve öğrenim eğrisinin çalışma boyunca tamamlandığı çalışmada lateral cerrahi sınır pozitifliğinin laparoskopik grubunda belirgin olarak artabileceği görülmektedir. Ayrıca, Rullier'in çalışmasındaki gibi, tek merkezli ve oldukça deneyimli cerrahlar olmasına rağmen laparoskopik cerrahi ve sfinkter yapısının korunması için olgular zorlandığı zaman, yüksek oranda lateral ve distal cerrahi sınır pozitifliği gözlemlenebilmektedir. Laparoskopik rektum cerrahisini uzun dönem onkolojik sonuçları bu bölümde incelenmiştir. Günümüze kadar yayınlanmış altı prospektif randomize çalışma mevcuttur. Laparoskopik cerrahi ile lokal nüks oluşumu artmamakta ve eşit sağ kalım sonuçları elde edilmektedir. Laparoskopik cerrahiyi randomize edilmeden açık cerrahi ile karşılaştıran çalışmalarda yeterli takip süresine ulaşmamasına rağmen, onkolojik sonuçlarda bir farklılık gözlenmemektedir. Yüzden fazla olgunun en az iki yıl takip edilmesi sınırlandırmasıyla, bildirilmiş veriler değerlendirildiğinde laparoskopik cerrahi uygulaması ile sağ kalım ve lokal nüks açısından oldukça iyi sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Kolon cerrahisinde olduğu gibi, kanıt 1 düzeyine ulaşacak verilerin henüz olmamasına rağmen, genel yorum rutin güncel pratiğe geçilebilme kararı için yürütülmekte olan Avrupa'dan Color II, Japonya'dan JCOG 0404 ve Amerika'dan ACOSOG Z6051 çalışmalarının sonuçlarının beklenmesi gerekliliğidir. Rektum kanserini laparoskopik yöntemle yapılabilirliğine yönelik mevcut çalışmalar incelendiği zaman, eğer bu olguların laparoskopik tedavisi, konvansiyonel ve laparoskopik cerrahide öğrenim eğrisini tamamlamış, yüksek volümlü merkezlerde çalışan cerrahlar tarafından, çok iyi ameliyat öncesi hasta değerlendirmeleriyle birlikte, düşük zorluk derecesine sahip olgular başlangıçta seçilerek yapılırlarsa, ve elbetteki onkolojik cerrahi prensiplerden vazgeçilmeden aynı açık cerrahideki diseksiyon planlarından yapılabilirse; onkolojik sonuçların kötü olmayacağı görüşü yaygındır. Ancak bu tartışmaların, beklenen ve halen yürütülmekte olan çok merkezli prospektif randomize çalışmalardan sonra bile devam edebileceği görülmekle birlikte, laparoskopik rektum cerrahisi yüksek hasta volümüne sahip konuya özelleşmiş merkezlerde rutin güncel pratik uygulamaya girmektedir.

Kaynaklar

- 1- Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, et al. Short term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): Multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2005; 365:1718-26.
- 2- Leung KL, Kwok SP, Lam SC, Lee JF, Yiu RY, Ng SS, Lai PB, Lau WY.. Laparoscopic resection of rectosigmoid carcinoma: Prospective randomised trial. *Lancet* 2004; 363:1187-92.
- 3- Braga M, Frasson M, Vignali A, Zuliani W, Capretti G, Di Carlo V. Laparoscopic resection in rectal cancer patients: outcome and cost-benefit analysis. *Dis Colon Rectum* 2007;50:464-71.
- 4- Zhou ZG, Hu M, Li Y, Lei WZ, Yu YY, Cheng Z, Li L, Shu Y, Wang TC. Laparoscopic versus open total mesorectal excision with anal sphincter preservation for low rectal cancer. *Surg Endosc* 2004;18:1211-5.
- 5- Araujo SE, da Silva e Sousa AH Jr, de Campos FG, Habr-Gama A, Dumarco RB, Caravatto PP, Nahas SC, da Silva J, Kiss DR, Gama-Rodrigues JJ. Conventional approach x laparoscopic abdominoperineal resection for rectal cancer treatment after neoadjuvant chemoradiation: results of a prospective randomized trial. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2003;58:133-40.
- 6- Ng SS, Leung KL, Lee JF, Yiu RY, Li JC, Teoh AY, Leung WW. Laparoscopic-assisted versus open abdominoperineal resection for low rectal cancer: a prospective randomized trial. *Ann Surg Oncol* 2008;15:2418-25.
- 7- Bretagnol F, Lelong B, Laurent C, Moutardier V, Rullier A, Monges G, Delpero JR, Rullier E. The oncological safety of laparoscopic total mesorectal excision with sphincter preservation for rectal carcinoma. *Surg Endosc* 2005;19:8926.
- 8- Staudacher C, Vignali A, Saverio DP, Elena O, Andrea T. Laparoscopic vs. open total mesorectal excision in unselected patients with rectal cancer: impact on early outcome. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1324-31.
- 9- Lelong B, Bege T, Esterni B, Guiramand J, Turrini O, Moutardier V, Magnin V, Monges G, Pernoud N, Blache JL, Giovannini M, Delpero JR. Short-term outcome after laparoscopic or open restorative mesorectal excision for rectal cancer: a comparative cohort study. *Dis Colon Rectum* 2007;50:176-83.
- 10- Anthuber M, Fuerst A, Elser F, Berger R, Jauch KW. Outcome of laparoscopic surgery for rectal cancer in 101 patients. *Dis Colon Rectum* 2003;46:1047-53.
- 11- Morino M, Allaix ME, Giraudo G, Corno F, Garrone C. Laparoscopic versus open surgery for extraperitoneal rectal cancer: a prospective comparative study. *Ann Surg* 2005;242:897-901.
- 12- Law WL, Lee YM, Choi HK, Seto CL, Ho JW. Laparoscopic and open anterior resection for upper and mid rectal cancer: an evaluation of outcomes. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1108-15.
- 13- Cem Dural. Rektum tümörü cerrahisinde laparoskopinin çevresel cerrahi sınır ve sağ kalım üzerine etkisi. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı Uzmanlık tezi. Tez danışmanı : Prof.Dr. Dursun Buğra. İstanbul 2009
- 14- Ng KH, Ng DC, Cheung HY, Wong JC, Yau KK, Chung CC, Li MK. Laparoscopic resection for rectal cancers: lessons learned from 579 cases. *Ann Surg* 2009;249:82-6.
- 15- Agha A, Fürst A, Hierl J, Iesalnieks I, Glockzin G, Anthuber M, Jauch KW, Schlitt HJ. Laparoscopic surgery for rectal cancer: oncological results and clinical outcome of 225 patients. *Surg Endosc* 2008;22:2229-37.
- 16- Morino M, Allaix ME, Giraudo G, Corno F, Garrone C. Laparoscopic versus open surgery for extraperitoneal rectal cancer: a prospective comparative study. *Surg Endosc* 2005;19:1460-7.

- 17- Pugliese R, Di Lernia S, Sansonna F, Scandroglio I, Maggioni D, Ferrari GC, Costanzi A, Magistro C, De Carli S. Results of laparoscopic anterior resection for rectal adenocarcinoma: retrospective analysis of 157 cases. *Am J Surg* 2008;195:233-8.
- 18- Dulucq JL, Wintringer P, Stabilini C, Mahajna A. Laparoscopic rectal resection with anal sphincter preservation for rectal cancer: long-term outcome. *Surg Endosc* 2005;19:1468-74.
- 19- Bärlehner E, Benhidjeb T, Anders S, Schicke B. Laparoscopic resection for rectal cancer: outcomes in 194 patients and review of the literature. *Surg Endosc* 2005;19:757-66.
- 20- Kim SH, Park IJ, Joh YG, Hahn KY. Laparoscopic resection for rectal cancer: a prospective analysis of thirty-month follow-up outcomes in 312 patients. *Surg Endosc* 2006;20:1197-202.
- 21- Staudacher C, Di Palo S, Tamburini A, Vignali A, Orsenigo E. Total mesorectal excision (TME) with laparoscopic approach: 226 consecutive cases. *Surg Oncol* 2007;16 Suppl 1:S113-6.
- 22- Miyajima N, Fukunaga M, Hasegawa H, Tanaka J, Okuda J, Watanabe M; Japan Society of Laparoscopic Colorectal Surgery. Results of a multicenter study of 1,057 cases of rectal cancer treated by laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2009;23:113-8.
- 23- Lechaux D, Redon Y, Trebuchet G, Lecalve JL, Campion JP, Meunier B. Laparoscopic rectal excision for cancer using total mesorectal excision (TME). Long term outcome of a series of 179 patients. *Ann Chir* 2005;130:224-34.
- 24- Hasegawa H, Ishii Y, Nishibori H, Endo T, Watanabe M, Kitajima M. Short- and midterm outcomes of laparoscopic surgery compared for 131 patients with rectal and rectosigmoid cancer. *Surg Endosc* 2007;21:920-4.
- 25- Bianchi PP, Rosati R, Bona S, Rottoli M, Elmore U, Ceriani C, Malesci A, Montorsi M. Laparoscopic surgery in rectal cancer: a prospective analysis of patient survival and outcomes. *Dis Colon Rectum* 2007;50:2047-53.
- 26- Marusch F, Gastinger I, Schneider C, Scheidbach H, Konradt J, Bruch HP, Köhler L, Bärlehner E, Köckerling F; Laparoscopic Colorectal Surgery Study Group (LCSSG). Importance of conversion for results obtained with laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2001;44:207-14.
- 27- Laurent C, Leblanc F, Gineste C, Saric J, Rullier E. Laparoscopic approach in surgical treatment of rectal cancer. *Br J Surg* 2007;94:1555-61.

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

HEMŞİRELİK KONUŞMA ÖZETLERİ

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Kolorektal Kanseri Önlemede Hemşirenin Rolü

Yard. Doç. Dr. Nadiye Özer

Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum

Kanserin hızla artarak 2030 yılında özellikle gelişmekte olan ülkeler için ciddi bir halk sağlığı problemi oluşturacağı düşünülmektedir. Ortalama bir bakışla 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında tüm dünyada %100'ün üzerinde bir artış öngörülmektedir. Bu artışın %75'inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacak olması ve bu ağırlığı kaldırmakla karşı karşıya kalacak ülkelerin kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5'ine sahip bulunuyor olması kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir(Tuncer <http://www.nukte.org/node/189>).

Kolorektal kanserler, gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan önemli bir hastalıktır. Ülkemizde en sık görülen 10 kanser sıralamasında 7.24/100.000 insidans ile 7. sırada olup, yılda yaklaşık 5000 yeni vaka eklenmekte ve yaklaşık 3200 kolorektal kansere bağlı ölüm gerçekleşmektedir(http://www.ketem.org/haber_2.php). Son araştırmalar kolorektal kanserlerin önlenebilir bir hastalık olduğunu göstermektedir ve kolorektal kanserlerin önlenmesinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir(Pelusi et.al. 2007).

Kanseri önlemede hemşirenin rolünü inceleyen çok az araştırma olmasına karşın hemşirelerin kanseri önlemede eğitici pozisyonunda olduğu kabul edilmektedir (Pelusi et al., 2007).

Bugün, hemşirelik mesleği, değişen ve artan rolleri, sorumlulukları ile yalnızca hastane ortamında uygulanan bir meslek değildir. İnsanın var olduğu her ortamda, farklı rol ve sorumluluklara sahip olan bir meslektir. Sağlığı geliştirme yaklaşımı, genetik araştırmalar, hastalıklardan korunma bilincinin yaygınlaşması, hemşireliğin geleneksel rolden çağdaş role geçişini etkilemiştir ve hemşireye çağdaş hemşirelik rolleri içerisinde bakım verici rolünün yanı sıra; eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici ve savunucu rolleri de yüklemiştir. Hemşire değişim ajanı, danışman, uzman, koordinatör, hasta hakları savunucusu olarak bu rollerini yerine getirir (Ay Akçay, 2007).

Hemşire, yukarıda sözü edilen rollerini yerine getirerek kolorektal kanserlerin önlenmesine katkı sağlayabilir.

a-Kolorektal kanserleri önlemede hemşirenin eğitici rolü

Kolorektal kanserleri önlemeye yönelik eğitim programının içinde, risk faktörler, koruyucu faktörler, kolorektal kanser tarama programları hakkında eğitimler yer almaktadır. Koruyucu faktörleri artırma ve risk faktörleri azaltma, kolorektal kanserleri önlemeye yardımcı olabilir (<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/colorectal/Patient/page3>.)

Kolorektal kanserlerde risk faktörlere yönelik eğitim konuları

Kolorektal kanserlerde risk faktörler; yaş, aile hikayesi, tıbbi hikaye, beslenme şekli, obezite ve yaşam biçimidir. Hemşire risk faktörleri bilip bu konuda kişi, aile ve topluma eğitim yapmalıdır.

Yaş: Yaş ve aile hikayesi en önemli risk faktörü başlıklarıdır. Kolorektal kanserlerin %90'ından fazlası 40 yaşın üzerinde olan kişilerde görülmektedir. Bu yaştan sonra risk, her 10 yılda ikiye katlanır.

Aile hikayesi: Ailede birinci ve ikinci derecede akrabalarda kolorektal kanser, kolorektal adenomatöz polip öyküsü hatta mide, karaciğer, kemik kanseri gibi diğer kanser türleri olanlar risk altındadır.

Tıbbi hikaye: Adenomatöz polip, ülseratif kolit, crohn's hastalığı gibi kolon hastalığı veya diyabeti olan hastalarda kolorektal kanser görülme oranı yüksektir. Yapılan bir araştırmada diyabetin kolon kanseri riskini %20-40 artırdığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada da kolon kanseri riskinin diyabetli hastalarda %60 olduğu belirtilmektedir.

Beslenme şekli: Yüksek yağlı diyet, kolesterol (özellikle hayvansal kaynaklılar) ve aşırı kırmızı et tüketimi, vitamin ve minerallerden yoksun diyet kolon kanseri riskini artırmaktadır. Diyetteki yağın bakterilerle degradasyonu sonucu endojen safra asitleri ve nötral steroidlerin fazla miktarda ortaya çıkması kolorektal karsinogenezisi uyarır (Erdil <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/gastro/egitim/dersler/18.ppt#42>)

Obezite: Kolon kanseri ile obezite arasındaki ilişkiyi irdeleyen en önemli hipotez; obez bireylerdeki yüksek insülin ve insüline bağlı büyüme faktörlerinin tümör gelişimini arttıracasına yöneliktir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Kanser Araştırmaları Temsilciliği, obezite ve fiziksel aktivite yetersizliğinin %20-25

oranında kolon kanserine yakalanma riskini artırdığını göstermiştir (Dönmez ve ark. 2008).

Yaşam biçimi: Düzenli egzersiz yapmayan, sedanter bir yaşam süren ve sigara alkol kullanan kişilerde kolon kanseri görülme riski daha fazladır. (<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/colorectal/Patient/page3>.)

Kırk yaşın üzerinde olan kişiler, aile hikayesinde kanser öyküsü olanlar ve tıbbi hikayesinde polip, kolit, crohn's hastalığı gibi kolon ve diyabet hastalığı olanlar, obezler tarama testleri ve bu testleri düzenli olarak yaptırma konusunda bilgilendirilmelidir.

Kolorektal kanserlerde koruyucu faktörlere yönelik eğitim konuları

Beslenme şekli: Yüksek yağlı diyet, kolesterol (özellikle hayvansal kaynaklılar) ve kırmızı et tüketimi kolon kanseri riskini artırmaktadır. Bununla birlikte yüksek lifli diyetlerin (baklagiller, hububatlar, taze meyveler, haşlanmış pışırılmış meyveler, yeşil yapraklı sebzeler, kök sebzeler) koruyucu etkisi olabilir.

Yüksek lifli besinler su tutma özellikleri nedeniyle dışkıının yumuşak, hacimli olmasını ve düzenli dışkılamayı ayrıca kolon kanserinin gelişiminde rol oynayan karsinojenlerin kolondan hızla geçerek dışarı atılmasını sağlar (Kuzu http://www.kolonrektum.com/yuksek_lif.html).

Düşük kalsiyum ve D vitamini alımı kolon kanseri insidansını artırmaktadır. Kalsiyum suplemantasyonunun yüksek riskli grupta kolon hücrelerinin proliferasyon hızını azalttığı gösterilmiştir (kömürcü http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/diyet_korunma.htm).

Kalsiyum kolondaki safra asitlerini de bağlar, inaktive edilmelerini ve atılmalarını sağlar. Kalsiyumun safra asitlerini inaktive edişinin, hücre ve doku büyümesini azalttığına inanılmaktadır. Günde 1500mg kalsiyum alımı kolon kanseri riskini azaltan etkenlerdendir (Koç 2007).

Sebze ve meyve tüketimi pek çok kanser türünde olduğu gibi kolorektal kanserlerden korunmada da önemli bir yere sahiptir. Günde beş porsiyon sebze meyve tüketilmelidir. Yine günde 400 mikrogramdan fazla folik asit alanlarda kolon kanseri görülme sıklığı azdır. Literatürde folik asidin hücre DNA'sının bozulmasını önlediği ve tamirine de yardım ettiği bu sayede kolon kanseri oluşma riskini azalttığı belirtilmektedir (Koç 2007). Ispanak, yeşil salata, ceviz, badem, fıstık, kavun, maydanoz 100 gramında 100 mikrogramdan fazla folik asit içeren gıdalardır.

Bazı epidemiyolojik çalışmalarda omega 3 yağ asitlerini tüketen kişilerde kolorektal kanser oluşumunun azaldığı gösterilmiştir. Omega 3 yağ asitleri yüksek miktarda balık yağı ve balıkta bulunmaktadır.

Diyete selenyum eklenmesi de bağışıklık sistemini güçlendirerek kolon kanserlerini önlemede rol oynar. Kuru fasulye, soya fasulyesi, buğday ekmeği, tereyağı, kırmızı et, süt ürünleri selenyum içeren besin öğeleridir. En fazla selenyum ton balığı ve tereyağında bulunmaktadır.

Yaşam biçimi: Dünya Sağlık Örgütü 2002 raporuna göre, hareketsiz yaşam dünya çapında yılda 1.9 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Özellikle orta yaş ve sonrası kabul edilebilir düzeyde fiziksel aktivite yapan bireylerde erken ölümlerin ve ciddi hastalıkların önlenmesinde aktivitenin iki kat daha etkili olduğu gösterilmiştir (Akyol ve ark, 2008). Dünya genelindeki kolon kanseri ve diyabet vakalarının yaklaşık olarak %10-16'sına hareketsiz yaşam sebep olmaktadır. Fiziksel hareketsizlik, rektum kanserinden çok kolon kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Egzersizin en güçlü koruyucu etkisi, %40-50 oranında risk azalmasının sağlandığı kolon veya kolorektal kanserlerdir (Giovannucci et al., 1995; Akyol ve ark, 2008). Hemşire kişi, aile ve topluma kolorektal kanserlerden korunmak için egzersizin önemi konusunda verilen bilgiye ek olarak; kişiyi yaşam şekline uygun, yapmaktan hoşlanacağı ve sürdürebileceği bir aktivite türünü seçmesi konusunda da yönlendirmelidir.

Düşük Beden Kitle İndeksi (BKİ) kolorektal kanserlerden korunmada önemlidir. BKİ değeri 30 ve üstü olan 30-54 yaş arası bireylerde, kolon kanseri riskinin %50 arttığı bildirilmiştir (Dönmez ve ark. 2008). Yapılan bir çalışmada rektal mukozadaki prostaglandin konsantrasyonu ile BKİ arasındaki ilişki araştırılmış ve BKİ yüksek olanlarda prostaglandin düzeyinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Martinez et.al.,1999). Prostaglandinler inflamatuvar süreçte rol oynayan vücudun çeşitli bölümlerinde bulunan önemli kimyasal maddelerdir. İntestinal

prostaglandinler artığında; kolorektal kanser etyolojisinde yer alan polip oluşumunu uyardığına inanılır. Literatürde günde bir saat yürüyüş ya da otuz dakika tempolu yürüyüşün prostaglandin düzeyini %28 oranında azalttığı belirtilmektedir (Martinez et al., 1999).

Aspirin ve diğer Nonsteroidal Anti İnflamatuar İlaçlar: Aspirin ve diğer Nonsteroidal Anti İnflamatuar İlaç (NSAII) alan bireylerde kolorektal kanser insidansının düşük olması, son yıllarda bu ilaçların kanserden korunmadaki muhtemel etkilerini gündeme getirmiştir. Yapılan retrospektif ve prospektif çalışmalarda düzenli aspirin veya NSAII kullanımı ile kolorektal kanser oranlarında %30-50 oranında düşüşler bildirilmiştir. Kolorektal kanser hikayesi olan hastalarda aspirin, adenom oluşum olasılığını anlamlı olarak azaltmaktadır (Özyüncü ve Özden, 2005, Chan et al., 2005). Aspirin, kolon kanseri riskini artırma eğiliminde olan intestinal prostaglandin sentezini inhibe ederek kolon kanserini engellemede rol oynadığı belirtilmektedir. Chan ve arkadaşları (2005) düzenli olarak aspirin kullanan kadınlarda kolorektal kanser riskinin azaldığını belirlemişlerdir. Ayrıca aspirin kanı sulandırdığı için polip ve tümörlerden kanama yaptığı, bu sayede daha erken tanı konmasını sağladığı da belirtilmektedir (Koç, 2007). Ancak bu amaçla 4-6 yıl boyunca aspirin alan 800 bireyden birinde en azından bir majör GIS kanama ve bir hemorajik stroke oluşmaktadır (Janne & Mayer, 2002). Bu tarz komplikasyonlar aspirinin koruyucu olarak kullanımını kısıtlasa da kolorektal kanseri önleme mekanizmaları bu hastalığın patogenezinin daha da iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir.

Kolorektal kanser tarama programlarına yönelik eğitim konuları

Tarama programları ile henüz kansere dönüşmemiş (pre malign) adenomatöz polipleri ve erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür. Kanser öncüsü lezyon adı verilen premalign lezyonların varlığı ve nispeten kolay erişilebilir bir organ olması nedeniyle kolorektal kanserleri önlemek olasıdır. Bu prekanseröz poliplerin çıkartılması da kolorektal kanseri engelleyecektir. Polipleri çıkartılmış kişiler arasında kanser oluşma ihtimali %90 oranında azalmaktadır. Kolorektal poliplerin teşhisi ve çıkartılması için kolonoskopi uygulanır. Tespit edilen polipler kolonoskopi esnasında ağrısız olarak çıkartılabilir. Bu açıdan bakıldığında kolorektal kanserler için önlenebilir bir hastalık olduğu söylenebilir.

Kolorektal kanser taramasının en önemli özelliği, tarama; kime yapılmalı, hangi yaşta yapılmalı, ne zaman yapılmalı, hangi test kullanılmalı, ne zaman taramaya son verilmelidir? Tarama; kolorektal kanserlerin morbidite ve mortalitesinin yüksek olduğu toplumlarda, elli yaş ve üzeri asemptomatik bireylere yapılmalıdır. Ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanlarda erken yaşlarda taramaya başlanmalıdır. Yılda bir kez, dışkıda gizli kan testi, dışkıda gizli kan testiyle birlikte fleksibil sigmoidoskopik (FS) inceleme, beş yılda bir FS ile birlikte çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi, her on yılda bir kolonoskopik inceleme, kırk yaş üstü tüm bireylere yılda bir kez dijital rektal araştırma, elli yaş ve üzerindeki bireylere her yıl dışkıda gizli kan testi ve üç-beş yılda bir sigmoidoskopik ile tarama yapılmalıdır. Yaşlılarda tarama yöntemleri daha az tolere edildiğinden, ileri yaşlarda taramaya son verilmesi gerekir (Göral 2002, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/gastro/egitim/dersler/18.ppt#42>)

Kolorektal kanserleri önlemede tarama testlerinin önemi konusunda kişi, aile ve toplum bilgilendirilmeli ve tarama testlerini düzenli olarak yaptırmalarının önemi vurgulanarak, bu davranış yaşam biçimi haline dönüştürülmelidir

b-Kolorektal kanserleri önlemede hemşirenin araştırmacı rolü

Hemşire kolorektal kanserleri önlemeye yönelik daha iyi hizmet sunabilmek için, yeni bilgileri araştırır, öğrenir ve uygular.

Araştırmalar konuyla ilgili bilgi yapısını oluşturur. Hemşire araştırmacılar genellikle sağlığı ve hemşirelik bakımını geliştirmek için problemlerin araştırılmasına ve çalışmalara rehberlik eder (Ay Akça, 2007). Kolorektal kanserleri önleme çalışmalarında, risk faktörleri, kişi, aile ve toplumun sağlık inançlarını belirlemek kadar hemşirelerin bilgi, inanç ve uygulamalarını araştırmak ta önemlidir.

İtalya'da bir hastanede dahili ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin, kanseri önlemeye yönelik bilgi ve uygulamaları incelenmiş (Pelusi et al., 2007) ve kanseri engelleme konusunda hastaları eğitmek için yeterince bilgiye sahip olduğunuzu hissediyor musunuz sorusuna hemşirelerin %55.8'i hayır yanıtını vermiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %97.5'i kanseri engelleme konusunda daha çok eğitim ve güncel bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.

c-Kolorektal kanserleri önlemede hemşirenin yönetici rolü

Hemşire önce uyguladığı eğitimin yöneticisidir, eğitimin koordine edilmesinden sorumludur. Kolorektal kanserleri önlemek için sağlık politikalarının oluşturulmasına katılmalıdır.

d-Kolorektal kanserleri önlemede hemşirenin savunucu rolü

Hemşire savunucu rolüyle kişi ve topluma kolorektal kanserlerden korunmak için sağlık sisteminde haklarını nasıl kullanacağını öğretir. Eğitim ve danışmanlık hizmeti alma noktasında yönlendirici olur.

e-Kolorektal kanserleri önlemede hemşirenin karar verici rolü

Hemşire eğitici rolü ile birleştirilerek kritik düşünme karar verme becerisini kullanır. Kişi, aile ve toplum eğitimi için en iyi hizmet sunma yöntemini planlar

Yine kolorektal kanserlerden korunmaya yönelik toplumun bilgilendirilmesi, tarama programlarının tanıtılması ve bu programlara talep oluşturulması için projeler üretip bu projeleri yönetmek, bu tür etkinliklerle değişim ajanı olarak görev üstlenmek hemşirelerin sorumlulukları arasında düşünülebilir.

Sonuç olarak kolorektal kanser önlenabilir bir sağlık sorunudur ve kolorektal kanseri önlemede hemşireler önemli role sahiptir. Öncelikle hemşirelerin kolorektal kanseri önlemeye yönelik bilgilerini sürekli güncellemeleri daha sonra kolorektal kanserlerde risk faktörler, koruyucu faktörler ve tarama programları hakkında kişi, aile ve topluma yönelik, eğitici, araştırmacı, yönetici, savunucu, karar verici rollerini yerine getirmelidir.

Kaynaklar

- Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G (2008) Fiziksel Aktivite Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Sağlık Bakanlığı yayın No: 729, birinci basım, Klasmat Matbaacılık, Ankara
- Ay Akçay F (2007) Mesleki temel kavramlar. Editör: Fatma Akçay Ay, Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar.1 Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul.
- Chan AT, Giovannucci EL, Meyerhardt JA, Schernhammer ES, Curhan GC, Fuchs CS (2005) Long-term Use of Aspirin and Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Risk of Colorectal Cancer. JAMA. 2005;294:914-923. Colorectal Cancer Prevention . <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/colorectal/Patient/page3> (erişim tarihi: 20-04-2009)
- Dönmez N, Yıldırım M, Arslan P (2008) Obezite ve Kanser. Sağlık Bakanlığı yayın No: 729, birinci basım, Klasmat Matbaacılık, Ankara
- Erdil A Kolorektal kanserler. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/gastro/egitim/dersler/18.ppt#42>, (erişim tarihi: 25-04-2009)
- Giovannucci E; Ascherio A; Eric B. Rimm; Graham A. Colditz; Meir J. Stampfer; and Walter C. Willett (1995) Physical activity, obesity, and risk for colon cancer and adenoma in men. Annals of Internal Medicine, 122 (5):327-334.
- Göral V (2002). Kolorektal kanser taramasında algoritma. Güncel Gastroenteroloji 6 (2): 103 -109.
- James R. Marshall, David S. Alberts (1999) Physical Activity, Body Mass Index, and Prostaglandin E2 Levels in Rectal Mucosa. Journal of the National Cancer Institute, 91(11):950-953.
- Janne PA, Mayer RJ. (2002) Chemoprevention of colorectal cancer. N Engl J Med, 342: 1960-8.
- Koç (2007) Bağırsak kanserinden korunma http://blog.mynet.com/drbulent.koc1/yazi/bagirsak_kanserinden_korunma_/74229
- Kolorektal Kanser Taraması Ulusal Standartları 12.03.2009 Tarih ve 839 Sayılı Bakan Oluru http://www.ketem.org/haber_2.php (erişim tarihi: 20-04-2009)
- Kömürcü Ş. Diyet ile kanserden korunma http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/diyet_korunma.htm
- Kuzu M.A Yüksek lifli diyet rehberi. http://www.kolonrektum.com/yuksekk_lif.html (erişim tarihi: 20-04-2009)
- Martínez M.E, Heddens D, David L. Earnest, Cheryl L. Bogert, Denise Roe, Janine Einspahr, Kolorektal Kanser Taraması Ulusal Standartları 12.03.2009 Tarih ve 839 Sayılı Bakan Oluru <http://www.ukdk.org/haber160309.php>. (erişim tarihi: 20-04-2009)
- Özyüncü N, Özden A (2005) Asprin ve gastrointestinal sistem. Güncel Gastroenteroloji, 9(2): 105-112.
- Pelusi G, Bacelli S, Barbadoro P, Fiacchini D, Morella E, Prospero E (2007) Nurses' Knowledge and Skills for Cancer Prevention in an Italian Hospital. Journal of Nursing Scholarship, 39 (4); 338-341.
- Tuncer M. Globalleşen kanser ve Türkiye. <http://www.nukte.org/node/189> (erişim tarihi: 20-04-2009)

Kolorektal Kanserlerde Tanı Yöntemleri

Aysel Gürkan

Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Kolorektal kanserler gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan önemli bir hastalıktır (1). Tüm kanserler arasında erkeklerde akciğer ve prostat, kadınlarda akciğer ve meme kanserinden sonra sıklık sırasına göre üçüncü sırada yer almaktadır (2,3,4). Dünya’da her yıl 1 milyondan fazla yeni olgu ekleneceği ve yaklaşık ½ milyon kişinin kolorektal kanserden öleceği tahmin edilmektedir (2). Yaşa bağlı olarak kadınlarda insidans ve mortalite oranı sırasıyla 100.000’de 37.5 ve 14.1 iken, erkeklerde bu oran daha yüksek olup sırasıyla 100.000’de 52.2 ve 20.5 olarak saptanmıştır (3). Ülkemizde ise Kanserle Savaş Daire Başkanlığı 2004 yılı verilerine göre, en sık görülen 10 kanser sıralamasında 7,24/100.000 insidans ile 7. sırada yer aldığı, yılda yaklaşık 5000 yeni vaka görüldüğü ve yaklaşık 3200 kolorektal kansere bağlı ölüm gerçekleştiği bildirilmektedir (5).

Kolon kanserlerinde erken tanı ve radikal tedavi sağ kalımı önemli ölçüde etkilemektedir (6). Sağ kalım süresi tanılama sırasındaki hastalık evresi ile ilişkili olup, 5 yıllık sağ kalım geç evrede tanılanan kolorektal kanserlerde %10’dan daha az, erken evrede tanılandığında %90’dan fazladır (2,7,8). Çeşitli tarama yöntemleri ile erken teşhis edilme oranı artmış, insidansında son 15 yılda %7 oranında azalma görülmüştür (3).

Kolorektal kanserler kalın barsakta gelişen premaling adenomatöz poliplerden gelişirler. Bu lezyonların önceden tespiti ve eksizeyonu kolorektal kanser insidansını azaltmaktadır. Ayrıca kolorektal kanserler erken evrede tespit edildiklerinde kür şansı olabilmekte ve sağ kalım belirgin olarak uzamaktadır. Kolorektal kanserlerde tarama yöntemleri ile erken evredeki adenokarsinomalara tanı koyulması ve kolorektal kanser için öncül oldukları bilinen adenomatöz poliplerin çıkarılması yoluyla kanser gelişim insidansını azaltmaktır (7). Bu açıdan bakıldığında kolorektal kanserler için önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğu söylenebilir (5).

Kolorektal kanserlerde tarama, görünüşte sağlıklı olan bireylere uygun anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerini içeren çeşitli tanı testleri uygulanarak hastalık riski taşıyanların ya da hastalığın erken dönemindekilerin tanımlanmaları ile yürütülür (8).

Dünyada kolorektal kanserlerin tarama ve takip yöntemleri ile ilgili klavuzlar yayınlanmakta ve bu konu ile ilgili eğitimler sürdürülmektedir (1,2,7). Ülkemizde bu konuda hazırlanmış klavuz bulunmamaktadır (7). Ulusal organizasyonların kolorektal kanser tarama yöntemlerine ilişkin önerileri Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Tarama Önerileri

Organizasyon	Yaş	Test	Zamanı
CDC	50+	Gaytada gizli kan testi	Yılda bir
		Fleksible Sigmoidoskopi	Her 5 yılda bir
		Kolonoskopi	Her 10 yılda bir
		Çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi	Her 5 yılda bir
The US Preventive Services Task Force	50-75+	Gaytada gizli kan testi	Yılda bir
		Fleksible sigmoidoskopi	Her 5 yılda bir
		Gaytada gizli kan	Her 3 yılda bir
American Cancer Society US Multi-Society Task Force American College of Radiology	50+	Kolonoskopi	Her 10 yılda bir
		Gayta testleri; * Guaiac tabanlı gaytada gizli kan testi * İmmünokimyasal gaytada gizli kan testi * Gaytada DNA tayini	Yılda bir Yılda bir Aralıklı tanılama
		Fleksible sigmoidoskopi	Her 5 yılda bir
		Kolonoskopi	Her 10 yılda bir
		Çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi	Her 5 yılda bir
		BT	Her 5 yılda bir

(Kaynak 2)

Taramalar asemptomatik bireylere örnek olmakla birlikte risk altındaki bireylerin bilinmesi yöntemlerin daha etkin kullanılmasını sağlar (Tablo 2) (1,7,9).

Tablo 2. Kolorektal Kanselerde Risk Faktörleri

50 üstü
Yüksek yağlı diyet/ düşük lifli diyet
Yüksek kalorili beslenme
Sedanter yaşam şekli
35 yıldan fazla sigara kullanımı
Alkol alışkanlığı
Kendisinde ya da ailesinde kolorektal kanser hikayesi
Adenomatöz polip öyküsü
Kronik inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü (ülseratif kolit, crohn hastalığı)
Hereditör polipzis ve nonpolipozis sendromları
Hereditör nonpolipozis kolorektal kanser (Lynch sendrom)
Familial adenomatöz polip
Gardner sendromu
Turcot sendromu
Peuta-jegher sendromu
Familial juvenil polipozis

Riske dayalı taramada, The American Cancer Society kolorektal kanser taramasında risk faktörlerine göre bireyleri üç gruba ayırmakta ve her bir grup için farklı tarama stratejileri önermektedir (Tablo 3) (1).

Kolorektal kanser taraması için önerilen tüm alternatiflerin maliyet etkin oldukları gösterilmekle birlikte tarama oranlarının tüm dünyada istenenin çok altında olduğu da bilinmektedir (1,7). Ülke çapında birinci basamak sistemi içerisinde herhangi bir tarama yönteminin yürütülmediği bildirilmektedir (8).

Tablo 3. Risk Gruplarına Göre Tarama Rehberi

Risk Grubu	Test seçenekleri ve sıklığı
	50 yaşında başlayarak yılda bir gaitada gizli kan testi, pozitifse kolonoskopi
	50 yaşından başlayarak her 5 yılda bir sigmoidoskopi
	Gaitada gizli kan testi ile birlikte sigmoidoskopi
Orta risk 50 yaş ve üstü asemptomatik kadın ve erkekler	50 yaşından başlayarak her 10 yılda bir kolonoskopi
	50 yaşından başlayarak yılda bir çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi. Sonuçlar pozitifse kolonoskopi
	Not: Bu testlerin herhangi biri veya birlikte yapılması öncesinde dijital rektal muayene yapılabilir
Artmış risk Adenomu olan, Kolorektal kanser nedeniyle küratif rezeksiyon hikayesi bulunan, 60 yaşından önce ailesinde veya kardeşlerinde kolorektal kanser ya da adenomatöz polip hikayesi olanlar	Kolonoskopi, sonuçlar normal ise 3 yılda bir tekrarlanmalı
	Çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi. Sonuçlar normalse muayene 3 yılda bir tekrarlanmalı. Sonuçlar 3 yıl normalse sonra 5 yılda bir tekrarlanmalı
Yüksek risk Hereditör familial polipzis hikayesi olanlar, Hereditör nonpolipzis kolon kanseri ya da ülseratif kolit hikayesi bulunanlar.	Hereditör familial polipozis hikayesi olanlar için erken sağkalım açısından puberteden başlayan endoskopi. Sonuçlar pozitifse kolektomi gerektirebilir.
	Hereditör Nonpolipozis kolon kanseri hikayesi olanların için genetik test ve danışmanlığın başlaması. Genetik testler ve kolonoskopi her 1-2 yılda bir düşünülmeli.
	Hereditör nonpolipzis'li ve ülseratif kolitli hastalarda hastalığın başlangıcından itibaren her 1-2 yılda bir kolonoskopi yapılmalı.
	Not: Testler birlikte yapılabilir

(Kaynak 1)

Tanı Yöntemleri

Tanılamada ilk adım detaylı anamnez ve iyi bir fizik muayenedir (1).

Anamnezde, kolorektal kanser risk faktörleri açısından; kolorektal polip ya da ailesel kolon kanseri hikayesinin olup olmadığı, beslenme tarzı, yaşam şekli, sigara-alkol alışkanlığı ve tüketilen miktar, kilo kaybı, halsizlik, bitkinlik, abdominal ya da rektal ağrı varlığı, genelde ve şu andaki barsak alışkanlığındaki değişiklikler, defekasyon sıklığı, dışkının özellikleri (renk, koku, kıvam, şekil, kan ya da müküs varlığı) ayrıntılı sorgulanmalıdır (1,9).

Fizik muayenede, batin şişkinlik, distansiyon ve asimetri açısından inspekte edilmeli, batinın her bir kadrını kitle varlığını açısından oskülte edilmeli, barsak sesleri dinlenmeli, sıklığı ve karakteri araştırılmalıdır. Batın hassasiyet, distansiyon ve solid kitle açısından palpe edilmelidir. Sfinkter tonüsünü değerlendirmek için dijital rektal muayene yapılmalı, hassasiyet, düzensizlik ve nodül varlığı araştırılmalıdır (9).

Rektal tuşenin fizik muayenenin bir parçası olarak özellikle 40 yaş üzerindeki hastalara mutlaka yapılması önerilmektedir (1,9). Oldukça basit, hızlı bir tanı yöntemi olmakla birlikte tek başına kolon ve rektum kanserlerinde etkili bir tarama yöntemi değildir. Sıklıkla fizik muayenenin bir parçası olarak ya da sigmoidoskopi veya kolonoskopi öncesi uygulanır. Ağrısız bir işlem olmakla birlikte hastanın konforunu bozan, anksiyete ve korkuya neden olabilen bir uygulamadır. İşlem öncesi ve sonrası anksiyeteyi gidermek, işbirliğini sağlamak amacıyla hasta işlemin amacı ve uygulanışı hakkında bilgilendirilmeli, işlem sırasında mahremiyetinin korunması amacıyla üstünün örtülmesine, işlem odasında sınırlı sayıda kişinin bulunmasına ve giriş-çıkışların önlenmesine özen gösterilmelidir (9,10).

Sigmoidoskopi ve Kolonoskopi

Detaylı anamnez ve fizik muayene sonrası olanaklar uygun ise sırayı kolonoskopi almalıdır (6). Tüm kolonun incelenmesini sağlayan kolonoskopi tarama testi olarak klonik mukozayı incelemede altın bir standarttır (8). Kolonoskopinin 50 yaş üstündeki bireylerde kolorektal kanser sıklığını ve mortalitesini azalttığına ilişkin bir çalışma olmamasına karşın American Society of Clinical Oncology (ASCO) ve Kolorektal Cerrahi Grubu, kolonoskopinin etkili bir tarama testi olduğunu bildirmiştir (7). Dışkıda gizli kan incelemesi küçük adenomlar için spesifik olmadığı halde kolonoskopiyle küçük ve büyük adenomlar saptanabilmektedir. Sigmoidoskopide kolonun sadece 1/3'ü incelenirken kolonoskopi tüm kolonun görüntülenmesini sağlar. Bu sırada poliplerin çıkarılması ve biopsi alınması da mümkündür (1,2,7). Kolonik tümör saptanan hastalarda, tüm kolonun çekuma kadar senkron tümör varlığı açısından incelenmesi rutin olarak yapılmaktadır. Mevcut kitlelerden biyopsi alınarak tümörün patolojisi hakkında ön bilgi elde edilmektedir (7). Maliyeti, riski ve uygulandığı konforsuzluğa karşın 50 yaşında taramanın başlangıcında kullanılan güvenli bir yöntemdir (2).

Sigmoidoskopi

Göreceli az hazırlık gerektiren basit bir uygulamadır. Aletin rijit ve fleksible çeşitleri bulunmaktadır. Kolorektal kanser taramasında kalın barsağa yerleşen poliplerin büyük bir kısmı (%50-60) sigmoid kolon ve rektumda yerleşik olduğu, daha geniş bir bölgeyi görüntüleyebildiği, hastaya daha az rahatsızlık verdiği için fleksible çeşidi tercih edilir. Sigmoid kolon ve rektumda yerleşen hastalıkların tanısında, biyopsi almada ve poliplerin çıkarılmasında kullanılır (8).

Kanser mortalitesini yaklaşık %60 oranında azalttığı vurgulanmaktadır (7). Bu yöntem aynı zamanda barsak distalinin doğrudan görüntülenmesini sağladığı için distal kolon kanser mortalitesini de azaltmaktadır (7,8). Dezavantajı kolon proksimali hakkında bilgi sağlanamamasıdır. Fleksible sigmoidoskopinin kanser taraması amacıyla 50 yaşından itibaren her 5 yılda bir yapılması önerilmekte olup, ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanlarda bu yaşın daha erkene çekilmesi önerilmektedir. Deneyimli bir kullanıcı ile uygulama 10-15 dakikadan kısa sürede tamamlanabilir. Pozitif sonuç elde edildiğinde tüm kolonun görüntülenmesi gerektiğinden hasta kolonoskopiye yönlendirilir (8).

Kolonoskopi ve sigmoidoskopide inceleme, endoskopist ya da cerrah tarafından yapılır. Rektum ve sigmoid kolonun incelenmesinde 60 cm'lik fleksible sigmoidoskoplara kullanılır. Tüm kolonun ve terminal ileumun incelenmesi ise 160-180 cm'lik kolonoskoplarla yapılır. Esnek aletler bükülebilir özellikleri nedeniyle hastalar tarafından daha iyi kabul görmekte, elde edilen görüntü kalitesi ve kullanım kolaylıkları nedeniyle başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadırlar. Günümüzde esnek endoskoplarla en sıklıkla videoendoskopi sistemi kullanılmaktadır. Klasik fiberoptik sistemdeki görüntü aktarımı cam iplikleri üzerinden yapılırken, videoendoskopide, endoskobun ucundaki optik kameranın algıladığı görüntü özel bir kablo tarafından görüntü oluşturma merkezine (işlemci) nakledilir, burada şekillendirilir ve monitöre aktarılır. Bu yöntemde endoskopist

dışında odada bulunanlar da aynı anda işlemi ekrandan izleyebilir. Ekrandaki görüntüyü videoya kaydetmek ya da videoprinterden yararlanarak fotoğraf elde etmek mümkündür (11).

Videoedoskopi sisteminde ışık cam fiberler üzerinden nakledilir. Esnek endoskopların üzerinde hava-su ve aspirasyon-biyopsi kanalları bulunur. Hava kanalından verilen hava ile organ şişirilerek mukoza görünür hale getirilir. Endoskobun ucundaki optik kameranın kirlenmesi durumunda ise su kanalından su püskürtülerek görüntü netleştirilir. Aspirasyon-biyopsi kanalından lümendeki hava, sıvı, kan gibi maddeler aspire edilerek inceleme kolaylaştırılır. Yine lümen içine bol miktarda sıvı verilerek yıkama yapılabilir. Ayrıca aynı kanaldan biyopsi alma, polipektomi, koterizasyon, yabancı cisim yakalama gibi işlemler de gerçekleştirilebilir (11).

Endoskopi sırasında geçebilecek ek aletler endoskobun kanalından geçecek incelikte ve uzunlukta üretilir. Bunlar arasında sıcak ve soğuk biyopsi pensleri, polipektomi kementi, üç ya da dört kollu yabancı cisim pensi, basket sonda sayılabilir. Hemostazda ve işaretlemeye yararlanılmak üzere skleroterapi iğneleri, argon plazma koagülatör kateteri endoskopi odasında hazır tutulan aletlerdir (11).

Fleksible sigmoidoskopi ve kolonoskopi genellikle sims pozisyonunda uygulanır. Kayganlaştırıcı sürülmüş işaret parmağı ile rektal tuşe yapıldıktan sonra endoskop yumuşak bir şekilde anal kanala, oradan da rektuma ilerletilir. İnceleme sırasında endoskobun ucunun sürekli olarak kolon lümenini görmesi istenir. Kolonoskopik inceleme sırasında çekuma dek kolon lümeni görülerek ilerlenir, endoskobun geri çekilmesi sırasında da mukoza değerlendirilir. Anüse 16-18 cm mesafede rektosigmoid bileşke görülür. Rektum içinde endoskobun ucu 180 derece döndürülerek anal kanalın proksimali incelenir. Kolon ve rektumun endoskopik incelemesi anal ve perianal bölgenin ayrıntılı muayenesi ile tamamlanır (11).

İşlem öncesi hasta hazırlığı, işlem sırası ve sonrası bakımı “*Endoskopide Hemşirelik Bakımı*” konusunda yer almaktadır.

Çift Kontraslı Baryumlu Kolon Grafisi (ÇKBG)

Çift kontrastlı kolon grafisi teknik nedenlerle kolonoskopinin yapılamadığı ve lümeninde aletin geçemeyeceği kadar darlık varsa ikinci bir kanser odağını araştırmak için uygulanır (6,10). Makattan baryumlu kontrast madde ve hava verilerek kalın barsakların incelenmesidir. Bu yöntem küçük ve düz lezyonları göstermeyebilir, tanısal biyopsi alınamaz ve adenomlar çıkarılamaz. Poliplerin varlığında tedavi amaçlı kullanılamamaktadır (7). Kolonun primer tümörleri ile senkron tümörlerin saptanması için yapılmaktadır. Hasta tarafından tolere edilebilmesinin yüksek, tüm merkezlerde uygulanabilme kolaylığının olması nedeniyle avantajlı bir tetkiktir. Sensitivitesi 1cm’den küçük poliplerde %50-80 iken, 1cm’den büyük poliplerde %70-90 olarak bildirilmektedir (12). Lokalizasyonuna göre kolon tümörleri radyolojik görüntü vermektedir. Sol kolon tümörleri baryumlu kolon grafisinde “elma koçanı” şeklinde görüntü oluşturmaktadır (7).

İşlem öncesi hasta; 24 saat öncesinden itibaren posa bırakan lifli gıdalar, kızarmış yiyecekler ve et yenilmemesi, özellikle süt ve kremalı içecekler ile gaz yapıcı içecekler içilmemesi, tanesiz çorba, içerisinde pulpası (meyve özü) olmayan meyve suyu, şekersiz soda, şekersiz ve sütsüz kahve ya da çay içilebileceği, bol su (her saatte bir bardak) tüketimi, işlem sabahından başlayarak tetkik yapılana kadar hiçbir şey yenilmemesi ve içilmemesi; barsak temizliğinin sağlanmasına yönelik olarak işlemden 14 saat kadar önce oral yoldan lavman uygulanması, kullanılacak laksatif ve kullanım şeklinin radyolog tarafından hastanın yaş ve kilosuna göre ayarlanacağı, barsak temizliğinin yapılamadığı durumlarda bu işlemin yapılamayacağı, barsak duvarında yapışarak kalan dışkı artıklarının yanıtıcı görüntüler vermesine neden olabileceği; 72 saatten daha yakın süre içinde yapılmış olan baryumlu incelemelerin işlemi engelleyeceği, istenmişse IVP, kolonjiografi, BT tetkiklerinin bu işlemden önce yapılması; tetkik öncesinde sürekli kullandığı ilaçları almasında sakınca olmadığı konularında bilgilendirilir (1,2,9).

İnceleme bir radyolog tarafından yapılır. Hastanın makatına yerleştirilen bir tüp veya sonda yoluyla önce kontrast madde sonra hava verilir. Daha sonra hasta kendi etrafında döner, böylece verilen ilaç ve havanın iyice karışması ve barsak duvarını sıvaması sağlanır. Daha sonra, kalın barsak ekranda izlenerek çeşitli pozisyonlarda filmleri çekilir. Çekim sırasında bazı kalın barsak kısımlarının daha iyi görüntülenmesi için hastaya belli pozisyonlar verilir. Verilen hava ve ilaç nedeniyle bazı hastalarda hafif ağrı ya da tuvalet ihtiyacı oluşabilir. Hastanın verilen ilaç ve havayı çekim sonuna kadar (yaklaşık 15 dakika) tutması istenir. Tüm işlemler yaklaşık 30-45 dakikada tamamlanır. Çekim bitince sonda çekilerek hasta tuvalete gönderilir. İşlem sonrasında bol sıvı almasını önerilir. Test sonrası bir-iki gün dışkısının beyaz görüneceği konusunda bilgilendirilir (1,9).

Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT)

Kolorektal kanserlerde yaygın bir tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda yapılan prospektif, randomize çalışmalarda dışkıda gizli kan incelemesinin kolorektal kanser mortalite oranını azaltmadaki etkinliği gösterilmiştir (7). Asemptomatik erken kolorektal kanserlerin saptanmasında oldukça yararlı bir test olduğu çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir. Yüksek risk grubundaki bireylere yılda bir GGKT yapılması ile kolorektal kanser mortalitesinde %31 ile 57 oranında azalma olduğu gösterilmiştir (12).

GGKT, kolorektal kanser veya büyük poliplerden (>2 cm) olması muhtemel kanamanın saptanması esasına dayanır (8). Ancak kolorektal kanser ve adenomlar aralıklı olarak kanadıkları için GGKT'nin yalancı negatiflik oranı yaklaşık %50'dir (7). Bununla birlikte GGKT'nin sensitivitesinin %30-92, spesifitesinin %90-99 oranında olduğu literatürde bildirilmiştir (7). GGKT'nin güvenilirliğini arttırmak için ardışık üç gün süresince en az iki örnekte gaita incelemesi yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (1,7,9,13).

Gaitada gizli kanın saptanmasında kullanılan yaygın ve geleneksel yöntem, hemoglobinin halinde ya da serbest olarak bulunan heme'in peroksidaz aktivitesini (ve gaitadaki diğer peroksidazları) tanıyan guaiac tabanlı testlerdir. Bu testler bazı gıdalardan, vitaminlerden ve ilaçlardan etkilenerek yalancı-pozitif veya yalancı-negatif sonuçlar verebilir. Testin pozitif olabilmesi için günde 20 ml'den daha fazla kanama olması gereklidir (6). Günümüzde gaitada hemoglobini tespit eden immunokimyasal testler geliştirilmiştir. İmmünokimyasal testler gıdalardan ve ilaçlardan etkilenmezler, hassasiyeti daha fazladır ancak daha pahalıdır (2,6).

GGKT hasta tarafından evde uygulanabilir (5). Hastaya testin amacı açıklanır. Yanlış-pozitif sonuçlara yol açabileceğinden hemoroid kanamasında, hematüri söz konusu olduğunda, özellikle kadınlarda menstrüel dönem süresince ve 3 gün sonrasında testin uygulanmaması konusunda bilgilendirilir. Testin uygulanmasından önceki 72 saat süresinde yüksek lifli diyet tüketilmesi, diyetin küçük miktarlarda tavuk, hindi, ton balığı, bol miktarda çiğ ve pişmiş sebze ve meyva, özellikle kuru erik, kepek ve tahıllar, yer fıstığı ve patlamış mısır içermesi belirtilir (14). Testin uygulanmasından önce 72 saat süresince kısıtlı diyet alınmasının test etkinliğini artırdığı, yanlış pozitif sonuçlara yol açabileceğinden diyetle kırmızı et, peroksidaz aktivitesi içeren sebze ve meyvalar (karnabahar, turp, şalgam, brokoli, patates, elma ve lahana), demir preparatları, 7 gün öncesinden aspirin ve nonsteroidal antiinflatuar ilaçları, yanlış negatif sonuçlara yol açabileceğinden C vitamini (turuncgillerden olan meyva ve suları ile supplement 250 mg üzerinde askorbik asitten daha fazlası) alınmaması konusunda bilgilendirilir (1,8,9,14). Örnek toplama işleminden 72 saat önce ve sonrasında lavman yapılmamalıdır (14). Ayrıca bazı tümörler aralıklı olarak kanadığı için kolorektal kanserli hastaların yaklaşık yarısında gaitada gizli kan testinin negatif çıkacağı da hatırlanmalıdır (1).

Test uygulanışında üretici firma kullanım klavuzuna uyulur. Testin tamamlanmasından sonra hasta normal diyetine devam etmesi konusunda bilgilendirilir (14).

Testten pozitif sonuç elde edilmesi kanamanın kaynağını saptamaya yönelik olarak tüm kolonun kolonoskopi veya çift kantraslı baryumlu grafi ile görüntülenmesini gerektirir. Fleksible retroskop ile birlikte tarama yöntemi olarak kullanıldığında kolorektal kanserlerin erken dönemde tanısının konularak, mortaliteyi %43 oranında azalttığı bildirilmiştir (13).

Gaitada DNA tayini

Dışkıda DNA analizleri yeni yapılmaya başlanan testlerdir. Hastada familial adenomatöz polipozis (FAP) veya herediter nonpolipozis kolorektal kanser (HNPCC), juvenil polipozis ya da ülseratif kolit hikayesi varsa önerilir (1,9).

Karsinoembriyonik antijen (CEA)

Kolorektal kanserler için spesifik tümör belirleyicisi değildir. Akciğer, meme, mide ve pankreas kanserlerinde bile değeri yükselmektedir (15). Sigara içenlerde de CEA yüksek değerlerde çıkabilmektedir. Preoperatif evrelemede ve postoperatif takipte kullanılır. Asemptomatik bireylerin taranmasında etkin bir yöntem değildir. Cerrahi sonrası artmış CEA düzeyi tümör rekürrensi veya metastaz varlığını düşündürmektedir (6).

Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Kolorektal tümör saptanan hastanın uzak metastazlarının tespiti, kitlenin komşu organlarla ilişkisini ve lenf nodlarının durumu hakkında bilgi vermektedir. Kolorektal kanserli hastaların histolojik sonuçlarıyla karşılaştırıldığında BT'nin sensitivitesi %60, spesifitesi %79 olarak bildirilmiştir (16).

İşlem öncesi kolonoskopide olduğu gibi barsak hazırlığı gerekir, işlem için sedasyona gerek olmaması derlenme süresini kısaltır. İşlem sırasında hastanın hareketsiz olarak yatması gerektiği konusunda eğitilir (2).

Kolorektal kanser tanındığında, hastalığın kapsam ve evresini değerlendirmek için ilave testler yapılır. Bunlar; akciğer filmi, BT, ultrasonografi, MR görüntüleme, kan testi, karaciğer fonksiyon testleri, tam kan sayımı, karsinoemriyojenik antijen düzeyi (CEA), karaciğer fonksiyon testleri gibi laboratuvar çalışmalarıdır (1,6,7,9).

Sonuç

Kolorektal kanserler dünyada kanserle ilgili ölümlerin önde gelen nedenlerinden birisidir. Prognoz hastalığın erken evrede yakalanmasının dışında nükslerin erken saptanmasıyla da yakından ilişkilidir.

Kaynaklar

1. Sargent K, Murphy D. What you need to know about colorectal cancer. Nursing 2003. 2003;33(2):36-41.
2. Peters DP. Colon cancer screening: Recommendations and barriers to patient participation. The Nurse Practitioner: The American Journal of Primary Health Care. 2008;33(12):14-20.
3. Hawk ET, Limburg PJ, Viner JL. Epidemiology and prevention of colorectal cancer. Surg Clin N Am 2002; 82:905-941.
4. Edwards JU, Greenwald BJ. Orchestrating key personel to increase colorectal cancer awareness at the worksite. Gastroenterology Nursing 2008; 31(3); 191-194.
5. 31.12.2008 Tarih ve 3240 Sayılı Kolorektal Kanser Taraması Ulusal Standartları
6. Keçer M. Kolon kanserleri. İçinde Genel Cerrahi. Ed G Kalaycı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2002, ss. 1343-1354.
7. Çoşkun U, Özkurt ZN, Yamaç D, Günel N. Kolorektal kanserlerde tarama yöntemleri ve izlem kriterleri. Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2002;13:108-114.
8. Şahin EM. Aile hekimliğinde kanserden korunmaya yönelik uygulama ve yaklaşımlar. Aile Hekimliği Dergisi 2007; 1(4):59-65.
9. Dell DD. Conquering colorectal cancer. Nursing Made Incredibly Easy 2008; 6(2):42-52.
10. Smith CE. Gastrointestinal surgery. In: Alexanders' care of the patient in surgery. Ed: JC Rothrock, Mosby Company, St Louis, 2007, pp 320-321.
11. Buğra D. Alt gastrointestinal sistem endoskopi. İçinde Genel Cerrahi. Ed G Kalaycı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2002, ss. 1051-1060.
12. Trowbridge B, Burt RW. Colorectal cancer screening. Surg Clin N Am 2002; 82:943-957.
13. Winawer SJ, Schaottenfeld D, Flehinger BJ. Colorectal cancer screening. J Natl Cancer Inst 1991; 83:243-53.
14. Deciphering Diagnosis: What you need to know about FOBT. Nursing Made Incredibly Easy 2008; 6(4):32-33.
15. Özdal A, Karahasanoğlu T. Kolon kanserinde klinik. In: Alemdaroğlu K, Ed. Kolon, rektum ve anal bölge hastalıkları. İstanbul: 2003:413-25.
16. Gazelle GS, Gaa J, Saini S, Shellito P. Staging of colon carcinoma using water enema CT. J Comput Asist Tomogr 1995; 19:87-91.

Endoskopide Hemşirelik Bakımı

Yard. Doç. Dr. Nuray Akyüz
*İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*

Endoskopi Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

- Hasta hazırlığı,
- Sedasyon/analjezi uygulanması; sedasyon/işlem öncesi, sırası ve sonrası hasta izlemi,
- Endoskopik alet ve ekipmanların temizlik, dezenfeksiyon/sterilizasyonu ve işlemlere hazırlığı/bakımı,
- İşlem sırasında hekime asiste edilmesi,
- Taburculuk eğitimi,
- Kayıt ve dökümantasyon.

Hasta Hazırlığı

İşlemden bir gün önce hasta ;

- Üst GIS Endoskopik işlem yapılacak ise 6-8 saat öncesinden oral yolla hiçbir şey almaması,
- Kolonoskopi uygulanacaksa barsak hazırlığı yapması,
- İlaç kullanıyorsa çok az sıvı ile alabileceği konularında bilgilendirilir.

İşlem öncesi:

- Hastanın kabulü sakın bir ortamda yapılmalı,
- Hastanın anamnezi alınarak hemşirelik tanınması yapılmalı,
- Kayıtları kontrol edilmeli,
- Bilgilendirilmiş izni alınmalı,
- Protezleri çıkarılmalı, değerli eşyaları güven altına alınmalı,
- Özel giysi giydirilmelidir.

Anamnez alınırken;

- Daha önce sedasyon uygulanıp uygulanmadığı,
- Uygulandıysa sedasyon ve analjeziye istenmeyen bir yanıt gelişip gelişmediği,
- Sürekli kullandığı ilaçları,
- İlaç allerjilerinin olup olmadığı,
- Sigara, alkol ve bağımlılık yapan madde kullanıp kullanmadığı,
- Kronik hastalıkları,
- Açlık süresi ve/veya barsak hazırlığını yapıp yapmadığı sorgulanmalıdır.

Daha sonra;

- Hastaya işlem odasına kadar eşlik edilmeli,
- Hastaya uygun pozisyon verilmeli ve damar yolu açılmalı,
- Hekim direktifine göre sedasyon ve analjezi uygulanmalıdır.

İşlem sırası :

- Endoskopi işlemine uygun endoskop seçilmeli,
- Kullanım öncesi aletlerin çalışıp çalışmadığı mutlaka kontrol edilmelidir.
- Görüntü, aspirasyon, hava-su kanalı kontrolü yapılmalı,
- Endoskopun ucuna kayganlaştırıcı sürülmeli,
- Hastanın uygun pozisyonda olduğu kontrol edilmeli (diz-göğüs pozisyonu ya da sol yan pozisyon),
- Biyopsi ve sitoloji örnekleri güvenli şekilde toplanmalı, etiketlenmeli ve laboratuvara gönderilmelidir.

Sedasyon / Analjezi Uygulanması, Sedasyon / İşlem Öncesi, Sırası ve Sonrası Hasta İzlemi

Anoskopi ve rektoskopi için genellikle sedasyon-analjeziye gereksinim yoktur. Kolonoskopiden önce ise IV yolla sedasyon-analjezi uygulanır.

En sık kullanılan ilaçlar, sedatifler (Diazepam, Midazolam), narkotik analjezikler (Pethidin, Meperidin) ve antispazmodiklerdir (Hiyosiyamin sülfat).

Bilinçli sedasyon uygulanmasından ve hasta değerlendirmesinden sorumlu olan hemşire;

- İlaçların farmakolojisini, etkilerini, yan etkilerini, uygulama dozlarını, etki sürelerini ve antagonist ilaçları çok iyi bilmeli,
- Hasta monitörizasyonu, havayolu desteği ve kardiyopulmoner resüsitasyon konularında eğitilmiş olmalıdır.

İşlem sırasında;

- Hastaya sözel açıklamalar ile güven hissi verilmeli,
- Yaşam bulguları izlenmeli,
- Gerekli ise EKG, oksijen saturasyonu ve nabız takibi yapılmalı,
- İşlem boyunca hava yolunun açık olmasına dikkat edilmeli,
- Hastanın işlem süresince uygun pozisyonda kalması sağlanmalıdır.

İşlem sonrasında;

- Endoskopi sonrası hasta dinlenme odasına alınmalıdır.
- Sedasyon ve analjezi alan hastalar, şuur durumu normale dönünceye ve kardiyopulmoner komplikasyonlar için risk faktörleri ortadan kalkıncaya kadar hemşire tarafından yaşam bulguları, solunum durumu ve genel durumu izlenmelidir.
- İzlem parametreleri normal sınırlara dönmeden hastanın taburculuk işlemleri yapılmamalı, gerektiğinde 24 saat hastane ortamında yatırılarak izlenmeli,
- Herhangi bir komplikasyon geliştiğinde ise gerekli organizasyonlar yapılmalıdır.

Endoskopik Alet ve Ekipmanların Temizlik, Dezenfeksiyon / Sterilizasyonu ve İşlemlere Hazırlığı / Bakımı

Etkin bir mekanik temizlik endoskop ve eklentilerinin dezenfeksiyonunda en önemli aşamadır. Temizlik işlemi her endoskopik girişimden sonra, dezenfeksiyon öncesi gerçekleştirilmelidir.

Endoskoplar hastadan çıkarıldıktan ve kaçak testi yapıldıktan sonra ;

- Bir sünger ve sıvı deterjan yardımıyla üzerindeki organik artıklardan temizlenmeli,
- Kanallarına su tabancası ile basınçlı su verilmeli,
- Tüm kanalları bir temizlik fırçasıyla fırçalanmalı,
- Suyla durulanmalı,
- Yüksek düzey dezenfeksiyon işlemine tabi tutulmalıdır.

Dezenfeksiyonun çalışanlar ve hastalar için güvenli ve zararsız olmasını sağlamak da hemşirenin sorumluluğundadır.

Hemşire;

- Dezenfeksiyon teknikleri konusunda eğitilmiş ve karşılaşabileceği tehlikelerden haberdar olmalı,
- Temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri sırasında ve işlem yapılırken kendisi ve diğer çalışanlar için gerekli koruyucu önlemleri almalıdır.

İşlem Sırasında Hekime Asiste Edilmesi

Endoskopi hemşiresi;

- İşlem sırasında gerekli olabilecek tüm endoskopik alet/ekipmanları hazır bulundurmaktan,
- Hekime asiste etmekten sorumludur.

Taburculuk Eğitimi

Hastanın bilinci yerine geldikten ve yaşam bulguları stabil olduktan sonra bir refakatçi eşliğinde endoskopiden ayrılmasına izin verilmelidir. Sedasyon/analjezi uygulanan hastaya/yakınına ilaçların etkisi geçinceye kadar araba kullanmaması, alkol almaması, dikkat gerektirecek işler yapmaması konularında bilgi verilmelidir.

Hasta/yakını, şiddetli ağrı ve kusma olursa, kusmukta ve/veya dışkıda kan olursa, ateşi 38 °C derecenin üzerine

çıkarsa mutlaka hekimini/hemşiresini araması gerektiği konusunda sözlü/yazılı olarak bilgilendirilmelidir.

Kayıt ve Dökümantasyon

İşlem öncesi, sırası ve sonrası hastanın;

- Yaşam bulguları,
- Kullanılan ilaçların ismi, dozu, uygulama yolu ve uygulayan kişinin adı-soyadı,
- Yapılan işlem/işlemler,
- Kullanılan malzemeler,
- Barsak hazırlığının yeterli olup olmadığı,
- İşlem sonrası hastanın genel durumu,
- İşlemi gerçekleştiren hekim ve hemşirenin adı-soyadı,
- İşlemin süresi,
- Alınan patoloji örnekleri,
- Olağan dışı durumlar ve yönetimi mutlaka kaydedilmeli,
 - İşlemden sonra kaydedilen notlar hasta kayıtlarına geçmeli,
 - Kullanılan sisteme bağlı olarak birimde bir kopyası saklanmalıdır.

Kaynaklar

1. Akyüz, N : Endoskopide Çalışanların Karşı Karşıya Oldukları Riskler ve Korunma Yolları. *Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery* 2006; 13(4): 178-181.
2. Akyüz N, Özbaş A, Çavdar İ: Safety of Personnel Working in Endoscopy Units. *AORN Journal* 2007, 85:1; 181-187.
3. Akyüz N : Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisinde Hemşirelik Yaklaşımı. *Ostomi Dergisi* 2005 ; 1 : 3-6.
3. Akyüz N : Endoskopik ve Laparoskopik Aletlerin Dezenfeksiyonu / Sterilizasyonu. *Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery* 2004; 11(2): 83-88.
4. Buğra D : Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopisi. İçinden: Genel Cerrahi, G.Kalaycı (Ed), Nobel tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002 ; 1051-62.
5. Cleaning and Disinfection of Equipment for Gastrointestinal Endoscopy. Report of a Working Party of the British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Working Party Report, *Gut* 1998 ; 42 : 585-593.
6. Cotton PB, Willims CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. Blackwell Science Ltd, 4th ed, London, 2001; 22-50.
7. Kruse A, Rey JF. E.S.G.E. Guidelines. Guidelines on cleaning and disinfection in GI endoscopy. *Endoscopy* 2000 ; 32 (1) : 77-83.
8. Ogilvie, J, Norwitz, L, Kalloo A. John Hopkins Manual for Gastrointestinal Endoscopy Nursing. Slack Incorporated, Thorofare, 2002; 9-15.

Kolorektal Cerrahide Bakım İlkeleri

Türkan Özbayır

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Kolorektal ameliyat sonrası hastanede kalma süresi ortalama 6-11 gündür ve ameliyat sonrası komplikasyonların görülme riski %15-20'dir. Kolorektal cerrahi hastasının ameliyat öncesi-sırası-sonrası hemşirelik bakımı; hastanın eğitimi, fiziksel, psikolojik hazırlığını içerir.

Ameliyat Öncesi Bakım

Hasta Eğitimi

Ameliyat öncesi hasta eğitimi hastanın kaygısının azaltır, olası komplikasyonları önler, analjezik miktarının azaltır, gastrointestinal sistem fonksiyonlarının erken dönmesi sağlar, hastanede kalma süresinin kısaltır ve yaşam kalitesini artırır. Hasta eğitimi "hastaya özel" olmalıdır. Eğitim hastanın anlayabileceği şekilde "kendi cümleleri" ile verilir. Eğitimde anlatma-dinleme, okuma, gözlem, video sunumu gibi farklı yöntemler kullanılır. Ameliyat öncesi hasta eğitimi ameliyattan bir gün önceki gece ya da öğleden sonra verilir. Bu eğitim erken yapıldığında unutulabilir ya da ameliyat öncesi yakın bir zamanda yapılırsa hasta çok endişeli olabileceği için verilen eğitimi algılaması zordur. Ameliyat öncesi eğitim; bağırsak hazırlığı, ameliyat öncesi aç ve susuz kalma süresi, ameliyat ile ilgili açıklamaları, ameliyatın olası süresi, insizyonun yeri, ameliyattan çıktığında nerede yatacağı, ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek amacıyla yapması gereken (derin soluk alma-öksürme, spirometre kullanma, erken ambulasyonun önemi gibi..) 'leri, ağrısı olduğunda yapılacak uygulamaları, ailesiyle görüşme zamanı ve taburculuk eğitimini içerir. Ameliyatı gerçekleştirecek cerrah hastaya ameliyatı, riskleri açıklar ve bilgilendirmiş olur imzalatır. Hemşire buna tanıklık eder. Stoma uygulanacaksa eğitim stoma hemşiresi tarafından verilir.

Ameliyat Öncesi Fiziksel Hazırlık

Kolorektal cerrahi hastasının fiziksel hazırlığı diğer karın ameliyatı olan hastalar gibidir. Hemşire hastanın öyküsünü alır ve hastayı değerlendirir. Ciddi beslenme bozukluğu olan hastalara ameliyat öncesi 10-14 gün destek beslenme (oral yoldan protein ve karbonhidrat içeren yüksek kalorili diyet) uygulanır, oral yoldan alamayan hastanın parenteral yolla beslenmesi sağlanır.

Alkol ve sigara

Alkol kullananlar ameliyat sonrası kanama, yara ve kardiyopulmoner komplikasyonlar yönünden kullanmayanlardan 2-3 kez daha fazla risk altındadır. Sigara kullanmanın iyileşme üzerine olumsuz etkisi vardır. Sigara ameliyattan 4 hafta önce bırakılmalıdır.

Ameliyat öncesi aç kalma;

Mide içeriğinin hacmini ve asiditesini azaltmak için genel anestezi öncesi hastanın aç kalması istenir. Böylece ameliyat sırasında mide içeriğinin regürjitasyonu ve aspirasyonu önlenmiş olur. Bununla birlikte strese bağlı olarak uzun süren açlığın olumsuz etkileri de vardır. Son yıllarda elektif cerrahi geçirecek olan hastalarda anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar su ya da berrak sıvı almasına izin verilir.

Mekanik bağırsak hazırlığı

Mekanik bağırsak hazırlığı ilk kez 1959 yılında tanımlanmıştır. Mekanik bağırsak hazırlığı kolonun katı atıklardan temizlenmesidir. Temiz bağırsak daha az bakteri içerir ve ameliyat sırasında cerrahın konforunu sağlar. Bununla birlikte mekanik bağırsak hazırlığı hastada abdominal rahatsızlık ve sıvı-elektrolit kayıplarına neden olur. Yalnızca cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemek için bağırsak hazırlığını yapmak önerilmemektedir. Hastaya eğer transanal stapler aleti kullanılacaksa lavman uygulanır.

Çevresel faktörler

Çevre bireyin hareketini, davranışını ve iletişimini etkiler. Ameliyat sonrası güvenli bir çevre sağlanır.

Psikolojik hazırlık

Ameliyat olacak hastalar korku ve kaygı yaşarlar. Hasta ve ailesinin endişelerini açıklamasına izin verilmelir. Hasta psikolojik olarak değerlendirilir, öyküsünde mental rahatsızlık, depresyon, bipolar kişilik gibi tanılar

varsa, ameliyat öncesi konsültasyon istenir ve öneriler doğrultusunda ilaç tedavisi uygulanır. Özellikle ostomi uygulanacak hastalar konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri tarafından değerlendirilir. Kalıcı ostomi uygulanacak hastaların ülseratif kolit ya da Crohn hastalarına göre hastalığı kabullenmeleri daha zordur.

Ameliyat Sırası Bakım

Profilaktik antibiyotik;

Sistemik araştırmalar profilaktik antibiyotik kullanmanın yara enfeksiyonlarını önlediğini bildirmektedir (kanıt IA). Profilaktik antibiyotik insizyondan önce tek doz uygulanır.

Oksijen Tedavisi

Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda hem ameliyat sırasında hem de ameliyat sonrası erken dönemde %80 konsantrasyonda oksijen uygulanmasının yara iyileşmesi üzerine olumlu etkileri olduğunu bildirmektedir. Oksijen tedavisi aynı zamanda ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önler.

İnsizyon Yerin Seçimi

İnsizyon yerinin seçiminin yara yeri iyileşmesinde etkisi vardır. Ameliyatın türüne ve cerrahın seçimine göre transvers ya da vertikal insizyon uygulanır. Transvers insizyonun ağrı ve ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarına etkisinin daha az olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

Laparoskopik Kolorektal Ameliyatlar

Günümüzde yaygın olarak uygulanan laparoskopik kolorektal ameliyatların hastanede kalış süresini kısalttığı daha az ağrı ve kanamaya neden olduğu bilinmektedir.

Profilaktik dren kullanma

Günümüzde rutin olarak kullanılmaktadır. Sistemik araştırmalar drenin anastomoz kaçağını önlemediği, yara enfeksiyonu ve ekstraabdominal enfeksiyonlar üzerine etkisi olmadığını bildirmektedir.

Nazogastrik tüp uygulanması

Günümüzde kolorektal cerrahi ameliyatı sonrası nazogastrik tüp 3 gün kalmaktadır. Nazogastrik tüp mide içeriğinin boşalmasını sağlar ve aspirasyon riskini azaltır, distansiyona bağlı hastada gelişebilecek rahatsızlıkları önler ve bağırsak fonksiyonlarının erken dönmesini sağlar. Büyük ameliyatlardan sonra uygulanan intravenöz tedaviler hastanın kilosunda 3-6 kg artışa neden olur. Fazla sıvı alımı hastanın akciğer ve kalp fonksiyonlarını olumsuz etkiler. Karşıt görüş olarak yetersiz sıvı alımının hasta üzerinde olumsuz etkilerini bildiren araştırmalar vardır. Kolorektal cerrahi geçiren hastaların sıvı-elektrolit dengelerinin izlenmesi ve kayıt dikkatli yapılmalıdır.

Ameliyat Sonrası Bakım

Bulantı ve kusma

Bulantı ve kusma, anestezinin yan etkisine bağlı görülen ve hastada ciddi rahatsızlık ve sıvı-elektrolit dengesizliğine neden olan bir bulgudur. Doktor isteğine göre hastaya antiemetik tedavi uygulanır. Son yıllardaki araştırmalar ameliyat sonrası erken oral beslenmenin ameliyat sonrası komplikasyonları önlediği ve hastanede kalma süresini kısalttığını bildirmektedir.

Ağrı

Ameliyat sonrası hastanın ağrısı değerlendirilir ve doktor isteğine göre analjezik uygulanır.

Üriner Drenaj

Üriner sistemde pelvik ve büyük ameliyatlardan sonra %10-60 oranında fonksiyon kaybı/yetersizlik gözlenir. Enfeksiyon riski yönünden rutin olarak mesane kateterizasyonu uygulanmamalıdır.

Sonuç olarak: Hasta ve ailesi için oldukça zorlayıcı bir yaşam deneyimi olan kolorektal cerrahi hastasının bakımı, hastanın değişen fonksiyonel sağlık örüntüleri göz önüne alınarak planlanmalı ve yaşam kalitesi arttırmak hedeflenmelidir.

Kaynakça

1. Akyolcu N (2004) “Kolonorektal Kanserlerde Hemşirelik Bakımı” Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Panel ve Bildirileri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 75-91
2. Basse L, Jakobsen DH, Werner M, Kehlet H (2000), “A Clinical Pathway to Accelerate Recovery After Colonic Resection” *Ann Surg*, July, 232 (1), 51-57
3. Beck DE, Fazio VW “Bowel Preparation for Colorectal Surgery” <http://www.springerlink.com/content/kw759938t817j5h5>
4. Bradshaw BG, Liu SS, Thirlby RC (1998) “ Standardized Perioperative Care Protocols and Reduced Length of Stay After Colon Surgery, *J Am Coll Surg*. May; 186 (5), 589-93
5. Guenaga KKFG, Atallah AN, Castro AA, Matos D, Wille-Jorgensen P. Mechanical Bowel preparation for Elective Colorectal Surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD001544. DOI: 10.1002/14651858.CD001544.pub2.
6. Murdock Rogers H Management of Clients with Intestinal Disorders (in) Black JM, Hokanson Hawks J (2005), *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes 7 th Edition*, Elsevier Saunders, St Louis, Missouri, Vol: 1, 807-857
7. Stelton S “Preoperative Nursing Care for Colorectal Surgery” (2005) Uluslararası Konuşmacı Katılımlı Çukurova Kolo-Proktoloji & Stoma-Terapi Sempozyumu Mezuniyet Sonrası Eğitim Toplantısı Kitabı, Adana, 140-141
8. Şelimen D “Kolonorektal Cerrahide Ameliyathane Hemşireliği (2005) Uluslararası Konuşmacı Katılımlı Çukurova Kolo-Proktoloji & Stoma-Terapi Sempozyumu Mezuniyet Sonrası Eğitim Toplantısı Kitabı, Adana, 142-143
9. Taylor C.(2008) Discharge after colorectal cancer surgery 1: an overview. *Nursing Times*; 104: 28, 28–29.
10. Uzunkoy A (2008) “Cerrahi Branşlara Göre Yapılan Ameliyatlarda Antibiyotik Profilaksi Klavuzu” *Harran Üniversitesi tıp Fakültesi Dergisi* 5(1), 43-54
11. Zargar-Shoshtari K, G. Hill GA (2008) “Optimization Of Perioperative Care For Colonic Surgery: A Review Of The Evidence” *ANZ J. Surg.* 2008; 78: 13–23

Kolorektal Cerrahi Bakımda Etik Sorun Kümeleri

Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu

Kolorektal cerrahi, tüm cerrahi girişimler içinde özel bir alanı oluşturmaktadır. Kolorektal cerrahi girişimler, genellikle yaşlı olguların acil durumlarında ve kanserlerde gerçekleştirilmektedir (Gallagher and Clark 2002, Beaver et al.2005). Diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi kolorektal cerrahi girişimlerde de etik ilkelerin gözetilmesi hasta, ailesi, sağlık bakım sistemi ve sağlık ekibi açısından kritik bir öneme sahiptir. Sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşireler, uygulamaları sırasında sıkça etik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Kolorektal cerrahide perioperatif hemşirelik bakım sürecinde etik ilkelere uygun olarak mesleki sorumlulukların yerine getirilmesi, hasta ve ailesinin kaliteli bakımı almasına rehberlik edecektir.

Kolorektal cerrahi bakımında etik sorun kümelerinin tanınması, tanımlanması ve tartışılmasını sağlamak amacıyla kolorektal cerrahi girişim geçiren 79 yaşındaki bir hastanın perioperatif öyküsü incelenmiştir. Literatürde vurgulandığı ve olgumuzda da açıkça görülebileceği gibi kolorektal cerrahi bakımında etik sorun kümeleri bilgilendirme, psikososyal bakım, bakımın koordinasyonu ve uygulaması konularında yoğunlaşmaktadır.

Yara Oluşum Nedenleri ve Çeşitleri

Doç. Dr. İbrahim Berber

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Cildin veya mukozanın travma, cerrahi veya hastalıklar gibi farklı nedenlerle yapı ve bütünlüğünün bozulması yada kaybı ile var olan fizyolojik özelliklerinin geçici veya tamamen kaybolmasına yara denir. Vücutta meydana gelen hasar görülebilir alanlarda olabileceği gibi kuvvetin uygulanış şekline bağlı olarak iç organlar ve/veya derin dokularda oluşabilir. Yara türleri basit bir hiperemiden geniş doku ve organ kaybına kadar farklılıklar göstermektedir. Yaranın oluşumunda rol oynayan üç temel faktör; yarayı oluşturan enerji, yarayı oluşturan cisim, yaranın oluştuğu alan olarak tanımlanabilir.

Yaralar yarayı oluşturan etkene veya yaralanma şekline, oluşum süresine, ölü doku olup olmamasına göre sınıflandırılabilir. Yara oluşum süresine göre akut ve kronik yaralar olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut yaralarda onarım süreci düzenli ve iyileşme zamanında meydana gelir. Anatomik ve fonksiyonel sonuçları iyidir. Kronik yaralarda ise onarım düzenli ve zamanında meydana gelmez, anatomik ve fonksiyonel sonuçları kötüdür (Tablo 1). Yaralar etken veya yaralanma şekline göre, mekanik travma, fiziksel travma, kimyasal travma, biyolojik etkiler ile oluşan yaralar olarak sınıflandırılır (Tablo 2).

Cerrahi yaralar temiz, temiz-kontamine, kontamine ve kirli yaralar şeklinde dört gruba ayrılmaktadır. **Temiz yaralar**; içi boş organların (GİS, genitoüriner, solunum, orofaringeal) açılmadığı fıtık, tiroidektomi, mastektomi gibi aseptik kuralların bozulmadığı, inflamasyon olmayan, elektif primer kapatılan, drene edilmeyen, travmatik olmayan ameliyatlarda oluşturulan yaralardır. Genel enfeksiyon oranı %2'nin altındadır. Genellikle eksojen aerob bakteriler enfeksiyon nedenidir. **Temiz-kontamine yaralar**; içi boş organların, bu dokularda enfeksiyon olmaması koşuluyla, kontrollü olarak açıldığı ve majör bir kontaminasyonun ya da teknik sorunun olmadığı safra yolları, gastrektomi, apandektomi gibi ameliyatlarda oluşturulan yaralardır. Genel enfeksiyon oranı %5-10'dur. Cerrahi olarak rezeke edilen organlara bağlı olarak endojen mikroflora enfeksiyona neden olur. **Kontamine yaralar**; açık travmatik yara, GİS'den majör yayılım, enfekte safra ve idrarla bulaş, aseptik kurallarda majör hata yapılan, akut pürülan olmayan inflamasyon ile karşılaşılacak hazırlıksız barsak rezeksiyonu, apandektomi gibi ameliyatlarda oluşturulan yaralardır. Genel enfeksiyon oranı %20 civarındadır. **Kirli yaralar**; Ölü doku veya yabancı cisim içeren yaralar, fekal kirlenme olan, klinik enfeksiyon veya organ perforasyonu varlığında yapılan ameliyatlarda oluşturulan yaralardır. Operasyonda püye de mevcuttur. Genel enfeksiyon oranı %40 civarındadır (kolon perforasyonu., intraabdominal apse drenajı, peritonit)

Yara İyileşmesi

Yara iyileşmesi yaralanmış dokuyu tekrar normal durumuna getirmeye çalışan normal bir doku cevabıdır.

1. Primer iyileşme: Doku kaybının olmadığı, yara kenarlarını yaklaştırılabilirdiği ve enfeksiyon olmayan yaralardaki iyileşmedir. Minimal skar formasyonu ile iyileşir.
2. Sekonder iyileşme: Doku kaybının olduğu enfekte ve travmatik yaraların iyileşmesidir. İyileşme süreci uzundur. Skar oluşumu fazladır.
3. Tersiyer iyileşme (gecikmiş primer kapama): Yara cerrahi zamanında veya cerrahiden sonra enfekte olmuştur. Enfeksiyon yatıştıktan sonra yara sütüre edilir. Yara iyileşmesi kötüdür ve insizyonel herni gelişebilir.

Yara iyileşmesinin fazları

1. İnflamasyon fazı (1-6 gün):
Erken dönem (hemostaz): Trombositler rol alır. Eksuda, lenf ve fibrin pıhtısı içerir. Yara kenarları yapışır. Yaranın üzerinde kabuk oluşur.

Geç dönem (fagositoz): Lökositler hasarlanmış dokuları ve bakterileri yok ederler. Başlangıçta nötrofiller daha sonra Makrofajlar rol alır.

2. Proliferasyon fazı (6-14 gün):

Bu dönem yarada granülasyon dokusunun oluştuğu dönemdir. Doku kuvveti dereceli olarak artar. Bu evrede beslenmenin durumu önemlidir.

Fibroblastlar hızlı ve bol miktarda kollajen sentez ederler.

Angiogenez: Yaraya en yakın venlerin endotel hücrelerinden kapiller tomurcuklanma şeklinde yeni kan damarları oluşur.

Epitelizasyon: Yara kenarına en yakın epidermisten yarananmayı takiben 24 saat içinde başlar, yaklaşık 48 saat içinde tamamlanmış olur.

3. Maturasyon fazı (14-21 gün):

Kollajen çapraz bağlarla şekillenir ve yaranın gerginliği artar. Asla orijinal gerginliğin %80'inden fazlasına ulaşmaz. Onarılan dokunun vaskülaritesi ve hücreleri dereceli olarak azalır. 2 yıla kadar sürebilir

Yara kontraksiyonu: Özelleşmiş fibroblastlar (miyofibroblast). Yaranın büyüklüğünü azaltır. Yara kontraksiyonu 5. günde başlar ve yaklaşık 39. günde tamamlanır.

Yara iyileşmesini etkileyen faktörler**Lokal faktörler**

1. Enfeksiyonlar (Ölü doku, aşırı sütür materyali, yaranın lokalizasyonu)
2. İskemi (Sigara, DM, Şok, Şişlik, Anemi)
3. 3 Yabancı cisim
4. Doku gerginliğinin fazla olması
 - kronik venöz yetmezlik
 - enfeksiyonlar
 - ödem
5. Bazı temizlik ajanları
6. Cerrahi teknikteki yetersizlikler ve yanlış sütür materyali

Sistemik faktörler

1. Malnütrisyon, dehidratasyon
2. Protein (kan albumin düzeyi)
3. Vitamin A, C, D
4. Kalsiyum, Çinko, Bakır
5. Kan glikoz düzeyi (Beyaz küre fonksiyonlarını iyileştirir)
6. Yaş; ileri yaşta doku elastikiyeti, kan akımı azalır
7. 77 Bağ dokusu ve damar hastalıkları
8. Üremi
9. Karaciğer hastalıkları
10. Hemopoetik hastalıklar
11. Radyasyon
12. DM
13. Sigara
14. Steroidler/sitotoksik ilaçlar
15. Ağrı (vazokonstriksiyon)
16. Obesite-adipoz doku kanlanması kötü-enfeksiyon
17. Anemi

Tablo 1. Yaraların oluşum süresine göre sınıflaması

Akut yaralar	Açık yaralar Kapalı yaralar Kompleks yaralar Yanıklar Cerrahi insizyonlar
Kronik yaralar	Bası yaraları Diyabetik ülserler Venöz ülserler Arteriyal ülserler İyonize radyasyon

Tablo 2. Yaraların oluşum mekanizmalarına göre sınıflaması

Mekanik travmalara bağlı yaralar	Künt travmatik yaralar Abrazyon / sıyrık Bere / Kontüzyon Laserasyon / yırtık Kemik kırıkları Kesici alet yaraları Kesici-Delici alet yaraları Kesici-Ezici alet yaraları Delici alet yaraları Ateşli silah yaraları
Fiziksel travmalara bağlı yaralar	Isı yaraları Işık yaraları Elektrik yaraları Barotravma yaraları
Kimyasal travmalara bağlı yaralar	Asit Baz
Biyolojik etkilere bağlı yaralar	Hayvan ısırık yaraları Böcek sokmalarına bağlı yaralar Toksinler

Yaranın Değerlendirilmesi

Hülya Bulut

Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara

Yara bakımı kavramı insanlık tarihi kadar eskidir. Yara bakımına ilişkin ilk çalışmaların M.Ö. 1700 yıllarda başladığı belirtilmektedir. Yara bakımında hemşirenin rolünün özellikle savaşlar sırasında yaranın temizlenmesi, bandaj uygulama, pansuman değiştirme, yarayı enfeksiyon açısından gözleme, hastanın ağrısını azaltma ve hastaya destek olma işlemlerini içerdiği belirtilmektedir. Yara bakımı ve tedavisinde hemşirenin sorumluluğu 1930'lu yıllardan itibaren daha belirgin hale gelmiştir. Yara izlemi ve kaydının hemşire tarafından yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Günümüze kadar yara ile ilgili hemşirelik literatürüne bakıldığında, hemşirelerin genellikle yaranın değerlendirilmesi, yaranın ölçümü, yara sürecinin değerlendirilmesi ve pansuman seçimi ile ilgili çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Özellikle yara bakımı ve tedavisi ile ilgili çalışmalarda yara bakımı kayıtlarının yetersiz olduğu ve hemşirelerin bu konuda bilgilerinin sınırlı olduğu belirlenmiştir. Etkili bir yara bakımı ve tedavisi için doğru yara değerlendirmesine ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

Yara değerlendirmesi iyi bir yara bakımı için önemlidir. Yara değerlendirmesinin amacı farklı şekillerde tanımlanmasına karşın, özellikle yaranın iyileşme sürecinin izlenmesi ve uygun tedavi girişimlerinin saptanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi başlıkları altında toplandığı görülmektedir.

Yara Değerlendirme Yöntemleri

Yara bakımı ve tedavisinin uygun olup olmadığı ve istenilen sonuçlara ulaşp ulaşılmadığını belirlemek için yaranın özelliklerinin düzenli ve belirli aralıklarla değerlendirilmesine ve kayıt edilmesine izin veren yöntemler kullanılmalıdır. Yaranın değerlendirilmesinde yaygın olarak Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Paneli tarafından geliştirilen Basınç Ülseri İyileşme Ölçeği (Pressure Ulcer Scale For Healing-PUSH) ve Basınç Ülseri Durum Aracı (Pressure Sore Status Toll-PSST) kullanılmaktadır. PSST daha sonra yara üzerinde çalışılmış ve Bates Jensen Wound Assessment Toll olarak geliştirilmiştir. Yaranın bu araçlar kullanılarak ölçümü yara bakımı ve tedavisinde sistematik bir yaklaşım getirmektedir.

Yarada Değerlendirilmesi Gereken Özellikler

Yara değerlendirilirken yaraya ilişkin bazı özelliklerin bilinmesi gerekir. Bu özelliklerin her yara pansumanı değiştirildiğinde değerlendirilmesi ve önceki kayıtlarla karşılaştırılması gerekir. Yarada değerlendirilmesi gereken özellikler aşağıdaki başlıklar şeklinde özetlenebilir.

● Yaranın büyüklüğü	● Koku
● Yaranın derinliği	● Eksuda
● Doku tipi (yara yatağı)	● Yara kenarları
● Enfeksiyon	● Ağrı

Düzenli bir yara değerlendirmesinin yapılması yara iyileşme süreci ve bakım planının etkinliği hakkında bilgi vermektedir. Ancak her bireyin yarası farklıdır. Bu nedenle hastanın durumuna göre bu sıklığın belirlenmesi gerekmektedir. Literatürde açık yara ya da enfekte yara varsa her 2-4 saatte bir yaranın izlenmesi gerektiği önerilmektedir. Akut bakım durumlarında her pansuman değişimi sırasında yaranın değerlendirilmesi gerekir. Kronik yaraların değerlendirmesi haftalık olarak yapılmalıdır.

Yaraya ilişkin yukarıda değinilen tüm özelliklerin basit ve anlaşılır bir şekilde kaydı gerekmektedir. Yara ile ilgili bu kayıtlar eğitim, kalite çalışmalarında veri olarak kullanılabilir. Yara ile ilgili verilerin özelleşmiş bazı kılavuzlar ya da formlar ile kaydı yapılabilir. Yara değerlendirme formları yaranın tüm özelliklerini değerlendiren ve kayıt eden araçlardır. Yazılı kayıtların doğru, tam, okunabilir, açık ve kısa olması gerektiği önemle belirtilmektedir.

İyileşme Sürecinde Yara Bakımı

Doç. Dr. Ayişe Karadağ

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Cildi ve mukozayı oluşturan yapıların, travma, cerrahi girişim, hastalıklar gibi farklı nedenlerle, bütünlüğünün bozulması ve var olan fizyolojik özelliklerinin geçici veya tamamen kaybolmasına yara denir. Yara iyileşmesi; fizyolojik olarak, deri hücreleri ve bazı dokuların hızlı, bazılarının ise yavaş yenilenmesi veya hiç yenilenmemesi ile birlikte tüm bireylerde aynı şekilde gerçekleşir. Yara iyileşmesi birbirini izleyen şu evreleri kapsar: Hemostaz, İnflamasyon, Destruksiyon (yıkım), Proliferasyon (çoğalma) ve Maturasyon (olgunlaşma). Yaranın içinde bulunduğu evreye göre verilecek bakım ve tedavi yaklaşımları farklılık göstermektedir. Evrelere göre yara bakımı uygulamaları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

İnflamasyon evresinde yapılacak uygulamalar:

- ☞ Eksüda miktarını kontrol etme
- ☞ Bakteriyel kontaminasyonu önleme
- ☞ Travmayı önleme
- ☞ Ağrıyı azaltma
- ☞ Koku kontrolü
- ☞ Kanama kontrolü

Destruksiyon evresinde yapılacak uygulamalar:

- ☞ Eskarı yumuşatma ve debride etme
- ☞ Kontaminasyonu önleme
- ☞ Ağrıyı azaltma
- ☞ Orta ve yoğun eksüdayı kontrol etme
- ☞ Yara çevresindeki dokuyu koruma
- ☞ Koku kontrolü

Proliferasyon evresinde yapılacak uygulamalar:

- ☞ Koku kontrolü
- ☞ Yarayı koruma
- ☞ Hafif-orta dereceli eksüda yönetimi

Maturasyon evresinde yapılacak uygulamalar:

- ☞ Nemli yara ortamını sürdürme
- ☞ Yarayı mekanik zedelenmelerden koruma
- ☞ Yarayı UV ışınlarından koruma
- ☞ İyileşmeyi destekleme

Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler

- Hastaya ait faktörler
- Yara ile ilişkili faktörler
- Sağlık personelinin bilgi ve becerisi
- Kaynaklar ve tedavi ile ilgili faktörler

Yara Tedavi Yöntemleri

I. Yara debritleme

- Mekanik (Islak kuru pansuman, irrigasyon)
- Enzimatik (Kollajenazlar)
- Otolitik
- Cerrahi

II. Adjuvan Tedaviler

- Vaccum Assisted Closure-Negatif Basıncılı Yara Kapama Yöntemi)
- Elektriksel uyarı
- Hiperbarik O₂ tedavisi

- Büyüme faktörleri
- İnsan cildine eşdeğer ürünler
- Kompresyon tedavisi
- Larva Tedavisi

III. Pansumanlar: İdeal bir pansuman materyali şu özellikleri taşımalıdır:

- Eksüdayı yeterli ölçüde absorbe etme
- Yarayı koruma
- Kan ve sıvı kaybını önleme
- Nemli yara ortamı sağlama
- Travma ve bakterilere karşı engel oluşturma
- İzolasyon
- Estetik görünüm

Yara Bakımında Temel İlkeler: Sağlık profesyonelleri yara bakımı uygulamalarını aşağıdaki temel ilkelere göre gerçekleştirmelidir:

- Pansuman değişiminden önce ve sonra ellerin yıkanması,
- Ağrılı pansumanlarda, pansuman değişimi sırasında hastanın ağrısını azaltmak için 30 – 45 dakika önce analjezik uygulanması,
- Endikasyon varsa yara Serum Fizyolojik (SF) ile temizledikten sonra yara kültürü alınması,
- Yaranın enfekte olup olmadığı gözetilmeden çevre derinin “kontamine-kirli” olarak düşünülmesi,
- Cerrahi insizyon yaralarında dikiş hattının “en az kontamine” olan bölge olarak düşünülmesi ve her zaman önce temizlenmesi,
- Yaranın temizleme yönünün en az kontamine olan alandan en fazla kontamine olan alana doğru olması,
- İrrigasyon solüsyonunun yakıcı olması durumunda; cilt koruyucu bir ürünle çevre derinin korunması,
- Dren bölgelerinin, drene yakın alandan başlayarak dairesel hareketlerle temizlenmesi,

Yara Enfeksiyonun Önlenmesi

- Yara düzenli değerlendirilmeli ve tedavi süreçleri gözden geçirilmelidir
- Enfeksiyon riski olan ya da şüpheli durumlarda topikal antimikrobiyoller kullanılabilir.
- Topikal antimikrobiyoller uzun süre kullanılmamalıdır.
- Antibiyotik kullanımı mikroorganizmaya özel olmalıdır.
- Yara temizliğinde yaygın olarak kullanılan temizleme solüsyonları SF ve mekanik debridmana yardımcı olan laktatlı Ringer solüsyonudur.
- Asetik asit *Pseudomonas aeruginosa*ya karşı etkili bir solüsyondur (standart seyreltmelerde fibroblastlara karşı toksiktir).
- Genellikle ¼ ile ½ ‘lik yoğunlukta kullanılan Povidon-iyodin sağlam derinin temizlenmesinde hızlı etki eden bir antimikrobiyal ajandır. Hiçbir zaman sağlıklı granülasyon dokusunun oluştuğu bir yara yatağı üzerinde kullanılmamalıdır (Fibroblastlara toksiktir).

Özetle etkili bir yara tedavisi multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmekte olup ekip üyelerinin şu temel ilkeleri içeren bir tedavi ve bakım yaklaşımı uygulaması gerekir:

- Yaradaki ölü dokuları temizleme
- Enfeksiyonu kontrol etme
- Nemli yara ortamını sürdürme
- Ölü boşlukları doldurma
- Yara yatağını koruma
- Yara kenarlarını ve yara çevresindeki cildi koruma
- Yara travmasını önleme
- Yara bölgesine kan akımını artırma.

Yara Bakım Ürünlerinde Son Gelişmeler

Nil Tosun

KCI Medical Middle East & Africa FZE

Amaç

Son yıllarda ürün geliştirme faaliyetlerinin odağı iyileşmesi en zor ve komplike olan kronik yaralardır. Doktorlar ve hastalar açısından yaraların efektif iyileşmesi, komplikasyonların minimize edilmesi, yatış sürelerinin kısaltılması, toplam maliyetlerin azaltılması önem kazanmakta ve buna bağlı olarak ileri teknoloji tedavi seçenekleri tercih edilmektedir. Yara iyileşmesi medikal ürün seçenekleri Geleneksel, İleri Teknoloji ve Aktif Yara İyileşme Sistemleri olarak üç kategoride incelenebilir. Aktif yara iyileştirme sistemleri; son teknoloji tıbbi cihazlarla, medikal ürünlerin ortak avantajlarını aynı anda sunarak kronik ve komplike yaraların tedavisinde en hızlı tedavi seçeneğini sunmaktadır.

Yöntem

Aktif Sistemler içerisinde tüm dünyada ve Türkiye’de en sık kullanılan alternatif olan KCI V.A.C.® Therapy™ (Kinetic Concepts Inc.) temel olarak, yara yatağına entegre özel ajanlar vasıtasıyla negatif basıncın kontrollü uygulanması yoluyla hücresel bazda iyileşmeyi desteklemektedir. Sistem farklı komponentleri vasıtasıyla çeşitli akut ve kronik endikasyonlarda yara iyileşmesini hızlandırırken yeni eklenen V.A.C® Instill® ve Info® VAC® terapilerle tedavi boyutunu değiştirmektedir. Teknolojik farklılıkların klinik açıdan destekli sunulması ve değerlendirilmesi ise bu sistemin doğru uygulamaları açısından son derecede önemlidir.

Aktif yara iyileşmesi ve önlenmesinde bir diğer boyut ise koruyucu ve tedavi edici özel teknolojilerle üretilmiş olan yüzey destek sistemleridir. Özellikle yara ve yanık için sunulan alternatiflerin yanı sıra, yoğun bakımlarda ve ameliyathanelerde ve obezite ve pulmoner komplikasyon tedavisi için çeşitli risklilik gruplarındaki hastalarda kullanılabilen yüzeyler ve terapiler doktor ve hemşireler kadar hastane kriterlerini de ilgilendirmektedir.

Sonuç

Yara bakımı üzerinde titizlikle durulması gereken bir konudur ve dünya genelinde iyileşmeye bağlı kriterler ve tedavi seçenekleri gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Yara iyileşmesinde daha hızlı sonuçlar için; teknolojik araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yanı sıra klinik çalışmaların desteği ve sonuçları yol göstericidir.

Anal İnkontinans ve Etyoloji

Prof. Dr. Ömer Alabaz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Anal kanalı saran istemli ve istemsiz kas hareketlerinin incelenmesi, basınç değerlerinin ölçülmesi, anatomik yapıların görüntülenmesi, anorektal muayene ve hepsinden önemlisi iyi bir anamnez anal inkontinans teşhisinin temelini oluşturur. Eksternal sfinkter, internal sfinkter ve hemoroidal yapıların korunması kontinansın sağlanmasında önemli rol onar. Gerek bu yapıların anatomik devamlılığının gerekse sinirsel innervasyonunun sağlam olduğunun gösterilmesi yapılacak olan tedavi şeklinin belirlenmesinde önemli bir rol oynar.

Anamnez

Anal inkontinanslı bir hasta için uygun tedaviyi belirlemede muhtemel en önemli kriter problemin sebebini araştırmaktır. Cerrahi, obstetrik veya kaza sonucu sfinkter yaralanmaları nedeni ile fonksiyon kaybına maruz kalan hastalar rekonsrütif girişim için en uygun adaylardır. Anamnez barsak alışkanlığı öyküsü, nörolojik bilgiler, herhangi bir doku kaybı varlığı, bayan hastalarda obstetrik öykü ve tabi ki kontrol bozukluğunun derecesini içermelidir. Genellikle inkontinans derecesini tarafsız olarak değerlendirmek için Wexner skorlaması kullanılmaktadır.

Fizik Muayene

Sıklıkla inspeksiyon ve palpasyon, tedavi gerekip gerekmediğini ortaya çıkarmaktadır. Anüsün patolojik olup olmadığının belirlenmesinde gluteusların ayrılması, sfinkter kas kaybı, nörolojik bozukluk, perineal yırtık veya obstetrik zararlanma görüntüsü veya diğer skar ve deformiteler görülebilir.

Palpasyon ile istirahat tonüsü değerlendirilebilir ve hastaya kasmaı söylenerek kontraktilete derecesi değerlendirilebilir ve sfinkter kasındaki bir defekt fark edilebilir. Spinal kord lezyonları ve kauda equina gibi nörolojik problemlerde sfinkter normal tonüste görebilir, ancak anorektal halkaların herhangi bir segmentine nazikçe traksiyon uygulandığında anal kanal boşluğu kolayca görülebilir. Bazı otörler geniş anamnez ve rektal tuşenin manometrik incelemeler kadar güvenilir olduğunu göstermişlerdir. Dokunma ve iğne batmasına karşı duysal bozukluk cerrahi onarımın başarısız olabileceğinin göstergesidir. Proktosigmoidoskopi, kolonoskopi, kolon grafisi incelemeleri kolorektal problemi olan hastaların değerlendirilmesinde önemli çalışmalar olmasına rağmen, fekal inkontinansdan şikayet eden hastalarda pek önemi yoktur. Aksine preprolapsus durumlarında kullanılan defekografi daha çok yararlı olabilir.

Fizyolojik Çalışmalar

Elektromyografi(Anal EMG): Anal kanal etrafını saran kasların potansiyel ölçümlemlerini oluşturur. Elektromyografinin yerini, özellikle imperfore anüs gibi rekonstrüksiyon esnasında anal kasın tanımlanması durumu hariç büyük ölçüde pudental sinir terminal motor latens testi almıştır.

Sinir İletimi Çalışmaları: Pudental ve perineal sinir stimülasyon tetkikleri, eksternal anal sfinkterin ve periüretral çizgili sfinkter kasların distal motor innervasyonunu değerlendirmektedir. Metod, pudental sinirin pelvisin her iki yanında stimülasyonu ve kastaki elektiriksel cevabın latensinin ölçümünü içermektedir.

Anorektal Manometri: Anal manometride, anal istirahat basıncı ve maksimum sıkma basıncında azalma, rektal sensasyonda azalma, rektoanal inhibitör refleksde zayıflama saptanır. Anorektal manometri birkaç metod ile gerçekleştirilebilir. En yaygın tip açık uçlu, perfuse kateter ve mikro balon şeklinde olanlardır. 3 boyutlu bilgisayarlı vektör manometri ile elde edilen datalardan, 3 boyutlu anal basınç vektörögramı oluşturulur ve anal kanalın basınç haritası çıkarılabilir. Sfinkter mekanizmasının net olarak değerlendirilmesini sağlayan bu yeni modalite uygulanacak cerrahi tekniklerde yol gösterici olmaktadır. Başlıca uygulama endikasyonları olan hastalıklardaki amaç preop ve postop anal inkontinans durumunun değerlendirilmesidir. Bu hastalıklar; Anal fissür, hemoroid, anal fistül, rektal prolapsus, perineal düşüklük, sigmoidorektal instussusepsiyon, prosidentia, sfinkter koruyucu operasyonlar, obstetrik yaralanma, konjenital anomalilerdir.

Anal Duyum: Anal kanal duyusunun kontinanstaki rolü dikkate değerdir. Isı değişikliğinin anal kanal fonksiyonunu etkilediği öne sürülmektedir. Diğer duyu değişiklikleri anal kanal mukozası tarafından tespit edilmeyecek kadar azdır.

Balon Proktografi veya Topografi: Baryum veya başka bir radyoopak madde ile dolu bir balon rektuma yerleştirilir. Kontraksiyon ve ıkınma esnasında pelvik tabanı ve sfinkter fonksiyonunu değerlendirmek amacı ile kullanılmaktadır.

Defekografi ve Sineradyografi veya Videoproktografi: Defekografi, rektosigmoidin katı baryum süspansiyonu ile doldurulup hastanın defekasyon yaptığı esnada lateral projeksiyondan sıra ile radyografisinin çekilmesi temeline dayanan fizyolojik bir çalışmadır. Floroskopik inceleme ardışık film çekilmesi kolaylığı sağlar. Sine-defekografi (videoproktografi) vasıtası ile daha sonra gözden geçirme ve analiz için boşaltım dinamik şekilde kayıt edilir. Her iki inceleme rektal prolapsustaki gibi fonksiyonel defekasyon rahatsızlığını, soliter rektal ülseri, preprolapsusu görüntüleyebilir ve anorektal malformasyonlu çocukların postoperatif dönemde tekrar değerlendirilmesini sağlar.

Anal Endosonografi: Anal endosonografi anal apse ve fistülü olan hastaların değerlendirilmesi için uygulanır. Bu teknik ile sfinkter kaslarının yüksek rezolüsyonlu görüntüleri elde edilebilir. Defektler, normal çizgili patternin kesildiğini gösteren değişen ekojenitede şekilsiz alanlar şeklinde görünür. Anal endosonografinin, fekal inkontinansı olan tüm hastalara, gizli sfinkter defektini tespit etmek ve cerrahi olarak tamir edilebilir olup olmadığını değerlendirmek için yapılması gereklidir.

ETYOLOJİ

- * Travma
Cerrahi (örneğin: fistülektomi, fistülotomi, hemoroidektomi, sfinkterotomi, sfinkter germe, pull-through operasyonları, düşük koloanal anastomozlar)
- * Obstetrik
Kaza sonucu (örneğin; savaş yaralanması, sosyal yaralanma)
- * Kolorektal hastalıklar (örneğin: hemoroidler, rektal prolapsus, inflamatuvar barsak hastalığı, malign tümörler)
- * Konjenital anomali (örneğin; spina bifida, meningomyelosel, imperfore anüs, Hirschprung hastalığı)
- * Nörolojik hastalıklar
Serabral (örneğin; tümör, vasküler yaralanma, delilik, travma)
Spinal
Periferik (örneğin; diabetes mellitus, multiple skleroz, Pudental sinir yaralanması)
- * Çeşitli sebepler
Laksatif suistimali
Diare
Fekalom
Enkoprezis

CERRAHİ OLMAYAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Anal inkontinans tedavisi daima sebebe yönelik olmalıdır. İnkontinansı travmaya bağlı olan hastalar onarım için en uygun adaylardır. Bununla birlikte potansiyel olarak cerrahi müdahaleye başvurmak yerine bazı bireyler invaziv olmayan metodlarla yeteri kadar tedavi edilebilirler . Aşağıda bahsedilen hastalara medikal tedavi önerilmelidir:

1. Travma öyküsü olmayan hastalara
2. Potansiyel faydaların tartışmalı olduğu hastalar
3. Cerrahinin riskli olduğu vakalar
4. Operasyonu kabul etmeyen hastalar

Barsak Tedavi Programı

Barsak tedavi programının amacı, güvenli ve rahat defakasyonu rutin hale getirmektir. Barsak düzenli olarak ve tahmin edilen zamanda boşaltım için tekrar eğitilebilir. Hastanın temiz olmasını sağlamaya ve fekal inkontinans korkusundan dolayı olan kısıtlamaları azaltmaya yardım etmek için aşağıdaki öneriler yapılmalıdır:

1. Hastanın yeterli fiber içeren iyi bir diet aldığı veya yeterli sıvı aldığı (2500-3000ml/d) kesinleştirilir.
2. Defekasyon için yeterli zaman ayrılmalı, hastanın önceki barsak alışkanlığı ve optimal programı için planları belirlenmeli, yemeklerden 20-30 dk sonra oluşan gastrokolik refleks avantajını kullanarak defekasyon stimüle edilmeli.
3. Rektumu boşaltmak için gerekirse dönüşleri temiz olana kadar lavman yapılmalı, rektum boşaldıktan sonra eğitim programı başlatmalı.
4. Gliserin veya bisakodil gibi suppozituar koyulur. Suppozituar ilk 1 haftalık programda, hergün aynı saatte veya gece konulmalıdır.
5. Hastaya, suppozituarı koyduktan sonra karnına sağdan sola, yukarıdan aşağıya 15-20 dakika masaj yapmayı ve öne doğru eğilip gerilmeyi öğretmek faydalı olabilir.
6. Gaita yumuşatıcıları, konstipasyon tedavi ilaçları, gerekirse laksatif veya hatta stimulan katartik ajanlar verilebilir.

Perineal Egzersiz

1950’de Keyel fekal ve üriner inkontinansda faydalı gibi görünen egzersiz programını ileri sürdü. O zamandan bu yana bu metodun değerini doğrulayan çok sayıda belge yayınlandı.

Bu basit bir egzersiz olup barsak hareketlerini durduruyormuş gibi yapılır ve 15 e kadar sayılır. Bir caddede yürürken, araba sürerken veya sandalyede otururken, hastanın aklına geldiği her zaman günde 15veya 20 kez yapılır. Bir kuvvetlendirme metodu olarak girişimi daha efektif hale getirmek için egzersiz programı biofeedback ile kombine edilmektedir.

Biofeedback

Biofeedback yapılmadan sfinkter egzersizlerin suboptimal sonuçlarının aksine, biofeedback yönteminin fekal inkontinans tedavisinde özel bir yeri vardır. Biofeedback yöntemi, anterior rezeksiyon ve total kolektomi sonrası aşırı gaita frekansı ve inkontinans tedavisinde başarılı bir şekilde uygulanabilir.

Elektiriksel Sağaltım

Elektiriksel bir alet, tıpa şekilli bir elektrotan anal sfinktere ve pelvik tabana kasılma stimulusu vermektedir. Elektiriksel dalgalar anal kanal kas yapısında kasılmaya sebep olur, muhtemelen sfinkter tonusu ve kasılmasında dereceli olarak artışla sonuçlanır. Perineal kuvvetlendirme egzersizleri ile aynı amaç için uygulanmasına rağmen, elektiriksel stimülasyon ek olarak özellikle bu egzersizleri yapamayan seçilmiş hastalarda bazı gelişmeler sağlar.

Anal Tıkaç

Balonlu bir tıkaç anal kanal sfinkter mekanizması içerisinde geçirilerek 30 ml’lik bir enjektör ile şişirilir, ve basit bir valf mekanizması oluşturulur. Bu aletin, anal inkontinansı olan seçilmiş hastaların tedavisinde önemli yeri olabilir.

Son yıllarda kullanılan diğer yöntemler:

Son yıllarda kısmi anal inkontinansın tedavisinde

- polytetrafluoroethylene,
- collagen,
- silicon,
- otolog yağ
- radiofrequency electrical energy (SECCA) gibi yöntemler kullanılmaktadır.

Cerrahi Tedavi

İnkontinansın başarılı cerrahi onarımı için altta yatan patofizyolojinin anlaşılması gerekmektedir ve lezyonu onarıma uygun olan hastalar onarım için seçilmelidir. Anal inkontinansın cerrahi tedavisinde iki temel metodlar; lokalize sfinkter defektin direk onarımı ve sfinkter mekanizmasını desteklemek için düzenlenmiş onarımlardır. İnkontinans tedavisinde kullanılacak cerrahi alternatifler aşağıda sıralanmıştır:

- * Anorektal kas onarımları
 - Sfinkter kaslarının appozisyonu
 - Sfinkter kasları için overlap tekniği
 - Sfinkter kasları için reefing tekniği
 - Postanal pelvik taban onarımı (Park's prosedürü)
 - Anal kanal daraltılması
 - Anal sfinkter kaslarının kullanımından başka perineal kasların kullanımı
 - Pubokoksigeus onarımı
- * Diğer kasların kullanımı
 - Gluteus
 - Vastus internus
 - Adduktor longus
 - Gracilis
- * Anal çevirme operasyonları
 - Fasia lata
- * Teflon, tel, marlex, katgüt, mersilen, dacron karıştırılmış silastik kullanılan thiersch operasyonu
- * Artifiyel barsak sfinkteri.
- * Kolostomi

Anal İnkontinanslı Bireylerde Hemşirelik Bakımı

Ayfer Özbaş

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Fekal inkontinans, 4 yaş üzeri tüm bireylerde ayda en az bir kez tekrar eden kontrolsüz dışkı kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Fekal inkontinansın sıklığı konusunda bilinmezliğin söz konusu olduğu ancak tahmin edilenin üzerinde, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan bireyi etkilediği belirtilmektedir. Literatürde fekal inkontinansın yetişkin populasyonun %1'inden daha fazlasını etkileyen yaygın bir sağlık sorunu olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmalarda; fekal inkontinans oranının, İngiltere' de %1.40, Amerika Birleşik Devletleri' de %2.20, Fransa'da %16.8 olduğu belirtmekte ve geriatri kliniklerinde bu oranın %50' lerde olduğu bildirilmektedir (1,2,3).

Kontinansın sağlanması, anal sfinkterler, pelvik taban fonksiyonları, dışkı sertliği, rektal kompliance ve nörolojik fonksiyonların normal ve uyumlu çalışmasını içeren birçok faktöre temellendirilmektedir. Fekal inkontinansın genelde kontinansa ilişkin etken faktörlerden bir veya bir kaçının bozulması ile ortaya çıkabilen bir belirti olduğu bilinmektedir. Fekal inkontinansda, gaz veya gaitanın hasta farkında olmadan spontan çıkışı pasif inkontinans, fekal materyali bağırsakta tutmakta aktif çabaya karşın gaita çıkışı olmasına sıkışma inkontinansı, farkında olmadan küçük miktarda gaita kaçırma ya da normal dışkılamayı izleyen iç çamaşırların lekelenmesi fekal sızıntı olarak isimlendirilmektedir. Fekal inkontinans etyolojisinde, konjenital anomaliler, cerrahi ve obstetrik travmalar, kolorektal ve nörolojik hastalıklar ve bilinmeyen nedenler gibi etkenlerin rolü olduğundan söz edilmektedir(2,3,4).

Tanımlama

Fekal inkontinanslı hastanın değerlendirilmesinde ilk adım, hasta öyküsünün alınmasıdır. Alanında uzman hemşirelerin hasta ile ilk beraberliğinde uygun bir ortam yaratarak iletişimi başlatmaları, başarılı sonuca ulaşmada önemli yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmektedir. Fekal inkontinansın özellikle sosyal açıdan kabul edilemez olmasının, hasta için sıkıntı verici ve gizliliğini tehdit edici olarak algılanmasına karşın bireylerin profesyonel sağlık yardımı arama çabasına girmedikleri dikkati çekmekte ve bu konuda yakınmalarını açıkça ifade etmekten çekindikleri gözlenmektedir. Öykü alınması sırasında olası gastrointestinal, nörolojik ve obstetrik hastalıkların yanı sıra diabetes mellitus, konstipasyon ve üriner inkontinans sorgulanmalı ve eşlik edebilecek diğer sorunlar ve hazırlayıcı faktörler için ayrıntılı sistemlere ilişkin sorgulamanın, fekal inkontinans tanılamada yol gösterici olduğu bilinmektedir. Olası fekal inkontinans hastalardan, inkontinansın süresi ve zamanı, özelliği (örn; gaz, sıvı veya katı gaita), kullanılan ped sayısı ve inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek üzere haftalık bağırsak günlüğü tutmasının önemi vurgulanmalıdır. Bağırsak günlüğü konservatif ve cerrahi tedavilerin öncesi ve sonrası subjektif değerlendirmesinde günümüzde giderek kullanımı önerilmektedir. İlk görüşme sonrası, evde normal koşullar altında hastadan günlük dışkılama sayısı, gaita kıvamı, kaçırma atakları, iç çamaşırı kirletme durumu ve gaz kaçırmaya ilişkin bulguları verilen çizelgeye kayıt etmeleri istenmektedir. Bağırsak günlüklerinin doğru ve etkin kullanımında hasta eğitiminin önemi açıktır ve hastaya verilirken çizelgeyi nasıl dolduracağını detaylı açıklamak sonucu olumlu yönde etkiler. Hemşirenin hastaya tanılama aşamasından başlayarak kullanılacak test ve uygulamalar konusunda açıklamalar yapması ve bilgilendirmesi hastanın güven duygusunu destekleyici olarak ele alınmaktadır(4,5,6).

Fekal İnkontinanslı Hastanın Bakımı

Fekal inkontinanslı hastaların bakımında amaç; kontinansın tekrar sağlanmasına yardımcı olmak ve yaşam kalitesini artırmayı desteklemektir. Fekal inkontinanslı hastanın bakımını, hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimi, anal sfinkter egzersizleri, Biofeedback tedavi, yaşam tarzı değişiklikleri diyet, ilaç tedavisi ve cilt bakımı içerdigi üzerinde durulmaktadır.

Bağırsak Alışkanlığı Eğitimi

Hemşirenin, hastaya normal kolon fonksiyonu, bağırsak kontinansı ve inkontinans belirtilerini, olası fizyolojik ve emosyonel nedenleri konusunda açıklamalar yapması yetişkin bireylerde bağırsak kontrolünü sağlamada bilgilendirmenin önemini gün ışığına çıkarmaktadır. Her bireye özgü gereksinimlere uygun ve anlaşılabilir terminolojide bu açıklamaların yapılması önerilmektedir. Bağırsak eğitiminin amacı, güvenli ve rahat dışkılamanın düzenli bir biçimde gerçekleştirilmesine ortam hazırlamaktır. Bağırsak eğitiminde ilk adımın, tualete gitme korkusunun yenilmesine ilişkin doğru pozisyon alma ve zaman ayarlama olduğu

vurgulanmaktadır. Dışkılama için yeterli zamanın ayrılması, yemeklerden 20-30 dakika sonra oluşan gastrokolik refleks avantajının kullanılması dışkılamayı uyarıcı olarak ele alınmaktadır. Yanı sıra hastalara dışkılama hissettiğinde sfinkter kaslarını güçlendirmek amacı ile gaita tutma egzersizleri konusunda verilen eğitimin uygulanmasına dikkat çekilmelidir(1,3,4,5).

Anal sfinkter egzersizleri

Bağırsak fonksiyon bozukluğu ya da fekal inkontinansı olan hastalarda, pelvik taban kas egzersizlerinin eğitiminde, pelvis taban kaslarının ne zaman ve nasıl kasıldığını anlamalarının önemi üzerinde durulmaktadır. Pelvik taban kas egzersizlerinin, hem kasların gücünü, hem kasların aerobik ve anaerobik kapasitesini, hem dayanma gücünü, hem de hacmini ve kontraksiyon yeteneğini arttırdığı varsayılmaktadır. Fekal inkontinansla ilgili çalışmalarda, hastaların anal sfinkter egzersizlerinin günde 9 kez den bir saate kadar süren egzersizlerle başarılabileceğine dikkat çekilmektedir.

Wilson ve arkadaşları, fekal inkontinans oranını belirlemeye yönelik çalışmasında, doğum sonrası pelvik taban kas egzersizleri öğretilen 734 kadında doğum sonrası 12 ayda fekal inkontinans oranında kontrol grubuna göre (4.4% karşı 10.6%) anlamlı bir azalmanın gözlemlendiğini belirtmişlerdir(4,7)

Biofeedback Tedavisi

Biofeedback tedavisinde anorektuma yerleştirilmiş bir manometre probu veya EMG elektrodu ile hastalara artan basınç ve volümle rektal distansiyon hissi ve yanıtı oluşturulma hedeflenmektedir. Fekal inkontinanslı hastada Biofeedback tedavisinin amacı, anal sfinkter kas gücünü arttırmak, istemli sıkışma ve sonrası rektal algılama sırasında abdominal, gluteal ve anal sfinkter kasları arasındaki koordinasyonu geliştirmek ve anorektal duysal algılamayı artırmaktır (2,3,4,6,7,8).

Genellikle görsel, işitsel veya verbal biofeedback teknikleri ile yapılan çalışmalarda, hastaların %40-80'inde subjektif iyileşmenin gözlemlendiği rapor edilmiştir. Norton ve Chelvanayagam çalışmasında, hem biofeedback tedavi, hem de uzman hemşire bakımı yönetimi ile fekal inkontinanslı hastalarda %50 veya daha fazla iyileşme izlendiği belirtilmiştir(2,3,4,6,7,8).

Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Diyet

Bireylerde bağırsak fonksiyonlarını belirli yiyecek ve içeceklerin etkilediği bilinmektedir. Norton ve Chelvanayagam (2001), fekal kontinans ve bağırsak boşaltımı üzerinde diyetin etkilerini tanımlamak için yaptıkları çalışmada belirli gıdaların eklenmesi ya da çıkarılmasının önemi üzerinde durmaktadır. Liflerden zengin gıdaların zayıf bağırsak kontrolünde yararlı olduğunu, ancak özellikle yumuşak dışkıyı tutmada zorlanan, pasif kaçırmaları olan hastalarda liflerden zengin beslenmede kısıtlamanın etkili olduğunu gözlemledikleri ifade edilmektedir. Baharatlı ya da sıcak besinlerin bağırsak hareketlerini uyardığı ve süt/ süt ürünleri ve çikolatanın gaitanın yumuşamasına neden olduğu ve özellikle süt ürünlerinin irritabil bağırsak sendromunu şiddetlendirdiği vurgulanmaktadır. Soslarda ve çorbalarda un veya bisküvi olarak ararot nişastası ve muz tüketiminin dışkıların katı olmasındaki etkisinin, bazı hastalar da gaitanın tutulmasını kolaylaştırdığı belirtilmektedir. İçecekler bağırsak boşalmasını ve gaita tutulması arasında bir etkileşim olduğu, fekal inkontinansı olan bazı hastaların barsağının, kahve, çay, çikolata ve kolada bulunan kafeine çok duyarlı olmasının sorunu tetiklediği, bu nedenle söz edilen içeceklerin kısıtlanmasının önerildiği gözlenmektedir(4,5,6).

İlaç Tedavisi

Gaitası yumuşak veya sık gaita yapan hastalara antidiyare ilaçları önerilmektedir. Hemşirenin, reçetede önerilere uygun olarak, ilacın dozu ve alınma zamanına ilişkin hastayı bilgilendirmesi, tedavinin etkinliğini sağlamada destekleyicidir.

Suppozituar kullanımı ile barsağı uyarak uygun dışkılama zamanının planlanması, çok önerilmemesine karşın hastanın gaita kontrolünü ve yaşam kalitesinin kabul edilebilir bir düzeye getirilmesini sağlamada bir yöntem olarak ele alınmaktadır(3,4,).

Cilt Bakımı ve Koku Kontrolü

Perineal cildin kapsamlı değerlendirilmesinde, var olan cilt sorunları tanımlanarak iritanları en aza indirme ve iyileşmeyi sağlamada hastanın perianal bakımı planlanmalıdır. Bakımda rutin hijyen ve topikal bariyer ürünlerinin kullanımı önerilmektedir. Cilt hijyeninde uzun süreli sabunun kullanımı, cildin kurumasına ve cilt PH değerinin artmasına neden olduğundan, iritan dermatit ya da sekonder cilt enfeksiyon gelişim riskini

arttırabilir. Perianal cilt bakımında, temel yaklaşım yumuşak bir cilt temizleyicisi, azalan yağları yerine koymak için nemlendirici ve cildi korumak için bariyer kremlerin kullanılması önerilmektedir. Fekal inkontinansa bağlı koku duyumsanması hastaları etkilemesinin yanı sıra çevresinde olumsuzluklar yaşanmasına neden olabilir. Perianal cilt bakımı, sık çamaşır değiştirme ve koku gidericilerin kullanılması sorunu çözömlerede bir yol olabilir(10,11).

Sonuç olarak, son yıllarda fekal inkontinansın tedavi ve bakımı için çok sayıda girişimler uygulanmaya başlanmıştır. Hastaya, cilt bakımı, koku kontrolü ve başa çıkma (temzileme kitleri ve imha etme) ile ilgili uygun öneriler sunulmalı, tedavi süresince psikolojik ve sosyal uyum desteği verilmeli ve yaşam kalitesi yükseltilmelidir.

Kaynaklar

1. Alabaz Ö, Akçam T, Anal İnkontinans.”Kolon ve Rektal Cerrahinin El Kitabı”. Çev. ed. Alabaz Ö, Nobel Tıp Kitabevi, 2004;193-208.
2. Bulut T, Fekal İnkontinans. “Temel Ürojinekoloji”. Ed. Yalçın Ö, Nobel Tıp Kitabevi, 2009;419-427.
3. Erkmen M, Türkay C, Fekal inkontinansa tetkik ve tedavi. Güncel Gastroenteroloji,2005; 9/4, 245-251.
4. Norton C, Chelvanayagam S, Methodology of biofeedback for adults with fecal incontinence : A program of care. JWOCN 2001;28:3; 156-165.
5. Norton C, Chelvanayagam S, A nursing assessment tool for adults with fecal incontinence. JWCON, 2000; 27:5, 279-291.
6. Bills D, Norton C, Miller J, Directions for future nursing research on fekal incontinence. Nursing Research, 2004; 53:68, 515-521.
7. Norton C, Hosker G, Brazzeli M, Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence of the extent of internal anal sphincter division during lace in adults. Cochran Database Syst Rev 2: CD00211, 2000.
8. Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J. et al. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. Gastroenterology 2003; 125:1, 320-9.
9. Bracken J, Fekal İnkontinans. “Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi”. Çev.ed. Yalçın Ö, Türkiye Klinikleri, 2006;143-146.
10. Hunter S, Anderson J, Hanson D, Thompson P, Langemo D, G.Klug M, Clinical Trial of a Prevention and Treatment Protocol for Skin Breakdown in Two Nursing Homes, J WOCN 2003;30:5,250-258.
11. Başak T, Uzun Ş, Arslan F, Üriner inkontinanslı bireylerde perineal cilt bakımı. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(1);202-205.

Stoma Endikasyonları ve Yapılış Şekilleri

Dr. Ayhan Bülent Erkek

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş;

Son yıllarda restoratif rektum cerrahisindeki teknik gelişmeler ve sfinkter koruyucu cerrahi girişimler sonucu kalıcı stoma ihtiyacı azalmasına rağmen, abdominal stomalar halen benign ve malign gastrointestinal problemlerin tedavisinde kritik bir önem taşımaktadır. Çoğu zaman stoma sonrası hayat kalitesi korunmakla beraber, stoma açılması sonucu hastalarda bazı fiziksel ve psikosoyale sınırlamalar ortaya çıkmaktadır. Stoma sonrası başarılı sonuçlar, stoma gerekliliğinin çok detaylı olarak değerlendirilmesi, iyi bir cerrahi teknik ve ameliyat sonrası enterostomal bakım ile elde edilebilir. Stomalı hastanın bakımı ameliyat öncesinde başlar ve cerrahi komplikasyonların tedavisindeki anahtar nokta öncelikle önlemlerin alınmasıdır.

Başlıca intestinal stoma tipleri şunlardır;

- İleostomi: uç, loop ve lup-uç
- Kolostomi: uç ve lup
- Çekostomi

İleostomi;

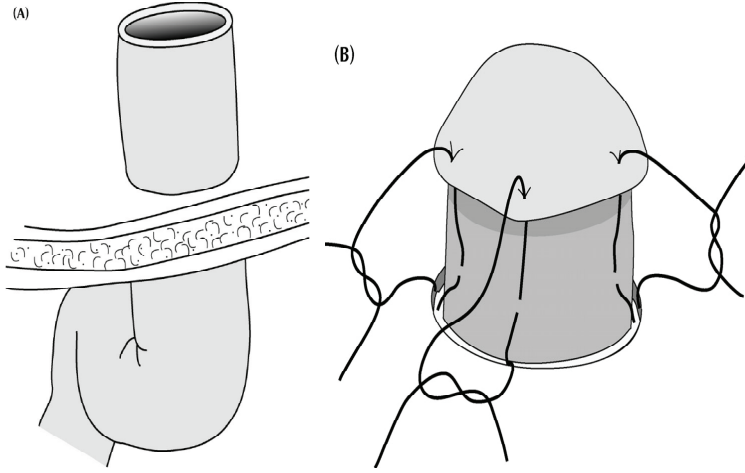
Uç İleostomi

Uç ileostomiler çoğunlukla terminal ileum ucundan hazırlanırlar. Daha önceleri inflamatuvar barsak hastalıkları ve familial polipozis nedeniyle yapılan proktokolektomiler sonrası kalıcı ileostomiler açılırken, son zamanlarda sfinkter koruyucu girişimlerdeki gelişmeler sonrası kalıcı ileostomi ihtiyacı azalmıştır. İleostomiler geçici olabilirler ve toksik kolit için yapılan subtotal abdominal kolektomiler, sol taraflı kolon obstrüksiyonları veya iskemik kolon ile beraber olduklarında potansiyel olarak kapatılabilirler. Bu tip durumlarda, kolondaki iskemi, ciddi sepsis veya beslenme bozukluğu nedeniyle, ileum ile kolon veya rektum arasında yapılacak primer anastomozun yüksek riskli olacağı düşünüldüğünden sapirıcı ileostomi ameliyata eklenebilir.

Terminal ileum sağ alt kadrandan yapılan bir eliptik kesi ile rektus kası içinden kas ayırıcı bir insizyonla dışarı alınır. Tam kat bir ters döndürme ile ileumun distal ucu ile dermis arasında Brook tipinde bir anastomoz yapılır (Şekil 1 A ve B).

İleostomi açılmasında dikkat edilecek kurallar şunlardır;

- Stoma yeri ameliyat öncesi belirlenmelidir.
- Karın duvarındaki açıklık ileostomi ile orantılı olmalıdır.
- Barsak yeterince dışarı alınmalıdır.
- Barsağın beslenmesi yeterli olmalıdır.
- Parastomal bölgedeki hemotaz tam sağlanmalıdır.
- İnce barsak mezenteri ile karın duvarı arasındaki herhangi bir boşluk kalmamalıdır.
- Stoma eğitimi verilmelidir.

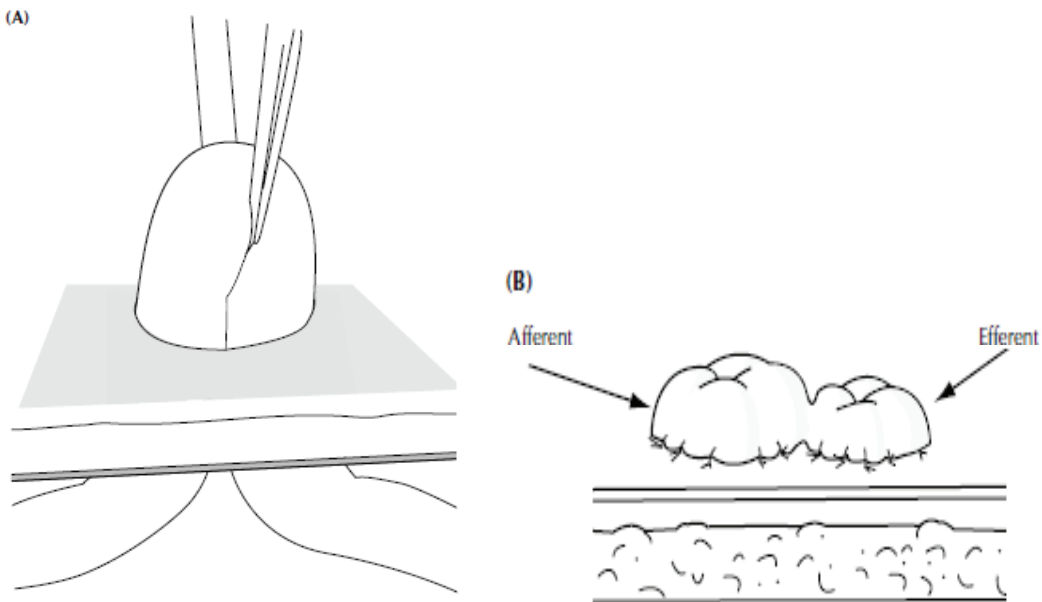


Şekil 1 A ve B. Uç ileostomi oluşturulması.

Lup ileostomi

Lup ileostomi, ileal poş anal anastomoz veya aşağı kolo-rektal anastomoz gibi distaldeki anastomozları korumak yada perineal Crohn hastalığı, tıkaçıcı anorektal kanser, ciddi perineal travma veya fekal inkontinans vakalarında gaytanın saptırılması için geçici olarak kullanılır. Uç ileostomide olduğu gibi çoğunlukla sağ alt kadrandan distal ileum lupu karın duvarından çıkarılarak uygulanır. Bu ileum lümeninin apeksinde mezenter içinden bir destekleyici çubuk geçirilerek lup ileostomideki gerginlik önlenmeye çalışılır. Daha sonra hemen cilt seviyesinin üzerinden efferent lupa bir insizyon yapılır. Afferent lup ters çevrilerek stoma oluşturulur (Şekil 2 A ve B). Afferent lup gayta drenajı sağlarken, efferent lup distaldeki fonksiyon görmeyen barsak segmentinden salgılanan mukus ve gazın çıkışını sağlar. Daha sonra yapılacak ileostomi kapatılması ameliyatı çoğunlukla parastomal bir insizyonla uygulanabilir ve klasik laparotomiye ihtiyaç göstermez. Eğer başarı ile uygulanırsa iyileşme oldukça hızlıdır ve hastanede kalma süresi çoğunlukla 4-5 gündür.

Lup-uç ileostomi, ileum lümeninin stoma açıklığından karın dışına gerginlik olmadan getirilemediği durumlarda, geçici lup ileostomiye oldukça akılcı bir alternatiftir. Bu ileostomi konvasiyonel lup ileostomi gibi olgunlaştırılır.



Şekil 2 A ve B. Lup ileostomi oluşturulması.

İleostomi Bakımı

Stoma postoperatif günlerde ödemlidir fakat bu ödem çoğunlukla bir hafta içinde kendiliğinden iyileşir. Mukozanın normal rengi pembeden koyu kırmızıya kadar değişen renklerde olabilir. Stomanın canlılığı postoperatif günlerde düzenli olarak kontrol edilmelidir. Barsak motilitesi ameliyat sonrasında 2-5 gün içinde düzelir. Bazen barsak fonksiyonları düzelmeden stomadan sulu bir barsak içeriği gelebilir (barsak terlemesi). Oral beslenmeye parolitik ileus düzelinceye kadar başlanmamalıdır. Bazen destekleyici çubuk fasya seviyesinde parsiyel bir tıkanıklığa yol açabilir. Bu çubuk, çoğunlukla 4-5 gün içinde barsak duvarı ile stoma açıklığı arasında yeterli yapışıklık olduktan sonra çekilir. Normal ileostomi drenajı günlük 500-1000 ml civarındadır. Daha yüksek drenaj dehidratasyona yol açabilirken, daha düşük drenaj bir tıkanıklığın belirtisi olabilir. Bazen parsiyel barsak tıkanıklıkları paradoksik olarak yüksek debili sulu barsak içeriği drenajı ile beraber görülebilir.

Stoma eğitimine ameliyat öncesi başlanmalı ve ameliyattan sonrada devam edilmelidir. Ödem azaldıktan sonra, ameliyattan sonraki 4. haftada stoma genişliği yeniden ölçülmeli ve buraya uygun torbalar kullanılmalıdır. Barsak içeriğinin kaçığının önlenmesi ve ciltteki kimyasal yanıkların önüne geçilebilmesi için stomaya uygun torbaların kullanılması çok önemlidir. Hastaların %50 si ameliyat sonrası bazı yiyeceklerin kısıtlanması sorunu ile karşı karşıya kalabilir. İyi yapılmış bir ameliyat ve stoma eğitimi sonrası hastalarda hayat kalitesi fazla etkilenmez ve çoğunlukla minör kısıtlamalar dışında normal hayat standartlarına ulaşırlar.

Komplikasyonlar

İleostomi açılması sonrası komplikasyonlar çoğunlukla teknik hata, hastalık nüksü veya kötü stoma bakımı sonrası görülür. Hastaların yaklaşık %30 unda stomaya bağlı komplikasyonlar görülebilir. Hastaların % 20 si stomanın revizyonuna ihtiyaç duyarlar. Bu tip revizyonel ameliyatlara çoğunlukla Crohn hastalarında, hastalık nüksüne bağlı olarak yapılır. Crohn hastalığı nüksünde, tedavi Crohn hastalığına yönelik olarak yapılır. Bazen laparotomiye ihtiyaç duyulur. Hastalıklı stoma ve ileum segmenti rezeke edilerek aynı bölgeden veya başka bir bölgeden neo-ileostomi çıkartılır. Revizyonel cerrahi için diğer endikasyonlar ise stomanın retraksiyonu veya prolapsusu, striktür veya fistül oluşumudur.

Kolostomi

Uç sigmoid kolostomi

Uç sigmoid kolostomi geçici veya kalıcı olabilir. Rektumdaki malign hastalıklar veya perineal onarım için uygun olmayan ciddi fekal inkontinans için yapılan abdomino-perineal rezeksiyonlar sonrası yapılan uç kolostomiler kalıcıdır. Radyasyon proktiti veya rektosigmoid bölgedeki benign veya malign hastalıklara bağlı olarak yapılan Hartmann prosedürü sonrası oluşturulan uç kolostomiler fekal saptırma amaçlıdır ve çoğunlukla geçicidir. Proksimal kolondaki yüksek absorpsiyon kapasitesi nedeniyle kolostomi içeriği çoğunlukla katıdır ve iritan değildir. Bu nedenle kolostomi cilt ile aynı seviyede olabilir ve ters çevirmeye ihtiyaç göstermez.

Lup kolostomi

Lup kolostomi transvers veya sigmoid kolon lupu kullanılarak oluşturulabilir. Aşağı kolorektal anastomozlar veya obstrüksiyon, inflamasyon, travma ve perineal yaralanma sonrası geçici olarak fekal saptırma amaçlı kullanılır. Lup kolostomi, lup ileostomi gibi bir destekleyici çubuk kolon mezosundan geçirildikten sonra olgunlaştırılır. İnsizyon lupun apeksinden yapılır ve hem afferent hem de efferent ostomi ağzı cilde dikilir. Kolonun mobilitesine ve hastanın vücut şekline göre kolon lupu her iki alt kadrandan veya sağ üst kadrandan çıkartılabilir. Çoğu lup kolostomi oluşturulduktan sonraki birkaç ay için tam bir saptırma sağlarken, %20 hastada stomanın retraksiyonuna bağlı olarak fekal saptırma tam olmayabilir.

Çekostomi

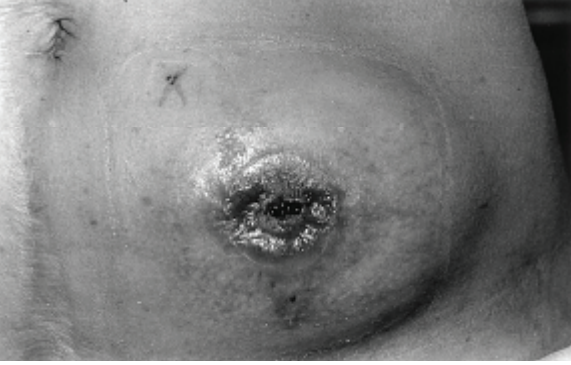
Tüp çekostomi 30 Fr Foley kateter kullanılarak yapılır. Kolon dekompresyonu amacıyla veya çekal volvulusda kullanılır. 7-10 gün sonra tüp çekilir ve distal tıkanıklık yok ise çekokütanöz fistül daha sonra kendiliğinden kapanır. Bununla beraber çekostomi tam saptırma sağlamaz ve bakımı tüpün çıkması veya tıkanması nedeniyle oldukça zordur. Bu yüzden oldukça nadir uygulanır.

Kolostomi bakımı

Erken kolostomi bakımı ileostomi bakımı ile aynıdır. Karın ameliyatlarından sonra ilk 2-3 gün paralitik ileus olabilir. İleostomiden gaz veya gayta gelene kadar oral beslenmenin ertelendiği ileostomilerin aksine kolostomi sonrası fonksiyonlar başlamadan barsak hareketlerini stimule etmek için oral beslenmeye başlanır. İskemi, beslenmesi daha zayıf olduğundan kolostomilerde ileostomilere oranla daha sıktır.

Komplikasyonlar

Kolostomi komplikasyonları ileostomi komplikasyonları ile benzerdir fakat sıklıkları farklıdır. Parastomal herni (Şekil 3) ve prolapsus geniş stoma deliği nedeniyle kolostomilerde daha sıktır. Daha zayıf beslenme paterni nedeniyle kolostomilerde striktür daha fazla görülür. Cilt problemleri ve yiyeceklere bağlı tıkanıklıklara ise kolostomi sonrası daha az rastlanır.



Şekil 3. Parastomal herni.

Stoma Bakımı

Tülin Yıldız

Marmara Üniversitesi Hastanesi, İstanbul

Stoma Yunancadan gelen bir kelime olup ‘aıklık’ veya ‘ağız’ anlamına gelmektedir. Barsak stoması, barsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı aıklığa verilen isimdir. Stomalar geçici ya da kalıcı olabilir. Geçici stomalar, stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılırken, kalıcı stomalar yaşam boyu kalmaktadır.

Barsak stomaları ikiye ayrılmaktadır:

1. Kolostomi
2. İleostomi

Kolostomi Nedir?

Kolostomi, ameliyatla kolon lümeninin karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir. Başlıca fonksiyonu, barsak içeriğinin dışarı atılmasını sağlamaktır. Kolostomiler kalın barsak üzerindeki yerlerine göre isimlendirilmektedirler. Ayrıca, cerrahi teknik ve ağızlaştırma şekillerine göre de sınıflandırılabilirler (uç kolostomi, loop kolostomi gibi).

Stoma Endikasyonları

- Ülseratif Kolit, Chron hastalığı gibi durumlarda,
- Distalde tümör varlığında,
- Anorektal kanserlerde,
- Kolorektal yaralanmalarda ve
- Perinenin geniş yanıkları gibi nadir durumlarda da uygulanmaktadır.

Stoma Komplikasyonları

Stomalı bireylerin yaşamını olumsuz olarak etkileyen önemli etmenlerden birisi de stoma ve çevresindeki dokularda gelişen komplikasyonlardır. Bunlar;

- Prolapsus,
- Dermatit,
- Retraksiyon,
- Parastomal Herni,
- Post-operatif kanama,
- Stenoz,
- Nekroz,
- Metabolik komplikasyonlar,
- Parastomal enfeksiyon,
- Evisserasyon,
- Fistül ve
- Barsak tıkanması şeklinde görülebilmektedir.

Stomada oluşabilecek komplikasyonların çoğu önlenabilir niteliktedir. Uygun ameliyat öncesi planlama, cerrahi teknik ve ameliyat sonrası bakım komplikasyonları önlemede büyük önem taşımaktadır. Stoma yerinin iyi seçilmesi, stoma adaptör-torba sisteminin stomaya uygun olması ve stomalı bireylerin stomaya yönelik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi ile stoma komplikasyonları azaltılabilmektedir.

Stoma bakım hemşiresinin, stoma komplikasyonlarının önlenmesi ve gelişen komplikasyonların bakımı ve tedavisinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle stomalı bireyin eğitimi, özellikle **“evde bakım”** düşünülerek ele alınmalıdır.

Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Hasta Eğitimi

Stoma bireyin tüm yaşam sürecini etkilemekte, bireyin alıştığı ve sürdürdüğü yaşam sürecinden farklı bir yaşam biçimine uyumunu gerektirmektedir. Stoma uygulaması birey için, hem fizyolojik hem de psikolojik

sorunların ortaya çıktığı bir süreçtir. Stoma bakımının amacı; stomanın ortaya çıkardığı fiziksel ve psikolojik sorunları en aza indirmek hasta ve ailesini yönlendirmek, desteklemek, onlara rehberlik etmek ve eğitmektir.

Ameliyat öncesi bakımın en önemli yönü **“Danışmanlık ve Eğitimidir”**. Stomalı bireyin bakımında stoma bakım hemşiresine önemli roller düşmektedir. Stomalı bireyi bilgilendirme, stoma bakımını öğretme, danışmanlık yapma, taburculuk sonrası bakımı koordine etme, sağlık ekibi ile işbirliği içinde hastaların gereksinimlerini karşılama, bakımın sürekliliğini sağlayarak hasta ve ailelerinde kendine güven oluşturma ve en önemlisi de hastalara bağımsızlıklarını kazandırma, stoma bakım hemşiresinin rolleri arasındadır.

HASTALAR HANGİ KONULARDA BİLGİLENDİRİLMELİDİR?

Stoma ile bir yaşam süreci, hastalarda ani reaksiyonlara neden olmaktadır. İster kalıcı, ister geçici olsun, hasta ve yakınları tarafından stomanın kabulü oldukça zordur.

Stomalı bireylerin gerek bireysel gerekse dinsel inançlarını, hastalık ve ağrıyla ilgili beklentilerini, davranışlarını ve tutumlarını içeren kültürel geçmişleri, mevcut fiziksel değişiklikler ve beraberinde ortaya çıkabilecek olası problemlerle baş edebilmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle stomalı yaşam hakkındaki açıklamaların hastaların **“yaşına ve kültürüne”** uygun olarak yapılması çok önem taşımaktadır.

Hastaların çoğunun yüksek sesle ya da içinden sorduğu ilk sorular:

- Bana ne yapılacak?
 - Neye benziyor?
 - Ne kadar büyüklükte ve nerede olacak?
 - Sonraki yaşamım nasıl olacak? gibi hasta için önemi büyük olan sorulardır.
- Bu nedenle hasta ve yakınlarının bu konularda bilgilendirilmeleri çok önemlidir.

Ameliyat sonrası eğitim planı; sağlıklı stomanın özelliklerini, stoma torba sistemini, torba değiştirme işlemini, peristomal deri bakımı ve korunmasını içermelidir.

Ameliyat Sonrası Stoma Bakımı

Stomalı bireylerde ameliyat sonrası stomaya uyum uzun zaman alabilmektedir. Stomalı birey kendini normal bir kişi olarak kabul etmemekte ve işe yaramadığını, normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünebilmektedir. Stomalı bireylerin karşılaştıkları bu sorunlar uygun bakım ile önemli ölçüde azaltılabilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası bakımın ana ilkelerinden biri; **“temel stoma bakım becerilerinin”** bireye kazandırılmasıdır.

Kolostomi Bakımı

- ➔ **Stomanın Değerlendirilmesi Ve Kolostomi Torbasının Değiştirilmesi**
- ➔ Tüm malzemeler hazırlanır.
- ➔ İşlem öncesi torba boşaltılır, miktar kaydedilir.
- ➔ Pozisyon verilir.
- ➔ Cildi tahriş etmemek için torba yavaşça çıkarılır.
- ➔ Ilık su ile stoma çevresindeki tüm atıklar temizlenir ve yumuşak bir şekilde kurulanır, stomanın rengine dikkat edilir.
- ➔ Hasta torbalı veya torbasız banyo yapabilir.
- ➔ Torba 1/2 ya da 2/3'ü dolduğu zaman boşaltılır.
- ➔ Koku giderici ya da önleyici filtreler kullanılır.

Deri Bakımı ve Temizliğinin Öğretilmesi

Kolostominin stomal açıklığı genellikle pembe ya da kırmızı renktedir. İntestinal mukozada küçük kan damarlarının fazlalığından dolayı stoma, parmakla tırmalandığında ya da bir havlu ile ovuşturulduğunda kolaylıkla kanayabilir. Dışkıının içeriğindeki bazı kimyasal maddeler deride tahrişe yol açabileceğinden, deri bakımı ve temizliği önem taşır. Stoma, etrafında duyu sinirleri olmadığı için hassas ve rahatsız edici değildir, bu nedenle deri temizliğinde dokunmakla ağrı hissi uyanmayacağı bireye açıklanmalıdır.

Stoma çevresindeki derinin bakımı; ılık su ve yumuşak bir kağıt mendil veya gazlı bezle yapılmalıdır. Torbayı çıkardıktan sonra stoma ve çevresi silinmeli ve sildikten sonra iyice kurulanmalıdır. Sıvı / katı yağ ve pomadlar, temizlikte eter ve benzeri maddeler kesinlikle kullanılmamalıdır.

Diyet

Stomalı bireyler istedikleri her şeyi yiyebilirler. Ancak beslenmenin iyi dengelenmiş olması gerekmektedir. Birey, gaz ve koku arttırıcı yiyecekler konusunda bilgilendirilmelidir. Stomalı bireylerin de kabız ya da ishal olabileceği unutulmamalıdır. Yetersiz ve uygun olmayan diyet, yetersiz sıvı alımı, hareketsizlik ve bazı ilaçlar kabızlığa neden olabilmektedir.

Sosyal Aktiviteler

Birey sağlığına kavuşur kavuşmaz daha önceki sosyal yaşantısına dönebilmektedir. Stoma bakımının özenle yapılması ve bakımda uygun malzemelerin kullanılması, bireyin koku/gaz çıkarma korkusu gibi sorunlarla karşılaşma durumunu azaltmaktadır. Ayrıca bireylerin arkadaş ve akrabalarıyla aynı ortamı paylaşmaları, onları yalnızca sosyal yönden değil, aynı zamanda psikolojik yönden de olumlu olarak etkilemektedir.

Kolostomiye İlişkin Sorunlar

Stomalı bireyler fizyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere pek çok sorunla karşı karşıya kalabilmektedir. Fizyolojik sorunlar arasında gaz ve koku oluşumu, dışkı sızıntısı, deri sorunları, yorgunluk, iştahsızlık, hazımsızlık, bulantı, ishal, kabızlık, ağrı yer almaktadır.

Bireyler en çok koku ve dışkı sızıntısından rahatsızlık duymaktadırlar. Stomalı birey, gaz ve koku çıkması nedeniyle kendini toplumdan soyutlama eğilimi göstermekte, ameliyat öncesi yaptığı sosyal aktiviteleri, ameliyat sonrası yapmak istememektedir. Bireylerin aile ve sosyal ilişkileri de aynı ölçüde etkilenmekte, bireylerde ameliyat sonrası işi bırakma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme görülebilmektedir. Fizyolojik ve sosyal sorunların yanı sıra psikolojik sorunlarda yaşayan stomalı birey, beden imajının değişmesi ile birlikte vücudunda olan değişikliği kabullenmede zorlanmakta ve stomasını görmek istememektedir. Stomalı bireylerin karşılaştıkları bu sorunlar uygun bakım ve bütüncü yaklaşım ile önemli ölçüde azaltılabilmekte ve zamanla tamamen önlenabilmektedir.

Kolostomi İrrigasyonu

Stoma aracılığı ile kalın barsak içerisine belli miktarda sıvı verilerek barsak içeriğinin boşaltılması işlemidir. Kolostomi irrigasyonu barsağın boşalmasını sağlamak için kullanılan mekanik bir yöntemdir.

İrrigasyon işleminde 24, 48 ya da 72 saatte bir ostomi aracılığı ile barsak içerisine belli miktarda sıvı verilir. Barsak içerisine verilen sıvının oluşturacağı mekanik basınç etkisiyle barsakta peristaltik hareketler oluşur ve barsak boşalır. Ancak bu işlemin uzun süreli ve rutin uygulanması önerilmez. Yalnızca dışkının şekillenme aşamasında olduğu sigmoid kolostomilerde, hastalara dışkı yönetimini kazandırmak amacıyla uygulanabilir.

- Stomal stenoz,
- Parastomal herni,
- Prolapsus,
- Radyasyon enteriti ve
- Fistül varlığında

kesinlikle irrigasyon yapılmamalıdır.

Kaynaklar

1. Şelimen D.: Stomalı Hastalara Genel Bir Bakış, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özer Matbaacılık, İstanbul, S: 3-4,1995.
2. Aksoy G.: Stomalı hastanın bakımı, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özer Matbaacılık, İstanbul, S:13-20, 1995.
3. Sökücü N.: Stoma endikasyonları ve komplikasyonları, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özer Matbaacılık, İstanbul, S: 9-12, 1995.
4. Karadağ A., Baykara Z., Cihan R.: Kompleks Bir Stomanın Bakımı: Olgu sunumu, Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi, S: 138-44, 2008.
5. Menteş B, Karadağ A.: Kolostomili Ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap, Ankara 2001.
6. Ayaz S., Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü, Türkiye Klinikleri J Med Sci 27:86-90, 2007.
7. Forgione P., Cataldo P.: Colostomy, Operative Techniques in General Surgery, vol.5, No:4 (December), pp. 264-72, 2003.
8. Toth P. E. : Ostomy Care and Rehabilitation in Colorectal cancer, Seminars in Oncology Nursing, Vol. 22 No:3 (August), 2006.

Stoma Terapi Üniteleri ve Yaşam Kalitesi

Yük. Hem. Yasemin Akıl

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

Dünya sağlık örgütü, “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlar yaşam kalitesini (quality of life). Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Stomaterapi üniteleri ve stoma bakım hemşiresi ostomili bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir role sahiptir. Stoma ile birlikte iyi bir yaşam sürdürmek, hastanın uygun hazırlanması, eğitilmesi ve etkili bir rehabilitasyonla sağlanabilir stomaterapi üniteleri ölçüsünde üretken, kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlamaktır. Stomaterapide temel felsefe, stomayı gaitanın dışarı atıldığı bir açıklık olarak değil, kişinin normal yaşantısını sürdürebilmesi için cerrahi olarak oluşturulan yeni bir organ gibi görmektir. Bu bakış açısıyla stomaterapide, hastanın en hızlı şekilde kendi bakımını üstlenmesi ve kaliteli bir yaşam sürdürmesi hedeflenmektedir. Stoma bakım hemşiresinin rolleri arasında eğitim, kanıta dayalı hemşirelik, araştırma ve stoma bakım ürünlerine karar verme yer almaktadır. Stomalı bireylerin yaşam kalitelerinde stoma bakım malzemeleri önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle özellikle malzemelerin doğru ve yerinde kullanımında etkili bir rehabilitasyon programı son derece önemlidir. Stomaterapi diye adlandırılan bu rehabilitasyon süreci; hasta ve ailesini ameliyata ve ameliyattan sonraki yaşantılarına ilişkin bilgilendirme, ameliyat öncesi stoma bölgesinin belirlenmesi, komplikasyonların önlenmesi ve bakımı, psikolojik destek sağlama, ilgili teknik becerilerin kazandırılması, stoma bakım ürünlerinin doğru kullanımı ve hastaların periyodik takibini içermektedir. Stomaterapi ünitelerinin ilk kurulduğu yıllarda bu ünitelerde sadece yara ostomi, ve inkontinansı olan bireylere yönelik eğitim, bakım ve danışmanlık hizmeti verilmekteydi. Stomaterapinin öneminin anlaşılması ve stoma bakım hemşireliğinin gelişmesine paralel olarak, bu üniteler aynı zamanda birer eğitim ve danışmanlık merkezi konumuna ulaşmıştır. Günümüzde stomaterapi ünitelerinde preoperatif ve postoperatif hasta bakımı ve hastaların düzenli takibine ek olarak şu hizmetler yürütülmektedir;

- Yara, ostomi ve inkontinansı olan bireylerin tedavive bakımından sorumlu sağlık personelini eğitme,
- Stomalı bireylere yönelik destek grupları oluşturma,
- Stomalı bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması ve ürün temini konusunda ulusal sağlık sistemi ve özel sağlık sigortalarının düzenlenmesine yönelik çalışmalarda bulunma,
- Konu alanına yönelik kurumsal ve ulusal boyutta bilimsel çalışmalar yürütme,
- İleostomi, kolostomi, üriner diversiyon ve yara bakımına ilişkin eğitim materyalleri geliştirme.

Stomaterapi hizmeti bazı ülkelerde ayrı bir birim olarak isimlendirilen ‘stomaterapi merkezleri’nde, ya da ‘lokal stomaterapi üniteleri’nde, bazı ülkelerde ise kolorektal cerrahi kliniği içinde verilmektedir. Stomaterapi ünitelerinin kolorektal cerrahi veya genel cerrahi klinikleri ile aynı mekanda bulunması sistemin işleyişini kolaylaştırmaktadır. Böyle bir sistem, stoma bakım hemşiresinin hekimle birlikte karar vermesi gereken durumlarda, hekimin hastayı hemen görmesini ve kararların hızlı alınmasını sağlayacaktır. Stomaterapi ünitesinin fiziksel yapısı ve donanımı hizmetin kalitesini etkilemektedir. Bu ünitelerin danışmanlık hizmetinin verilebileceği, hastanın mahremiyetinin sağlandığı ve havalandırması iyi olan rahat bir ortam olması gerekir. Stomaterapi ünitelerinde takip edilerek sürekli bakım ve danışmanlık hizmeti alan hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar ile daha iyi baş edebildikleri, komplikasyon oranının düşük ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Bu araştırmalar: Stomalı bireylerin stoma açıldıktan sonra yaşamında oluşan değişiklikleri incelenmesi çalışmasında fiziksel ve ruhsal sorunların yanı sıra ağrı yaşadıkları sosyal yaşamda uyumlarında problem yaşadıkları, stoma eğitiminin komplikasyon gelişimi üzerine etkisi çalışmasında stoma komplikasyonlarının azaldığı tespit edilmiştir. Stomaterapi ünitelerinde takip edilerek sürekli bakım ve danışmanlık hizmeti alan hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar ile daha iyi baş edebildikleri, komplikasyon oranının düşük ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Sonuç olarak, stomaterapi üniteleri ve stoma bakım hemşireleri, stomalı bireylerin karşılaştıkları sorunların çözümünde ve stomayla birlikte yaşamaya uyum sağlamaları yaşam kalitesini artırmaktadır.

Stomalı Bireylerde Gelişebilecek Komplikasyonlar

Doç. Dr. AyiŖe Karadağ

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi, HemŖirelik Bölümü

Stomalar ince bağırsaktan (jejunostomi, ileostomi ve kontinent ileostomi), kalın bağırsaktan (çekostomi, asending, transvers, desending, sigmoid kolostomi) ya da üriner sistemden (vezikostomi, üreterostomi, nefrostomi, kontinent veya inkontinent conduitleri) açılabilir. Stoma açılan bireyin bakımı Stoma Bakım HemŖiresi (SBH) ya da ilgili cerrahi kliniklerde çalışan hemŖirelerin en önemli sorumluluklarından birisidir. Temelde altta yatan patolojiyi ortadan kaldırmak ya da bireyin daha kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlamak amacı ile açılan bağırsak stomaları, aynı zamanda bireyin tüm yaşantısını etkilemektedir.

Stoma açılan birey hem majör bir ameliyatla hem de önemli bir bedensel fonksiyonun kaybıyla baş etmek zorundadır. Stomalı birey, beden görünümünde değişiklik ve çocukluğundan itibaren kazanmış olduğu boşaltım fonksiyonu üzerindeki kontrol gücünü kaybetme sorunu ile karşı karşıyadır. Bağırsak boşaltımı üzerinde kontrolünü kaybetme; bireyin beden imajını zedeleyerek benlik saygısında azalmaya yol açabilmektedir.

Stomalı bireyleri önemli ölçüde etkileyen diğer bir durum stomaya ilişkin komplikasyonlardır. Cerrahi tekniklerdeki ve stoma bakım ürünlerindeki gelişmelere rağmen stomalarda komplikasyon oranı hala yüksektir. Cilt komplikasyonları gibi bazı komplikasyonlar bireyin yaşamını tehdit etmez, ancak torbanın yerleştirilmesini zorlaştırarak sızıntıya, koku oluşumuna, torbanın herhangi bir yerde ciltten ayrılarak düşeceği korkusuna, kişinin istediği kıyafetleri giyememesine ve sosyal izolasyona yol açabilir. Öte yandan strangölasyonla sonuçlanan bir herniasyon bireyin yaşamını tehdit edebilir. Komplikasyonların tedavisi cilt bakımı, torba sisteminin değiştirilmesi gibi basit önlemlerden stoma bölgesinin değiştirilmesine kadar uzanan bir yelpaze oluşturur. Komplikasyonların tedavisindeki temel ilke; önleme ve erken saptamadır.

Stomalı bireylerin stomaterapi ünitelerinde takip edilmesinin hasta ve sağlık sistemi açısından pek çok avantajı vardır. Düzenli izlem ve değerlendirme komplikasyonların erken dönemde saptanması ve kolayca önlenmesini sağlayanın yanı sıra, uygun torba/adaptör sistemi ve yardımcı bakım ürünlerinin doğru seçimi için de gereklidir. Örneğin değerlendirme sonucunda stomanın retrakte olduğu tespit edilirse konveks torba/adaptör sisteminin kullanılması, alerjik reaksiyon saptandı ise patch (yama) testi ve adaptörün değiştirilmesi gibi planlamaların yapılması gereklidir. Parastomal alanın değerlendirilmesi sonucu herniasyon saptandığında; yapışkan yüzeyi geniş olan ya da çift yapışkan içeren, tek parçalı torba kullanılmalıdır. Değerlendirme ayrıca hasta ve yakınlarının eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde hemŖireye yardımcı olur.

Stomaya ilişkin komplikasyonlar ameliyattan hemen sonra gelişen komplikasyonlar (kanama ve iskemi), ameliyat sonrası erken dönemde gelişen komplikasyonlar (kanama, iskemi, loop ileostomide fazla çıktı ve tıkanıklık) ve geç dönemde gelişen komplikasyonlar (peristomal cilt problemleri, stenoz, parastomal fitik, prolapsus, sıvı elektrolit kaybı, böbrek taşı ve sağra taşı) olmak üzere üç grupta incelenebilir. Bu sunuda, sık karşılaşılan peristomal cilt sorunları ile stoma iskemisi ve nekrozu, kanama ve mukokütanöz ayrılma komplikasyonlarında tedavi ve bakım girişimleri ele alınacaktır.

Yaygın Görülen Peristomal Cilt Komplikasyonları

Komplikasyon	Belirti ve Bulgular	Girişimler
Folikülit: Kılların travmatik bir şekilde çıkartılması nedeniyle oluşan kıl foliküllerinin bakteriyel enfeksiyonudur. Başlıca nedenleri; peristomal cildin sık tıraş edilmesi, yanlış tıraş tekniği, torbanın adaptörün ciltten sert çıkartılması.	Kıl foliküllerinin dibinde toplu iğne başı büyüklüğünde kızarıklık, papüller ya da püstüller vardır. Kaşıntı.	Peristomal kılların elektrikli tıraş makinesi ile tıraş edilmesi ya da makasla kesilmesi. Kılların büyüme yönüne doğru tıraş edilmesi. Torbanın/adaptörün uygun teknikle çıkartılması. Adaptörü çıkartırken çözücülerin kullanılması. Cilt koruyucuların kullanılması. Topikal anti bakteriyel pudra kullanılması.
Mantar enfeksiyonu: Etken Candida albicansdır. Ilık ve nemli ortam, Diabetes mellitus, İmmünoşüpresyon ve antibiyotik kullanımı riski artıran faktörlerdir.	Sadece stratum corneum etkilenmiştir. Lezyonlar kıl foliküllerinin dışındadır. Başlangıçta lezyonlar papül şeklindedir, sıklıkla plaklara dönüşür. Lezyonların merkezi parlak kırmızı renklidir. Kaşıntı vardır.	Peristomal alan kuru tutulur. Stoma torba kılıfı önerilir. Adaptör/torba uygun şekilde yerleştirilerek sızıntı önlenir. Antifungal pudralar kullanılır.
İrritan Dermatit: Proteolitik sindirim enzimleri, dışkı içindeki çeşitli maddeler, sabunlar ve çözücüler gibi kimyasalların yol açtığı deri bütünlüğünde bozulma.	Peristomal cilt nemli, kırmızı görünümüne ve ağırlıdır, yüzeysel doku kaybı vardır.	Torba/adaptör sistemi değiştirilir. Hastanın kullandığı ürünler, uygulama tekniği değerlendirilir, düzeltilir. Genellikle yan ürünler ve/veya konveks sistem kullanımı ile sorun çözülür. Dermatite yol açtığı düşünülen ürünler kullanılmaz. Örn; çözücüler. Eğer ciltte kızarıklık var fakat bütünlüğü bozulmamış ise korunur. Cildi korumak için adaptörün altına alkol içermeyen cilt bariyeri sürülür. Cilt bütünlüğü bozulmuş ise cilt koruyucu pudra kullanılır. Cilt bütünlüğündeki bozulma ciddi ise yara örtüleri kullanılır.
Pseudoverrucous lezyonlar (Hiperplazi): Parastomal dokunun sürekli olarak kronik irritana maruz kalması sonucu aşırı derecede çoğalması durumudur. En önemli nedeni torbanın/adaptörün uygun yerleştirilmemesi sonucu cildin sürekli olarak stomadan gelen çıktı ile temas etmesidir.	Cilt yüzeyinden kabarık siğil görünümünde, genellikle gri/beyaz ya da kırmızımsı kahve renklerinde lezyonlar vardır. Lezyonlar stomanın tabanında başlar ve dışı doğru genişler. Ağrılıdır. Kolayca kanayabilir	Dışkının peristomal alana teması önlenmelidir. Bunun için kullanılan torba/adaptör sistemi ve hastanın stoma bakımını yapma tekniği değerlendirilir. Uygun torba ve adaptör sistemi kullanılır. Torbanın/adaptörün ciltte kalabileceği süre uzatılır. Adaptörün altına cilt bariyeri sürülür. Nadiren, stomanın yeri değiştirilir.
Alerjik Dermatit: Cildin herhangi bir alerjene karşı verdiği immünolojik cevaptır. Torbanın/adaptörün yapıştırıcılarına karşı alerji gelişebilmektedir. Herhangi bir alerjene duyarlı olan birey alerjen ürün ile ilk karşılaştığında antikor geliştirir, aynı ürünün daha sonra kullanılması durumunda alerjik cevap gelişir.	Peristomal cilt eritemli, ödemli, aşınmış görünümündedir ve kanama olabilir. Kaşınma, batma, yanma vardır. İnflamatuvar reaksiyon ürünün kapladığı alanla sınırlıdır.	Alerjeni tespit etmek için yama (Patch) testi yapılır. Alerjiye yol açtığı düşünülen torba/adaptör ya da diğer ürünler kullanılmaz. Uygun cilt bakımı yapılır. Gerekirse steroid kullanılır. Nonadhesive ostomi adaptörü/torbası kullanılır.
Peristomal varisler (Kaput medusa): Portal hipertansiyonlu hastalarda, mukokütanoz birleşim yerinde portal sistemik şant nedeniyle oluşan basınç, venöz dolgunluk oluşturur ve stoma çevresindeki cilt mavimsi mor bir görünüm alır.	Stoma çevresinde mavimsi-mor renk değişikliği, bölgeye bastırıldığı zaman renk açılır, düzensiz, küçük kan damarları belirginleşir. Mukokütanoz birleşim yerinde çok fazla kanama gelişebilir.	Altta yatan neden belirlenir ve tedavi edilir. Kanama durumunda; doğrudan basınç uygulama, gümüş nitrat gibi hemostatik ajanlar, koterizasyon, skleroterapi, mukokütanoz disconnection ve nadiren stomanın yerinin değiştirilmesi uygulanabilecek yöntemlerdir. Kanamaya yol açmamak için; adaptör/torba nazikçe çıkartılır, cilt zedelenmeden temizlenir, güçlü yapıştırıcısı olan adaptör/torba sistemi kullanılmaz. Hasta peristomal alanın bakımı ve kanamanın kontrolü hakkında eğitilir. Stoma bölgesi değiştirilirse varisler yeni açılan stomanın etrafında da gelişebilir.

Stomalı Bireylerin Yaşadığı Sorunlar

Prof. Dr. Deniz Şelimen

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Stoma açılması bireyin tüm yaşam sürecini derinden etkileyerek o güne kadar alıştığı ve sürdürdüğünden farklı yeni bir yaşam biçimine uyum sağlamasını gerektirir. Gelişen teknolojilerin ışığında günümüzde cerrahlar ve sağlık çalışanları için teknik açıdan çok basit bir işlem haline gelmesine karşın, stoma uygulaması bireyin kendine bakış açısına olduğu kadar, aile içi yaşamına ve sosyal yaşamına önemli boyutlarda farklılıklar getirir. Hastanın bilinçaltında benliğini, kendine olan saygısını, mahremiyetini, bağımsızlık ve verimlilik duygularını, cinsel yaşantısını, beden imajını etkileyen bir durumdur. Dışkı ve gaz çıkışının kendi kontrolünde olmaması utanma ve suçluluk duygularının ortaya çıkmasına, çevreden uzaklaşarak sorunlarla baş başa kalmasına neden olur.

Yaşanan bu sorunların şiddeti ve etkisi hastadan hastaya değişiklik gösterir. Bu değişiklik bireyin kişilik yapısına, genel durumuna, ona bakım veren kişilere, ailesine, sosyal çevresine özellikle de stoma ile tanışma şekline bağlıdır.

Hastaların gerek kişisel gerekse dinsel inançlarını, hastalık ve ağrıyla ilgili beklentilerini, davranışlarını, tutumlarını içeren kültürel geçmişleri, mevcut fiziksel değişiklikler ve ortaya çıkabilecek problemlerle baş edebilmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle stomalı yaşam hakkındaki açıklamalar hastaların yaşına ve kültürüne uygun yapılmalıdır.

Ameliyat öncesi dönemde hastanın problemleri tanımlanmalı ve korkularını azaltmak için çözümler hastayla birlikte tartışılmalıdır. Ayrıca hastanın mental sağlık sorunlarının olup olmadığı belirlenmelidir.

Stomalı bireylerin sorunları yaşa ve cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Bebeklik döneminde stoma uygulamalarında, bebek fizyolojik sorunlar yaşarken, aile ve yakın çevresinin emosyonel ve sosyal problemlerle karşı karşıya olduğu unutulmamalıdır. Küçük çocuklara oyunla ya da drama aracılığı ile yaklaşımda bulunulması olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bu oyunlara anne ve babanın da katılımı sağlanarak stoma eğitimi yapılabilir.

Püberte dönemi beden imajı açısından önemli bir dönemdir. Vücut görünümünde akut değişiklikler söz konusudur. Beğenilme arzusu, giyim stili önem taşıdığından psikolojik travmalar ortaya çıkabilir. Hastanın ve ailesinin problem olarak gördükleri şeyler biri birinden farklıdır. Aile kariyeri, evlilik durumunu, anne- baba olması durumunda neler yaşayacağı gibi uzun vadeli problemleri düşünürken, hasta yalnızca yaşadığı günü, yarını, arkadaşları tarafından beğenilmeme ve dışlanma gibi kısa vadeli sorunları düşünür.

Genç erişkin döneminde hasta fizyolojik, psikolojik, seksüel ve sosyal problemlerin tümünü yaşayabilir. Cinsel ilişki sırasında stomanın görüntüsü ve beden algısı ön plana çıkar. Kısırlık, hamilelik, anne – baba olmada sorunların neler olacağı konusunda endişelidir.

Orta yaş dönemi bazı fizik değişikliklerin ortaya çıktığı, menapozun başladığı, yaşlılığa doğru adım atıldığının kabul edildiği ve emeklilik hazırlığının yapıldığı bir dönemdir. Orta yaş hastası aynı zamanda eşleri tarafından atılma, dışlanma, ilişkilerinin bozulması korkusunu yaşar. Parasempatik sinirin hasarına bağlı olarak impotans gibi fizik nedenlerle seksüel problemler ortaya çıkabilir.

Yaşlılık döneminde stomayla ilgili problemler daha fazla görülmektedir. Günlük yaşamla ilgili zorluklar kadar stomayla baş etmeye yönelik sorunlar da yaşamaktadırlar. Fizik kapasitede azalma ve mental açıdan gerileme söz konusudur. Genellikle değişiklikten korkarlar ve alışmada zorluk çekerler. Ölümün stoma açılmasından daha iyi olduğunu düşünürler. Alışık oldukları beden imajlarının değişmesini istemezler. Bu yaş döneminde yaşama bağlı kalabilmeleri için mutlaka sosyal olmaları ve bazı duyguları yaşamaları gerekmektedir. Aksi halde kendilerini yalnız ve izole hissedeceklerdir.

Fizik yeteneklerinde azalma, mental gerilemeler ve kendi öz bakımlarını sürdürmeleri zorlaşacağından, stoma bakımını öğrenmeleri zaman alacaktır. Barsak fonksiyonları yavaşlayacağından defekasyon sorunları ortaya çıkacaktır. İletişim sorunu öne çıkabilir. Açıklamaları anlamaları için daha uzun süreye gereksinimleri vardır. İşitme problemleri nedeniyle stoma bakımı yapılırken ve öğretilirken yüksek sesle açıklama yapılmalıdır. Bağımsızlıklarını kaybettikleri durumlarda başkalarına güvenmeyi isterler.

Stoma bakımında bireylere uygulama becerilerini öğretmek zor bir süreçtir. Stomaya uyum sırasında günlük yaşamı sürdürme ve normal yaşam stiline ulaşma zaman almaktadır. Fiziksel bağımsızlık ve öz bakımın yeniden kazanılması öncelikli olsa da bireylerin psikolojik gereksinimleri göz ardı edilmemelidir.

Bireyin ve ailenin bu stresle başa çıkabilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi en önemli gereksinimleridir. Tüm hastalara kültürleri ile uyumlu bir yaklaşımda bulunulması gerekir. Unutmamalıdır ki yaşı, cinsiyeti, sosyal iletişimi ne olursa olsun “stoma”nın varlığı birey ve ailesi için büyük bir stres kaynağıdır.

Stomada Aile Eğitimi

Yard. Doç. Dr. İkbâl Çavdar

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Günümüzde sağlık sistemindeki değişim ve gelişmeler sağlık bakım sistemlerini, yapısını değiştirmekte bu durum hastaların hastanede yatış sürelerini kısaltmakta, tedavilerini daha karmaşık hale getirmekte, yaşam biçiminde değişimlere yol açmakta, hasta ve ailesinin öz bakımla ilgili sorumluluklarını arttırmaktadır. Bu değişim ve gelişmeler hasta birey ve ailesinin gerekli sağlık eğitimini alma hakkını gündeme getirmekte ve bu eğitimin sistematik, nitelikli bir şekilde yerine getirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık eğitimi içinde yer alan hasta ve aile üyelerinin eğitimi ostomi hemşiresinin işlevlerinden biridir.

Yaşı, cinsiyeti, sosyal iletişimi ne olursa olsun stomanın varlığı birey ve ailesi için büyük bir stres kaynağıdır. Stomalı hasta ve ailelerin rehabilitasyonunda vazgeçilmez bir faktör olan eğitim, ailede bireyler arası etkileşimin dikkate alınmasını gerektirmektedir.

En küçük sosyal birim olan ailede, aile bireylerinin birinde var olan sağlık sorunu genellikle ailenin diğer üyelerini ve aile dinamiklerini güçlü bir şekilde etkileyerek rollerde ve yaşam biçiminde değişikliğe yol açmakta ve hastanın iyileşme sürecini yakından etkilemektedir. Özellikle stoma cerrahisinin bireylerce travmatik bir girişim olarak algılanmasının yanı sıra beden imajında değişiklik oluşturan bir girişim olması, hastaların çeşitli fiziksel ve psikososyal sorunlar deneyimlemelerine ortam hazırlamaktadır.

Hastanın tutumu kadar ailenin tutumu da iyileşme sürecini yakından etkileyen önemli bir etkidir. Hastanın dolayısıyla ailenin sağlık sorunlarıyla başa çıkabilecek davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için eğitime, rehberliğe ve desteğe gereksinimi vardır. Bu nedenle hasta, ailesi ile birlikte ele alınmalı, aile eğitim sürecinin her aşamasına katılmalıdır. Aile eğitiminde öğrenme yalnızca bilginin kazanılması olmayıp temel amaç, nitelikli yaşam sürdürecekt davranış değişikliğinin kazanılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda gerçekleştirilen eğitim etkinliklerinde bireysel bir yaklaşım sergilenmeli, ailenin özellikleri ve gereksinimleri ele alınmalıdır. Eğitimin başarısı hasta birey ve ailesinin alınan kararlara ve eğitim sürecinin tüm aşamalarına etkin bir şekilde katılmasına bağlıdır. Ostomi bakımı hakkında aile üyelerine uygulama ağırlıklı eğitimi içeren, duygusal destek ve güven sağlayan programlar oluşturulmalıdır.

Aile Eğitim Süreci

Sorun çözümlmeyi yansıtan eğitim süreci, doğal olarak hemşirelik süreciyle bütünleşmiştir. Öğrenme gereksinimini belirleyecek olan verilerin toplanması, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşur.

Veri Toplama

Aile eğitiminin başarısı eğitim sürecini olumlu/olumsuz olarak etkileyen etkenler hakkında gerekli olan verilerin toplanmasıyla yakından ilgilidir. Bunlar;

Hasta birey ve aile üyelerinin öğrenme gereksinimlerine yönelik veriler; öğrenmede kritik olan öğeler saptanarak ilgili etkinlikler ve içerik bu doğrultuda düzenlenir. Stoma nedir, görünümü nasıldır, bakımı nasıl yapılacak, karşılaşılabilecek sorunlar, komplikasyonlar, cinsel yaşam, hamilelik vb.

Öğrenme kapasitesine yönelik veriler; zihinsel, fiziksel ve emosyonel gelişme düzeyi, duyu organlarının durumu, zihinsel yeterlilik, eğitim düzeyi vb. veriler elde edilir.

Öğrenmeye güdülenme/istek duymaya yönelik veriler; öğrenmeye istek duyma öğrenmeyi olumlu yönde etkileyen en önemli etkidir. Öğrenmeye istek duymayı etkileyen sosyo-kültürel yapı, sağlık hizmeti verenlere karşı yaklaşım, yorgunluk vb. özellikler dikkate alınır.

Öğrenme ortamına yönelik veriler; hastane ve ev ortamının öğrenmeyi destekleyecek şekilde düzenlenmesine yönelik veriler yer alır.

Öğrenmeyi destekleyecek kaynaklara yönelik veriler; gerekli araç-gereç, eğitim kitapçığı, vb. hakkındaki verilerdir.

Hemşirelik Tanısı

Veriler toplandıktan sonra değerlendirilir ve üç öğrenme alanı dikkate alınarak (bilişsel, duyuşsal, devimsel)

spesifik öğrenme gereksinimini belirten hemşirelik tanısı konur. **Bilgi eksikliği** olarak ifade edilen hemşirelik tanısı gerekli açıklamayı içermelidir.

Planlama

Öğrenme gereksinimleri belirlenip hemşirelik tanısı konduktan sonra öğretim planı hazırlanır. Planlama, öğrenme hedeflerinin belirlenmesi, öğretimde önceliklerin saptanması, uygun yer, zaman ve gerekli sürenin belirlenmesi, öğretim yöntemi ve tekniklerinin seçilmesi, değerlendirme yöntemlerinin saptanması, kullanılacak kaynakların, materyalin belirlenmesi etkinliklerini içerir.

Uygulama

Bireysel yaklaşım ve uygun olan öğretim yöntemleri ile gerçekleştirilir. Uygulamada kültürel yapı dikkate alınmalı, anlaşılır bir dil kullanılmalı, gerekli tekrarlar yapılmalı, eğitim materyali eğitim düzeyi dikkate alınarak hazırlanmalı, yetişkin eğitimi/andragojik yaklaşım tercih edilmelidir.

Değerlendirme

Stomalı ailenin eğitiminde hedeflenen davranış değişikliklerine ulaşıp ulaşılamadığı belirlenir. Sıklıkla kullanılan yöntem sözlü/yazılı soru sorma ve gözlemdir. Eğitim çerçevesindeki girişimler belirlenmiş olan protokol ve eğitim süreci doğrultusunda hazırlanmış özel formlara kaydedilmelidir.

Sonuç olarak; aile eğitimi bilimsel yaklaşımı, disiplinlerarası işbirliğini, sürekliliği gerektirir. Bu nedenle ülke gerçeklerini ve gereksinimlerini yansıtır biçimde yaşama geçirilmeli, sağlık hizmeti veren kurumlar aile eğitiminin sorumluluğunu üstlenmeli, aile eğitimi hemşirelik eğitiminin her aşamasında hemşirelik süreci kapsamı içinde ele alınmalıdır.

Kaynaklar

Çavdar İ. Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. Cerrahi Ostomi Dergisi, 2:4,2000

Taşocak G ,Kaya H. Aile Eğitimi, Hemşirelik Bülteni,11:40,1996

Kaya H.Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları,Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi,1;1,2009

Smeltzer SC,Bare BG,Hinkle JL,Cheever KH.Textboob of Medical-Surgical Nursing, 11.ed.Lippincott Williams&Wilkins,2008

Aksoy G, Stomalı hastanın bakımı, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özer Matbaacılık, İstanbul, 1995; 13-20.

Şelimen D, Stomalı hastalara genel bir bakış, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu,Özar Matbaacılık, İstanbul,1995;3-4

Smith DB. Psychosocial adaptation. In: Hampton BG, Bryant BA (eds) Ostomies and continent diversions — nursing management. Mosby, St. Louis, (1992)

http://www.colo-proctology.com/general.php?general_page=14 Erişim Tarihi;22. 04.2009

İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Etiyolojik Faktörler

Tahsin Çolak

Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

İnflamatuvar barsak hastalıklarının klinik ve tedavilerinde büyük çelişkiler olmasının nedeni bu hastalıkların etiolojisinin tam olarak bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Günümüzden kısa bir süre öncesine kadar inflamatuvar barsak hastalıklarının (IBH) etiyojisi bilinmeyen ve patolojik mekanizması zayıfça immuniteye bağlanan bir hastalık gurubuydu. Ancak son günlerde şaşırtıcı ve hızlı bir bilgi birikimi olmuştur.

Günümüzde yaygın olarak kabul edilen görüş IBH'nın etiyojisinde çevresel faktörlerin, hastanın (kişinin) genetik alt yapısının, kişinin barsak florasının ve immun sisteminin tümünün birden IBH etiyojisinde rol oynadığıdır.¹⁻⁴

Çevresel Faktörler

IBH görülme sıklığı tartışmasız olarak sosyal ve ekonomik gelişme ile doğru orantılıdır. IBH ilk olarak kuzey Avrupa ve ABD'de görülürken, daha sonra sırasıyla tüm Avrupa, güney Amerika ve Japonya ve günümüzde ek olarak Asya'nın pasifik bölgesinde sıklıkla görülmektedir.⁵ Bu hızlı yaygınlaşmanın temelinde en çok kabul gören teori 'hijyen teorisidir'.⁶ Bu teoriye göre, bu ülkelerde güvenli yiyecek ve suyun yaygınlaşması, antibiyotiklerin yaygın kullanımı, aşıların düzenli yapılması, paraziter ve enfeksiyon hastalıklarının azalması 'kirli' yaşamdan hızlı ve keskin 'temiz' yaşama geçiş oluşturmuştur. Buda yaygın olarak mikroplarla karşılaşmaktan nadiren mikroplarla karşılaşmaya neden olmaktadır. Hayatın erken döneminde oluşan enfeksiyon hastalıklarındaki bu ciddi azalma, immun sistemin savunma yeteneklerinin zayıflamasına ve hayatın ileri döneminde oluşan ciddi immun değişikliklere karşı koyma yeteneğinin azalmasına yol açmaktadır. Buda kişinin kendi intestinal florasındaki etkenlere veya dışarıdan gelen etkenlere yetersiz ve uzamış bir immun cevap vermesine neden olmaktadır. Bu sonuç doğal olarak, alerjik, otoimmun ve IBH'nın da dahil olduğu kronik inflamatuvar süreçlerin yaygınlaşmasına neden olmaktadır.⁷

Birbirinden bağımsız bir çok çevresel faktör değişikliği ile hijyen hipotezi bağdaştırılmakta ve IBH ilişkilendirilmektedir. Bunlar: daha uygun barınma, güvenli su ve yiyecek, uygun hijyen ve yıkanma, diyet değişikliği (daha iyi ancak secici beslenme), aşılama, yaygın antibiyotik kullanımı gibi faktörlerdir.⁸ Bununla birlikte birçok çevresel faktör ise IBH için risk faktörleri kabul edilmektedir. Bunlar: sigara tüketimi, diyet, bazı ilaçlar (OK, NSAID), coğrafik ve sosyal statü, stres, barsak florası, intestinal permeablite değişikliği ve apendektomidir. Özellikle sigara IBH gidişatını değiştiren çarpıcı bir örnektir. Sigara Crohn hastalığında (CH) alevlenme sıklığını ve cerrahiye olan ihtiyacı artırmakta aynı zamanda hastalığın iyileşmesinin geciktirmektedir. Öte yandan sigaranın bırakılması Ülseratif kolit (UK) riskini artırmaktadır. Diğer bir çarpıcı örnekte oral kontraseptiflerdir (OK). OK, IBH'nın direkt nedeni değildir ancak görülme sıklığını iki kat artırır. NSAID ile IBH arasında net bir ilişki vardır. Hasta eğer NSAID kullanıyorsa relaps şansı yükselir.

Çevresel faktörlerle ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Multisentrik bir çalışmada, aşırı tatlı tüketimi (UK) ile, aşırı şeker ve tatlı, balık, kabuklu deniz ürünleri, aşırı yağ, vitamin E CH görülme sıklığını artırırken, vitamin C tüketimi UK azaltmaktadır.⁹

Kanada çalışmasında ise, çiftlikte/köyde yaşamamak, düşük yağlı süt tüketiminin az olması, ve sigara IBH ile ilişkili bulunmuş uzun yaşamak ve sigara içmek ise CH ile, buna karşılık bir kedinin olması ve büyük ailede yaşamak ise CH karşı koruyucu bulunmuş.¹⁰

Genetik ile aile arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir başka çalışmada, hasta olan ve olmayan bireylerin sereolojik (ASCA, ASCAg, ALCA, ACCA vb) ile genetik varyantların (CARD15, TLR4, NOD1, CARD18 vb) değişmediği ve hasta olan bireylerde temel faktörün çevresel olduğunu idda etmektedir.¹¹

Genetik

Her ne kadar çevresel faktörlerle IBH arasında net bir ilişki olduğu kanıtlanırsa da, yaygın olarak inanılan şey: kişisel olarak IBH'na yatkınlık olmadan hiçbir çevresel faktör tek başına UK'in veya CH'nın nedeni olamaz. İşte bu yatkınlık genetik duyarlılığa bağlıdır ve son dönemlere bazı genler ile IBH arasında ilişkiler bulunmuştur.

IBH'da genetik etkenler ilk defa 2001 yılında IBD1 (NOD2/CARD15) geninin bulunmasıyla başladı. Bu gen bakteri duvarına karşı gelişmiş bir gendir.^{12,13}

Daha sonra DLG5 ve IBD5(SLC22A4 ve SLC22A5) genlerinin IBH ile ilişkili olduğu keşfedildi. Bu genler daha çok mukozal integrite ile ilgili olan genlerdi ve bu hastalıkların mukozal bariyer disfonksiyonlarına yol açtığını gösteriyordu.¹⁴

Akabinde IL23R geni ve varyantlarının bulunması ve bu reseptörün IBD ile ilişkisinin bulunması geniş bir şekilde çalışılmıştır. Bu gen direkt IBD hastalığıyla ilişkisinden çok, bu genin bulunması IBD olma olasılığını arttırmaktadır. Ancak bu genetik faktörün önemi, Th17'nin ürettiği anahtar proteindir ve bu bunun salınması, IL17, IL6 ve TNF- α gibi sitokinlerin üretilmesine neden olur ki bunlar antibakterial cevap oluşturur¹⁵

Daha sonra 'single nuklotid plomorfizm' (SNP) ve ATG16L1 geni bulunmuştur. Bu genler otofagositoz aktiviteyi göstermektedir ve genellikle intrasellüler bakterilere karşı oluşmaktadır. Bu genler bakterilere karşı oluşan defektif tanımayı ve bakterilere karşı oluşan konakçı defansını tanımlamaktadır. Bütün bu genetik çalışmalar birkaç anahtar mesaj içermektedir:

1. IBD'da gittikçe keşfedilmekte olan çok sayıda genetik varyasyon, bu hastalıkların oluşumu, görünüşleri ve klinik sonuçları üzerinde genetik faktörlerin anahtar rol oynadığı
2. Genetik faktörlerin temelde immün reaktiviteyi ve mikroplara karşı erken cevapları gösterdiği göz önüne alınırsa, genetik değişimlerin immün cevabı doğurduğunu ve akabinde IBD geliştiği
3. Her genetik değişimin tek bir patofizyolojik olaya yol açtığı kabul edilirse, IBD'nın altında yatan mekanizmanın çok geniş olduğu ve bu mekanizmaların çözülmesinin IBD patolojik değişimlerinin anlaşılmasına neden olacağı
4. Bu da bu hastalıkların daha rasyonel tedavilerin bulunmasına neden olacağıdır.

Mikrobiyal Faktörler

Bu teori ve bu teoriyi destekleyen yayınlar göreceli olarak eskidir ve fazla bir yeni gelişme yoktur. Bazı çalışmalara göre kızamık virüsü ile CH arasında bir ilişki vardır. Ancak bu konuyla ilgili yeni bir gelişme yoktur ve bu teori çok desteklenmemektedir. Diğer suçlanan bakteri ise *M. Paratüberkülozis*'tir. Bu teoriye dayanarak CH olan hastalara iki yıl boyunca klaritromisin, rifabutin ve klofazimin tedavisi verilmiş. Ancak erken veya geç dönemde bir yarar sağlanamamıştır.¹⁶ Potensiyel etken olarak çalışılan bir diğer etken ise *aderent- invazif E. Coli* dir. Bu bakteri UK yoktur ancak ileal tip CH mevcuttur. Fakat bu bakterinin inflamme olan epitelyal mukozaya ikincil olarak mı bulunduğu, yoksa mukoza inflamasyonuna kendisinin mi neden olduğu net değildir.

Ancak bağırsakların kendi florasına karşı immün toleransının kaybolduğu veya azaldığı teorisi halen gerçek gibi durmaktadır.

Kommensal Bakteriler

IBH'ı patogenezinde immün sistem cevabı barsak bakterilerini hedef alır. Bir çok hayvan modelinde deneysel kolit oluşturmak için normal bağırsak florasına ihtiyaç vardır. Buda immün sistemin barsak bakterilerini hedef almasının IBH patogenezinin merkezine koymaktadır. Buda 'bakteri yoksa kolit de yok' hipotezini ortaya çıkarmıştır. Bu teori çeşitli klinik gözlemlerle desteklenmektedir:

1. IBH'da mukozaya yapışık olan bakteri sayısında çok ciddi artış olmaktadır.
2. IBH tercihan bakteri konsantrasyonunun yüksek olduğu yerlerde oluşur (ileoçekal, kolon)
3. Fekal akımın saptırılması CH'nın tekrarlamasını azaltırken, fekal akımının yeniden sağlanması CH tekrarlamasına neden olur.
4. Enterik floranın antibiyotiklerle veya probiyotiklerle modüle edilmesi inflamasyonu azaltır
5. UK operasyonu sonrasında yapılan poucha gelişen 'pouchitis' genellikle rektal anastomozun hemen yanından başlar (steril ileum ile kolonik bakterilerin karşılaşma yeri)

IBH'da sistemik ve mukozal immünoljik aşırı reaksiyon bağırsak bakterilerinin ürettiği antijenlere karşı olur ve yakın geçmişte bu temellere dayanarak serum antijen titrelerinin ölçümü klinik kullanıma geçmiştir.

Sonuç olarak bu immün reaktivite otolog barsak florasına karşı oluşan ‘tolerans kaybından’ kaynaklanmaktadır. Bu tolerans kaybı mukozada uygunsuz immün cevap yaratarak CH ve UK tipik olan kronik inflamatuvar süreçte yol açmaktadır.

Ancak bu tolerans kaybının neden olduğu henüz net değildir. Son dönemlerde bulunan bakterileri-tanıma proteinindeki genetik mutasyon (NOD2/CARD15 geni) bakterilere karşı oluşan hassasiyeti vurgulamaktadır.

İmmün Faktörler

IBD patogeneğinde uzun zamandan beri mukozal immünite temel faktörlerden biri sayılmaktadır. Çalışmalar özellikle T cell fonksiyonları üzerine yoğunlaşmıştır. Bütün bu çalışmalar temelde birbirinden farklı iki temel hastalığın varlığını göstermektedir: CH’da Th1 üzerinden IFN- δ üretimi sunmaktayken, UK’te atipik Th2 üretimine cevap olarak IL13 üretiminin artmasıyla karakterizedir. Böylece IBD’deki inflame mukozada her iki hastalıkta farklı immün mekanizma çalışmaktadır.¹⁷

Bu konudaki çalışmalar temel olarak şu sonuçlara götürmektedir:

1. CH ve UK’teki bu Th1 ve Th2 yanıtı belki de doğuştan olan immün defekte bağlıdır.
2. Düzenleyici T hücrelerindeki disfonksiyon bu mukozal immün anormallikleri doğurmaktadır
3. Son olarak bulunan Th17 IBD’deki inflamatuvar cevabı düzenlemektedir.

Doğuştan olan immünite

Doğuştan immünite savaşıma hazır defans olarak tanımlanabilir ve dakikalar veya saatlar içinde devreye girer. Bu sistem spesifik olmaktan çok mikrobiyal ajanı tanımaya yöneliktir. Bu savunma sisteminde epitel hücresi, nötrofil, monosit, makrofaj gibi birçok hücre görev alır. Bu savunma sistemi hücre yüzeyinde toll-like reseptör (TLR) ve sitoplazmada NOD proteini ile olur. Son dönemlerde her iki faktöründe IBD’da arttığı ve doğuştan olan immün sistemin IBD rol oynadığına dair çok sayıda kanıt bulunmaktadır.¹⁸

Adaptif İmmünite

Doğuştan immünitenin aksine, antijen tanındıktan sonra, antijene yönelik immün cevap oluşturur. Bu süreç birkaç gün veya hafta alabilir. Bu cevap hücresel bağışıklık (T hücreleri) ile oluşur. Özellikle bu tip immün cevap ile IBH arasında ciddi bir ilişki vardır. Son dönemlerde özellikle yeni bulunan Th 17 ile IBH arasında ciddi bir ilişki görülmektedir. Bu hücre IL-23, TGF- β , ve IL-6 sayesinde çoğalır ve özellikle IL-17’yi salgılar. Th17 UK ve CD hastalarının inflame olmuş mukozasında bulunmuş ve bu hücrenin baskılanmasıyla ciddi iyileşme görülmüştür.¹⁹

Diğer Faktörler

IBH oluşan fibrozis ve angiogenezdır. Özellikle bu iki faktör bu hastalığın kliniğinde belirlemektedir. Günümüzde fibrozisin hücre ve moleküler mekanizması araştırılmaya başlanmıştır. Aynı şekilde angiogenezis te kontrolsüz hücre çoğalması ve inflamasyondan sorumlu tutulmaktadır.

Sonuç

1. IBH’nın tanımı halen tartışmalı ve oldukça karışık bir klinik antitedir
2. bu hastalıkların patolojik mekanizması halen yeni gerçekler, yeni bilgiler ve yeni umutlar çevresinde dönmektedir
3. İnfeksiyöz, alerjik, diyet, psikososyal, çevresel, mikrobiyal, vasküler, metabolik ve daha birçok temel teoriler öne sürülmesine rağmen, hemen bu teorilerin tümünün eksik yönleri vardır ve eleştirilmektedir.
4. günümüzde bu teorileri birleştirmek henüz mümkün olmamakla birlikte, IBH’nın toplumun ilerlemesinin getirdiği çevresel değişim, henüz tanımlanmamış genetik mutasyonlar, inanılmaz derecede kompleks olan barsak florası ve karmaşık immün sistem sonucunda oluştuğunu savunan geniş yelpazeli hipotezler vardır.

Kaynaklar

1. Kugathasan S, Fiocchi C. Progress in basic inflammatory bowel disease research. *Semin Pediatr Surg* 2007; 16(3):146-53.
2. Fiocchi C. Inflammatory bowel disease pathogenesis: therapeutic implications. *Chin J Dig Dis* 2005; 6(1):6-9.
3. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 2002; 347(6):417-29.
4. Xavier RJ, Podolsky DK. Unravelling the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature* 2007; 448(7152):427-34.
5. Ouyang Q, Tandon R, Goh KL, et al. The emergence of inflammatory bowel disease in the Asian Pacific region. *Curr Opin Gastroenterol* 2005; 21(4):408-13.
6. Yazdanbakhsh M, Kretsinger PG, van Ree R. Allergy, parasites, and the hygiene hypothesis. *Science* 2002; 296(5567):490-4.
7. Rook GA, Brunet LR. Microbes, immunoregulation, and the gut. *Gut* 2005; 54(3):317-20.
8. Loftus EV, Jr. Epidemiology and risk factors for colorectal dysplasia and cancer in ulcerative colitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2006; 35(3):517-31.
9. Sakamoto N, Kono S, Wakai K, et al. Dietary risk factors for inflammatory bowel disease: a multicenter case-control study in Japan. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11(2):154-63.
10. Bernstein CN, Rawsthorne P, Cheang M, Blanchard JF. A population-based case control study of potential risk factors for IBD. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(5):993-1002.
11. Joossens M, Simoons-Smit AM, Vermeire S, et al. Contribution of genetic and environmental factors in the pathogenesis of Crohn's disease in a large family with multiple cases. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13(5):580-4.
12. Ogura Y, Bonen DK, Inohara N, et al. A frameshift mutation in NOD2 associated with susceptibility to Crohn's disease. *Nature* 2001; 411(6837):603-6.
13. Hugot JP, Chamaillard M, Zouali H, et al. Association of NOD2 leucine-rich repeat variants with susceptibility to Crohn's disease. *Nature* 2001; 411(6837):599-603.
14. Peltekova VD, Wintle RF, Rubin LA, et al. Functional variants of OCTN cation transporter genes are associated with Crohn disease. *Nat Genet* 2004; 36(5):471-5.
15. Iwakura Y, Ishigame H. The IL-23/IL-17 axis in inflammation. *J Clin Invest* 2006; 116(5):1218-22.
16. Selby W, Pavli P, Crotty B, et al. Two-year combination antibiotic therapy with clarithromycin, rifabutin, and cefazolin for Crohn's disease. *Gastroenterology* 2007; 132(7):2313-9.
17. Bibiloni R, Mangold M, Madsen KL, et al. The bacteriology of biopsies differs between newly diagnosed, untreated, Crohn's disease and ulcerative colitis patients. *J Med Microbiol* 2006; 55(Pt 8):1141-9.
18. Abreu MT, Fukata M, Arditi M. TLR signaling in the gut in health and disease. *J Immunol* 2005; 174(8):4453-60.
19. Steinman L. A brief history of T(H)17, the first major revision in the T(H)1/T(H)2 hypothesis of T cell-mediated tissue damage. *Nat Med* 2007; 13(2):139-45.

İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Bakım İlkeleri

Dr. Fatma Vural

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Chron hastalığı ve ülseratif kolit barsakların kronik inflamasyonuyla karakterize olan inflamatuvar barsak hastalıklarıdır. Chron hastalığı spontan düzelmelerle ve akut alevlenmelerle seyreden, gastrointestinal sistemin ilerleyici granülatöz iltihabi hastalığı iken; ülseratif kolit ishale kendini gösteren inflamatuvar barsak hastalığıdır. Tedavi de akut inflamasyonda medikal tedavi uygulanmakla birlikte ilerleyen ve komplikasyon gelişen hastalarda cerrahi girişimler uygulanmaktadır.

Her iki kronik inflamatuvar barsak hastalığında hastanın durumu hafiften şiddetliye akut olarak değişiklik gösterebilmektedir. Chron hastalığında ishal ve kolik abdominal ağrı en yaygın semptomlardır. Eğer ince barsaklarda da tutulum varsa malabsorbsiyondan dolayı kilo kaybı da gelişebilmektedir. Sağ iliak fossada bazen kitle ele gelebilmektedir. Ülseratif kolitteki kadar sık olmamakla birlikte bazı durumlarda Chron hastalığında da rektal kanama görülebilmektedir. Hastalarda ateş gibi sistematik semptomlar da ortaya çıkabilmektedir.

Ülseratif kolitte primer semptom kanlı diyare ve abdominal ağrıdır. Ağrı diyareyle birlikte alt abdominal bölgede kramp tarzında değişken olarak orta ya da şiddetli düzeyde olabilir. Sürekli ve sabit ağrı akut perforasyonda görülmektedir. Ülseratif kolitte günlük gaita miktarı (günde dört beş kez) ve kanama artar; ateş, anoreksia ve huzursuzluk gibi sistemik semptomlar ortaya çıkar. Şiddetli vakalarda diyare kanlıdır, mukus içermektedir ve sıklığı günde 10–20 kez olabilmektedir. Ayrıca ateş, kilo kaybı total vücut ağırlığının % 10'undan fazla kayıp, anemi, taşikardi görülen diğer semptomlardır.

Komplikasyonlar

İnflamatuvar barsak hastalıklarında (İBH) hem lokal hem de sistemik komplikasyonlar gelişebilmektedir. GİS yolu komplikasyonları; kanama, perforasyon, fistül, kolonik dilatasyon ve striktürlerdir. Kolonik dilatasyonun beş cm den fazla olması toksik megakolon olarak isimlendirilir. Hastalar toksik megakolonla birlikte perforasyon riski altındadır ve acilen kolektomi uygulanması gerekmektedir. Hemoraji anemiye öncülük edebilir ve kan transfüzyonu ve demir takviyesi ile tamamlanmalıdır. Chron hastalığında perineal abse ve fistül oluşma olasılığı oldukça fazladır. Terminal ileumu içeren chron hastalığında özellikle nütrisyonel problemler yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Safra tuzları ve kobalamin terminal ileumdan absorbe edildiğinden bu bölgedeki lokalizasyonlarda yağ emiliminin bozulması ve anemi ortaya çıkmaktadır. Ülseratif kolitte toksik megakolon yaygın olmakla birlikte, striktür ve fistül oluşumu chron hastalığında daha sıklıkla görülmektedir. Hastalarda uzun süre ülseratif kolit bulunması kolon kanseri için risk faktörü oluşturmaktadır. Chron hastalığı da ince barsak kanserinde risk faktörüdür. Genç yaşta inflamatuvar barsak hastalığı gelişen ya da 10 yıldan daha fazla IBH tanısı olan hastalarda kolonoskopi önerilmektedir. IBH'nın sistemik komplikasyonları ise ateş, iştahsızlık, huzursuzluk, genel inflamasyon yanıtının ortaya çıkmasıdır. Bazı IBH olan hastalarda artritis, ankilozan spondilit, göz inflamasyonları ve cilt lezyonları da ortaya çıkabilmektedir. Chron hastalığı ve ülseratif kolitte tromboemboli görülme oranı artmaktadır. Kronik diyare ile birlikte sıvı volüm dengesizliklerine bağlı olarak böbrek taşları da yaygın olarak görülebilmektedir. Primer sklerozan kolanjit ve safra taşları da görülebilmektedir. Primer kolanjit karaciğer yetmezliğine neden olabileceği için rutin karaciğer fonksiyon testlerinin de izlenmesi önemlidir.

Tedavi ve Bakım

IBH'nda tedavinin amaçları;

- Barsağın dinlendirilmesi
- İnflamasyonun kontrolü
- İnflamasyonla mücadele
- Malnutrisyonun düzeltilmesi
- Stresin azaltılması
- Semptomatik iyileşmenin sağlanması
- Yaşam kalitesinin geliştirilmesidir.

Farklı ilaçlar tedavi amaçlı kullanılabilir. Eğer ilaç tedavisine yanıt alınamıyorsa, hastalık şiddetlendiyse ve komplikasyonlar gelişmişse hastayı kliniğe yatırmak gerekmektedir.

İlaç Tedavisi

IBH'nda beş major ilaç sınıfı kullanılmaktadır. Bunlar; 5-aminosalisilatlar, antimikrobialler, kortikosteroidler, immünoşüpresifler ve biyolojik ajanlardır. Beş ilaç sınıfı da chron hastalığında kullanılmaktadır. Aminosalisilatlar ve kortikosteroidler ülseratif kolitin tedavisini sağlamaktadır.

Cerrahi Tedavi

Chron hastalarının yaklaşık %75'i cerrahi tedaviye gereksinim duymaktadır. Cerrah tedavi, chron hastalarında remisyonları azaltmakla birlikte tekrarlama olasılığı yüksektir. İnce barsaktan büyük bir segmentin çıkarılması kısa kalın barsak sendromuna neden olabilmekte ve bu nedenle absorpsiyon alanı yetersiz kalacağından parantral nütrisyon desteği gerekmektedir. Cerrahi tedavi aşırı kanama, obstrüksiyon, peritonit gibi acil durumlarda ya da medikal tedavide başarısız olduğunda uygulanmaktadır. Chron hastalığında cerrahi teknik temel olarak strictureplasty ile daralmış olan barsağın genişletilmesidir. Bazı zamanlarda etkilenen barsağın rezeksiyonu ve uçuca anastomozu uygulanabilmektedir. Fakat anastomoz alanında hastalığın tekrarlama olasılığı yüksektir. Barsak içeriğinin abdominal boşluğa drene olduğu perforasyon durumlarında acil cerrahi tedavi gerekmektedir.

Ülseratif kolitli hastaların ise yaklaşık %25-%40'ı cerrahi tedaviye gereksinim duymaktadır. Cerrahi tedavi; hastanın tedaviye yanıtının başarısız olduğu, alevlenmelerin sıklığının ve etkilerinin artması, masif kanama, perforasyon, striktür ve/veya obstrüksiyon gelişmesi, displasiyi gösteren doku değişikliklerinin olması, karsinom gelişmesi durumlarında endikedir. Ülseratif kolit sadece kolonu etkiliyorsa tedavide protokolektomi uygulanır.

Kronik ülseratif kolitte uygulanan cerrahi prosedürler;

- 1) Total kolektomi + ileanal rezervuar + ileoanal anastomoz
- 2) Total proktokolektomi + konvansiyonel ileostomi
- 3) Total proktokolektomi + Kock kalıcı ileostomi
- 4) Abdominal kolektomi + ileorektal anastomoz

Postoperatif Bakım

IBH'nda postoperatif bakım, genel post operatif hemşirelik bakımına bezer prosedürleri içermektedir. Eğer ileostomi açıldıysa stoma fonksiyonları, mukokutaneos alan, peristomal cilt bütünlüğü gözlenmelidir. İleostomi kalıcı ise bir uç ileostomi uygulanacaktır. İyileşmeyi sağlamak için ileoanal rezervuarla birlikte geçici ileostomi yapıldığında bir loop ileostomi uygulanabilir. Loop ileostomide retraksiyon ve drenaj kaçağı gibi ortaya çıkabilecek değişikliklerin izlenmesi gerekmektedir. Stoma hemşiresi bu değişik problemlere yardımcı olmalıdır. Bireysel bakım konusunda bilgi vermeli ve taburculuktan önce yazılı metaryal sağlamalıdır.

Başlangıçta ileostomiden çıkan miktar her 24 saate 1500-2000 ml kadar yüksektir. Hasta kanama, abdominal abse, ince barsak tıkanması, dehidretasyon ve diğer komplikasyonlar yönünden gözlenmelidir. Eğer NG tüp uygulanmışsa barsak fonksiyonun geri döndüğünde çıkarılmalıdır.

Operasyon sırasında anal kanalın manüplasyonuna bağlı olarak geçici mukus inkontinansı olabilmektedir. İleoanal anastomoz yoluyla ilk drenaj sıvı olacaktır. Kegel egzersizleri pelvik duvar ve sfinkter kaslarının güçlendirilmesi için önerilmektedir. Ancak postoperatif periyotta erken dönemde tavsiye edilmemektedir. Epidermisi mukoz drenajdan ve maserasyonlardan korumak için perianal deri bakımı önemlidir. Hastaya perineal bölgesini hafifçe yıkaması ve kurulaması öğretilmelidir. Nemlendirici bariyer krem kullanılabilir ve perineal ped kullanmak gerekebilir.

Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Sağlanması

İnflamatuvar barsak hastalıklarının tedavisinde beslenme önemli bir öğedir. Diyet yönetiminin amaçları alevlenme semptomları olmadan yeterli beslenmenin sağlanması, malnütrisyonun düzeltilmesi ve önlenmesi, sıvı elektrolit kayıplarının yerine konulması ve kilo kaybının önlenmesidir. İnflamatuvar barsak hastalığında kişilerin kalori, protein ve besin desteğinin yeterli olduğu sağlıklı bir diyetle dengeli beslenmeleri gerekmektedir.

Diyaresi olan hastalar genellikle diyareyi azaltmak için oral alımlarını azaltırlar. İnflamasyona eşlik eden anoreksiya da besin alımının azalmasına neden olacaktır. Yiyecek alımının azalmasına bağlı olarak anoreksiya gelişebilir. Kan kaybı demir eksikliği anemisine neden olabilmektedir. Terminal ileumu da etkileyen Chron hastalarında kobalamin absorpsiyonu azalacağından anemi ortaya çıkabilmektedir. Safra tuzları terminal

ileumdan absorbe olduğundan hastalık yağ malabsorbsiyonua neden olacaktır. Gaitada safra tuzlarının bulunması diyareye katkıda bulunmaktadır.

Chron hastalarında barsak obstrüksiyonları, fistüller, fissürler ve abseler oldukça sık görülmektedir. Hasta besin alamadığı için bunların tümü nutrisyonel problemlere katkıda bulunmaktadır. Barsak obstrüksiyonunda, ve fistül, fissür ve abselerle oluşan hipermetabolik durumlarda hastalar hiç birşey yiyemediklerinden dolayı nutrisyonel problemler gelişmektedir.

Hastalar diyareyi başlatan besinleri belirleyebilirler. Bir diyet günlüğü sorunlu besinlerden kaçınmak için reber oluşturabilir. Birçok hastada laktoz intoleransı olduğundan bu hastaların süt ve süt ürünlerinden kaçınması gerekmektedir. Aşırı yağlı yiyecekler de diyareyi başlatabilmektedir. Soğuk ve yüksek lifli yiyecekler gastrointestinal sistem (GİS) hareketini ve geçişini hızlandırmaktadır. Sigara içmek motilite ve sekresyonu artırarak GİS yolunu stimule etmektedir.

Sıvı ve elektrolit kaybının fazla olduğu ya da malabsorbsiyonlu hastalarda parenteral ya da enteral nutrisyon desteği gerekebilmektedir. Parenteral nütrüsyon desteği barsağın dinlenmesine olanak sağlayarak pozitif nitrojen dengesi için olanak sağlamaktadır. İyileşmeyi sağlamak ve nutrisyonel bozuklukları düzeltmek için vitaminler, mineraller, elektrolitler ve glikoz, aminoasitler gibi diğer önemli besinler uygulanmalıdır. Bu hastalarda parenteral nutrisyona bağlı gelişebilecek komplikasyonların izlenmesi önemlidir.

Kronik kan kaybı nedeniyle oluşan demir eksikliği anemisinde demir desteği gerekebilmektedir. Oral demiri tolere edemeyen hastaların parantal demire gereksinimi olacaktır. Uzun süre sulfasalazin alan hastalarda folik asit eksikliği gelişebileceğinden folik asit desteği sağlanmalıdır. Kortikosteroid terapisi alan hastalarda hipokalemi ve ardından toksik megakolona neden olan sodyum tutulumu ve potasyum kaybının olması nedeniyle ile potasyum desteği gerekebilmektedir. Aşırı ve kronik diyarede çinko eksikliği gelişebileceğinden çinko desteği de sağlanmalıdır.

Hemşirelik Girişimleri

Akut faz süresince bakım, hemodinamik stabilite, ağrı kontrolü, sıvı elektrolit dengesi ve nutrisyonel destek üzerinde odaklanmalıdır. Hastanın aldığı ve çıkardığı izlemi yapılmalı ve kaydedilmelidir. Gaitanın sıklığı ve görünüşü izlenmelidir. Yoğun terapötik ve destekleyici bir programla hemşirelik bakımı sağlanmalıdır. Hastalar kendi bakım stratejileri hakkında cesaretlendirilmelidir. Bütün girişimler ve tedaviler açıklanmalıdır. Stres yönetimi sağlanmalıdır. Sigara chron hastalarında alevlenmeleri arttırdığı için hastaların sigara bırakmaya cesaretlendirilmeleri önemlidir.

Hastanın emosyonel problemleri varsa psikoterapi yarar sağlayabilmektedir. Günde 20-30 kez defekasyona çıkan, rektal rahatsızlığı olan ve hastalığı belirsiz bir hasta anksiyeteli, sinirli, cesaretsiz ve depresif olabilir. Hemşirenin güven geliştirmek için iletişimde açık, net ve kararlı olması ve verdiği sözleri yerine getirmesi önemlidir.

Fiziksel aktivite için enerjileri sınırlandığından hastalar şiddetli yorgunluktan yakınmaktadırlar ve bu nedenle dinlenmelerinin sağlanması önemlidir. Sık sık abdominal ağrı ve diyare nedeniyle hastalar uykusuzluk yaşayabilmektedirler. Nütrisyon eksikliği ve anemi hastaların güçsüzlük hissetmesine ve bitkin olmasına yol açmaktadır. Aktiviteler dinlenme periyodlarıyla düzenlenmelidir.

Diyarenin kontrol altına alınana kadar hastaların temiz, kokusuz ve kuru olmasının sağlanması önemlidir. Odada koku gidericiler kullanılabilir. Cilt bakımı sağlanarak cilt bütünlüğünün bozulması engellenmelidir.

İBH olan bireylerde süreç kronik ve aralıklı olarak alevlenmeler ve remisyonlarla devam etmektedir. Hasta ve yakınlarının gerçekçi kısa ve uzun dönem hedeflere gereksinimleri vardır. Eğitim oldukça önemlidir ve şunları içermelidir;

- Dinlenmenin ve diyet yönetiminin önemi
- Perianal bakım
- İlaçların etkileri ve yan etkileri
- Hastalığın tekrarlama semptomları
- Medikal bakıma uyum
- Stresi azaltmak için çeşitli aktivitelerin kullanılması

İnflamatuvar barsak hastalıklarında hemşirelik bakımını sağlamada ele alınması gereken hemşirelik tanıları şunlardır:

- Diyare; barsakların inflamasyonunu ve hiperaktiviteyi tanımlamaktadır. Tanımlayıcı özellikler sık defekasyona çıkma ve sıvı gaitanın olmasıdır. Sıklık Günde 10 dan fazla olması olarak tanımlanır.
- Anksiyete; sosyal ve aile desteğinin yetersiz olması, tanı testleri, tedavi sürecine bağlı olarak oluşabilmektedir.
- Etkisiz baş etme; kronik hastalıkla, yaşam stilinin değişmesiyle, ağrıyla baş edememe sonucu gelişmektedir.
- Dengesiz ve beden gereksiniminden az beslenme; diyare absorpsiyon bozuklukları ve oral alımın azalması nedeniyle ortaya çıkmaktadır.
- İnefektif terapötik yönetim; hastalık süreci hakkında bilgi eksikliği, yaşam stili değişikliklerine, beslenme ve ilaç tedavisine uyum sağlayamama olarak tanımlanmaktadır.

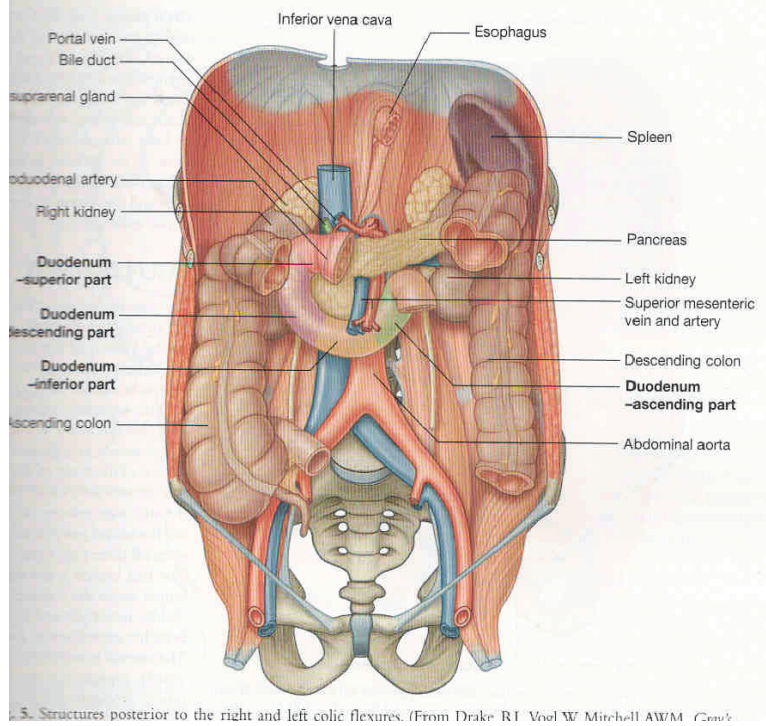
Kaynaklar

1. Schmelzer M. “Lower Gastrointestinal Problems” Chapter 43. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. Eds:Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O’Brien PG, Bucher L. Mosby Year Book, Philadelphia, 2007: 1035-1060
2. Beach P. “Ulserative Colitis. Evidence Based Nursing Monographs; 2008.
3. Stein P. Ulserative Colitis- Diagnosis and Surgical Treatment. AORN Journal; Aug 2004: 80-2
4. Metcalf AM. Elective and Emergent Operative Management of Ulserative Colitis. Surgical Clin N Am; 2007: 633-641

Kolorektal Cerrahide İntraoperatif Girişimler Cerrahi Teknikler

Dr. Recep Çetin

Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Isparta



Kolorektal cerrahi girişimler çeşitli patolojiler nedeniyle uygulanmaktadır. Bunlar:

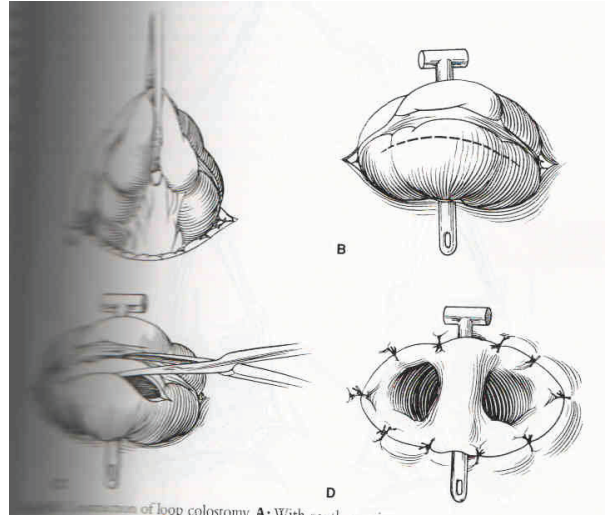
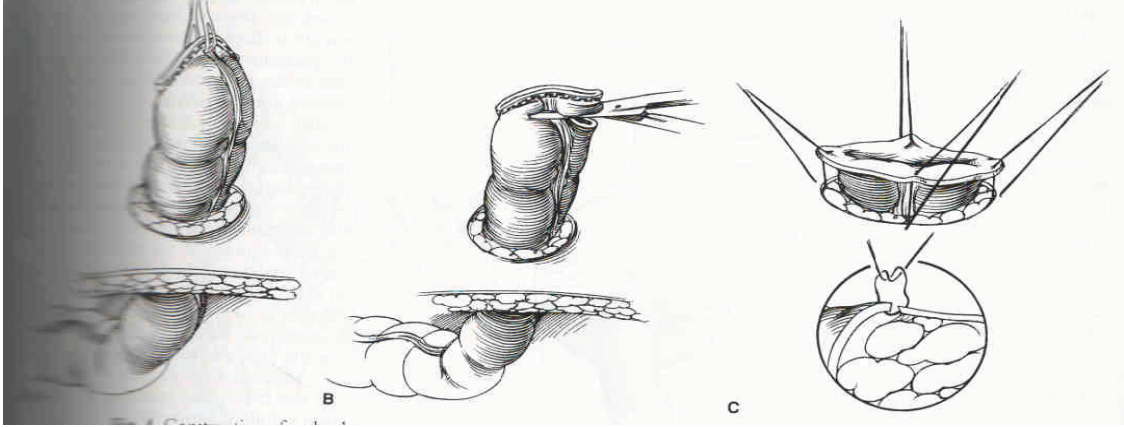
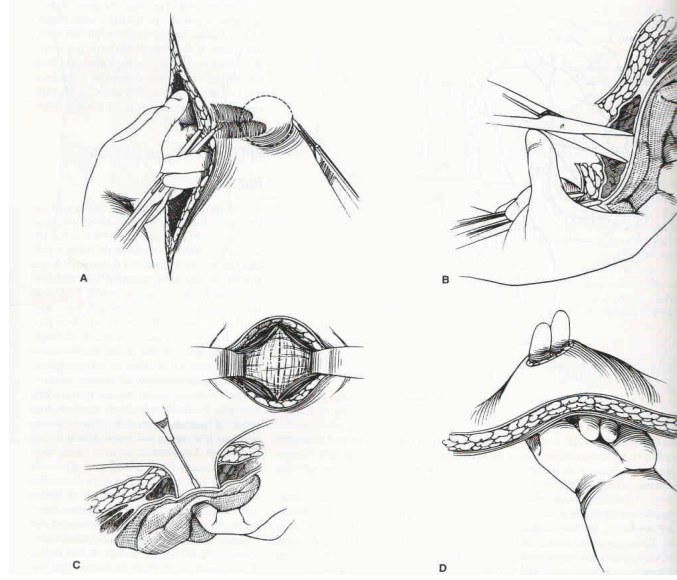
1. Benign kolorektal hastalıklar
 - a. Enflamatuvar barsak hastalıkları (Colitis ülseroza, Crohn hastalığı)
 - b. Divertiküler hastalık
 - c. Polipler
 - d. Anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fissür, anal fistül, rektal prolapsus)
2. Malign kolorektal hastalıklar
 - a. Kolon kanseri
 - b. Rektum kanseri
 - c. Anal bölge kanseri
3. Acil kolorektal patolojiler
 - a. Barsak tıkanmaları
 - b. Kanamalar
 - c. Perforasyonlar
 - d. Yaralanmalar
 - e. Perianal abse'dir.

Yukarıda sayılan tüm bu hastalıklar anorektal bölgeyi ilgilendiren patolojiler hariç birkaç tip operasyon ile tedavi edilir. Bu girişimler

1. Kolostomiler
2. Kolonun segmental rezeksiyonları
3. Total kolektomi
4. Anterior rezeksiyon
5. Abdominoperineal rezeksiyon
6. Pelvik eksenterasyon
7. Laparoskopik kolorektal girişimler olarak sınıflandırılabilir.

Kolostomiler

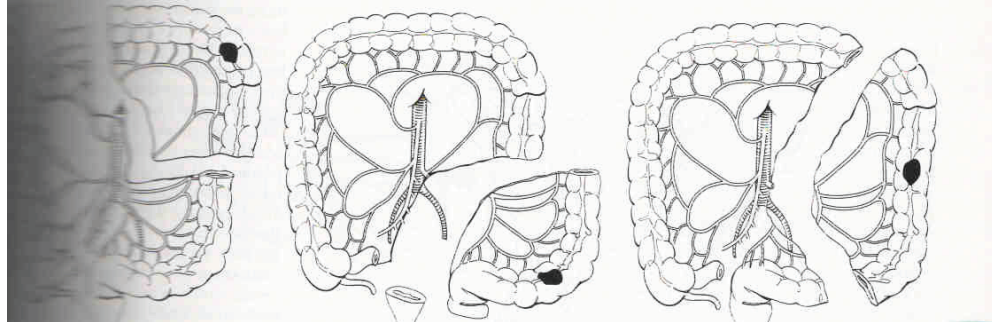
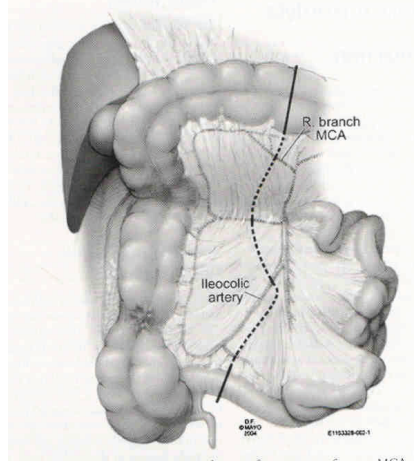
Çeşitli cerrahi endikasyonlarla kalıcı, geçici, terminal veya loop kolostomiler yapılabilir. Bu işlemlerde temel amaç cerrahi stratejiye göre değişmekle birlikte gastrointestinal sistem devamlılığının bir şekilde sağlanmasıdır. Kolostomi işlemleri cerrahi açıdan önemli olduğu kadar hastaların gündelik yaşamlarını etkileyen bir unsur olarak da son derece önemlidir. Özellikle kolostomilerle ilgili bakım işlemleri ve bunlara ait komplikasyonların her düzeydeki sağlık personeli tarafından bilinmesi gerekir.

**Kolonun Segmental Rezeksiyonları**

Kolonun segmental rezeksiyonlarında hastalıklı kolon kısmı proksimal ve distalde bir miktar sağlıklı kolon da bulunacak şekilde çıkarılır. Eğer operasyon malign bir patoloji nedeniyle yapılıyorsa bu işleme, komşu lenf nodlarının çıkarılması da eklenir.

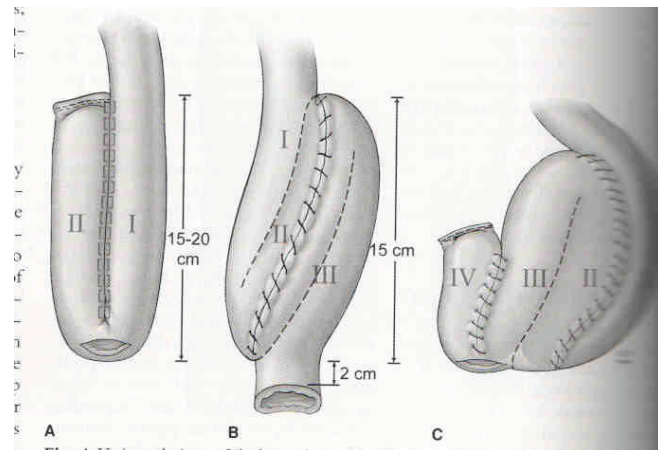
Sağ hemikolektomide çıkan kolon ve çekum çıkarılır, barsakların devamlılığı iliokolik anastomoz ile sağlanır.

Sol hemikolektomi için splenik fleksuranın serbestleştirilmesi sırasında hasta sağına döndürülür. Anastomoz genellikle transvers kolon ile sigmoid kolon arasındadır.



Total Kolektomi

Total kolektomide kolonun tamamı çıkarılır. Total kolektomi çoğunlukla familial polipozis koli ya da colitis ülseroza gibi kolonda malignite gelişme olasılığı yüksek patolojilerde yapılır. Ayrıca kolonda birden fazla (senkron tümör- % 2-5) tümör bulunduğu zaman da uygulanır. Barsakların devamlılığı iliorektal ya da ilioanal anastomoz ile sağlanır.



Anterior Rezeksiyon

Sigmoid kolon ve proksimal rektum tümörlerinde uygulanır. İnen kolon ile rektum arasında anastomoz yapılır. Bu operasyon sırasında mesaneye sonda yerleştirilmesi gerekir. Hasta Trandelenburg pozisyonunda yatar.

Low anterior rezeksiyon rektumun 1/3 orta ve 1/3 üst kısmını tutan tümörlerde uygulanır. Genellikle anastomoz stapler yardımıyla yapılır. Bu operasyonda da mesaneye sonda konması ve hastaya Trandelenburg pozisyonu verilmesi gerekir. Üreterlerin korunması için double J kateter yerleştirilmesi gerekir. Bu cerrahi işlemde amaç hastanın kalıcı kolostomiden kurtarılmasıdır. Ancak ister anterior ister low anterior rezeksiyon olsun anastomozu korumak için koruyucu kolostomi (Hartmann prosedürü) yapılması gerekebilir.

Abdominoperineal Rezeksiyon

Rektumun 1/3 distal tümörlerinde abdominoperineal rezeksiyon yapılması gerekir. Bu operasyonda cerrah hem karından hem de perineden kesi yapar. Bu işlem sırasında iki ekip birlikte çalışabilir. Hastaya Trandelenburg litotomi pozisyonu verilir. Mesaneye idrar sondası yerleştirilir. Sol alt kadranda kalıcı kolostomi açılır.

Abdominoperineal rezeksiyonda üreterlerin korunması için üreterlere double J kateter yerleştirilmelidir.

Pelvik Eksenterasyon

Lokal ileri rektum tümörlerinde daha geniş bir cerrahi işlem uygulamak gerekir. Rektumla birlikte komşuluğundaki mesane, prostat ya da uterus gibi kanserin yayıldığı organlar da çıkarılmalıdır. Kalıcı kolostomi ve mesane çıkarıldıysa kalıcı ileal kondil ya da ürostomi gibi işlemleri yapmak gerekir.

Laparoskopik Kolorektal Girişimler

Segmental kolon rezeksiyonları başta olmak üzere yukarıda sayılan operasyonların bir çoğu laparoskopik olarak da yapılabilmektedir. Amaç hastayı büyük kesilerden kurtarmak ve daha hızlı iyileşmesini sağlamaktır. Ancak bu işlemlerde cerrahın deneyimi önemlidir. Ayrıca malign hastalıklar nedeniyle yapılan laparoskopik işlemlerde trokar giriş yerlerinde tümör nüksü olabileceği bilinmelidir.

Laparoskopik girişimlerde mini laparotomi yapılarak el yardımı da kullanılabilir.

Metastazektomiler

Kolorektal kanserlerde karaciğer ve akciğerde ortaya çıkan senkron uzak organ metastazları %10-20 oranındadır. Bu lezyonlar metastazektomi ile çıkarılabilir. Karaciğerdeki metastazlar kolorektal cerrahi ile aynı seansta ya da ikinci bir seansta çıkarılabilir.

En-Blok Rezeksiyonlar

Kolon kanserlerinde lokal yayılım da olabilir. Kolon tümörü ile birlikte tümörün yayıldığı pankreas, duodenum, dalak, mide ve over gibi organlar ya da mesanenin bir kısmı en-blok olarak çıkarılabilir.

Operasyon Hemşiresinin Sorumlulukları

Cerrahi bir ekip işidir. Bu ekipte cerrah, anesteziist, varsa asistan, servis hemşiresi, ameliyat hemşiresi, servis ve ameliyathane yardımcı personeli yer alır. Ekipte yer alan herkes aynı öneme sahiptir.

1. Hastanın operasyon öncesi yapılan tüm incelemeler ameliyathanede hazır bulundurulmalıdır.
2. Hemşire yapılacak operasyondan haberdar olmalıdır. Yapılacak cerrahi işlemle ilgili cerrah bilgi vermeli ya da hemşire bunu istemelidir.
3. Masaya doğru hastanın yatırıldığından emin olmalıdır.
4. Hastaya operasyonun özelliğine uygun pozisyon verilmelidir.
5. Operasyonu dikkatle izlemeli ve gerekli malzemeyi hazır tutmalıdır.
6. Operasyonda kullanılan malzemeleri dikkatle saymalı ve operasyonun sonunda tüm malzemenin sayıldığından emin olmalıdır.
7. Ameliyat sonu servis hemşiresine hasta ile ilgili bilgi vermelidir.
8. Operasyon sonunda çıkarılan spesmenin patoloji bölümüne gönderildiğinden emin olmalıdır. Özellikle mesai saatleri dışında yapılan acil operasyonlarda spesmenin güvenliği sağlanmalıdır.

Kolorektal Cerrahide İntraoperatif Hemşirelik

Arş. Gör. Işıl Andsoy

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kolorektal kanserler A.B.D’ de her iki cinste en sık görülen kanser türü olup yılda ortalama 140.000 kişinin bu hastalığa yakalandığı ve ortalama 60.000 kişinin de bu hastalıktan kaybedildiği belirtilmektedir. Ülkemizde de tanı yöntemlerinin artması, kişilerin hastalık belirtilerini daha iyi algılamaları, hekime başvurma olanaklarının artması ve beslenme alışkanlıkların giderek daha çok hazır gıdalara kayması sonucu bu kanserlerle karşılaşma oranı sıklaşmıştır. Dolayısıyla bu kadar sık karşılaşılan kolorektal kanserlerin tedavisinde tercih edilen primer tedavi cerrahi girişimdir.

Cerrahi işlemin; hayat kurtarma, özellikle kanser hastalarında kürete etme, önlem alma, organların normal fonksiyonların yerine getirilmesi ve bireyin yaşam kalitesini sağlamak gibi yararları vardır. Tüm bu yararların sağlanabilmesi için konunun uzmanı bir cerrahın ve ameliyathanede de konuya hakim bir ekibin varlığı çok önemlidir.

Kolorektal hastalıklarda cerrahi işlem tedavinin en önemli parçasıdır. Bu girişimlerde asıl amaç bölgenin küratif ya da palyatif olarak çıkarılmasıdır. Endoskopik girişimlerle cerrahinin sınırları belirlenir. İlerlemiş kolon kanserlerinde ise cerrahi genellikle palyatif amaçlıdır. Eğer tümör metastaz yapmış ve çevre dokulara invaze olmuş ise bu durum inoperable olarak düşünülmelidir. Kolorektal kanser ameliyatlarında en çok uygulanan cerrahi girişimler parsiyel kolektomi, total kolektomi, total proktokolektomi, stoma açılması ve laparoskopik kolon cerrahisidir.

Cerrahinin tipi tümörün büyüklüğüne ve lokalizasyonuna bağlı olarak değişiklik gösterir.

Cerrahi prosedür seçiminde;

- Segmental rezeksiyon ve anastomoz (kan damarları ya da lenfatik sistem gibi tümörün bulunduğu yakın alanları içerir.)
- Abdominal rezeksiyon ve kalıcı kolostomi (tümör, tüm rektum, sigmoid kolon ve anal sfinkter ekzizyonunu içerir)
- Kalıcı kolostomi ya da ileostomi (palyatif amaçlıdır)

Kısacası tedavinin temeli, tümörlü kısmın ve bölgesel lenf nodlarının cerrahi girişimle çıkarılması ve barsak pasajının sağlanması için çıkarılan kısmın alt ve üst uçlarının tekrar karşılıklı ağzlaştırılmalarıdır. Ancak rektum kanserlerinin tedavisinde bu durum biraz farklıdır. Rektumun kısa bir organ olması nedeni ile özellikle anüse yakın yerleşim gösteren tümörlerde, anüsün tamamen çıkarılıp, iptal edilerek kolonun, karın duvarına ağzlaştırılması işlemi gerçekleştirilir.

Cerrahi teknik nasıl yapılırsa yapılsın, günümüzde gerek teknolojik gelişmeler (Stappler aleti vs.) ve gerekse bu konuda eğitilmiş ve deneyim kazanmış cerrahların bulunması kolorektal kanserlerde başarı oranını arttırmıştır.

Her hastaya fizyolojik ve psikolojik hazırlığı da içeren bütüncül yaklaşım ile bireysel bakım verilir. Kolorektal cerrahi geçirecek olan hastalar, preoperatif hazırlığa neden gereksinim olduğunu ve bunun postoperatif döneme ne şekilde etki edeceğini bilmelidirler. Eğer hastaya ostomi yapılacaksa, enterostomal hemşire hastanın hazırlığına katılmalıdır. Enterostomal hemşire hasta ve ailesinin endişelerini gidermeli, hasta üzerinde stomanın yerini göstererek ayrıntılı eğitim vermelidir.

Hemşirelik değerlendirilmesinde kolorektal cerrahi geçirecek olan hastanın; demografik verileri, hastanın şikayeti, semptomlar ve hastaneye getiren olayı, tıbbi hikayesi, aile hikayesi ve kişisel ve sosyal hikayesi konusunda bilgi alınmalıdır.

Elektif cerrahilerde gastrointestinal sistemin mekanik temizliği tartışmalı da olsa özellikle alt GIS bölümdeki patojen mikroorganizmaların eliminasyonunu sağlamak için gereklidir.

Hastaların çoğunda nazogastrik tüp takmak gerekir. Sıvı ve elektrolit dengesi ameliyat öncesi ve sonrasında dengede tutulmalıdır. Ameliyat öncesinde hastanın aldığı çıkardığını değerlendirmek ve ameliyat sırasında böbrek fonksiyonları izlemek amacıyla üriner katater takılır.

Ameliyat bölgesi hazırlık işlemi; ameliyata yakın bir zamanda, deri çevresine bakterilerin geçişini engellemek ve kıl foliküllerini enfekte etmeyecek şekilde uygulanmalıdır. Ameliyat bölgesinin temizliği cerrahinin tipine ve cerrahın tercihinine göre yapılmalıdır.

Ameliyathane hemşiresi en kısa zamanda hastanın tanısı, planlama ve bakım değerlendirmesi yapmalıdır. Kolorektal cerrahide hasta her ameliyatta olduğu gibi bilinmeyenden dolayı anksiyete, eğer stoma açılacaksa vücut imajında değişiklik, kan ve elektrolit yönünden volüm eksikliği riski cerrahiye bağlı enfeksiyon riski ve ameliyat oda ısısı, yara açıklığı nedeniyle hipotermi ile karşı karşıyadır.

Perioperatif ön değerlendirme ameliyathane hemşiresinin gereksinimleri planlamasına, işlem sırasında hastanın pozisyonu, kullanılacak ve gerekli olabilecek ek aletleri (derin ekartör, uzun forseps gibi) belirlemesine yardımcı olur. Ameliyathane hemşiresi aynı zamanda kolorektal cerrahi sonrasında olabilecek beden imajı bozukluğunu bilmelidir. Ameliyat süresi için bir plan yapmak perioperatif hemşirelik yaklaşımlarının kalitesini yükselmesini sağlayacaktır. Kolorektal cerrahide sirküle ve skrap olarak iki hemşire görev almalıdır. Sirküle hemşire ameliyat sırasında monitörden hasta durumunun izlenmesi, kanamanın kontrol edilmesi, gerekli malzemelerin sağlanması, cerrahi ekibin aseptik teknik kurallarına uymasının sağlanması ve gereksinimlerin karşılanması, operasyonun sorunsuz sona ermesi ve hastanın güvenliğinden sorumludur ve gerekli ekipman ve spanç sayımını eksiksiz yapmalıdır. Bilindiği gibi bu işlem özellikle büyük ve uzun batin ameliyatlarında çok önemlidir ve ameliyat süresince sirküle hemşireye bu konuda önemli görevler düşmektedir.

Ameliyatın başarılı olabilmesi için ameliyat hemşiresinin de cerrahi prosedürü ve yapılacak işlemin sırasını ve cerrahi anatomiyi iyi bilmesi gerekmektedir. Ayrıca batin içine sıcak ve nemli kompreslerin yerleştirileceğini, batin içi organların yaralanmasını önlemek için uzun ve dişsiz aletler kullanılacağını, periton boşluğunun sıcak su ile irrige edileceğini, barsaktan kaçak olup olmadığına bakılması gerektiğini ve aseptik tekniğe uygun olarak insizyon yeri kapatılmasının önemini bilmesi gerekmektedir. Eğer kolorektal cerrahi laparoskopik olarak yapılacaksa video – kamera sisteminin çalışıp çalışmadığından, gaz sisteminin kontrolünden, trokarlardan oluşabilecek enfeksiyonların ve port metastazların önlenmesinden, uygun aletlerin kullanılmasından, hasta güvenliğinin sağlanmasından ve açığa geçme riskini göz önüne alarak gerekli olabilecek diğer cerrahi aletlerin hazırlığından sorumludur.

Sirküle hemşire ise uygulanacak cerrahi prosedürü, gerekli ve destek ekipmanları bilmelidir. Ameliyatta doku koagülasyonu ve kesimi için kullanılacak elekcerrahi ünitesini hazır bulundurmalıdır.

Tüm cerrahi işlemlerdeki gibi; solunum, dolaşım ve sinir sistemini komprese etmeyecek ve cerraha en iyi çalışma olanağı sağlayan pozisyonun verilmesine dikkat edilmelidir.

Kolorektal cerrahide gastrointestinal sistemi oluşturan dokular için kullanılan özel aletlerle kombine laparotomi seti ya da video laparoskopik sistemi ve aletlerini hazır bulundurulmalıdır. Temel laparotomi seti kesici, tutucu aletler, grasper forsepsler, hemostatik klempler ve çeşitli tip ve büyüklükte olan ekartörler içermelidir. Cerrahın tercihi ve insizyonun büyüklüğüne göre Balfour ekartörü gibi mekanik ekartör, omni ekartör ya da Bookwalter ekartör seti kullanılmalıdır. Anastomoz ve rezeksiyona uygun gastrointestinal sisteme zarar vermeyen uzun forseps, uzun kesiciler, nontravmatik klempler, gerekirse özafagus, mide ve barsakta kullanılabilecek cross klempler, anastomozda kullanılacak stapler aletleri hazırlanmalıdır. Klemplerin tipi ve boyutu cerrahın tercihinine göre ve rezeksiyon alanına göre seçilmelidir. Doku travmasını azaltmak için kullanılan forsepsler yumuşak kauçuk ya da pürüzsüz materyalden yapılmış olmalıdır.

Gastrointestinal sistemde kullanılan aletler sadece GİS mukozasında kullanılmalı, diğer hiçbir dokuda kullanılmamalı ve bu aletler diğer aletlerle karıştırılmamalıdır. Ameliyat alanının kapatılmasında bazı cerrahlar yeni aletler içeren set, ek olarak eldiven, gömlek ve steril örtüleri değiştirmek isteyebilir. Bu işlemler cerrahi alan enfeksiyon riskini azaltmada önemli uygulamalardır.

Gastrointestinal dokularda sentetik absorbable ve nonabsorbable suture sayısının artmasına karşın, cerrahın

sütür seçimi önemlidir. Ancak son yıllarda 3/0 ve 4/0 polyester sütür ve polyglycolik asit içeren süturlar kullanılmaktadır. Büyük damarların bağlanmasında 0 ya da 2/0 iken, küçük damarlarda 3/0 ya da 4/0 sütür materyali kullanılır. Mukozalarda atravmatik gastrointestinal yapıya uygun iğne kullanılabilir. Kas yapısı için atravmatik intestinal yapıya uygun iğne ve 4/0 ya da 3/0 nonabsorbable sütür kullanılır. Batın kapatılmasında 1/0 ya da 0 monofilaman sütür kullanılır. Kullanılacak sütür materyalinin tercihinde sadece cerrahın seçimi değil, maliyetin hesaplanması, enfeksiyonun önlenmesi dolayısıyla hasta güvenliği de önemlidir.

Ancak günümüzde geleneksel sütür materyallerinin yerine cerrahi stapling aletler kullanılmaktadır. Bu aletler kesme, bölme, anastomoz işlemi ve dikme için kullanılırlar. Bu aletlerin reusable ve disposable türleri vardır. Ameliyathane hemşiresinin cihazın temin edilmesi, kullanılabilirliğinin ve kartuşlarını kontrol etmesi gerekmektedir.

Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi; çıkarılan specimen incelenmek üzere dikkatli olarak hazırlanıp ve uygun koşullarda transportu sağlanarak patolojiye gönderilmelidir. Specimen patolojiye gönderilmeden önce cerrah tarafından dokunarak kontrol edilmelidir.

Drenlerin işlev yapıp yapmadığı kontrol edilmeli ve iyi tespit edilmelidir. Malecot, pezzet ya da foley katater barsak hareketleri geri gelene kadar çıkarılmamalıdır. Kapalı yara drenaj sistemleri enfeksiyon nedeni olduğundan temizliği titizlikle yapılmalıdır.

Kolorektal cerrahide en önemli sorunlardan birisi postoperatif yara enfeksiyonudur. Mikroorganizmaların patojenitesi, çevresel faktörler ve konakçının savunma mekanizması enfeksiyon oluşumunu etkileyen faktörlerdir. Elektif kolorektal cerrahi işlemde, operasyon alanının bakteriyel kontaminasyonu postoperatif enfeksiyon yönünden hazırlayıcı bir faktördür.

Kolorektal cerrahi işlemlerde, cerrahi alan enfeksiyonları açısından risk faktörleri; uygun antimikrobiyal profilaksi kullanmama, yetersiz barsak temizliği, uygun olmayan cilt hazırlığı, periton boşluğunun kirlenmesi halinde gerekli ve yeterli işlemlerin yapılmaması, kirli alan ve temiz alan aletlerin karıştırılmaması, ameliyat odasının etkin temizlenmemesi, cerrahi örtüler, aseptik teknik kurallara uyulmaması, cerrahi teknik, hemostaz hataları, yabancı cisimlerin varlığı, elektrocerrahi ekipmanının kontrolü ve enstrüman, kesici alet ve spanç sayımı yapmaktır.

Cerrahi işlem sonrasında hastanın değerlendirilmesi cerrahi yoğun bakım ünitesi ya da ayılma odasına gitmeden önce tekrar yapılmalıdır. Transfer sırasında drenler kontrol edilmeli, hastanın vücudu elektrocerrahi ve pozisyon nedeniyle yanık, çürüklük, kızarıklık, eziklik açısından değerlendirilmelidir. Ameliyat sırasında oluşan istenmeyen olaylar ve cerrahi süreci içeren kayıt sistemi oluşturulmalıdır.

Sirküle hemşire, transport etmeden önce hastanın vital bulgu ve kanama kontrolü yapmalı ve hastanın üzerine temiz ve sıcak battaniye örterek, dikkatlice cerrahi yoğun bakım ünitesi ya da ayılma odasına götürmelidir.

Kaynaklar

1. Berry & Kohn's Operating Room Technique (2007), Mosby Company, Eleventh Edition.
2. Black, Joyce M., (2001), Medical-surgical nursing : clinical management for positive outcomes, W.B. Saunders, Philadelphia.
3. Cameron John L (2001). Current Surgical Therapy, (Çeviri: Ergüney D. Çicek Y), Avrupa Tıp KitapçılıkYayınları, İstanbul.
4. Erdil F. Elbaş N (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tasarım Ofset, Ankara.
5. Kalaycı G (2002). Genel Cerrahi, Nobel Tıp Evleri, İstanbul.
6. Yarbro C.H, Goodman M, Frogge M.H (2005). Cancer Nursing Principles and Practice, Colon, Rectal and Anal Cancers, Chapter 49, Sixth Edition, Jones & Bartlett Publishers, pp. 1179-1181
7. Pudner R, Ramsden I (2005), Nursing The Surgical Patients, Edition:2, Elsevier Health Sciences, pp. 289- 300.
8. Jakobsen DH, Sonne E, Kehlet H. Nursing workload and fast-track colonic surgery. J Adv Periop Care 2006; 2: 177-81.
9. www.tip2000.com/tedavi/kolon-rektum/kanser.htm (Erişim Tarihi: 20.04.2009)
10. www.colorectalsurgery.co.uk/ (Erişim Tarihi: 20.04.2009)
11. www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0009/78597/002212.pdf(ErişimTarihi:20.04.2009)

İntraoperatif Hasta Güvenliği

Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık

Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu, Edirne

Giriş

Bu sununun amacı ameliyathanede hasta güvenliğini tehlikeye sokan durumları ve çözüm önerilerini tartışmaktır. Dünya çapında yılda 234 milyon majör ameliyatın yapıldığı tahmin edilmektedir(World Alliance for patient safety 2008). Ameliyathaneler, cerrahi girişim ve yüksek teknolojinin kullanımı ve kalabalık bir ekip çalışmasının yapılması nedeniyle en karmaşık ve en riskli sağlık bakım alanlarından biridir(Christian, Gustafson, Roth ve ark. 2006). Ameliyathaneye kabul edilen hastaların bu ortamlardan zarar görme olasılığı vardır. Tıbbi hata ‘hastalığın yönetimi ya da altında yatan hastalık veya durumdan çok sağlık bakım profesyonellerine bağlı gelişen zarar ya da yaralanma’ olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği ‘sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararları önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemler’ olarak tanımlanmaktadır(World alliance for patient safety fact sheet 2002).

‘To Err Is Human’ raporunun 1990 yılında yayınlanmasından beri ameliyathanelerde hasta güvenliği stratejileri geliştirilmektedir(Enker, Martz, Picon ve ark. 2008). Türkiye’deki otoriteler hasta güvenliğinden çok hasta şikâyetlerine ve haklarına eğilmişlerdir. ‘Hasta Güvenliği Arama’ toplantıları 2006 yılında yapılmaya başlamıştır. Endüstrileşmiş ülkelerde hastalarda meydana gelen zarar verici olayların yarısının cerrahi ile ilgili ve %54’nün de önlenemez olduğu belirtilmektedir(World alliance for patient safety fact sheet 2002; Gawende, Thomas, Zinner ve ark. 1999; Etchells, O’Neill, Bernstein ve ark.2003). Ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden durumları ortaya çıkaran nedenler çok çeşitlidir. Enerji kaynakları (elektrik, lazer vb.), kimyasallar (ilaçlar, antiseptikler vb.) mikroorganizmalar (kan yoluyla taşınan patojenler, çoklu ilaç dirençli mikroorganizmalar), araç-gereçler (güç kaynakları, defibrilatörler, turnikeler, elektro-cerrahi ünitesi ve pozisyon araçları), ameliyathane ekibi (beceri yetersizliği, ağır iş yükü, karar verme yetersizliği) ve kurumsal güvenlik kültürü önemli nedenlerdir(AORN 2009; Alfredsdottir&Bjornsdottir 2008). ameliyathanelerde hasta güvenliğini tehdit eden ve hata oranını arttıran riskli durum ve davranışlar da vardır. Bunlar cerrahi işlem esnasında planlanmamış değişiklikler, hasta ve çevre koşullarının sağlık personeline zorluk yaratması, karmaşık, kompleks, çoğul uygulamaların aynı anda yapılması, yetersiz iletişim, personelin hasta güvenliği ile ilgili durumlara duyarsızlığı olarak söylenilebilir (Dagi, Berguer, Moore ve ark. 2007). Güvenlik önlemlerinin yetersizliği, enfeksiyon, cerrahi işlemin yanlış hasta, yanlış alan, yanlış organa uygulanması, yanlış ilaç uygulama ve hastalarda travma oluşması ile sonuçlanabilmektedir. Hastanın zarar görmesinin engellenmesi bütün cerrahi ekibin sorumluluğudur ve alınması gereken önlemler hastaya, ameliyat ekibine ve ameliyathaneye yönelik olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü güvenli cerrahinin sağlanma hedeflerini ‘Doğru hasta ve doğru alan ameliyat edilmeli, Anestezinin zararlarından korunma metotları kullanılmalı, Yaşamı tehdit eden solunum yolu ve fonksiyonları kaybına karşı hazırlıklı olunmalı, Fazla kan kaybına karşı hazırlıklı olmalı, Alerjik ya da riskli ilaçları kullanmaktan sakınılmalı, Cerrahi alan enfeksiyon riskini en aza indirecek metotlar kullanılmalı, Cerrahi alanda spanç veya enstrümanların kalması önlenmeli, Cerrahi özellikler doğru ve güvenilir bir şekilde tanımlanmalı, Etkin iletişim sağlanmalı, Hastaneler cerrahi uygulamaları ve sonuçlarını takip etmelidirler.’ şeklinde belirlemiştir(World Alliance for patient safety 2008).

Bu hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik girişimler ‘ilaç hatalarının önlenmesi, güvenli kan transfüzyonu, hastane enfeksiyonu gelişiminin önlenmesi, travmaların engellenmesi, ‘doğru hasta, doğru alan, doğru işlem’ güvenliğinin sağlanması, cisim unutulmalarının engellenmesi, güvenli iletişim, güvenli personelin sağlanması, organizasyon, kayıt ve güvenlik kültürünün oluşturulması’ olmalıdır.

İlaç hatalarının önlenmesi: Her 133 anestetik ilaç uygulamasından birinin hatalı uygulandığı ve anesteziistlerin % 85’nin en az bir ilaç hatası yaşadığı belirtilmektedir(Merali, Osseer, Leeksa ve ark. 2008). Hasta güvenliğinin sağlanması için ilaçların uygun yönetilmeleri çok önemlidir. Hastaların preoperatif ilaç kullanım hikayeleri tanımlanmalı, ilaç talimatları hakkında iletişim sağlanmalı, ilaç bilgileri, kullanım süresi takipleri, yerleştirme düzenleri, anestetik ilaçlar ve alerjileri hakkında ekibin bilgi paylaşımı olmalıdır. Narkotik ilaçlar kilit altında tutulmalıdır. Eğer ameliyattan önce profilaktik antibiyotik uygulaması varsa ekip tarafından onaylanmalı ve ilaç uygulamalarında çalışan personelin bilgi ve yeterlilikleri sık sık yenilenmelidir(Aştı & Acaroğlu 2000)

Güvenli kan transfüzyonu: Cerrahi girişimler risk derecelerine, işlem büyüklüklerine ve ameliyat bölgesine göre kan kaybına neden olmaktadır. Kolon rezeksiyonlarında 2 ünite kan transfüzyonu gerekmektedir. Ülkemizde HBV taşıyıcılığının ortalama %5 ve HCV taşıyıcılığının ortalama %1 olduğu düşünülürse transfüzyonla bulaşma riski bu enfeksiyonlar için oldukça yüksektir(Acar, Akalın, Karakoç ve ark. 1998). Elde edilen kanın uygun koşullarda saklanması, mikrobiyolojik testlerinin standartlara uygun olarak ve güvenilir test malzemesi ile yapılması, transfüzyon kurallarına uyulması transfüzyon güvenliğinde önemlidir(Uluhan 2007).

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi: Ameliyat sahasına havadan, cerrahi aletlerden ve cerrahi ekipten birçok bakteri bulaşmaktadır. Ameliyat sırasında açıldıklarında ince barsaklar 10^3 - 10^4 , sağ kolon 10^5 - 10^6 bakteri /ml, rektosigmoid bölgede dışkı 10^{10} - 10^{12} bakteri/gr içerirler (Terzi 2006). Staphylococcus aureus %50.3 oranında en çok izole edilen mikroorganizmadır(Uzunköy 2005). Kolorektal cerrahi uygulanan hastaların %5-26'da cerrahi alan enfeksiyonu gelişmektedir(Fışgın, Tanyel, Topgöl ve ark 2008; Hedrick, Heckman, Smith ve ark. 2007). Ameliyathaneden kaynaklanan enfeksiyonların önlenmesinde; aşırı koter kullanarak nekrotik doku oluşturmaktan kaçınılmalı, traş işlemi küçük cilt abrazyonlarına ve bakteri kolonizasyonuna neden olduğundan zorunlu durumlarda ameliyattan hemen önce yapılmalı, tüy dökücü kremler tercih edilmeli, hastanın banyo ve antiseptikli bir sabunla ameliyat bölgesinin yıkanması sağlanmalı, ameliyathane trafiği azaltılmalı, ameliyathanede kullanılan örtüler bir kullanımlık ve etkin bariyer özelliğe sahip olmalıdır. Ameliyatların %10'da eldiven delinmesi meydana geldiğinden çift eldiven giyilmesi ve hasta cildinin hazırlanmasında % 0.5 klor hekzidin veya %10 povidon-iyodin kullanılması önerilmektedir(Terzi 2006). Cerrahi el yıkama, uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon, personelin eğitimi (HBV ve HIV pozitif personel hastada kullanılacak malzemelere dokunmamalı), ameliyathane giysilerinin giyilmesi ameliyathane ekibinden hastaya bulaşmayı önlemektedir. Ameliyathanenin pozitif basınçlı havalandırma sistemine sahip olması, çevre temizliğinde, kirli çamaşır ve atıkların toplanmasında dezenfeksiyon kurallarına uyulması enfeksiyon ajanlarının yayılımının önlenmesinde önemlidir(Zenciroğlu 2007; Uzunköy 2005).

Travmaların engellenmesi: Kullanılan alkol, betadin gibi kimyasallar ve elektrik akımı yanıklara, hastanın sedyeden düşürülmesi travmalara, pozisyon verme bası yaralarına, desteksiz bandajlar laserasyonlara neden olmaktadır. Emergency Care Research Institute' tarafından yapılan çalışmada ameliyathanede çıkan yangınların %70'nin elektrikli cerrahi araçların kullanımından ve %72'nin oksijen destek sistemleri tarafından desteklendiği belirtilmiştir(Batra & Gubta 2008; Dagi ve ark. 2007).

İntraoperatif elektrik yanıklarından sakınmada koter kullanım ilkelerine uyulması, hastanın altına nötral plağın doğru yerleştirilmesi, çalışmasının kontrol edilmesi önemlidir. Alkol bazlı antiseptiklerin kullanılmasında antiseptiğin yoğunluğuna ve kuruma süresine dikkat edilmelidir. Uzun süreli ameliyatlarda bası alanları desteklenmelidir(Isır, Akbaba, Çoşkun ve ark. 2009). Hasta ameliyat masasında sedyede iken destekli emniyet kemeri ve bantlar ile tespit edilmeli, naklinde sedye kenarlıkları kalkık, tekerlekleri kilitli olmalı ve hasta yalnız bırakılmamalıdır. Hastaya pozisyon vermede ve taşımada en az dört kişinin bulunmasına dikkat edilmelidir(Batra & Gubta 2008).

'Doğru hasta, doğru alan, doğru işlem' güvenliği: Sağlık Organizasyonları Akreditasyon Komitesi'nin (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization-JCAHO) 2003 raporunda 126 hatalı uygulamanın %13'nün yanlış hasta, % 11'nin yanlış işlem, %76'nın bedenin yanlış bölümüne uygulandığı ve 13000 cerrahi işlemde bir yanlış alan cerrahisinin gerçekleştiği belirtilmektedir(Dagi ve ark.2007; Kwaan, Studdert, Zinner ve ark. 2006).

Deneyimsizlik, ağır iş yükü, hastaların görünüm, isim, ameliyat, organ, cerrahi işlem olarak benzerliği, yanlış alanın hazırlanması, hasta pozisyonunun veya ameliyathanenin işlem öncesi değiştirilmesi, cerrahi alanın hatalı işaretlemesi hazırlayıcı faktörlerdir(Seiden&Barach 2006). Doğru hasta, doğru alan, doğru işlem' güvenliğinin sağlanması için anestezi uygulanmadan önce hasta, cerrahi alan ve cerrahi işlem görsel ve yazılı olarak onaylanmalı ve mümkünse işaretlenmeli ve bu işlem biri cerrah olan iki kişi tarafından yapılmalıdır. Ameliyat başlamadan önce bütün ekip kontrol listesini kullanarak sözlü olarak hasta hakkında bilgi paylaşımı yapılmalıdır. Ameliyat izni ve bilgilendirilmiş onam özellikle çift taraf organlarında daha dikkatli bir şekilde alınmış olmalı ve insizyon yapılmadan önce karşılıklı final onayı alınmalıdır. Herhangi bir bilgi tutarsızlığı hasta ve en az bir sağlık ekibi üyesi ile onaylanarak çözülmeli(Kwaan ve ark. 2006). Ameliyat süresince bütün enstrümanların, araçların(implantlar, greftler ve kan ürünlerinin) ameliyat için gerekli olduğunu bütün ekip

onaylamalıdır(Dagi ve ark.2007).

Cisim unutulmasının engellenmesi: Ameliyat esnasında cisim unutulması nedeniyle dünya çapında yılda en az 1500 hastanın zarar gördüğü belirtilmektedir(**Enker ve ark. 2008**). Spançlar %31, enstrumanlar %4 ve diğer maddeler (elektrod vb) %13 oranında unutulmaktadır. Hasta bedeninde cisim unutulması %69-83 reoperasyon, %10-22 fistül veya obstruksiyon, %0-2 ölüme neden olmaktadır(Dagi ve ark.2007;Greenberg, Diaz-Flores, Lipsitz ve ark.2008). Amerikan ameliyathane hemşireleri birliği (Association of Perioperative Registered Nurses- AORN) spançların radyografi ile tanımlanmasını, ameliyat öncesi ve sonrası sayılmasını önermektedir(AORN 2009). Açık kaviteleri içeren bütün ameliyatlarda kullanılan tüm materyaller sayılmalı eğer sayılar tutmuyorsa radyografi veya reexplorasyonla ‘bak ve dokun’ yöntemi ile kontrol edilmelidir. (Hedrick, Heckman, Smith ve ark. 2007; Enker et al 2008)Cisim unutulmasını önlemeye yönelik geliştirilen diğer bir yöntem barkodlu spanc sayma sistemi unutma riskini azaltmada iyi bir yol olarak önerilmektedir (Greenberg ve ark. 2008).

Güvenli iletişimin sağlanması: Güvenli iletişim hataların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. JCAHO’ tarafından yapılan bir araştırmada 1995- 2005 yılları arasında ameliyathanelerde meydana gelen zarar verici olayların %70’nin iletişim yetersizliği nedeniyle olduğu belirtilmiştir(Makary, Mukherjee, Sexton ve ark 2007; Greenberg, Regenbogen, Studdert ve ark.2007; Moss, Xiao & Zubaidah 2002). Diğer bir çalışmada ameliyat öncesi, esnası ve sonrası yaralanmaya yol açan hataların oluşmasına iletişim bozukluğunun %25’oranında katkıda bulunduğu belirtilmektedir(Stahel, Clavien, Hahnloser ve ark.2007). Moss ve ark. (2002) yaptığı çalışmada ekip üyeleri arasında ağırlıklı olarak iletişimin doktor ve hemşireler arasında ameliyat listesinin yapılması amaçlı, telefon aracılığıyla yapıldığı belirlenmiştir. Hataları azaltmak için hasta bilgileri temelli ve yüz yüze iletişim tercih edilmelidir ve iletişim sonuçları kaydedilmelidir.

Güvenli personelin sağlanması: Çalışanların potansiyel tehlikeler ve onlardan korunma yolları, becerilerinin geliştirilmesi, güvenli iletişim ve hasta güvenliği konusunda eğitilerek duyarlılıklarının artırılması hataların azaltılmasında önemlidir(AORN 2009). Makary ve ark (2007) ameliyathane personeline yapılan eğitim sonucunda ameliyathane personeli arasında işbirliği algısının arttığını belirlemişlerdir. Personelin mevcut sistemi geliştirme, kaza olaylarını uygun otoritelere rapor etme, hasta bakımı ve tedavi planlarına ilişkin bilgilenme davranışları desteklenmelidir(World health professions alliance fact sheet 2002). Hemşirelerin potansiyel hataları önceden görebilecek duruma gelmeleri, sayı yeterliği ve iş yüklerinin azaltılması hasta güvenliğinin artırılmasında diğer önemli faktörlerdir(Alfredsdottir& Bjornsdottir 2008).

Organizasyon, kayıt ve güvenlik kültürünün oluşturulması: Ameliyathane yöneticileri organizasyonda hasta güvenliğini hedeflemelidirler. Cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi, proaktif sistem analizi ve risk azaltma stratejileri geliştirilmeli, uygulamalar standardize edilmeli, yeterli çevre donanımı sağlanmalı, etkili iletişim ve nitelik ve nicelik açısından yeterli personel alımı yapılmalıdır. Ameliyathanede ‘ekip çalışması’ anlayışı geliştirilmeli ve hastanın katılımı teşvik edilmelidir (Vincent & Coulter 2002). Hasta ile ilgili karar alırken protokoller, kontrol listeleri ve bilgisayar kayıtlarından yararlanılmalıdır. Kayıt sistemi, hastayı, çalışma sistemini, sonuçları ve ekip kararlarını içermelidir. Kontrol listeleri hataların azaltılmasında önemlidir. WHO ‘Dünya Sağlık Örgütü Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi’ni geliştirmiştir. www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/; <http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/giris.html> İyi bir ameliyathane organizasyonunda materyal güvenliği ayrı bir öneme sahiptir. Kullanılan ürünlerin hastaya zarar vermesi önlenmelidir. Steril, allejik olmayan, kullanım sonrası komplikasyon yaratmayan (ör. enfeksiyon) ürünler tercih edilmelidir. Araç gereçlerin dezenfeksiyon ve kalibrasyonları yapılmalıdır.

Güvenlik kültürü yaratma önenebilir kazalar ve hataların sayısının azaltılmasında en önemli en yavaş ve en zor girişimdir. Özellikle farklı meslek üyelerinin olduğu ekiplerde, sık sık eğitim programları ile hasta güvenliğini tehdit eden potansiyel durumlara karşı duyarlılık artırılmalıdır(Etchell ve ark.2003)

Sonuç: Ameliyathanede hastalar enfeksiyonlar, kanamalar, yanlış tedavi, yanlış uygulamalar ve travmalara maruz kalmaktadırlar. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları ameliyathanede hasta güvenliğinin sağlanması için ilaç ve kan transfüzyonu hatalarını, hastane enfeksiyonlarını, travmaları, ‘hasta, alan, işlem’ hatalarını, cisim unutulmalarını önlemek, etkili iletişim, güvenli personel, organizasyon, kayıt ve güvenlik kültürünün geliştirilmesi için girişimlerde bulunmalıdırlar.

Kaynaklar

- AORN (2009). Association of Perioperative Registered Nurses, Position statement on patient safety. www.aorn.org.
- Alfredsdottir H& Bjornsdottir K.(2008).Nursing and patient safety in the operating room. *Journal Advanced Nursing* 61(1):29-37.
- Aştı T & Acaroğlu R. (2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 4:22-27
- Acar N, Akalın H, Karakoç A, Koçak N, Otağ F ve Merdanoğulları E.(1998).kan merkezleri klinik ilişkisi, sorunlar, çözüm önerileri. *Damla Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği Bülteni* 27:1-14.
- Batra S& Gubta R.(2008). Alcohol based surgical prep solution and the risk of fire in the operating room: a case report. *Patient Safety in Surgery* 2:10
- Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Ghandi TK, Dwyer K ve ark.(2006)A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery* 139:159-73.
- Dagi T, Berguer R, Moore S & Reines H.(2007).Preventable errors in the operating room-part 2:retained foreign objects, sharps injuries and wrong side surgery.*Curr Probl Surg* 44:352-381.
- Enker WE, Martz JE, Picon A,Wexner SD, Fleshman JW, Koulos J& Goldman N.(2008).An incremental stepin patient safety:redusing the risk of retained foreign bodies by the use of an integrated laparotomy pad/retractor. <http://online.sagepub.com>.
- Etchells E, O'Neill C, Bernstein M.(2003).Patient safety in surgery: error dedection and prevention. *World J.Surg* 27:936-942.
- Fışgın T, Tanyel E, Topgül K,Sarıkaya H, Doğanç L & Tülek N.(2008).Kolon cerrahisi uygulanan hastalarda gelişen cerrahi alan enfeksiyonları ve risk faktörleri. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)* 22:141-145.
- Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ.(1999).The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgey* 126:66-75.
- Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, Lipsitz SR, Rogers SO, Zinner MJ&Gawenda AA (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg* 204:533-540.
- Greenberg CC, Diaz-Flores R, Lipsitz SR, Regenbogen SE, Mulholşand L& Gawenda AA(2008). Bar-coding surgical sponges to improves safety a randomised controlled trial. *Annals of Surgery* 247:612-616.
- Hedrick TL, Heckman JA, Smith RL, Sawyer RG, Friel CM &Foley EF(2007).Efficacy of protocol implementation on incidence of wound infection in colorectal operations. *J Am Coll Surg* 205:423-438.
- Isır AB, Akbaba M, Çoşkun AG & Düger HE.(2009).Diatermi yanığına adli tıp bakışı(intraoperatif diatermi yanığı).*Gaziantep Tıp Dergisi* 15:63-66.
- Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ & Gawenda AA.(2006).Incidence, patterns and prevention of wrong-site surgery. *Arch Surg* 141:353-358.
- Merali R,Osser B,Leeksma A, Lingand S, Belo S & Hyland S.(2008).Medication safety in the operating room: teaming up to improve patient safety. *Healthcare Quarterly* 11:54-57
- Makary MA, Mukherjee A, Sexton JB, Syin D,Goodrich E, Hartmann E ve ark (2007).Operating room brifings and wrong-site surgery. *J Am Coll Surg* 204:236-243.
- MossJ, Xiao Y & Zubaidah S(2002).The operating room charge nurse: coordinator and communicator. *J Am Med Inform Assoc* 6:70-74.
- Seiden SC & Barach P(2006).Wrong side/wrong site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events. *Arch surg.*141:931-939.
- Stahel PF, Clavien PA, Hahnloser H& Smith WR (2007). A new journal devoted to patient safety in surgery: the time is now! *Patient Safety in Surgery*1:1-3.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı1Dünya Sağlık Örgütü Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi, <http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/giris.html>
- Terzi C.(2006).Cerrahi alan enfeksiyonu yönetimi. *Yoğun Bakım Dergisi* 6:18-26.
- Uluhan R.(2007). Güvenli kan. *ANKEM Derg* 21:142-145.
- Uzunköy A.(2005).Cerrahi alan enfeksiyonları: risk faktörleri ve önleme yöntemleri. *Ulus Travma Derg.*269-281.
- Vincent C& Coulter A(2002). Patient safety:what about the patient? *Qual.Saf.Health Care* 11:76-80.
- World Alliance for patient safety(2008). The secand global patient safety challenge, Safe surgery saves lives. www.who.int/patientsafety/challenge/safe_surgery/
- World health professions alliance fact sheet(2002). Patient safety,World health professions alliance,www.whpa.org/
- Zenciroğlu D.(2007).Hastanelerde kritik, kritik olmayan alanların temizliği ve çevre yönetimi.
- Günaydın M, Öztürk R, Ulusoy S, Gültekin M. Eds. 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı. Akara. Bilimsel Tıp Yayınevi, 235-244.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

SB01

**Cleveland Klinik Kolorektal Kanseri Risk Modelinin Türkiye’de Bir Üniversite
Kliniğinde Dış Doğrulaması
(Eksternal Validasyonu)**

Sebahattin Çelik⁽¹⁾, Erdiñ Çetinkaya⁽¹⁾, Mutlu Hayran⁽²⁾, Ahmet Doğrul⁽¹⁾, A. Esra Çelebi⁽¹⁾,
F. Ümit Malya⁽¹⁾, Gürkan Dumlu⁽¹⁾, E. Charles Roach⁽¹⁾, Y. Alper Kılıç⁽¹⁾, İskender Sayek⁽¹⁾

1) Hacettepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

2) Hacettepe Üniversitesi, Onkoloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı iç geçerliliği Cleveland klinikte yapılmış olan kolorektal kanser cerrahisinde risk modelinin dış geçerliliğini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi genel cerrahi bölümünce 1997-2008 yılları arasında yapılmış olan, kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmada toplam 772 hasta (çalışma koşullarına uyan) incelendi. Bu hastalarda Cleveland Klinik Kolorektal Cerrahi (CRC) risk skorlama modeli içinde kullanılan parametreler (yaş, cinsiyet, ASA, tümör lokalizasyonu, TNM, evre, CEA, Metastaz, ameliyat türü, küratif/ palyatif cerrahi, hematokrit düzeyi, rezeksiyon yapıp-yapılmadığı, mortalite. değerlendirildi. Daha sonra Cleveland Klinik’te geliştirilen skorlama sistemine göre hastaların toplam skoru ve beklenen mortalite riski hesaplandı. Toplanan verilerin yorumlanması ROC (receiver-operating characteristic) analizi kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Kolorektal kanser cerrahisinde mortaliteyi öngörmeye yönelik öngörülen Cleveland Klinik Modeli’nin, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD’da yapılan çalışmada da anlamlı olduğu bulundu (AUC:0.81 [%95GS: 0.75-0.87], p<0.001, ROC analizi.). Mortaliteyi öngörmeye anlamlı kesim değeri çalışmamızda 2.0 olarak bulunmuştur. Bu kesim noktasının üzerinde değer alan bireylerin mortalite riskinin diğer bireylere göre 15.3 kat (%95 GS:4.7-50.1) arttığı belirlenmiştir. Bu kesim noktası %90 sensitivite ve %65’lik spesifite değerlerine sahiptir. Bireylerin ölüm riski tüm grupta yüzde 3,9 iken 2’nin altında CRC skoru olan bireylerde binde 6’ya kadar düşmekte, 2’nin üzerindeki bireylerde ise onda bir yaklaşmaktadır (%9.5).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolorektal kanser cerrahisinde mortaliteyi öngörmeye yönelik öngörülen Cleveland Klinik Modeli’nin, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD’da yapılan çalışmada da anlamlı olduğu bulundu (AUC:0.81 [%95GS: 0.75-0.87], p<0.001, ROC analizi.). Mortaliteyi öngörmeye anlamlı kesim değeri çalışmamızda 2.0 olarak bulunmuştur. Bu kesim noktasının üzerinde değer alan bireylerin mortalite riskinin diğer bireylere göre 15.3 kat (%95 GS:4.7-50.1) arttığı belirlenmiştir. Bu kesim noktası %90 sensitivite ve %65’lik spesifite değerlerine sahiptir. Bireylerin ölüm riski tüm grupta yüzde 3,9 iken 2’nin altında CRC skoru olan bireylerde binde 6’ya kadar düşmekte, 2’nin üzerindeki bireylerde ise onda bir yaklaşmaktadır (%9.5). Bu bulgular ışığında Cleveland Klinik’te yapılan ve iç geçerliliği gösterilen çalışmanın, kliniğimiz hastalarında da dış geçerliliğinin bulunduğunu saptandı.

SB02

**Kolorektal Karsinomalı Erkeklerde Serbest/Total Serum
Prostat Spesifik Antijen Oranı**

Nüvit Duraker⁽³⁾, Zeynep Civelek Çaynak⁽¹⁾, Didem Can⁽²⁾, Mualla Parıltı⁽⁴⁾

1) SB Başakşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) SB İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

3) SB Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, 3.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

4) SB Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Kolorektal karsinomalı erkek hastalarda, ameliyat öncesi serum total prostat spesifik antijen (PSA) düzeyleri ve yüzde serbest PSA (serbest PSA/total PSAx100) değerleri ile klinikopatolojik özellikler arasındaki ilişkiyi inceledik.

YÖNTEM

Geçmişlerinde ve ameliyat sonrası en az dört yıllık izlemlerinde prostat karsinoması öyküsü olmayan 286 kolorektal karsinomalı hastada total ve serbest PSA konsantrasyonları solid-faz iki-yanlı immunoradyometrik yöntemle ölçüldü.

BULGULAR

7 hastanın total PSA düzeyi 10 ng/mL'nin üzerinde idi. Ortanca total PSA düzeyi, 50 yaşın altındaki hastalarda 50 yaş ve üstündeki hastalara kıyasla anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.001$). Yüzde serbest PSA'nın ortanca değeri 16.6, ortalaması 20.8 (standart sapma 17.4 idi). Ortanca yüzde serbest PSA değeri, 5 cm ve daha küçük tümörlerde 5 cm'den büyük tümörlere kıyasla daha yüksekti ($p=0.059$). Ortalama yüzde serbest PSA değeri, T1-T2 tümörlerde T3-T4 tümörlere kıyasla daha yüksek olma eğilimi gösteriyordu ($p=0.094$). Ortanca yüzde serbest PSA değeri, müsinöz karsinomada müsinöz olmayan adenokarsinomadan anlamlı olarak daha yüksek idi ($p=0.009$). Yüzde serbest PSA değeri 15 eşik değerinden daha düşük olan hastaların oranı, T1-T2 tümörlü hastalarda %27.9, T3-T4 tümörlü hastalarda %50.2 idi ($p=0.012$); bu oran müsinöz karsinomalı hastalarda %25.0, müsinöz olmayan karsinomalı hastalarda %48.7 idi ($p=0.045$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Erkek kolorektal karsinomalı hastalarda yüzde serbest PSA değerleri, herhangi bir prostat patolojisi olmayan veya benin prostat hiperplazisi olan erkekler için bildirilen değerlerden daha düşük gibi görünmektedir ve mükülaris propriyayı aşmamış tümörlerde ve müsinöz karsinomada daha yüksektir.

SB03

Rektum Cerrahisi ve Ürolojik Komplikasyonlar

Neşet Köksal⁽¹⁾, Ömer Faruk Özkan⁽¹⁾, Yusuf Günerhan⁽³⁾, Atilla Çelik⁽¹⁾, Ediz Altınlı⁽¹⁾,
Mehmet Ali Uzun⁽¹⁾, Münire Kayıhan⁽¹⁾, Doğan Erdoğan⁽¹⁾, Ersan Eroğlu⁽¹⁾,
Metin Öztürk⁽²⁾, Senad Kalkan⁽²⁾

1) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

2) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Üroloji Kliniği

3) Kafkas Üniversitesi, Tıp Fakültesi

AMAÇ

Rektum tümörü nedeniyle total mezorektal eksizyonla birlikte low anterior rezeksiyon ve abdominoperineal rezeksiyon uygulanan hastalarda postoperatif gelişen üriner ve seksüel disfonksiyon insidansını değerlendirmek.

YÖNTEM

2003-2009 yılları arasında H.N.H. 2. Genel Cerrahi Kliniğinde peritoneal refleksiyonun altındaki orta ve alt rektum tümörü nedeniyle total mezorektal eksizyonla birlikte low anterior rezeksiyon ve abdominoperineal rezeksiyon yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş ortalaması, cinsiyet, tümörün lokalizasyonu, uygulanan cerrahi tedavi ve patolojik evresi tespit edildi. Hastalarda gelişen üriner ve seksüel disfonksiyonlar sorgulandı.

BULGULAR

Rektum tümörü tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan 47 hastanın, yaş ortalaması 57.76 idi. Erkek-kadın oranı 27/20. Onsekiz hastaya neoadjuvan kemoradyoterapi uygulandı. Sekiz hasta nüks rektum tümörü nedeniyle opere edildi. Otuzsekiz hastaya low anterior rezeksiyon, çift staplerle anastomoz, 9 hastaya miles prosedürü uygulandı. Patolojik evrelemede 4 hastada, T 2, 19 Hastada T3, 23 hastada T4 tümör saptandı. Postoperatif 11 (%23) hastada üriner retansiyon, 8 (%17) hastada seksüel disfonksiyon gelişti. Tamamı erkek olan, seksüel disfonksiyonlu 7 hastada patolojik evre T4, 1 hastada T3 olup 3 hasta nükstü. Üriner retansiyon gelişen hastaların 9'u erkek, 2'si kadındı. Hastaların 7 sinde patolojik evre T4, 4'ünde T3 olup, 4 hasta nükstü. İki hasta halen temiz aralıklı kateter uygulaması ile miksiyonu sağlarken diğerleri yakınmasız olarak miksiyonlarını sağlamaktadır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektum cerrahisi sonrası ürolojik komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu durum, üriner sistemin sempatik ve parasempatik sinirlerinin, rektumun mobilizasyonu sırasında hasarlanmasına bağlıdır. Bizim serimizde postoperatif mesane ve seksüel fonksiyon bozukluğu görülen vakalar, özellikle serozayı aşmış ileri evre tümörler (T4) ve nüks tümör nedeniyle opere edilen hastalardır.

SB04**Rektum Kanseri Nedeniyle Miles Prosedürü ve Low Anterior Rezeksiyon Uygulanan Hastalarda Postoperatif Eretil Disfonksiyon**

Hakan Özkan, Acar Aren, Hande Gökçe

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

AMAÇ

Rektum kanseri cerrahisinde, low anterior rezeksiyon ve miles prosedürü sonrası erkek hastalarda erektile disfonksiyon sık gözlenen bir komplikasyondur. Rektum rezeksiyonları sonrası genel impotans oranı %10'dur. Kimi yayınlarda bu oranın % 80 lere çıktığı bildirilmiştir. Biz de çalışmamızda 2005-2008 tarihleri arasında hastanemizde rektum ca nedeniyle low anterior rezeksiyon ve miles prosedürü uyguladığımız hastaları postoperatif gelişen erektile disfonksiyon yönünden değerlendirdik.

YÖNTEM

Hastanemizde 2005-2008 tarihleri arasında rektum kanseri nedeniyle miles prosedürü ve low anterior rezeksiyon uygulanan 37 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. 16 hasta miles prosedürü 21 hasta low anterior rezeksiyon uygulanan hastalardı. Hastalar yaş ek hastalık ve postoperatif gelişen erektile disfonksiyon yönünden değerlendirildi. Erektile disfonksiyon değerlendirilmesinde ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu(IIEF) kullanıldı. Hastaların preoperatif ve postoperatif IIEF skorları istatistiksel olarak değerlendirildi

BULGULAR

LAR ve MILES gruplarının yaş ortalamaları ($p=0,179$),diabetes mellitus varlığı dağılımları ($p=0,715$), hipertansiyon varlığı dağılımları ($p=0,981$) arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir. LAR ve MILES gruplarının operasyon öncesi IIEF ortalamaları arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir ($p=0,630$). MILES grubunun operasyon sonrası IIEF ortalamaları LAR grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,0001$). LAR grubunun ($p=0,0001$) ve MILES grubunun ($p=0,0001$) tedavi sonrası IIEF ortalamaları tedavi öncesinden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. MILES grubunun operasyon sonrası IIEF azalma miktarı ortalamaları($p=0,0001$) ve yüzde değişim ortalamaları ($p=0,0001$) LAR grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektum disseksiyonu esnasında nervus pudentalislerin korunması postoperatif erektile disfonksiyon gelişmesini önler. Bu nedenle bu sinirlerin içerisinden geçtiği perirektal ve perinei kaslarından uzak disseksiyona mümkün olduğunca dikkat edilmelidir. Postoperatif gelişen erektile disfonksiyonda üroloji klinikleri ile beraber hasta değerlendirilmeli, hastaların sosyal yaşamlarına geri dönmeleri sağlanmalıdır. Rektum ca görülme yaşı giderek düşmektedir; bu komplikasyonun giderilmesinin önemini daha çok artırmaktadır. Çalışmamızda rektum ca nedeniyle low anterior rezeksiyon ve özellikle miles prosedürü uygulanan hastalarda erektile disfonksiyon sık rastlanan bir komplikasyon olduğu saptandı ve disseksiyonda azami özen gösterilmesi gerektiği kanısına varıldı.

SB05

**Rektum Kanseriinde Modern Abdominoperineal Rezeksiyon Tekniğı:
Perioperatif ve Erken Postoperatif Sonuçlar**

Gürel Neşşar, Ali Eba Demirbağ, Zafer Teke, Orhan Elbir
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğı, Ankara

AMAÇ

Rektum kanserinde major problem lokal kontrolün sağlanmasıdır. TME tekniğı ile anterior rezeksiyon sonrası iyi sonuçlar alınmasına rağmen, abdominoperineal rezeksiyon (APR) sonrası lokal nüks oranı hala yüksektir. Bunun en önemli nedenleri radial sınır pozitifliği ve operasyon sırasında oluşan perforasyonlardır. Literatürde prone pozisyonda yapılan modern APR tekniğinin radyal sınır pozitiflik oranını ve perforasyon riskini azalttığı gösterilmiştir.

YÖNTEM

Kasım 2008-Mart 2009 tarihleri arasında, rektum ve anal kanal adenokanseri teşhisi konan dokuz hastaya modern teknikle APR yapılmıştır. Bu hastaların perioperatif ameliyat bulguları ve erken postoperatif sonuçları prospektif olarak değerlendirilmiş; bu veriler 2002-2008 yılları arasında klasik teknikle APR yapılmış 134 hastanın sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Perforasyon ve radyal margin pozitifliği modern grupta bir hastada (%11,1) klasik grupta sırasıyla 18 (%13,4) ve 19 hastada (%14,2) bulunmuştur. Çıkarılan doku miktarı modern APR grubunda daha fazla olup, ameliyat süresi bu grupta daha uzun (ortalama 296 vs 219 dakika) bulunmuştur. Her iki grup arasında kan kaybı, çıkarılan spesimenin uzunluğu, toplam lenf bezi sayısı ve perine yara enfeksiyonu açısından bir fark bulunamamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Modern APR tekniğı ile tümör çevresinde çıkarılan doku miktarı daha fazla olduğu için yeterli hasta sayısına ulaşıldığı zaman, tümör perforasyonu ve radyal sınır pozitifliği oranları klasik tekniğe göre daha düşük olabilir. Bu durumun onkolojik sonuçları iyileştireceğini tahmin etmekteyiz.

SB06

**Kolorektal Kanserli Hastalarda Pozitron Emisyon
Tomografisinin Güvenirliliği**

Erdal Polat, Erol Aksoy, Birol Bostancı, İlter Özer, Tahsin Dalgıç, Murat Ulaş, Metin Ercan,
Yusuf Özoğlu, Musa Akoğlu

Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Kanserlerin preoperatif yayılımalarının araştırılmasında, rekürrenslerinin tespitinde ve tedavisinin planlanmasında pozitron emisyon tomografisinin (PET) kullanımı her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmada kolorektal kanserli hastaların takibinde PET'in tedavi planımıza etkisini ve güvenilirliğini analiz etmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Ocak 2008 ve Mart 2009 tarihleri arasında Yüksek İhtisas Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde kolorektal kanseri tespit edilen hastalardan Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ile değerlendirme yapılan hastaların verileri prospektif olarak analiz edildi. Hastaların demografik özellikleri, PET'in yanlış değerlendirilmesine neden olabilecek faktörler, istek endikasyonu, PET verilerinin konvansiyonel tetkik sonuçları ve opere edilen hastaların operasyon bulguları ile korelasyonu ve bunun klinisyenin kararına etkisi kayıt edildi.

BULGULAR

Kolorektal kanser tanısı olan 37 hastanın 14'üne (% 37,8) preop evreleme, 23'üne (% 62,2) postop tarama amacıyla PET istendi ve 23 (% 62,2) hastada patolojik 5- FDG tutulumu tespit edildi. 20 (% 54,1) hastada PET bulguları konvansiyonel görüntüleme tetkikleri ile uyumlu idi fakat 8 (% 21,6) hastada konvansiyonel tetkiklerde tespit edilemeyen lezyonlar PET ile tespit edildi ve ayrıca 9 (% 24,3) hastada konvansiyonel tetkiklerde patolojik olarak tespit edilen lezyonlar PET ile değerlendirildiğinde patoloji saptanmadı. PET ile değerlendirmeden sonra 10 (% 27) hastada tedavi planında değişiklik yapıldı; 7 (% 18,9) hastaya cerrahi girişim düşünülmüyorken cerrahi kararı verildi, 3 (% 8,1) hastaya da cerrahi girişim planlanırken bundan vazgeçildi. Opere olan 24 hastanın PET bulguları operasyon bulguları ile karşılaştırıldığında; 21 (% 87,5) hastada PET bulgusunun histopatolojik değerlendirme ile uyumlu, 3 (% 12,5) hastada uyumsuz olduğu görüldü.

TARTIŞMA ve SONUÇ

PET bulgusunun histopatolojik bulgu ile uyumlu olmadığı tespit edilen hastaların verileri tekrar incelendiğinde; bir hastanın PET çekileceği günde açlık kan şekeri değerinin >250mg/dl, diğer hastanın da taşlı yüzük hücreli karsinom histopatolojik tanısının olmasının yanlış negatifliğe neden olabileceği düşünüldü. Ayrıca opere olmayan bir hastaya da kemoradyoterapi bitiminden 15 gün sonra PET çekilmesinin yanlış pozitifliğe neden olabileceği düşünüldü. Yanlış değerlendirmeye neden olabilecek faktörlerin yeterince dikkate alınmadığı bu hastalar değerlendirmeden çıkartıldığında, 34 hastanın 33 (% 97)'ünde PET bulgularının doğru olduğu görüldü. PET, kolorektal kanserli hastaların preop değerlendirilmesinde ve postop takibinde, yanlış değerlendirilmesine neden olabilecek faktörler dikkate alınarak istendiği zaman tedavi planının etkileyebilen güvenilir bir tarama metodudur.

SB07

**Alt Rektum Tümörlerinde Cerrahi Sınır Pozitifliğinin
Değerlendirilmesi**

Hakan Mustafa Köksal, Mustafa Fevzi Celayir, Adnan Hacım, Sadık Yıldırım, Adil Baykan
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Cerrahi sınır pozitiflikleri onkolojik prensipler ışığında istenmeyen bir durumdur. Total mezorektal eksizyon ve abdominoperineal rezeksiyonda(APR) tubuler rezeksiyonun radikal rektum tümörü cerrahisinde onkolojik sonuçları ile gerekliliği ortadadır. Çalışmamızda cerrahi sınır pozitif bulunan alt1/3 rektum tümörlü olgularımızı sonuçları ile irdeledik.

YÖNTEM

Kliniğimizde 2000-2008 yılları arasında rektum tümörü hastalarımızın kayıtlarını geriye taradık. Patoloji sonuçlarına göre cerrahi sınırları pozitif olarak tespit edilen olgularımızı çalışmamıza dahil ettik. Olgularımızı, preoperatif değerlendirilmeleri, uygulanan tedavileri, yapılan ameliyatlari, patolojik sonuçları ile değerlendirdik ve sonuçlarını karşılaştırdık.

BULGULAR

Toplam 118 olguyu inceledik. Olguların kadın/erkek oranı 49/59 idi. Olguların 105'inde cerrahi sınırlar temizdi. Cerrahi sınır pozitifliği 13 olguda vardı. On olguda lateral/radyal cerrahi sınır pozitifliği, 3 olguda distal cerrahi sınır pozitifliği vardı. Bu 10 olgunun 7'si erkekti, yine 10 olgunun 7'sinde uygulanan ameliyat APR idi. Radyal cerrahi sınır pozitifliği aşağı anteriör rezeksiyonlarda 3 olguda vardı. Radyal cerrahi sınır pozitif olan 10 olgunun sadece 2 tanesi halen yaşamaktadır, 3 olguya ulaşamamıştır. Hasta Erkek Kadın Cerrahi sınır (-) 50 45 105 Radyal cerrahi sınır(+) 7 3 10 Distal cerrah sınır (+) 2 1 3 Toplam 59 49 118 2000 – 2008 yılları arasında, ameliyat edilen rektum kanseri hastaların cerrahi sınırda tümör bulunup bulunmaması ve cinsiyete göre dağılımı. Cerrahi sınır pozitif tespit edilen olgularımızda neoadjuvan tedavi hiçbirine uygulanmamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Cerrahi sınır pozitifliği istenmeyen bir durumdur. Mezorektal fasyanın cerrahi diseksiyon esnasında delinmesi, APR'lerde rektumun tubuler bir şekilde çıkartılamaması radyal cerrahi sınır pozitif gelmesinin önemli sebepleri olarak görülmektedir. Sfinkter koruyucu ameliyatlarda distalin doğru şekilde evrelemesi ve değerlendirilmesi önemlidir. Neoadjuvan tedavi, preoperatif evrelemedeki kesinlik, cerrahi teknik ciddi sıkıntı olan cerrahi sınır pozitifliğini azaltmada önemli unsurlardır.

SB08

Rektum Ameliyatları Sonrası Koruyucu İleostomi Yaptığımız Hastalardaki Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonlarımız.

Fevzi Celayir, Hakan Köksal, Adnan Hacım, Medeni Şermet, Ayça Hacıaloğlu, Sadık Yıldırım, Adil Baykan
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Koruyucu ya da saptırıcı ileostomiler koloanal anastomoz yapılan hastalarda sıklıkla uygulanır. Biz de kliniğimizde rektal kanser nedeniyle opere ettiğimiz hastalardaki koruyucu loop ileostomileri; hastaların memnuniyeti, yaşam kaliteleri, stoma bakım sorunları, oluşan morbidite ve mortaliteler açısından araştırdık.

YÖNTEM

2000 Ocak ile 2009 Mart ayında cerrahi kliniğimizde rektum kanseri nedeniyle koruyucu loop ileostomi açılan hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Hastalar ileostomili yaşama alışma (memnuniyet ve kalite),ileostomi torbası adaptasyonu (stoma bakım sorunları) ve ileostomi yerinde oluşan parastomal herniler nedeniyle incelendi.

BULGULAR

9 yıllık ameliyatlarımız incelediğinde 116 koruyucu loop ileostomi açılan hasta saptandı. Kadın hasta sayısı 47 iken, erkek hasta sayısı 59 idi. Kadın / Erkek oranı 0,68 idi. Hastalar ileostomili yaşama alışma, ileostomi torbası adaptasyonu ve ileostomi yerinde oluşan parastomal herniler nedeniyle araştırıldı. 65 hasta geçici de olsa ileostominin hastalar tarafından kabulunu zor olarak ifade etti. (% 56) Fazla kilolu özellikle kadın hastalarda (17 kadın, 7 erkek) artmış göbek çevresi ve oluşan göbek katlantısı zaman zaman stoma torbası yapışmasında güçlük yarattı. 5 hastada oluşan parastomal herni (% 4,31) ileostomi kapatılması sırasında onarıldı. Parastomal hernili bu hastalar ileostominin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini ve bir an önce ileostomilerinin kapatılmasını istediklerini belirttiler. Bu hastaların 3'ünde ciddi stoma torbası yapışma ve bakım problemleri mevcuttu. (% 2,58) 1 kadın hastada ise (% 0,8) ileostomi kapatıldıktan sonra uzun süren subileus atakları oluştu. Hasta tekrar ameliyata alındı. Oluşan darlık nedeniyle anastomoz bozuldu, yeniden ileostomi açılan hasta kontrollere gelmektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Koruyucu İleostomi geçici de olsa çoğu hasta tarafından başlangıçta zor kabul edilir. Hastaların büyük kısmı bir torba ile yaşamının; sürekli ve sık stoma bakımının, yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Ancak oluşturduğu problemler, sağladığı yararlar nedeniyle göz ardı edilebilir. Kolorektal cerrahi anastomozlarındaki kaçaklarda oluşabilecek pelvik sepsis riskinde üstlendiği hayat kurtarıcı rolü, pek çok cerrah için koruyucu ileostomileri vazgeçilmez kılar.

SB09

**Ameliyat Edilebilir Rektum Kanserli Hastalarda Ameliyat Öncesi Uygulanan
Kemoradyoterapi Yanıtının Değerlendirilmesinde
Apoptozis ve Anjiogenezin Rolü**

Fatih Yanar⁽³⁾, Vakur Olgaç⁽¹⁾, Evin Ademoğlu⁽²⁾, Sezer Sağlam⁽¹⁾, Esra Sağlam⁽¹⁾, Emre Balık⁽³⁾,
Yersu Kapran⁽⁴⁾, Hasan Karanlık⁽¹⁾, Oktar Asoğlu⁽³⁾

1) Onkoloji ABD

2) Biyokimya ABD

3) İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, İstanbul

4) Patoloji ABD

AMAÇ

Amacımız, preoperatif kemoradyoterapi (KRT) sonrası total mezorektal eksizyon (TME) uygulanan ameliyat edilebilir rektum kanserli olgularda patolojik tam yanıt elde edilen grupta apoptozis ve anjiogenez parametrelerinin saptanması ve böylelikle tam yanıtla sahip hasta gruplarının tedavi öncesi dönemde belirlenmesine olanak sağlamaktır.

YÖNTEM

Mart 2006 - Mart 2008 tarihleri arasında tanı amaçlı kolonoskopisi anabilim dalımızda yapılan rektum kanserli 91 olgudan, 62'si proksimal yerleşim, çalışmaya kabul etmeme gibi nedenlerle çalışma dışı bırakılarak, orta ve distal yerleşimli cT3N+ 29 hasta çalışmaya dahil edildi. Neoadjuvan KRT öncesi biyopsi örnekleri fleksibl endoskop kullanılarak tümörün nekrotik merkezi kısmından kaçınılarak, tümörün farklı kenarlarından ve normal dokudan alındı. Biyopsi örnekleri eksi 80 derecede dondurularak saklandı. Bax ve bcl-2 immünohistokimya tekniği ile çalışılırken; MMP-9, VEGF, sitokrom-c, kaspaz-3 belirteçleri ELİSA tekniği ile çalışıldı. Neoadjuvan tedavi sonrası 4 haftalık bekleme süresini takiben standart TME tekniği uygulandı.

BULGULAR

Olguların 17'si (% 58.6) erkek, 12'si (% 41.4) kadın olup, ortalama yaş: 60 (24- 88) idi. Tümörün anal girimden uzaklığı ortalama 6 cm olup, 2 ila 10 cm arasında değişmekteydi. Hastaların 22 tanesine sfinkter koruyucu girişim (%76), 7 tanesine (% 24) ise abdominoperineal rezeksiyon uygulandı. Yedi (%24) hastada patolojik tam yanıt elde edilirken, 22 hastada (%76) parsiyel yanıt elde edildi. Yedi (% 24) hasta pT0N0, 12 hasta (% 41) pT3N0, 1 hasta (% 3) pT2 N1, 5 hasta (% 17) pT3N1, 4 hasta (% 13) pT3N2 olarak değerlendirildi. Çevresel cerrahi sınır ortalaması 6mm (0-20) olup, 24 hastada R0, 3 hastada R1 rezeksiyon yapıldı. Neoadjuvan tedaviye tam yanıt alınan hastaların 1'inde (% 14) bax ekspresyonu düşük bulundu (p = 0.003). MMP-9 düzeyleri tam yanıt alınan hastalarda 488,60 ± 405,169 iken, parsiyel yanıt alınan hastalarda 1166,64 ± 745,912 olarak bulundu (p=0,04). VEGF düzeyleri parsiyel yanıt alınan hastalarda yüksek saptanırken 516,51 ± 649,634 iken, tam yanıt alınan grupta düşük oranlarda 129.67±67,726 saptandı (p=0,051). Bcl-2, sitokrom-c, ve kaspaz-3 düzeyleri ile neoadjuvan tedaviye yanıt oranları arasında bir ilişki olmadığı saptandı (p> 0.05)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tam yanıt artırmaya yönelik yeni kemoradyoterapi protokollerinin uygulanacağı hasta grubu, ameliyat öncesi dönemde belirlenebilir. Ameliyat öncesi dönemde hastadan biyopsiyle elde edilen dokunun histopatolojik değerlendirilmesiyle bax ekspresyonu düşük, VEGF ve MMP-9 düzeyleri yüksek olan grubun tedavisinde rutin KRT yerine bu gruplarda tam yanıtı artırmaya yönelik daha farklı tedavi seçenekleri ile beraber yeni tedavi protokollerinin oluşturulması ile daha iyi onkolojik sonuçlar elde edilmesine olanak sağlayabilir.

SB10

**Rektum Kanseri Cerrahisinde Komplikasyonlar:
Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi**

Tufan Egeli⁽¹⁾, Selman Sökmen⁽¹⁾, Haluk Şirin⁽¹⁾, Aras Emre Canda⁽¹⁾,
Hatice Şimşek⁽²⁾, Mehmet Füzün⁽¹⁾

1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Bu çalışmada rektum kanseri nedeniyle uygulanan potansiyel küratif rezeksiyon sonrası gelişen komplikasyonlarla ilişkili risk faktörleri araştırılmıştır.

YÖNTEM

Ocak 1997 – Aralık 2008 tarihleri arasında rektum kanseri nedeniyle ameliyat edilen 391 hastanın ileriye dönük kayıt altına alınan verileri incelendi. Hastaların 141'i(%36) kadın, 250'si(%64) erkek ve ortalama yaş 64'tü(20-98yaş).Tümör 221(%57)hastada üst rektum ve 170(% 43.4)hastada alt(<=7cm)rektum yerleşimliydi. Yüzatmışdört (% 41.9) hasta preoperatif neoadjuvan tedavi aldı. Otuzdört(%8.7) hastaya anterior rezeksiyon,130(%33.2) hastaya aşağı anterior rezeksiyon, 22(%5.6) hastaya koruyucu stomasız çok aşağı anterior rezeksiyon, 72(% 18.4) hastaya koruyucu stomalı çok aşağı anterior rezeksiyon, 95(%24.2) hastaya abdominoperineal rezeksiyon, 12(%3) hastaya Hartmann işlemi ve 18(%4.6) hastaya diğer girişimler (intersfinkterik rezeksiyon, transanal lokal eksizyon)uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmesine etki edebilecek 34 farklı klinikopatolojik faktör değerlendirilmeye alındı.

BULGULAR

Hastaların ortalama izlem süresi 47 (6 gün- 147 ay) aydı. Üçyüzdoksanbir hastanın 44'ünde(%12.9) komplikasyon geliştiği saptandı: yara yeri enfeksiyonu 19(%4.8), evantrasyon 5(% 1.3), postoperatif ileus 3(%0.76), evisserasyon 3 (%0.76), üreter yaralanması 2(%0.5), stoma prolapsusu 1(%0.25) ve enterokutan fistül 1(%0.25)hastada görüldü. Postoperatif erken dönemde 10(%2.55)hastada mortalite izlendi. Anastomoz yapılan 283 hastanın9'unda(%3.18)kaçak saptandı. Tek değişkenli analizde erkek cinsiyetin(p=0.037), kolorektal cerrah olmayan cerrahın yaptığı ameliyatların(p=0.013) ve kötü tümör differansiyasyonunun (p=0.035) komplikasyon gelişimini anlamlı olarak arttırdığı saptandı. Çok değişkenli analizde erkek cinsiyet(p=0.013; OR=5.109), kolorektal cerrah olmayan cerrah(p=0.066; OR=7.2) ve kötü tümör differansiyasyonunun (p=0.022; OR=8.48) genel komplikasyon gelişiminde etkili faktörler olduğu saptandı. Rektum tümörünün alt ya da üst yerleşimli olmasının komplikasyon gelişmesinde anlamlı farklılık yaratmadığı saptandı(p= 0.266). Anastomoz kaçığı tek ve çok değişkenli analizle irdelendiğinde, diseke edilen lenf nodu sayısı arttıkça anastomoz kaçığı gelişiminin anlamlı olarak arttığı tespit edildi(sırasıyla, p=0,001 ve p= 0.016; OR= 1.059).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektum kanseri cerrahisi bir pelvik organ-kompartman cerrahisidir,hasta ve cerrahın özellikleri risk faktörü oluşturmaktadır. Cerrahi girişimin boyutu genişledikçe komplikasyon riski artmaktadır.

SB11

**Rektum Kanseriinde Distal Sakrektomi Sınırları:
Anatomik Çalışma**

Cemaletin Aydın⁽¹⁾, Cüneyt Kayaalp⁽¹⁾, Gürel Neşşar⁽²⁾, İrfan Esenkaya⁽¹⁾, Aymelek Çetin⁽¹⁾,
Süleyman Çaylı⁽¹⁾, Aydemir Ölmez⁽¹⁾

1) İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

2) Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroeneteroloji Cerrahisi, Ankara

AMAÇ

Lokal ileri veya nüks rektum kanserlerinde posteriorda sakral kemikte invazyon nadir değildir. Primer veya nüks rektum kanserlerinde sakral kemik invazyonlarında çeşitli seviyelerden sakrektomiler tarif edilmiştir. Pelvis ve omurga stabilizasyonu sorunları ve duramater açılması nedeniyle rektal kanserlerde sakrektomi seviyesi genellikle ikinci sakral vertebranın altından yapılmaktadır. Tümörün sakral kemikteki invazyon seviyesi preoperatif değerlendirmeler ile ortaya koyulabilir. Ancak özellikle nüks rektum kanserlerinde fibrozis ve tümör ayırımıındaki zorluklar nedeniyle, değerlendirme her zaman kolay değildir. Bu durumda pelvisteki posteriora yapışık tümörün temiz cerrahi sınırlarla çıkarılabilmesi için hangi seviyeden sakrektomi gerektiğinin intraoperatif olarak belirlenebilmesi önemlidir. Bu çalışmada sakral kemik üzerinde yapılan anatomik bir çalışma ile sakrektomi sınırlarının operasyon esnasında tespit edilebilmesini kolaylaştıracak ölçümlerin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Anatomi anabilim dalından temin edilen 10 erişkin sakral kemik üzerinde çalışıldı. Sakrumların ventral yüzünde kaudale doğru sakral 1,2,3, ve 4. vertebra yükseklikleri, sakrum total uzunluğu, sakro-koksigeal eklemden kraniale doğru foremen sakraliaların posteriordan 5,4,3 ve 2. vertebralara yükseklikleri ölçüldü. Ayrıca promontoryumdan ve sakro-koksigeal eklemden sakroiliak eklemin alt kenarına olan uzaklıklar ölçüldü. Ölçümlerde kağıt metre ve kumpas kullanıldı.

BULGULAR

Ventral yüzde sakral 1, 2, 3 ve 4. vertebraların promontoryumdan olan uzaklıkları sırasıyla ortalama 3,5 cm, 6,1cm, 8,2cm ve 9,8cm idi. Sakroiliak eklemin alt kenarına promontoryumdan olan uzaklık ortalama 6,8 cm idi. Dorsal yüzden yapılan ölçümlerde sakro-koksigeal eklemden olan uzaklıklar sakral 5, 4, 3 ve 2. vertebralar için sırasıyla ortalama 2,3cm, 4,3cm, 6,5 ve 9,0 cm idi. Posteriordan sakroilak ekleme olan uzaklık ortalama 5,0cm idi. Toplam sakrum uzunluğu ise ortalama 12 cm olarak ölçüldü.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sakral 2 seviyesi altından sakrektomi yapmak için promontoryumdan distale en az 7 cm lik temiz cerrahi alan olmalıdır. Posterior yaklaşıma geçildiğinde sakro-koksigeal eklemden itibaren distal sakrumun lateral kenarlarından 5-7 cm serbestleştirme yapılmalıdır.

SB12

Sağ ve Sol Kolon Kanserlerinin Klinik ve Patolojik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Murat Ulaş, Erdal Polat, Yusuf Özoğul, İsmail Gömceli, Metin Ercan, Tahsin Dalgıç, İlter Özer, Ahmet Şeker, Cemal Ensari, Bahadır Celep, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Ankara

AMAÇ

Kolon kanserleri, tüm cerrahi kliniklerinde halen en sık ameliyat edilen malign olgular olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde kolon kanseri nedeniyle ameliyat edilen hastalarda kolon kanserlerinin lokalizasyonuna göre klinik ve patolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM

Kliniğimizde kolon kanseri nedeniyle opere edilmiş olan 405 hasta; kanser lokalizasyonları göz önünde bulundurularak sınıflandırıldı. Her iki grup; yaş, cins, hemoglobin düzeyleri, albumin düzeyleri, kolesterol düzeyleri ve patolojik değerlendirilmeleri açısından incelendi. Tek değişkenli analizler ki kare ve Fisher kesi ki kare testi ile, çok değişkenli analiz ise Lojistik regresyon analizi ile yapıldı.

BULGULAR

Hastaların 152'si (% 37,5) kadın ve 253'ü (% 62,4) erkekti. Sağ kolon kanserli hastaların yaş ortalaması 58, sol kolon kanserli hastaların yaş ortalaması 60 idi. Sağ kolon kanserli hastaların 69'u (% 41,6) kadın, 97'si (% 58,4) erkek, sol kolon kanserli hastaların 83'ü (% 34,7) kadın, 156'sı (% 65,3) erkekti. Her iki grubun yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları benzerdi. Preoperatif hemoglobin, albumin ve kolesterol düzeyleri sağ kolon kanserli hastalarda, sol kolon kanserli hastalara göre anlamlı olarak düşük gözlemlendi. Tümörlerin patolojik değerlendirilmesi sonucunda; her iki grupta medyan T ve N evreleri benzer bulunarak istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Senkron karaciğer metastazı oranı, her iki grupta da istatistiksel farklılık göstermedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağ kolon kanserlerinde anemi ve malnütrüsyon sol kolon tümörlerine göre anlamlı olarak yüksek gözlenmiştir.

SB13

Rektum Kanserli Hastalarda Serum CEA Düzeyi Neoadjuvan Tedaviye Yanıtı Öngörmede Kullanılabilir mi?

Aras Emre Canda⁽¹⁾, Cem Terzi⁽¹⁾, Can Yakut⁽¹⁾, Tufan Egeli⁽¹⁾, Zekai Serhan Derici⁽¹⁾,
Sülen Sarioğlu⁽²⁾, Özgül Sağol⁽²⁾, Funda Obuz⁽⁴⁾, İlknur Görken⁽³⁾, Tuğba Yavuzşen⁽⁵⁾,
Selman Sökmen⁽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) Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

4) Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, İzmir

5) Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Günümüzde lokal ileri rektum kanserlerinde standart tedavi haline gelen neoadjuvan kemoradyoterapiye (KRT) yanıtın önceden belirlenmesinde tedavi öncesi serum CEA düzeyinin rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

1994-2008 tarihleri arasında 162 hastaya lokal ileri rektum kanseri nedeniyle neoadjuvan KRT uygulandı. Tüm hastalarda tedavi planlaması sırasında lokal tümör evrelemesi pelvik MR ve/veya endorektal MR ile yapıldı ve ameliyat sonrası patolojik evreleme ile karşılaştırıldı. Neoadjuvan tedaviye yanıt 2 şekilde değerlendirildi: 1) T ve/veya N evresinde gerileme, 2) tümörün evresinde gerileme. Bu değişkenler ile neoadjuvan tedavi öncesi CEA düzeyleri arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR

Bir hasta neoadjuvan tedavi sırasında kardiyak nedenle eksitus oldu. Neoadjuvan tedaviye yanıt izlenmeyen 4 hastadan birisi inoperabl, 3'ü unrezekabl olarak değerlendirildi. Kalan 157 hastanın 19 (%12.1)'unda tam yanıt, 102 (%64.9)'sinde kısmi yanıt izlendi; 36 hastada (%23) tümörün T ya da N evresinde gerileme izlenmedi. Olguların 91 (%56.2)'sinde evre gerilemesi izlenirken 67 (%41.4)'sinde evre gerileme izlenmedi. Olguların 101 (%64.3)'ünde sfinkter koruyucu cerrahi (SKC) yapıldı. Evre gerilemesi ya da neoadjuvan tedaviye yanıt ile SKC yapılması arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($P>0.05$). Neoadjuvan KRT öncesi serum CEA düzeyleri ile evre gerilemesi arasında anlamlı ilişki saptandı: evre gerilemesi olan hastalarda ortalama CEA düzeyi 5.8 (SEM 1.1), olmayan hastalarda 45.2 (SEM 22.2) olarak izlendi ($P=0.020$). Benzer şekilde neoadjuvan tedaviye yanıt veren ve vermeyen hastalar şeklinde ayırım yapıldığında, yanıt veren hastalarda CEA düzeyleri anlamlı şekilde düşük olarak bulundu (sırasıyla; ortalama 6.0 ve 75.3) ($P<0.001$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Serimizden elde edilen sonuçlar tedavi öncesi serum CEA düzeylerinin neoadjuvan tedaviye yanıtı öngörmede kullanılabileceğini göstermektedir.

SB14

Kolon Kanserinde Radyal Sınırın Prognostik Önemi

Mücahit Özbilgin⁽¹⁾, Selman Sökmen⁽¹⁾, Sülen Sarioğlu⁽²⁾, Aras Emre Canda⁽¹⁾, Mehmet Füzün⁽¹⁾

1) Dokuz Eylül Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Kolon kanseri nedeniyle potansiyel küratif rezeksiyon uygulanan hastalarda sirkumferansiyel rezeksiyon marjın(CRM) tutulumunun prognostik önemi araştırılmıştır.

YÖNTEM

Ocak 2005 –Ocak 2008 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kolorektal Cerrahi biriminde radikal rezeksiyonu yapılan 179 kolon kanserli(sadece pT3-pT4) hastanın prospektif olarak kayıt altına alınan klinikopatolojik verileri incelendi. Histopatolojik incelemede CRM, tümörün en derin penetrasyonuna en yakın retroperitoneal adventisyel yumuşak doku marjini olarak tanımlandı.

BULGULAR

CRM pozitifliği 25 hastada () izlendi. CRM tutulumu ile diferansiyasyon derecesi, tümör invazyon derinliği, lenf nodu tutulumu, venöz invazyon, lenfatik invazyon, tümör invazyon sınır tipi ve lokal nüks gelişimi arasında anlamlı ilişki saptandı($p<0.05$). Çok değişkenli analizde venöz invazyon pozitifliği ve tümör invazyon derinliğinin CRM üzerinde birer bağımsız prognostik faktör olduğu bulundu($p<0.05$). Lokal nüks görülme sıklığının CRM pozitifliği izlenen hastalarda CRM negatifliği olan hastalara göre artmış olduğu bulundu($p<0.01$). CRM tutulumu olan hastalarda hastalıksız sağkalım(355 ± 74 gün, CRM tutulumu olmayan hastalara göre(609 ± 45 gün) anlamlı olarak düşük bulundu($p<0.05$). Çok değişkenli analizde metastaz varlığının ve CRM tutulumunun hastalıksız sağkalım üzerine olumsuz yönde birer bağımsız prognostik faktör olduğu bulunmuştur (sırasıyla ($p<0.01$; CI=0.128-0.625 ve $p<0.05$; CI=0.276-0.926).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolon kanserinde CRM tutulumunun ilerlemiş tümör yayılımı, lokal nükste artma ve hastalıksız sağkalımda azalma ile birlikte olduğu bulunmuştur. CRM pozitif olan hastalar lokal ve sistemik hastalık riskinin artması nedeniyle postoperatif adjuvan kemoterapi ve radyoterapiden yarar görebilirler. Kolon kanserli hastaların standart histopatolojik raporlarında bu prognostik faktörün yorumlanması rutin olarak yer almalıdır.

SB15

Bütün T3 Rektum Tümörleri Aynı mıdır?

Hakan Mustafa Köksal, Mustafa Fevzi Celayir, Ömer Avlanmış, Adnan Hacım,
Sadık Yıldırım, Adil Baykan

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Rektum tümörünün öncelikli olarak doğru şekilde evrenmesi uygulanacak tedavinin de daha doğru olmasını sağlayacaktır. Ayrıca, prognoz hakkında fikir verecektir. Rektum tümörü evrelemesinde T ve N parametreleri lokal hastalığın evresini belirleyen önemli değişkenlerdir. Rektum tümörünün mesorektal fasya içindeki durumu evreleme kriteri değildir fakat değerlendirilmesi gereken önemli özellikler içerir. Çalışmamızda T3 rektum tümörlü olgularımızı radyolojik ve patolojik evreleme ile nodal duruma olan etkilerini inceledik.

YÖNTEM

2004-2008 yılları arasında kliniğimizde yapılan rektum tümörlü hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Patolojik T3 rektum tümörleri değerlendirmeye alındı. Union International Contere le Cancer (UICC) e göre T3 tümörler kendi aralarında sınıflandırıldı. Biz olgularımızı UICC ışığında T3a $\leq$ 5mm ve T3b $>$ 5mm olacak şekilde iki ana gruba ayırdık. Nodal durum ve T evresi (T3a ve T3b ayrı ayrı) pelvik faz MR(PP-MR) ve endorektal ultrason sonuçları, patolojik inceleme sonuçları ile birlikte irdelendi.

BULGULAR

Toplam 24 olgu vardı. Bu olguların 12 tanesi T3a, 12 tanesi T3b olarak tespit edildi. T3a olguların sadece 3 (%25) tanesinde lenf nodu tutulumu varken, T3b olguların 9 (%75) tanesinde nodal tutulum vardı. Olguların PP-MR değerlendirmelerinde T3a olgularda %77, T3b olgularda ise %90 patoloji ile korelasyon vardı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektumun T3 tümörlerinin alt evrelemesinin yapılması sonucundaki bulgularımız önemlidir. Olgularımızın değerlendirmesinde kesin olan bir şey varsa o da pT3a olgularda lenf nodu pozitifliği pT3b olgulara göre ciddi anlamda az görülmesidir. ERUS ve PP-MR birbirini tamamlayacak şekilde T3 olguları, yüksek oranda doğru şekilde alt gruplara göre evreleyebilmektedir. Bu veriler T3 tümörünün mezorektumda invazyon derinliğine göre farklı özellik göstermesi T3 tümörlerin kendi içinde de aynı olmadığını göstermektedir.

SB16

HNPCC Cerrahi Strateji

Abdullah Zorluoğlu⁽¹⁾, L.Volkan Tümay⁽¹⁾, Osman S. Güner⁽¹⁾, Berrin Tunca⁽²⁾

1) Acıbadem Bursa Hastanesi, Bursa

2) Uludağ Üniversitesi, Bursa

AMAÇ

Amsterdam II kriterlerine uygun olgularda uygulanacak cerrahi stratejinin belirlenmesi.

YÖNTEM

1991-2008 yıllarını kapsayan 19 yıllık süreçte Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Acıbadem Bursa Hastanesinde Amsterdam kriterlerine uyan 336 üyeli 30 ailede HNPCC olgularında uygulanan cerrahi tedavi irdelenmiştir. Toplam 138 olguda; 122 kolorektal, 8 akciğer, 6 endometrium, 5 mide, 4 meme, 3 beyin, 3 larinks, 1 karaciğer, 1 böbrek ve 5 çeşitli dokularda kanser saptanmıştır. MSI, IHC incelemelerinin pozitif olduğu ailelerde MMR gen mutasyonu (MLH 1 ve MSA2) araştırılmıştır.

BULGULAR

MMR gen mutasyonu, 5 ailede MLH1, 5 ailede MSH2 gen mutasyonu şeklinde saptanmıştır. Bu ailelerin tümünde MSI ve IHC pozitif bulunmuştur. Kolorektal kanserin konfirme edilmiş olduğu 35 olgudan 27 sine total abdominal kolektomi ve ileorektal anastomoz (TAK + IRA) , 2 sine total proktokolektomi ve uç ileostomi, 6 sına segmenter kolektomi yapılmıştır. Mutant gen taşıyıcı hiçbir olguya profilaktik cerrahi uygulanmamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

AM II kriterlerine uyan MMR gen mutasyonu bulunan KRK gelişmiş olgularda TAK – IRA dışında segmenter kolektomi yapıldığında uzun takipte metakron KRK ve adenomatöz polip gelişme olasılığı söz konusudur.

SB17

**Kolon ve Rektum Kanserlerinde Senkron Karaciğer Metastazlarının
793 Hasta Üzerinden Analizi**

Yusuf Özoğul, İsmail Gömceli, Murat Ulaş, Erdal Polat, İlter Özer, Metin Ercan, Tahsin Dalgıç,
Erol Aksoy, Kerem Karaman, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Ankara

AMAÇ

Kolon ve rektum kanserlerinin yaklaşık % 20 ile 30'unda senkron karaciğer metastazına rastlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı; kolon ve rektum kanseri nedeniyle opere edilen ve senkron olarak karaciğer metastazı tespit edilen hastaların klinik, patolojik ve demografik olarak değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2002-Aralık 2008 yılları arasında kolon ve rektum kanseri nedeniyle ardışık olarak opere edilen 793 hastadan senkron karaciğer metastazı tespit edilen 167 hasta (%20) çalışma kapsamına alındı. Hastalara ait veriler prospektif olarak doldurulan kolorektal kanser formlarından elde edildi. Demografik verileri, preoperatif CEA düzeyleri, patolojik verileri, tümör lokalizasyonları ve metastatik lenf nodu oranları değerlendirildi. Tek değişkenli analizler ki kare ve Fisher kesi ki kare testi ile, çok değişkenli analiz ise Lojistik regresyon analizi ile yapıldı.

BULGULAR

Hastaların 307'si (% 38,2) kadın, 496'sı (% 61,8) erkekti. Ortanca yaş 61'di (Min: 19, Max: 99). Yaş ve cinsiyet değerlendirildiğinde senkron karaciğer metastaz oranları her iki cinste ve tüm yaş gruplarında homojen dağılım gösteriyordu. Metastatik lenf nodu yüzde oranı; senkron karaciğer metastazı olan hastalarda %20,9, olmayanlarda %11,7 idi. Bu oranlar her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteriyordu. T evreleri değerlendirildiğinde senkron karaciğer metastazı olan grupta, T evreleri istatistiksel olarak yüksek saptandı. N evreleri değerlendirildiğinde senkron karaciğer metastazı olan grupta, N evreleri istatistiksel olarak yüksek saptandı. Preoperatif CEA düzeyleri, senkron karaciğer metastazı olan grupta istatistiksel olarak yüksek saptandı. Tümör lokalizasyonları değerlendirildiğinde; sol kolon tümörleri senkron karaciğer metastazı açısından yüksek riskli gibi görünse de istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Senkron karaciğer metastazı olan kolon ve rektum kanserlerinde; metastatik lenf nodu oranı yüksek olmakla birlikte T, N evresi ve preoperatif CEA düzeyleri de yüksek bulunmuştur.

SB18

**Neoadjuvan Tedavi Almış Rektum Kanseri Olgularında
Erken ve Geç Dönem Sonuçlarımız**

**Metin Keskin⁽¹⁾, Emre Balık⁽¹⁾, Burak İlhan⁽¹⁾, Nazlı Karakullukçu⁽¹⁾, Türker Bulut⁽¹⁾,
Yılmaz Büyükuncu⁽¹⁾, Ali Akyüz⁽¹⁾, Necmettin Sökücü⁽¹⁾, Dursun Buğra⁽¹⁾, Sezer Sağlam⁽²⁾,
Esra Sağlam⁽²⁾, Sümer Yamaner⁽¹⁾**

1) İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

2) İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, İstanbul

AMAÇ

İleri evre rektum kanserinde neoadjuvan kemoradyoterapi standart tedavi olmuştur. Bu çalışmamızda neoadjuvan tedavi sonrası ameliyat edilen hastalarımızın kısa ve uzun dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Ekim 2002 ile Mart 2009 tarihleri arasında kliniğimizde rektum kanseri nedeniyle neoadjuvan kemoradyoterapi(NKRT) tedavisi almış olan 208 hasta yaş, cinsiyet, tümörün yerleşim yeri, NKRT sonrası ameliyat zamanı (4-8 hafta), yapılan ameliyat, erken ve geç dönem komplikasyonlar, lokal nüks ve sistemik hastalık açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastaların 114'ü (%55) erkek, 94'si (%45) kadındı. Ortalama yaş 53.7 (19-84)'du. Ameliyat zamanı 102 (%49) hastada NKRT bitiminde sonrası 4. hafta iken, 106 (%51) 'ünde 8. haftaydı. Tümörün yerleşim yeri 36 (%17) hastada proksimal rektum, 77 (%37) hastada orta rektum, 95 (%46) hastada ise distal rektumdu. Yapılan ameliyatlarda 140 (%67) hastada sfinkter koruyucu girişim iken, 62 (%30) hastada abdominoperineal rektum amputasyonuydu. 6 (%3) hasta ise inoperabl kabul edilerek stoma açılmıştır. Bu girişimlerin 95 (%46) tanesi minimal invaziv cerrahidir. Sfinkter koruyucu girişim yapılan hastaların 100'üne (%71) saptırıcı stoma açılmıştır. Ortalama takip süresi 38.4 (3-75) aydır. Ameliyat ve ameliyat sonrası erken dönemde mortalite yoktur. 7 (%3.5) hastada ameliyat esnasında komplikasyon gelişmiştir (Vagen ve üreter yaralanması, pelvik kanama, vs.) . Ameliyat sonrası erken dönem morbidite oranı % 16 (n= 33 hasta) iken, bunların 13 tanesini (%6.5) anastomoz kaçağı, pelvik abse gibi major komplikasyon oluşturmaktadır. Geç dönem morbidite (kesi fitikleri, ileus ve stoma komplikasyonları) oranı % 5'dir (11 hasta). Son 6 ayda içinde ameliyat edilen hastalar çıkarıldıktan sonra kalan NKRT alan 156 hasta,çeşitli neden ile neoadjuvan tedavi almayan 102 hasta ile karşılaştırıldı. Her iki grup arasında erken dönem mortalite (p=0.395), morbidite (p=0.902) ve geç dönem morbidite (p=0.209) arasında fark saptanmadı. Her iki grup arasında sfinkter koruyucu girişim (p=0.969) ve bunlara açılan saptırıcı stoma oranları (p=0.687) arasında da fark saptanmamıştır. İki grup arasında lokal nüks açısından NKRT alan grup (%4.5) almayan grup arasında (%11.8) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0.029). Ancak uzak nüks açısından fark saptanmadı (p=0.775). NKRT alan sağ kalım hızı %91.7 iken almayanlarda %79.6'ydı. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (p=0.061). Ancak evreler göre bakıldığında evre 3 hastalarda NKRT sağ kalımı arttırmıştır (p=0.0019). NKRT alan 4 ve 8. Hafta grupları karşılaştırıldığında; iki grup arasında erken, geç dönem morbidite ve mortalite açısından fark saptanmamıştır (p>0.05). Yine her iki grup arasında lokal nüks (p=0.704), uzak nüks (p=0.051) ve sağkalım açısından fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

NKRT ameliyat sonrası erken ve geç dönem morbidite ve mortaliteyi arttırmamaktadır. Sistemik hastalık nüksünü etkilemezken, lokal nüks oranını anlamlı şekilde düşürmektedir. Ayrıca evre 3 hastalarda sağ kalımı arttırmaktadır. Ayrıca NKRT alan 4.ve 8 hafta grupları arasında morbidite, mortalite, lokal, uzak nüks ve sağkalım açısından fark saptanmamıştır.

SB19

Randomized, Controlled and Blinded Study Between Suture Ligation and Radiowave Ablation and Suture Ligation of Grade III Symptomatic Hemorrhoidal Disease

PJ Gupta, S Kalaskar, PS Heda

Fine Morning Hospital and Research Center, Gupta Nursing Home, NAGPUR INDIA

AMAÇ

The present study was conducted to determine the usefulness of suture ligation in 3rd degree hemorrhoids and to compare it with author's procedure of suture ligation coupled with hemorrhoidal ablation through radiowave.

YÖNTEM

One hundred and thirty four consecutive patients with grade III hemorrhoids requiring surgery were randomized into two groups. Half of them were treated by suture ligation [SL] while the remaining patients underwent a radiowave ablation of hemorrhoids using a Ellman radiowave generator followed by suture ligation [RSL]. A blinded observer evaluated the postoperative events.

BULGULAR

The postoperative pain score was significantly higher in the suture ligation group (3.4 ± 0.2 vs. 2.2 ± 0.1 , $p < 0.005$). The mean total analgesic dose and duration of pain control using analgesics were greater and longer for suture ligation group than radiowave group (29 ± 4 vs. 23 ± 3 tablets, and 15 ± 3 days vs. 12 ± 4 days, respectively; $p < 0.001$). At one year follow up the recurrence of hemorrhoids was more significant with the suture ligation group (5 patients vs. one patient, $p < 0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Suture ligation of hemorrhoids is a simple, cost effective and convenient modality in treating third-degree hemorrhoids. The efficacy and postoperative comfort is further enhanced if the hemorrhoids are ablated with radiowave prior to ligating them.

SB20

Infective Complications of Chronic Anal Fissures

Pravin J. Gupta

Gupta Nursing Home, NAGPUR- 440022/INDIA

AMAÇ

Chronic anal fissures are the most common lesions encountered in routine colorectal practice. They may present with various complications when first seen in the office. Complications include bleeding leading to anemia, skin tags, and various infective lesions like fissure abscess, organized abscess (antibioma), post fissure fistula and pyogenic granuloma. These pathologies increase the complications and morbidity of the primary lesion and need a comprehensive approach.

YÖNTEM

From the hospital case record of 2346 patients presenting with chronic anal fissures, 293 patients presented with various infective pathologies described above. This retrospective study describes such pathologies in terms of clinical presentation, pathological features, operative technique and the outcome. A Ellman radiowave generator was used to carry out the surgical procedures.

BULGULAR

The commonest symptoms were pain and discharge per anus. The commonest pathology was fissure abscess (47%), followed by post fissure fistula (36%). The procedures performed were drainage of abscess, laying open fistulous tract and curettage of granuloma or organized abscess. None of the patient needed sphincterotomy, as these procedures were enough to relieve the anal spasm. The success rate was 96%.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Infective affection in chronic anal fissure seems to be more frequent than described. The author discusses the importance of looking for and attending to these associated pathologies, which add to the morbidity of the primary disease. The importance of radiowave procedure in dealing with these complications is also highlighted.

SB21

Fekal İnkontinanslı Hastalarımızın Etiyolojik Değerlendirilmesi

Ergün Yücel⁽¹⁾, İlker Sücüllü⁽¹⁾, Ali İlker Filiz⁽¹⁾, Bülent Güleç⁽¹⁾, Yüksel Aydın⁽¹⁾, Sezai Demirbaş⁽²⁾

1) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

2) GATA Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Servisi, Ankara

AMAÇ

Fekal inkontinans (Fİ), defekasyon gereksiniminin sosyal olarak kabul edilebilir bir süre için geciktirilememesi veya yeterince kontrol altında yapılamaması olarak tanımlanır. Kontinans çok faktörlü ve kompleks bir olaydır. Çalışmada, kliniğimize Haziran 2003 – Haziran 2008 tarihleri arasında Fİ şikayeti ile müracaat eden, Wexner skoru 8 ve üzeri olan hastaların, anamnez, klinik muayene ve laboratuvar uygulamalar sonrasında etiyolojik sebeplerini ortaya koymayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışmaya 38 erkek ve 20 kadın olmak üzere toplam 58 hasta dahil edildi. Erkeklerin yaş ortalaması 31 (20 - 78 yıl) kadınların yaş ortalaması ise 54 (30 - 83 yıl) idi. Hastalar Wexner kontinans derecelendirme skalasına göre değerlendirildi. Değerlendirme sonuçlarında çalışmaya dahil edilen hastalara anal manometri ve diğer tanısal testler yapıldı.

BULGULAR

Wexner kontinans derecelendirme skalasına göre erkek hastalarda skor, ortalama 12,4 (8 - 16), kadın hastalarda 11,3 (8 - 20) olarak saptandı. Anal manometri ölçümlerinde erkek hastalarda anal kanal istirahat basıncı ortalama 30,4 (17 - 45), sıkma basıncı 62,8 (24 - 125) mmHg, kadın hastalarda ise anal kanal istirahat basıncı ortalama 28,4 (10 - 39), sıkma basıncı 58,5 (30-105) mmHg olarak ölçüldü

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kadınlarda inkontinans nedeninin en sık doğum travması, erkeklerde ise uygulanan cerrahi girişimler olduğunu saptadık. Çalışmamızda kadınlarda fekal inkontinans literatüre kıyasla daha az oranda görülmüştür. Bunun kadınların inkontinans semptomlarını ifade etme güçlüğü ve hastanemizin daha çok askeri personel ağırlıklı çalışmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

SB22

Lateral İnternal Sfinkterotomi Sonrası İyileşmeyen veya Tekrarlayan Anal Fissürün Endoanal Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi

İlker Sücüllü, M. Levhi Akın, Ergün Yücel, Ali İlker Filiz, Yavuz Kurt, Mehmet Yıldız
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

AMAÇ

Lateral internal sfinkterotomi (LİS) medical tedaviye dirençli idiyopatik, kronik anal fissür olgularındaki cerrahi tedavi seçeneğidir. Kronik anal fissür tedavisinde LİS etkili olmasına rağmen %1-5 kadar iyileşmeme ve rekürrens oranına sahiptir. Endoanal ultrasonografi sfinkterotomi sonuçlarını ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılabilir. Bu çalışmanın amacı endoanal ultrasonografi ile iyileşmeyen veya tekrarlayan anal fissür olgularındaki LİS sonuçlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM

Lateral internal sfinkterotomi sonrası, iyileşmemiş veya tekrarlamış anal fissürlü ardışık 39 hasta çalışmaya alındı. İyileşmemiş veya tekrarlamış anal fissür tanısı proktolojik muayene ile kondu. Sfinkterotominin sonuçları endoanal ultrasonografi ile değerlendirildi. Anal sfinkter istirahat basınçları da kaydedildi.

BULGULAR

Hastaların 22'si erkek, 17'si kadın, ortalama yaşı 29,6 (20-44) idi. Endo anal ultrasonografi ile 25 hastada inkomplet internal sfinkterotomi tespit edildi. Oniki hastada internal sfinkter tamamen salimken yüzeysel eksternal anal sfinkterotomi tespit edildi. İki hastada yeterli internal anal sfinkterotomi gözlenirken anal kriptler seviyesinde 1cm.den küçük, lokalize apse formasyonu izlendi. Otuzaltı hastada anal sfinkter istirahat basıncı yüksek olarak (93 ± 14 mmHg) bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

İyileşmeyen veya tekrarlayan anal fissür olgularında, endoanal ultrasonografik inceleme yararlı bir yöntemdir. Endoanal ultrasonografi ile LİS sonrası sfinkterlerin durumu net bir şekilde ortaya konarken aynı zamanda ileri tedavi seçenekleri hakkında daha rahat karar verilebilmektedir.

SB23

**Benign Kronik İnflamatuvar Perianal Lezyonlardan Ortaya Çıkan
Skumöz Hücreli Karsinomlar**

Sedat Belli⁽¹⁾, Tamer Çolakoğlu⁽¹⁾, Alper Parlakgümüş⁽¹⁾, Ali Ezer⁽¹⁾, İlker Arar⁽²⁾,
Kenan Çalışkan⁽¹⁾, Sedat Yıldırım⁽¹⁾

1) Başkent Üniversitesi, Genel Cerrahi, Adana

2) Başkent Üniversitesi, Genel Cerrahi, Ankara

AMAÇ

Benign perianal lezyonların skuamöz hücreli kanser (SHK) ile ilişkisi halen tam olarak bilinmemekle birlikte SHK'lı hastaların % 15'i birlikte perianal kondillom ya da kronik perianal lezyonlar ile birlikte görülürler.

YÖNTEM

Hastanemiz Genel Cerrahi Bölümünde 1999 ile 2009 tarihleri arasında benign perianal bölge hastalığı nedeniyle tedavi edilen ve patoloji sonucunda SHK tanısı alan altı hasta geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR

Hastaların hepsi erkek ve yaş ortalaması 55.5 idi. Klinik semptomların başlaması ile SHK tanısı almasına kadar geçen süre ortalaması 9.6 (1-30) yıldır. Benign perianal hastalıklar, iki hastada hidroadenit, iki hastada kondillom, iki hastada perianal fistül ve apse idi. Histopatolojik incelemede üç olguda (%50) orta, üç olguda (%50) iyi diferansiye SHK olduğu saptandı. Olguların iki tanesinde tanı esnasında lenf nodu ve uzak organ metastazı mevcuttu. Beş olgu (% 83,3) uzun süreli sigara kullanıcısıydı. Hastalar geniş yerel eksizyon, apse drenajları, ilerletme deri flep ile kapama ve koruyucu ostomi açılarak tedavi edildi. Lokal tedavi sonrası beş olguya ışın tedavisi, üç olguya da kemoterapi uygulandı. Olguların hiçbirinde metakron kansere ve inflamatuvar barsak hastalığına rastlanmadı. Ortalama 23 (1-60) aylık takip süresinde üç olgu tanı aldıktan ortalama 3 (1-4) ay sonra hayatını kaybetti.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Uzun süredir iyileşmeyen benign perianal lezyonlar kanser gelişme riskini artırmaktadır. Bu nedenle iyileşmeyen perianal lezyonlarda kanser olma ihtimali akılda tutulmalıdır.

SB24

Stomalı Hastalarda Grup Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi

Halime Aydın, Metin Kement, Tolgay Akın, Selma Karakaplan, Nuri Okkabaz, Mustafa Öncel
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Çalışmamızın amacı stoma bakımına yönelik grup eğitimi uygulamasının yaşam kaliteleri üzerine etkilerini incelemektir.

YÖNTEM

Ocak 2006 ile Ağustos 2008 tarihleri arasında stomalı hastalar için uygulanan grup eğitimin sonuçlarını değerlendirmek için prospektif olarak hastaların yaşam kaliteleri SF-36 skor sistemiyle ameliyattan 3 ay sonra ölçülmüştür. Küratif ameliyat uygulanmayan hastalar ile yatağa bağımlı hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Aynı grup hastalarda değerlendirme ameliyattan 3-6 sonra hasta ve yakınlarından oluşan gruplara yapılan grup eğitiminden 3 ay sonra tekrarlanmıştır. Her iki ölçüm kıyaslanmıştır.

BULGULAR

Toplam 44 hasta (yaş ortalaması 58,1±12,3, 26'sı erkek [%59,1]) çalışmaya dahil edilmiştir. Ameliyat endikasyonları; rektum kanseri (n=34, %77,3) rektosigmoid kanser (n=6, %13,6) kolon kanseri (n=2, %4,6), familial polipozis koli sendromu (n=1, %2,3) ve perfore sigmoid divertikülit (n=1, %2,3) olarak tespit edilmiştir. Hastalara verilen grup eğitimi sonrası hem fiziksel hem de gerekse mental komponent skorlarının anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiştir. Skor sisteminde yer alan skalalardan 4'ünde (PF, RP, RE, MH) eğitim sonrası skorlar anlamlı düzeyde yükselmiştir. (Tablo 1) Tablo 1: Hastaların Eğitim Öncesi ve Sonrası SF-36 Skorlarının Karşılaştırılması. Eğitim N Ort SD P PCS (Fiziksel Komponent) Öncesi 44 48,80 7,18 0,015 Sonrası 44 52,40 6,32 MCS (Mental Komponent)Öncesi 44 49,6568 8,56 0,039 Sonrası 44 53,0114 6,26 PF (Fiziksel Fonksiyon)Öncesi 44 50,38 6,24 0,001 Sonrası 44 54,35 4,71 RP (Fiziksel Rol) Öncesi 44 47,2364 9,78 0,001 Sonrası 44 52,6909 4,67 BP (Vücut Ağrısı) Öncesi 44 52,35 10,55 0,087 Sonrası 44 56,09 9,68 GH (Genel Sağlık) Öncesi 44 49,68 10,37 0,474 Sonrası 44 51,53 11,22 VT (Canlılık) Öncesi 44 51,87 9,15 0,279 Sonrası 44 53,80 8,14 SF (Sosyal Fonksiyon)Öncesi 44 51,69 7,83 0,077 Sonrası 44 54,40 6,23 RE (Duygusal Rol) Öncesi 44 47,66 8,59 0,003 Sonrası 44 52,67 6,46 MH (Mental Sağlık) Öncesi 44 48,4795 9,66 0,019 Sonrası 44 52,9182 7,61

TARTIŞMA ve SONUÇ

Stomalı hastalarda yapılan postoperatif grup eğitimi hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

SB25**Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesine Etkili Faktörlerin İncelenmesi**

Halime Aydın, Metin Kement, Tolgay Akın, Nuri Okkabaz, Selma Karakaplan, Mustafa Öncel
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı stomalı hastalarda yaşam kalitesine etki edebilecek sosyoekonomik faktörlerin incelenmesidir.

YÖNTEM

Mayıs 2004- Temmuz 2008 döneminde kliniğimizde stoma açılan hastalarda ameliyattan 3 ay sonra SF-36 skorlama sistemi ile yaşam kaliteleri belirlenmiştir. Palyatif amaçlı cerrahi uygulanan hastalar ile yatağa bağımlı hastalar çalışmamızdan dışlanmışlardır. Şu faktörler yaşam kalitesine etkileri açısından istatistiki olarak analiz edilmiştir: Demografik değişkenler, medeni durum (evli, dul, bekar), kimlerle yaşadığı (yalnız, eşiyle, büyük aile), yaşanan yer (köy, kasaba, şehir) ve sosyoekonomik seviye (eğitim ve aylık gelir düzeyi).

BULGULAR

Çalışmaya alınan 71 hastada (ortalama yaş=55,26±14,75, 42[%59,15] erkek) ortalama fiziksel ve mental komponent skoru (PCS ve MCS) 48,0±8,7 ve 47,6±10,0 olarak bulundu. Çalışmamızda stoma gerektiren hastalıklar şunlardır: Rektum (n=49, %69), rektosigmoid (n=9, %12,7) ve kolon (n=2, %2,8) kanseri, familiyal adenomatöz polipozis sendromu (n=5, %7), ülseratif kolit (n=2, %2,8), rektovajinal fistül (n=2, %2,8), perforé divertikülit (n=1, %1,4), batin içi kitle (n=1, %1,4). Hastaların yaşı ile yaşam kaliteleri arasında korelasyon bulunamamıştır (PCS için p=0,554, MCS için p=0,813). Cinsiyet hastaların PCS'sini etkilemezken (p=0,181), kadınların MCS'si erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kötü bulunmuştur (Erkekler için MCS=50,4±7,9, kadınlar için MCS=43,5±11,5 p<0,05). Köyde yaşayanların (n=7; PCS=35,2±12,5, MCS=37,6±9,9) PCS ve MCS'leri kasaba (n=10; PCS=48,1±8,4, MCS=49,8±9,9) veya şehirde (n=55; PCS=48,9±7,9, MCS=48,0±9,4) yaşayanlardan istatistiksel olarak daha kötü bulunmuştur (tüm karşılaştırmalarda, p<0,05). Yalnız yaşayanların (n=7; PCS=40,9±11,1) PCS'leri eşiyle (n=19; PCS=47,3±7,8) veya ailesiyle yaşayanlardan (n=45; PCS=48,8±9,3) daha kötü bulunmuştur (p<0,05). Diğer faktörlerin (eğitim, gelir düzeyi, medeni hal) stomalı hastaların yaşam kalitelerini anlamlı düzeyde etkilemediği tespit edilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Türk toplumu için stomalı hastalarda yaşam kalitesine etkili faktörler çok az araştırılmıştır. Hastanın cinsiyeti, nerede ve kimlerle yaşadığı belirleyici etkenler olabilir. Bu veriler ameliyat öncesi hastanın değerlendirilme ve bilgilendirilmesi ile operasyon sırasında stoma kararı verilmesinde etkili olabilir. Daha geniş serilerde araştırılmaya gereksinim vardır.

SB26

Kolostominin Hasta Eşlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Atıl Çakmak, Gökçe Aylaz, M. Ayhan Kuzu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Cerrahi teknik ve adjuvan tedavideki gelişmelere rağmen sfinkterin korunamadığı distal rektum kanserlerinde abdominoperineal rezeksiyon ve kalıcı kolostomi bazı hastalar için ideal cerrahi tedavi yöntemidir. Kolostomisi mevcut hastaların yaşam kaliteleri üzerine çalışmalar mevcuttur ancak tüm bu çalışmalarda hastaların eşlerinin yaşam kaliteleri gözardı edilmiştir. Bu çalışmanın amacı kolostomi uygulanan hastalarının eşlerinin yaşam kalitesini araştırmaktır.

YÖNTEM

Rektum kanseri nedeniyle ameliyat edilen ve kalıcı/geçici kolostomi uygulanan 25 kadın, 30 erkek hastanın eşlerine ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere 18 soruluk form dolduruldu.

BULGULAR

Kadın hasta eşlerinin yaş ortalaması 62.7, erkek hasta eşlerinin yaş ortalaması 64.8 olup demografik olarak gruplar arasında farklılık saptanmadı. Kolostomi sonrası eşlerin genel sağlık kalitelerinde anlamlı farklılık saptanmazken, kadın hasta eşlerinin kolostomi sonrası evde geçirdikleri zamanın anlamlı olarak arttığı gözlemlendi. Erkek hastaların kolostomi bakımlarını daha çok eşlerine yaptırdıkları ve bu konunun aile içinde konuşulmadığı anlaşıldı. Eşlerin sosyal aktivitelerinin her iki grupta da azaldığı gözlemlendi. Kolostominin eşlerin dini vecibeleri üzerine etkisi olmamaktadır. Kadın hasta eşlerinin cinsel hayatlarından daha mutsuz olduğu ve bunun sebebinin kolostomi olduğu anlaşıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuçlarımız kolostominin hasta eşlerinin yaşamları üzerinde negatif etkiye sahip olduğu yönündedir. Bu nedenle hastalar ve eşleri kolostominin neden olabileceği olumsuz durumların nasıl azaltılabileceği konusunda eğitilmeli, hasta ve eşlerine gerekirse psikolojik destek sağlanmalıdır.

SB27

**Anorektal Bölge Apselerinde Endoanal Ultrasonografi Kullanımının
Tedavi Yaklaşımına ve Sonuçlarına Etkileri**

Ergün Yücel, İlker Sücüllü, Ali İlker Filiz, Yavuz Özdemir, Yavuz Kurt, Mehmet Levhi Akın
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

AMAÇ

Anal sinüslerin tıkanması sonucunda intersfinkterik planda oluşan apsenin farklı yayılımlar göstermesiyle, intersfinkterik, perianal, iskiorektal, supralelevator apseler gelişebilir. Apse yerleşimlerinin belirlenmesinde son 10-20 yıl içerisinde artan sıklıkla endoanal ultrason (EAUS) dan yararlanılmaktadır. Bu çalışmada, muayene sonrasında perianal apse ön tanısı alan hastalarımıza yaptığımız EAUS inceleme sonuçlarımızı ortaya koymayı amaçladık.

YÖNTEM

Haziran 2006-Ekim 2008 tarihleri arasında, makatta ağrı, şişlik, ateş yakınmaları ile servisimize müracaat eden, fizik muayeneleri sonrasında perianal apse ön tanısı alan hastaların, EAUS inceleme ile apse tipi ve yerleşim yeri belirlendikten sonra tedavileri yapıldı.

BULGULAR

Toplam hasta sayısı (45 E/ 8 K) 53, yaş ortalaması 37,2 (21-71) idi. Yapılan EAUS sonrasında perianal 12 (%22,6), iskiorektal 10 (%18,9), intersfinkterik 19 (%35,8), supralelevator 6 (%11,3), submukozal 3 (%5,7) apse yerleşimleri tespit edilmiş olup 3 (%5,7) hastada ise apse saptanmadı. Tip ve yerleşim yeri belirlenen hastaların cerrahi tedavileri düzenlendi. Hastalar ortalama 11 ay (4-24) takip edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Anorektal bölge apselerinde, uygulanacak cerrahi seçiminde; cerrahın tecrübesi, hastane imkanları, hastanın hikayesi ve beklentileri, apsenin bölge anatomisindeki yeri ve çevre dokularla ilişkilerinin belirlenmesi etkili olmaktadır. EAUS bu aşamada hızlı, kolay uygulanabilir, maliyeti düşük, hasta tarafından rahat kabul edilen, öğrenme eğrisi kolay bir tetkik olduğu kanaatindeyiz.

SB28

Stapler ile Hemoroidopeksi Uygulanan Evre 3 ve Evre 4 Hemoroidal Hastalıklı Olgularımızın Erken ve Uzun Dönem Sonuçları

Alper Sözütek, Ali Doğan Bozdağ, Tuğrul Tansuğ, Hayrullah Derici, Okay Nazlı, Cemal Kara
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Stapler ile hemoroidopeksi, hemoroidal hastalığın tedavisine yeni bir yaklaşım getirmiştir. Yöntemin erken ve uzun dönem sonuçları, hastaya sağladığı fayda ve zarar açısından halen tartışma konusudur. Çalışmamızda evre 3 ve evre 4 hemoroidal hastalık nedeniyle stapler ile hemoroidopeksi yöntemi uyguladığımız hastalarımızın erken ve uzun dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

82 hastadan düzenli takipleri yapılan 77 hastanın bulguları çalışmaya alındı. Hastalar işlemin erken ve uzun dönem sonuçları ve uygulanan yöntemin hastalığın evresine göre etkinliği açısından istatistiksel olarak ve bir anket uygulanarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastalarımızın 57'si erkek (%74) , 20'si (%26) kadındı ve yaş ortalaması 48 (27-84 yaş) idi. Hastaların 56'sında Evre 3, 21 hastada Evre 4 hemoroidal hastalık mevcuttu. Bu hastaların altısına önceden hemoroidektomi operasyonu, ikisine de lastik bant ligasyonu uygulanmıştı. Ortalama operasyon süresi 37.5 dk idi. (15-60 dk) Hastalardan 27'sine analjezi gerekmedi, 24 hastaya bir doz, 18 hastaya iki doz, altı hastaya üç doz analjezi uygulandı. Operasyon sonrası erken komplikasyon olarak sekiz hastada idrar retansiyonu gelişti. Postoperatif kanama defekasyon sonrası altı hastada minör, üç hastada ise major olarak gelişti. Bir hastada ise postoperatif erken dönem anal prolapsus gelişti. Ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresi 2 gün idi. Ortalama takip süresi 3.2 yıl (6ay-7yıl) idi. Geç dönem komplikasyonlar olarak dört hastada (%5.1) external hemoroid pakeleri, üç hastada (%3.9) nüks, bir hastada (%1.3) direnç, üç hastanın (%3.9) rezidüel cilt pilileri, dört hastanın (%5.1) yapılan muayenesinde anal fissür saptandı. Hastalar, hastalığın evrelerine göre kendi aralarında erken ve uzun dönem komplikasyonları açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Yaptığımız anket sonucunda 50 hasta (%64.9) sonucu çok iyi, 21 hasta (%27,3) sonucu iyi, altı hasta (%7.8) sonucu kötü olarak değerlendirdi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Stapler ile hemoroidopeksi, deneyimli bir cerrahi ekip, uygun cerrahi teknik ve komplikasyonların nedenleri akılda tutulup uygulandığında evre 3 ve evre 4 hemoroidal hastalığın cerrahi tedavisinde etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

SB29

Doğum Sonrası Gelişen 3. ve 4. Derece Perine Yaralanmalarında Yapılan Onarımların Erken ve Geç Dönem Sonuçları

Ömer Alabaz, İsmail Cem Eray, Cem Parsak, Orçun Yalav, Fahrettin Çakay
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

AMAÇ

Doğum sonrası gelişen ciddi perine yaralanmalarında uygulanan onarımın erken ve geç dönem sonuçlarını tartışmaktır.

YÖNTEM

Ocak 2003- Mayıs 2008 tarihleri arasında iki ayrı hastanede tek cerrah ve yardımcı ekibi tarafından onarımı yapılan 3. ve 4. derece perine yırtığı bulunan fekal inkontinanslı olgular çalışmaya dahil edildi. Tüm olgulara sfinkteroplasti ve levatoroplasti uygulandı. Hastalara operasyon öncesi ve sonrası fekal inkontinans skorlaması, yaşam kalitesi ve erken ve geç sonuçları değerlendirildi. Tüm hastalara ultrasonografik, manometrik ve elektromyeloğrafik tetkikler preoperatif ve postoperatif değerlendirildi. Değerlendirmelerde Cleveland Clinic (Wexner) inkontinans skorlaması ve Royal Obstetrik – Jinekolojik travma skalası kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 45 olgu çalışmaya dahil edildi. Ortalama takip süresi 34 ay idi. Tamir öncesi 9 olguya ve postoperatif komplikasyon gelişen 6 olguya olmak üzere toplam 15 olguya koruyucu kolostomi açıldı. En sık gelişen erken dönem komplikasyon yara yeri enfeksiyonu (%45) ve yara ayrışması (%11.1) idi. Post operatif erken dönemde inkontinans düzelme oranı %75 idi. Uzun dönem sonuçları ulaşılabilen 36 olguda değerlendirildi. Fekal inkontinans tam düzelme oranı %73 olduğu yapılan telefon iletişimden anlaşıldı

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuç olarak, doğum sonrası 3. ve 4.derece perine yaralanmalarında sfinkteroplasti ve levatoroplasti uygulanabilir bir cerrahi yöntem olduğu, fakat riskli olgularda koruyucu kolostomi ile birlikte tamir edilmesinin uygun olacağı sonucuna varıldı.

SB30

Yüksek ve Komplike Perianal Fistül Cerrahisinde Elastik Kesici Seton Uygulanımının Uzun Dönem Sonuçları

Sezai Leventoğlu⁽¹⁾, B. Bülent Menteş⁽¹⁾, T. Utku Yılmaz⁽¹⁾, Selçuk Öktemer⁽²⁾, Emre Karaahmetli⁽¹⁾, Hasan Bostancı⁽¹⁾, Bülent Aytaç⁽¹⁾

1) Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

2) Polatlı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Yüksek ve komplike perianal fistül cerrahisinde tedavi yaklaşımları değişmekle beraber geleneksel olarak basit ve en eski yöntem seton kullanımıdır. Bu çalışmada yüksek ve komplike perianal fistül hastalarında elastik kesici seton ile cerrahi tedavisinin uzun dönem sonuçları bildirilmiştir.

YÖNTEM

İkiyüz iki hasta prospektif olarak önceden hazırlanmış formlara kaydedilerek değerlendirilmiştir. Hastaların preoperatif yaş, cinsiyet, fistül nedeniyle şikayet süresi, ek hastalık, apse öyküsü gibi bilgileri ve fistül tipi, fistül trakt sayısı, fistül iç ağzının açılma yeri, nüks olup olmamaları kayıt edildi. Hastalara elastik kesici seton uygulanıp, postoperatif 1.gün taburcu edildi. 1.hafta, 1., 4., 6. ve 12.ay kontrole çağrıldı. Hastaların 1. ve 7.gün ağrıları Visual Analog Skor (VAS) ile ölçüldü. Preoperatif ve postoperatif 4. ve 6.ay hayat kalitesi Fecal İnkontinens Quality of Life Index (FIQLI), Wexner inkontinens skorları değerlendirildi. Ağrı, akıntı, nüks gibi komplikasyonlar incelendi. Postoperatif inkontinens olan hastalar manometri ve endoanal ultrasonografi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların %80.22'si erkek ve yaş ortalaması 49.41±13.9'dü. Hastaların şikayet süresi 14.2±17.7 (1-120) ay olup, %75'inde (150 hasta) apse drenajı öyküsü ve sonrası perianal fistül geliştiği görüldü. Akıntı ile birlikte ağrı en sık semptomlar olarak gözlemlendi (%38). Hastaların %94'ü transsfinkterik, %6'sı suprasfinkterik fistüldü. Setonun düşme süresi 12.13±2.05 (7-17) gündür. Ağrı skoru 24.saat 3.45±1.4, yedinci gün ise 0.4±0.7'dir. Postoperatif 15.günü ağrı 2 hastada (%1), akıntı 31 hastada (%15.5) olup bu şikayetler daha sonra geçmiştir. Preoperatif, postoperatif 4.ay ve 6.ay Wexner inkontinens skor ortalamaları sırasıyla 0.35±0.66, 0.42±0.77, 0.42±0.75 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.97). Toplam FIQLI skorları preoperatif, postoperatif 4. ve 6.ay kontrollerde sırasıyla 15.88±0.11, 15.99±0.03 ve 15.99±0.03 olarak belirlenmiş olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=1). Hayat kalitesi incelemesinde FIQLI semptom, davranış ve utanma alt gruplarında preoperatif, ve postoperatif 4., 6.ay da anlamlı fark saptanmadı (p=1, p=0.317, p=0.317 sırasıyla). Ancak preoperatif ve postoperatif depresyon skorları arasındaki fark anlamlı olup belirgin şekilde düzelmiştir (p<0.001). Hastaların ortalama takip süresi 31.06±15.77 (12-65) aydır. 2 hastada (%0.99) postoperatif 4. ve 8.ayda nüks gözlemlendi. 2 hastada ise inkontinens saptanmış olup Wexner skorları 4.ay 4 olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hasta serimizden elde edilen uzun dönem sonuçları göstermiştir ki yüksek anal fistüllerin tedavisinde elastik kesici seton uygulanım kolaylığı, yüksek hayat kalitesi, düşük inkontinens riski ile alternatif bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemde setonun sfinkteri yavaş ve sabit kesmesi ile oluşan fibrozis kontinensin sağlanmasına destek olmaktadır.

SB31

Elektif Kolorektal Cerrahi Operasyonlarından Sonra Erken Oral Beslenme ile Standart Diyet Uygulamasının Karşılaştırılması: Randomize Prospektif Çalışma

Ahmet Dağ, Tahsin Çolak, Özgür Türkmenoğlu, Ramazan Gündoğdu, Süha Aydın
MEÜ, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Mersin

AMAÇ

Doğru beslenme postoperatif bakımın önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte geleneksel olarak postoperatif ileus ve anastomozu korumak için kolorektal cerrahi sonrası erken dönemde beslenmeden sakınılmaktadır. Bu prospektif randomize klinik çalışmada amaç elektif açık kolorektal ameliyatları sonrası beslenmeye erken dönemde geçilmesinin tolerabilitesini ve güvenilirliğini değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Kolorektal kanser nedeniyle elektif açık kolorektal cerrahi uygulanan toplam 199 hasta randomize olarak erken oral beslenme (s:99) ve standart beslenme (s:100) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Çalışmada hastaların cinsiyet, yaş, ek sistemik hastalıkları, tanı, uygulanan cerrahi prosedür, barsak hareketlerinin başlama zamanı, defekasyon zamanı, nazogastrik tekrar takılma ihtiyacı, regüler diete geçiş zamanı, uygulanan toplam intra muskuler analjezi miktarı, postoperatif komplikasyonlar ve hastanede kalım süresi kaydedildi.

BULGULAR

Cinsiyet, yaş, ek sistemik hastalık, tanı ve uygulanan cerrahi prosedür açısından iki grup arasında fark saptanmadı (sırasıyla $p = 0.19$, $p = 0.69$, $p = 0.98$, $p = 0.94$, $p=0.27$). Barsak hareketlerinin başlama zamanı ($p=0.0001$), defekasyon zamanı ($p=0.0001$) ve regüler diete geçiş zamanı ($p=0.0001$) erken oral beslenme grubunda belirgin derecede erkendi. Tekrar nazogastrik takılması gereken hasta sayısı ve postoperatif komplikasyonlar açısından iki grup arasında fark yoktu ($p=0.36$, $p=0.54$). Hastalara uygulanan ortalama intramuskuler analjezi miktarı ve hastanede kalım süresi erken oral beslenme grubunda belirgin derecede düşmüştü (sırasıyla $p=0.0001$, $p=0.0001$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada, elektif kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda oral beslenmeye erken geçilmesi hastalar tarafından tolere edilmekle birlikte postoperatif sonuçları pozitif yönde etkileyebileceği gösterilmiştir. Bu bulgular ışığında, oral beslenmeye erken geçilmesi güvenlidir ve gastrointestinal fonksiyonları daha erken düzelttiği sonucuna varılmıştır.

SB32

Kolon Anastomozu Uygulanmış Sıçanlarda Non-Steroid Antiinflatuar İlaçların Kolon Anastomozu İyileşmesi Üzerine Etkileri

İlker Sücüllü⁽²⁾, Ersoy Esen⁽¹⁾, Ali İlker Filiz⁽²⁾, Ergün Yücel⁽²⁾, Yavuz Kurt⁽²⁾, Mehmet Levhi Akın⁽²⁾

1) Çanakkale Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Çanakkale

2) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

AMAÇ

Kolorektal cerrahi prosedürlerden sonra anastomoz ayrılması ve kaçak, yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip ciddi bir komplikasyondur. Anastomoz iyileşmesine etki eden faktörlerin incelendiği birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmada postoperatif dönemde sıklıkla kullanılan üç non-steroid antiinflatuar ajanın (tenoksikam, metamizol ve diklofenak sodyum) kolon anastomozu iyileşmesi üzerine olan etkilerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Sprague-Dawley cinsi 48 sıçan randomize olarak 4 gruba bölündü: Tenoksikam verilen grup (n=12), metamizol verilen grup (n=12), diklofenak sodyum verilen grup (n=12) ve % 0.9 NaCL verilen kontrol grubu (n=12). Gruplara laparotomi yapılarak standart teknikle kolon anastomozu yapıldı. Ajanlar her gruptaki sıçanların yarısına üç gün boyunca, diğer yarısına yedi gün boyunca verildi. Sıçanlar postoperatif üçüncü ve yedinci günlerde patlama basıncı ölçümü, hidroksiprolin seviyesinin belirlenmesi ve histopatolojik inceleme için reopere edilerek değerlendirildi.

BULGULAR

Diklofenak sodyum grubunun diğer gruplarla karşılaştırıldığında patlama basıncını istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük olduğu (p<0.05). Metamizol grubunda üçüncü gün sonuçlarında hidroksiprolin seviyesinde artma vardı (p<0.05). Tenoksikam grubunun fibrozis seviyesi diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştı (p<0.05).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Diklofenak sodyumun kolonik anastomoz iyileşmesini olumsuz olarak etkilediğini gördük. Tenoksikamın fibrozis üzerine olumlu etkilerde bulunduğu fakat anastomoz patlama basıncına etki etmediği, tenoksikamla birlikte metamizolün de kolon anastomozu iyileşmesi üzerine olumsuz etkilerde bulunmadığını gözlemledik. NSAİİ'lerin kolon anastomozu iyileşmesine olan etkilerinin daha detaylı ve yeni çalışmalarla aydınlatılması gerektiği sonucuna vardık.

SB33

Sakrokoksigeal Pilonidal Hastalık İçin Önceden Tanımlanmış Risk Faktörlerinin Analizi

Ali Harlak⁽¹⁾, Öner Menteş⁽¹⁾, Selim Kılıç⁽²⁾, Kağan Coşkun⁽¹⁾, Kazım Duman⁽⁴⁾,
Fahri Yılmaz⁽³⁾, Taner Yiğit⁽¹⁾

1) GATA, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

2) GATA, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

3) Gölcük Deniz Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kocaeli

4) Gümüşsuyu Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Sakrokoksigeal pilonidal sinus genç erişkinlerde en sık görülen cerrahi problemlerden biridir. Erkek cinsiyet, obezite, oturarak çalışmayı gerektiren işler, natal kleftin derin olması, vücut kıl oranının fazla olması, zayıf vücut hijyeni, aşırı terleme hastalık etiolojisinden sorumlu tutulmuş ancak etkileri klinik araştırmalarla ortaya konmamıştır. Sunulan çalışma bu risk faktörlerini irdelemektedir.

YÖNTEM

Önceden tanımlanmış risk faktörleri sakrokoksigeal pilonidal sinüslü 587 hasta ve 2780 kişilik sağlıklı kontrol grubunda yapılan prospektif vaka kontrol çalışmasıyla değerlendirildi.

BULGULAR

Vücut kıl oranı, haftalık banyo sayısı ve günlük oturma süresi en etkili üç risk faktörü olarak bulundu. Düzeltilmiş odds ratio sırasıyla 9,23 , 6,33 ve 4,03 olarak hesaplandı. ($p<0,001$). Cilt rengi tonu ve vücut kitle indexi diğer risk faktörleriydi ve odds ratio sırasıyla 2,54 ve 1,30 olarak hesaplandı ($p<0,001$). Aile hikayesi gruplar arasında anlamlı farklılık göstermezken pilonidal sinüsle ilişkili bir meslek grubu da tespit edilemedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Haftada iki veya daha az banyo yapan ve günlük oturma süresi 6 saatin üzerinde olan vücut kıl oranı yüksek hastaların pilonidal sinüs olma oranı bu risk faktörlerinin hiç birini taşımayanlara oranla 219 kat fazla bulundu. Özellikle vücut kıl oranı yüksek kişiler kişisel hijyenine özellikle intergluteal sulkusun temizliğine özen göstermelidir. Gün içinde uzun süre oturarak çalışanlar daha konforlu koltukları kullanmalı ve sık sık ayağa kalkmaya çalışmalıdırlar.

SB34

**Postoperatif Peritoneal Adezyonların Önlenmesinde
Soya Yağının Etkinliği**

Erhan Ayşan, Hasan Bektaş, Feyzullah Ersöz
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Peritoneal yüzeylerin soya yağı ile kaplanması, peritoneal travmayı önleme yoluyla adezyonların oluşumun azaltmaktadır.

YÖNTEM

Kırk Wistar albino dişi sıçan dört eşit gruba ayrıldı. Grup-1’de peritoneal kavite içine soya yağı enjekte edildi. Grup-2’de sadece adezyon modeli oluşturuldu. Grup-3’de peritoneal yüzeyler 0.1ml soya yağı ile kaplandıktan sonra, Grup-4’de ise kaplanmadan önce adezyon modeli uygulandı. Sıçanlar postop 10. gün sakrifiye edilerek adezyonlar skorlandı.

BULGULAR

Grupların makroskopik adezyon skorları sırasıyla şöyledir; 0.0 ± 0.0 , 2.90 ± 0.21 , 1.90 ± 0.94 ve 0.50 ± 0.71 ’dir. Grup-4’ün skoru grup-2’den istatistiksel olarak farklı olup ($p<0.001$), grup-1 ve grup-3 ile aralarında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Soya yağı, peritoneal yüzeylere travma oluşturulmadan önce uygulandığında peritoneal adezyon oluşumu etkin bir şekilde azaltmaktadır.

SB35

**Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopik Biyopsilerdeki
Görsel ve Patolojik Malignite Oranımız**

F. Erözgen, M. Akaydın, N. Memmi, İ. Okan, D. Güzey, F. Çelebi, R. Kaplan, S. Birol
Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Kolorektal hastalıkların tanısında endoskopik inceleme temel yöntemdir. Tedavi planlamasında endoskopik biyopsi belirleyici özellikte olduğundan, endoskopi esnasında tüm lezyonların tespit edilip biyopsi örnekleme gerekmektedir. Çalışmamızın amacı, Vakıf Gureba EAH endoskopi ünitesinde 1998-2008 yılları arasında yapılan alt gastrointestinal sistem (kolonoskopi-sigmoidoskopi) endoskopik incelemelerinde tespit edilen lezyonların patolojik sonuçlarının irdelenmesidir.

YÖNTEM

1998 Ocak- 2008 Haziran ayları arasında endoskopi ünitemizde 14916 alt gastrointestinal sistem endoskopi işlemi uygulandı. Bu işlemler esnasında 3055 hastadan örnekleme yapıldı. Polipektomi 383 hastada uygulanırken, biopsi 2672 hastadan alındı. Patoloji sonucuna ulaşabildiğimiz 2115 örnekleme sonucu retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Patolojik inceleme sonuçları ve oranları; kolit 745 (%35.22), polip 619, (%29.26), adenokarsinom 339 (%16), adenom 250 (%11.8), rektit 115 (%5.43), granülasyon dokusu 30 (%1.4), amiloidoz 5 (%0.23), soliter ülser 5 (%0.23), leiomyom 4 (%0.19) ve yabancı cisim reaksiyonu 3 (%0.14) hastada tespit edildi. Polipektomi yapılan 483 hastanın 8'inde tubulovillöz adenom zemininde gelişmiş adenokarsinom bulundu. Tanı yetersizliği nedeniyle 161 hastada mükerrer biyopsiler uygulandı. Dörtüüz otuz dört hastada ilk endoskopik görünüm malign değerlendirilirken, bu hastaların patolojik değerlendirilmesinde 339 hastada preoperatif ve peroperatif dönemde malign tanı kondu. Biyopsi sonucu benign gelen ancak endoskopik görünümü malignite düşündüren 76 hastada mükerrer biyopsilerle preoperatif dönemde ve 8 hastada peroperatif frozen ile tanı konuldu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Alt gastrointestinal sisteme yönelik endoskopilerde tespit edilen malignite oranı %16 bulundu. Endoskopide tümör şüphesi olan hastalarda biyopsi sonucu negatif gelse bile mükerrer biyopsiler yapılmalıdır. Endoskopik malign lezyonlarla en çok karışan lezyonlar tubulovillöz adenomlar ve polipoid yapıdaki kolitlerdir.

SB36

Son İki Yıldaki Acil Kolon Ameliyatlarımız

Ali İlker Filiz, İlker Sücüllü, İbrahim Yılmaz, Ergün Yücel, Mehmet Levhi Akın
GATA, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

AMAÇ

Acil cerrahi işlem gerektiren kolon patolojileri genel cerrahi servislerine akut batın ön tanısıyla başvuran hastalardaki en sık nedenlerden biridir ve son yıllarda bu patolojilerin cerrahi yaklaşımlarında ilginç değişiklikler gözlenmektedir. Bu çalışmada, servisimizde son iki yıl içerisinde, kolon patolojileri nedeniyle acil ameliyat yapılan hastalar bildirildi.

YÖNTEM

Ocak 2007 ve Aralık 2008 tarihleri arasında acil şartlarda kolon cerrahisi uygulanan 62 hasta değerlendirildi. Yaşları 25-105 arası olan 32 erkek ve 30 kadın opere edildi. Hastalara kolon obstrüksiyonu veya peritonit endikasyonları ile cerrahi uygulandı.

BULGULAR

Hastalarda; 39 malign tümöre bağlı obstrüksiyon, 3 inflamatuvar barsak hastalığı, 3 sigmoid volvulus, 4 boğulmuş inguinal herni, 4 sigmoid divertikülit perforasyonu, 1 akut apandisit bağlı çekum nekrozu, 2 ateşli silah yaralanması, 2 anastomoz kaçağı, 1 sigmoid fekal obstrüksiyona bağlı perforasyon, 1 kolonoskopiye bağlı perforasyon, 1 radyasyon kolitine bağlı stenoz ve 1 invaginasyon tespit edildi. Cerrahi işlem olarak; 14 Hartmann prosedürü, 18 primer anastomozlu sigmoidektomi, 7 low anterior rezeksiyon, 8 loop ileostomili sigmoidektomi / low anterior rezeksiyon, 5 primer anastomozlu sağ hemikolektomi, 3 uç ileostomili sağ hemikolektomi, 2 primer tamir, 2 total kolektomi, 2 rezeksiyonsuz loop ileostomi uygulandı. Postoperatif dönemde 2 hastada intraabdominal apse gelişti ve USG eşliğinde drenaj uygulandı. Kolon perforasyonu nedeniyle opere edilen 2 hasta sepsis nedeniyle öldü. 2 hastada anastomoz kaçağı gelişti ve hastalara loop ileostomi açıldı. 1 hasta pulmoner emboli nedeniyle öldü.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Acil cerrahi gereken kolon patolojilerinde tek basamaklı girişimlere doğru bir yönelim mevcuttur. Bu yöntem hastanede kalış süresini ve birden çok ameliyata bağlı riskleri azaltmaktadır, ancak doğaldır ki her hasta için uygun değildir. Performansı iyi olmayan ve septik hastalarda birden çok basamaklı girişimler tercih edilmelidir.

SB37

Deneyssel Kolit Modeli Üzerine Glutamin, N-Asetil Sistein ve İntrarektal Metotreksatın Etkilerinin İncelenmesi

İsmail Cem Eray, Ömer Alabaz, Orçun Yalav, Ahmet Rencüzoğulları, Erkan Cirit
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Adana

AMAÇ

Trinitrobenzenosülfonik asit ile oluşturulan deneyssel kolit modeli üzerine N asetil sistein'in, glutamin'in ve metotreksat'ın etkilerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Bu amaçla 71 rat kullanıldı. Kontrol grubuna serum fizyolojik dışında uygulama yapılmadı. Etanol grubuna, intrarektal etanol lavmanı verilerek, etkinliği değerlendirildi. N-Asetil sistein (NAC) grubuna intraperitoneal NAC enjeksiyonu yapıldı. Metotreksat grubuna intrarektal metotreksat verildi. Glutamin-NAC grubu deneklerin içme sularına 1g/kg olacak şekilde glutamin karıştırıldı ve intraperitoneal NAC enjeksiyonu yapıldı. Glutamin_ metotreksat grubuna da içme sularına glutamin karıştırıldıktan sonra intrarektal metotreksat verildi. Deneyin başında ve sonunda ratların ağırlıkları kaydedildi. Deneyin sonunda, ratlar sakrifiye edildi. distal kolon çıkarılarak, makroskopik olarak değerlendirildi, histopatolojik değerlendirme için patolojiye gönderildi. Antioksidan etkiyi değerlendirmek için kolondan biyokimyasal ölçüm için örnekler alındı.

BULGULAR

Ağırlıklardaki değişiklikler karşılaştırıldığında kontrol ve etanol gruplarında değişiklik saptanmazken, kolit oluşturulan tüm gruplarda kilo kaybı saptandı. tedavi verilen gruplarda kilo kaybının daha az olmasını beklerken, bu sonuçlara ulaşamadık. Metotreksat verilen grupta kilo kaybı sadece kolit oluşturulan gruptan daha fazla olarak hesaplandı. NAC ve metotreksat tedavilerine glutamin eklenen gruplarda kilo kaybı daha az olarak hesaplandı. Morfolojik hasar skorları hesaplandığında kontrol ve etanol gruplarında morfolojik hasar saptanmadı. Kolit oluşturulan tüm gruplarda hasar skorları yüksekti. Tedavi verilen gruplarda hasar skorları düşük hesaplandı. En düşük skorlar, glutamin verilen gruplarda ölçüldü. Antioksidan etkinlik kıyaslandığında, kolit grubunda süperoksit dismutaz ve malonildialdehid seviyeleri anlamlı olarak artmışken, tedavi verilen gruplar kontrol grubuna yakınlık göstermekle beraber aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu. Fakat glutamin verilen gruplardaki etkinlik, diğer tedavi yöntemlerine kıyasla daha az olarak hesaplandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Serbest oksijen radikallerinin etkisini önlemek amacıyla verilen glutamin'in ve NAC'in olumlu etkileri olduğunu, bu iki maddenin berber verilmesiyle morfolojik olarak iyileşmeye daha fazla katkı sağladığını gözlemledik. Metotreksat verilen ratlarda diğer tüm gruplara göre daha fazla kilo kaybı saptanmıştır. Metotreksat'ın lavman şeklinde verilmesi her ne kadar inflamatuvar parametreler üzerinde olumlu etkisi olduğu görülse de, deneyssel kolitin semptomları üzerine olumsuz etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

SB38

**Deneyisel Kolit Modelinde Sistemik İloprost Uygulamasının
Oksidatif Hasar Üzerine Etkileri**

Erman Aytaç⁽³⁾, Serkan Teksöz⁽³⁾, Seha Saygılı⁽²⁾, Osman Baran Tortum⁽³⁾, Nihat Yavuz⁽³⁾,
Süha Göksel⁽⁴⁾, Volkan Sözer⁽⁵⁾, Hafize Uzun⁽¹⁾, Hakkı Oktay Seymen⁽²⁾, Ertuğrul Göksoy⁽³⁾

1) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

2) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

3) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

4) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

5) Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Normal fizyolojik durumda serbest radikal oluşumu ve oksijen radikallerinin metabolizması arasında homeostatik bir denge vardır. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında oksidatif stresin arttığı gösterilmiştir. Antioksidan ve sitoprotektif etkileri gösterilen ve bir prostasiklin analogu olan iloprostun inflamatuvar bağırsak hastalıkları üzerine etkileri ile ilgili literatür verisi yoktur. Çalışmamızda deneyisel olarak kolit oluşturulan sıçanlarda sistemik olarak uygulanan iloprostun oksidatif hasar üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Oksidatif hasar, kolon dokusunda ve plazmada malondialdehit (MDA), glutatyon (GSH) ve süperoksit dismutaz (SOD) değerleri ölçülerek değerlendirildi.

YÖNTEM

40 adet Wistar Albino erişkin erkek sıçan raslantısal olarak denek sayısı eşit dört gruba ayrıldı: sham grubu, iloprost uygulanan sham grubu, kolit grubu, iloprost uygulanan kolit grubu. Deneyisel kolit, %4'lük asetik asitin rektal yoldan verilmesi ile oluşturuldu. İloprost (2 µg/kg) uygulaması kolit indüksiyonun hemen ardından başlayarak günde bir defa 5 doz olarak verildi. Kolit indüksiyonundan beş gün sonra sıçanlar kurban edilerek uygun doku ve kan örnekleme yapıldı.

BULGULAR

Kolit indüksiyonu yapılan gruplarda, kolit oluşumu histolojik olarak gözlemlendi. Kolit grubu plazma ve doku MDA düzeyi sham grubundan anlamlı olarak yüksekti ($p<0.01$). İloprost uygulanan kolit grubunun plazma ve doku MDA düzeyi kolit grubundan anlamlı olarak düşük ($p<0.01$). İloprost uygulanan kolit grubunun doku GSH düzeyi kolit grubundan anlamlı olarak yüksekti ($p<0.001$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

İloprostun kolite bağlı artan oksidan hasara karşı antioksidan özellikleri vardır.

SB39

Kolonoskopi Yapılan Hastalarımızdaki Perforasyonlarımız

Fevzi Celayir, Hakan Köksal, Ayça Hacıhalioğlu, Adnan Hacım, Sadık Yıldırım, Adil Baykan
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Tanısal ya da terapötik kolonoskopi sırasında kolon perforasyonlarının görülmesi seyrektr. Ancak bir o kadar da kaygı vericidir. Bu çalışmada kolonoskopi sırasında perforasyon saptanan ve kliğimizde ameliyat edilen hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Tanı koyma süreci ve tedavilerimiz irdelendi.

YÖNTEM

2005 ile 2008 yılları arasında hastanemiz cerrahi eddoskopi ünitesinde kolonoskopi uyguladığımız 2690 hastadaki perforasyonlarımız retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

5 perforasyon saptandı. Bunların biri kadın, dördü erkekti. Ortalama yaş 66 idi. Dünyada kolonoskopi sırasındaki perforasyon oranı % 0,1 dir. Bizim oranımızda % 0.18 idi. Bir hasta; cerrahi klinikler dışında da kolonoskopi uygulanan hastanemizdeki başka klinikten perforasyon tanısıyla gelmişti.2 hastanın tanısı kolonoskopi işlemi sırasında, 1 hastanın ise işlem sonrası dinlenme sürecinde saptandı.1 hasta ise, işlem sonrası dinlenme süresini normal geçirdiği halde, evde akşam karın ağrısı olması şikayeti ile sabah acile getirildi. Perforasyonlar 3 hastada işlem sırasında, bir hastada dinlenme süresinde oluşan abdominal ağrı ve hassasiyet sonrası çekilen ADBG’de serbest hava saptanması ile teşhis edildi. Ertesi gün gelen hastada ise tahta karın ve ADBG’de serbest hava görüldü. Tüm hastalar acil ameliyata alındı. 2 hastada perforasyon yeri çekum, 1 hastada sigmoid kolon, 1 hastada rektosigmoid idi. 24 saat sonra gelen hastada ise perforasyon terminal ileumda idi. Sigmoid deki perforasyona Hartmann Kolostomi + Segmenter rezeksiyon, rektosigmoid ve çekumdaki 1 perforasyona primer tamir, terminal ileumdaki perforasyona primer tamir, gene çekumdaki bir perforasyona ise sağ hemikolektomi + uç ileostomi + muköz fistül ameliyatları uygulandı. Medikal tedavi edilen hasta olmadı. Ameliyat edilen hastalarda morbidite saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolonoskopi ehil ellerde yapılsa bile perforasyon riski vardır. Oran seyrek olsa da sonuçları ciddidir. Özellikle kolonoskopi yapılan hastalarda yaşla artan komorbid hastalıklar ve / veya kanser birlikteliği perforasyon sonrası mortalite ve morbidite riskini daha da arttırmaktadır. Medikal tedavi uygun vakalarda bir seçenek olsa da; perforasyonların büyüklüğü cerrahi eksplorasyonu bizim için ilk tedavi seçeneği olarak seçmeye yöneltmiştir.

SB40

Bezoara Bağlı Barsak Tıkanmaları

Tamer Çolakoğlu, Sedat Belli, Alper Parlakgümüş, Kenan Çalışkan, Ali Ezer,
Nurkan Törer, Sedat Yıldırım
Başkent Üniversitesi, Genel Cerrahi, Adana

AMAÇ

Bezoarlar ince barsak tıkanmalarının nadir nedenlerindendir. Sıklıkla, geçirilmiş mide ameliyatları sonrasında, gıdaları iyi çiğneyemeyen dişleri eksik, yaşlı ve diyabetik gastroparezisi olan hastalarda görülürler.

YÖNTEM

Hastanemiz Genel Cerrahi Bölümünde 2004 ile 2009 tarihleri arasında bezoar nedeniyle ameliyat edilen 15 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR

Hastaların yedisi kadın (%46), sekizi erkek(%54) idi. Yaş ortalaması 57 (39–72) idi. Hastaların 14'ünün (% 93) geçirilmiş laparotomisi vardı. Laparotominin en sık nedeni 12 hastada (%85) ülser cerrahisi idi. Bu hastaların dokuzuna (%75) antrektomi-Billroth II gastrojejunostomi, üçüne (%25) pyloroplasti yapılmıştı. İlk ameliyat ile bezoar nedeniyle yapılan ameliyatlarda ortalama süre 15.6 (3-50) yıl idi. Tüm hastaların ayakta direkt karın grafileri mevcuttu. On iki hastada (%75) ileus ile uyumlu hava sıvı seviyeleri vardı. On iki hastaya (%80) bilgisayarlı karın tomografisi (BT) ameliyat öncesi dönemde çekildi. BT ile hastaların tümüne (%100) bezoar tanısı doğru olarak kondu. Ameliyat sırasında, 11 hastada (%70) bezoar lümen dışından ezilerek barsak distaline ilerletildi. Dört hastada ise enterotomi ile bezoar çıkarıldı. Bezoar, 5 hastada (%33.3) midede, 10 hastada (% 66.7) ise ince barsak seviyesindeydi. Yedi hastanın (% 46) dış yapısında ciddi bozukluk vardı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Özgeçmişlerinde geçirilmiş mide cerrahisi ve çiğneme problemi olan ileus hastalarında, altta yatan nedenin bezoar olabileceği akılda tutulmalıdır. Bezoar tanısında bilgisayarlı tomografi oldukça duyarlıdır.

SB41

Akut Apandisit Tanısında CRP Düzeyi, Preoperatif Lökositoz ve Karın Ağrısı Varlığında Daha mı Değerlidir?

Öner Menteş⁽²⁾, Mehmet Eryılmaz⁽¹⁾, Ali Harlak⁽²⁾, Tahir Özer⁽²⁾, Erkan Öztürk⁽²⁾, Turgut Tufan⁽²⁾

1) GATA, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

2) GATA, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

İlk kez 120 yıl önce tanımlanan akut apandisit tanısında, hekimi kesin tanıya götüren ve altın standart kabul edilen bir yöntem arayışı hala devam etmektedir. Çalışmamızda, akut apandisit tanısında preoperatif serum CRP değerinin; preoperatif lökositoz ve ilk 24 saat içindeki karın ağrısı semptomları gösteren olguların tanısında daha etkin olup olmadığını araştırdık.

YÖNTEM

Kliniğimizde akut apandisit ön tanısı ile bir yıllık süre içinde opere edilen ve herhangi bir nedenle preoperatif CRP değeri ölçülmüş olguların dosya kayıtları retrospektif değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 69 olgunun 54'ü erkek, 15'i kadın idi. Yaş ortalaması 28 (17 – 49) olarak bulundu. Apandiksin histopatolojik olarak “akut apandisit” olarak tanımlandığı olguların %58,7'inde, postoperatif normal olarak raporlanan olguların ise %33,3 ünde preoperatif CRP değerinin 20,4 ve üstünde olduğu saptandı(p>0,05). Apandiksin histopatolojik olarak “akut apandisit” olarak tanımlandığı olguların %66,1'inde, postoperatif normal olarak raporlanan olguların ise %33,3 ünde preoperatif beyaz küre değerinin 12 550 ve üstünde olduğu saptandı(p>0,05). Apandisit olanların %74,6 sında; normal olanların ise %33,3 ünde ilk 24 saatte ağrı kliniğinde oldukları görülmektedir.(p>0,05). Wbc, Crp ve ilk 24 saatte karın ağrısı varlığına ait sensitivite, spesifite, PPV ve NPV değerleri sırasıyla 26,98, 100, 100 ve 11,54 olarak saptandı. Preoperatif CRP değerinin 20.4 olarak ele alındığında akut apandisit tanısının Odds Ratio'sunun ilk 24 saat içinde mevcut olan karın ağrısı ile birlikte 3,28; 12 550 ve üstü beyaz küre değeri ile birlikte görülen olgularda 1.13; ve her ikisi ile birlikte gözlenen olgularda 1.13 olduğu saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuç olarak; preoperatif olarak 20.4 ve üstünde bulunan CRP değerinin apandisit olmayanları ayırt etmede zayıf; karın ağrısı kliniğinin henüz ilk 24 saatinde olduğu olgular ile preoperatif lökositozlu olguların eşlik ettiği durumlarda ise yüksek güce sahip olduğu kanısına varılmıştır.

SB42

**Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüslü 587 Hastanın
Anamnez ve Fizik Muayene Bulgularının Değerlendirmesi**

Ali Harlak, Öner Menteş, M. Tahir Özer, Nail Ersöz, A. Kağan Coşkun
GATA, Genel Cerrahi, Ankara

AMAÇ

Sakrokoksigeal pilonidal hastalık genç erişkin erkeklerde sık görülür. Hastalarının önemli bir kısmı bu yaş grubundan olan askeri hastanelerde önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkar. Bu yazıda geniş hasta serisine ait anamnez ve fizik muayene bulguları irdelenerek hastalığın genel seyri ile ilgili objektif verilere ulaşılması amaçlanmıştır. Yöntem: 5 ayrı askeri hastanede poliklinikte sakrokoksigeal pilonidal sinüs tanısı konulan 587 hastaya ait anamnez ve fizik muayene bulguları prospektif olarak kaydedildi ve analiz edildi.

YÖNTEM

5 ayrı askeri hastanede poliklinikte sakrokoksigeal pilonidal sinüs tanısı konulan 587 hastaya ait anamnez ve fizik muayene bulguları prospektif olarak kaydedildi ve analiz edildi.

BULGULAR

Hastaların önde gelen şikayetleri sırasıyla akıntı, ağrı, şişlik ve kanamaydı. Ortalama orifis sayısı hasta başına 3 olarak hesaplandı. Hastaların %93 ünde orta hat yerleşimli orifis varken % 16 hastada solda ve % 14 hastada sağda yerleşimli orifisler olduğu gözlemlendi. Hastalığın başlangıcı ile doktora başvurma arasında geçen süre ortalama 15 ay olarak hesaplandı. Hastaların %43 ünde geçmişte pilonidal sinüs apsesine ait anamnez bulguları mevcuttu ve bu grubun %28 inde cerrahi drenaj öyküsü vardı. Tüm hastaların % 7,33 ü ise nüks olgu olarak müracaat etmişti. Ameliyat ile nüks arasında geçen süre ortalama 19 ay olarak hesaplandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Elde edilen veriler sakrokoksigeal pilonidal sinüslü askerlerin ilk müracaatlarındaki bulgularını objektif olarak ortaya koymuş ve hastalığın doğal seyri hakkında bilgiler vermiştir.

SB43

Genel Cerrahi Kliniği Olarak Cerrahi Endoskopi Deneyimlerimiz.

Hakan Mustafa Köksal, Mustafa Fevzi Celayir, Adnan Hacım, Medeni Şermet,
Sadık Yıldırım, Adil Baykan

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Gastrointestinal cerrahi ana konusu olan uzmanlık alanımızda ilgilendiğimiz organların endoskopik incelemelerini yapmak/yapabilmek oldukça önemlidir. Genel cerrahlar olarak teşhis ve tedavide endoskopiye kullanabilmek ameliyat esnasında da birebir sonuç almamızı sağlamaktadır. Ameliyat ettiğimiz hastalarımızın takibini kendimizin yapması ayrı bir avantajdır. Bildirimizde cerrahi endoskopi birimimizdeki kolonoskopi uygulamalarımızı sonuçları ile değerlendirdik.

YÖNTEM

Hastanemiz cerrahi endoskopi biriminde 2007 ve 2008 yıllarında yaptığımız kolonoskopilerin kayıtlarını geriye dönük olarak inceledik. Uygulamalarımız hem kendi hastanemizin içinden hem de dışarı merkezlerden gönderilen olgulardan oluşmaktadır. Alınan biyopsiler ve çıkartılan poliplerin sonuçları patoloji laboratuvarından takip edildi.

BULGULAR

Son iki yılda toplam 1592 hastaya kolonoskopi yapılmıştır (bir önceki 2 yıllık döneme göre (946 hasta) %60 daha fazla). Bu olguların 1343'ü normal olarak rapor edilmiştir. Yetersiz temizlik nedeni ile 102 olgu (%6.4) incelenememişken, 147 olguda (%9.2) gerek teknik gerekse hasta intoleransı sebebi ile çekuma kadar gidilememiştir. Olgulardan 301'inden örnek alınmış ve bunların 45 tanesi kanser hastası iken geri kalan 256 olguda adenomatöz lezyon tespit edilip çıkartılmıştır. İntraoperatif kolonoskopi 17 hastaya yapılmıştır. Tümör tıkanıklığı sebebi ile gelen 8 olguya gerek palyasyon (4 olgu) gerekse ameliyat öncesi hazırlık (4 olgu) amacı ile stent uygulanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolorektal cerrahi ile ağırlıklı olarak uğraşan cerrahi kliniklerinde endoskopik olarak teşhis ve tedavinin yapılabilmesi arzu edilen bir durumdur. Gerek ameliyat öncesi hazırlıkta gerekse ameliyat sonrası takiplerde ameliyatı yapan cerrahi ekibin hastalarına endoskopi yapması birinci ve tek elden sonuç demektir. Köprüleme amaçlı stent uygulaması ameliyatla doğrudan bağlantılı bir işlemdir. İntraoperatif endoskopi yapabiliyor olmak şüpheli durumlarda lezyonların gözden kaçması riskini yok etmektedir. Sonuçlarımız itibarı ile genel cerrahların endoskopideki yeteneklerinin gerekli eğitimlerle özellikle geliştirilmesi gerektiğine inanmaktayız.

SB44

**Akut Apandisit Cerrahi Tedavideki Gecikme ile Perforasyon
Arasındaki İlişki**

Hakan Buluş, Mustafa Doğan, Barış Morkavuk, Ahmet Koyuncu, Ali Coşkun
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Akut apandisit çok yaygın görülen acil cerrahi bir patolojidir ve eğer zamanında müdahale edilmezse, gangren, perforasyon ve hatta ölümlerle sonuçlanabilir. Üstelik artmış bu mortalite ve morbidite hastanede yatış süresini artırmakta ve bu da maliyetin artmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada akut apandisitli hastalarda semptomların başlangıcı ile cerrahi tedavi arasında geçen sürenin perforasyon ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışmaya Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 12 aylık süre zarfında acil apandektomi uygulanan 16 ila 65 yaş arasındaki 130 (k/e 34/96) hasta dahil edildi. Hastalar semptomların başlangıcından itibaren ilk 24 saat içinde opere edilenler (grup I) ve 24 saat ve daha geç dönemde opere edilenler (grup II) olmak üzere iki gruba ayrıldı. İki grup arasındaki perforasyon oranları, yara yeri enfeksiyonu ve hastanede yatış süreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastanede yatış süresi Grup I'de, Grup II den daha kısa bulunmuştur ve sırasıyla 1.95, 4.3 gündür.($p<0.038$). Yara yeri enfeksiyonu ise Grup I de %5.4 iken Grup II de % 17.2 bulunmuştur($p<0.02$). İki grup arasında perforasyon oranı karşılaştırıldığında Grup I de %2 iken, Grup II de %44 olarak bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı($p<0.001$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Akut apandisitli hastalarda semptomların başlangıcından itibaren ilk 24 saat içinde tanısı konulan ve tedavi edilen hastalarda yara yeri enfeksiyonu, hastanede kalış süresi, perforasyon ve ona bağlı gelişebilecek komplikasyonlar, 24 saat ve daha sonraki dönemde tanısı konulan hastalardan daha azdır.

SB45

Ülseratif Kolitte Poş Cerrahisi ve 10 Yıllık Genel Değerlendirme

Hakan Meral⁽²⁾, Ekrem Koç⁽²⁾, Arif Usta⁽²⁾, Adem Bayraktar⁽¹⁾, Emre Balık⁽¹⁾, Sümer Yamaner⁽¹⁾,
Türker Bulut⁽¹⁾, Necmettin Sökücü⁽¹⁾, Yılmaz Büyükuncu⁽¹⁾, Dursun Buğra⁽¹⁾, Ali Akyüz⁽¹⁾

1) İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

2) Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

AMAÇ

Ülseratif kolit hem medikal ve gerektiğinde hemde cerrahi olarak tedavi edilebilen inflamatuvar barsak hastalığıdır. Ülseratif kolit nedeniyle poş cerrahisi uygulanan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

BULGULAR

Hastaların 40' ı (%60) erkek, 26' si (%40) kadındı. Ortalama yaş 37 (16-68) idi. Hastaların tamamı medikal tedavi almış ve medikal tedaviye dirençli vakalardan oluşmaktaydı. İki (% 3.5) hastaya daha önce poş cerrahisi, 2 (% 3.5) hastaya ise kısmi veya total kolektomi yapılmıştı. 13 hastada (%20) minimal invaziv cerrahi yöntemlerinden biri uygulanmıştır. Tüm hastalara sapıtıcı ileostomi açıldı. Erken dönem morbidite 22 hastada (% 33), mortalite 1 (%2) hastada gelişti. Erken dönem major komplikasyon (anastomoz kaçağı, pelvik abse, batın içi kanama) 9 (% 13.6) hastada görülmüştür. Geç dönemde 13 (%19.6) hastada morbidite (brid ileus, enterokutanöz fistül, poş vaginal fistül, anastomoz darlığı vs.) görülmüştür. Yirmiki (%40) hastada kontinans sorunu yokken, 34 (%60) hastada aralıklı veya devamlı gaz-gaita inkontinansı mevcuttu. Kırk (%72) hastanın cinsel aktivitelerde sorun yaşamaz iken, 16 (%28) hasta ise aralıklı veya devamlı cinsel aktivitelerde sorun yaşamaktaydı. Hastaların 33'ü (%59) iş ve sosyal hayatının etkilenmediğini belirtirken; 18 (%32) hastada aralıklı, 5 (%9) hasta ise devamlı olarak iş ve sosyal hayatının etkilendiğini belirtmiştir. Hastaların 36'sı (%63) cerrahi tedaviden memnun iken, 22'si (%37) cerrahi tedaviden memnun olmamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Medikal tedaviye dirençli, komplikasyon gelişmiş ülseratif kolit olgularına poş cerrahisi tüm hastalarda olmasa bile hastanın çoğunda yüz güldürücü sonuçlara vermektedir.

SB46

**Crohn Hastalığında Cerrahi Tedavi Sonuçları:
12 Yıllık Değerlendirme**

Ekrem Koç⁽²⁾, Hakan Meral⁽²⁾, Emre Balık⁽¹⁾, Metin Keskin⁽¹⁾, Süleyman Bademler⁽¹⁾,
Sümer Yamaner⁽¹⁾, Türker Bulut⁽¹⁾, Yılmaz Büyükcü⁽¹⁾, Dursun Buğra⁽¹⁾,
Necmettin Sökücü⁽¹⁾, Ali Akyüz⁽¹⁾

1) İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

2) Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

AMAÇ

İnflamatuvar barsak hastalıklarını tedavisi ağırlıklı olarak medikal yolla sağlanmaktadır. Medikal tedavide agresif yaklaşımlar uygulamasına karşın, Crohn Hastaları'nın dörtte üçü yaşam sürelerinin herhangi bir döneminde cerrahi tedaviye ihtiyaç göstermektedirler. Bu çalışmamızda Crohn hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız hastalara ilişkin sonuçlar değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

1997-2009 yılları arasında kliniğimizde Crohn Hastalığı tanısıyla ameliyat edilen 98 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışma kapsamına sadece fistülüzan tip ve obstrüktif tip olgular alındı.

BULGULAR

Hastaların 56'sı (%57) erkek, 42'si (%43) kadın olarak belirlenen hasta grubunda ortalama yaş 36'ydı (14-78). Hastalığın tipi 29 (%30) olguda fistülüzan, 12 'sinde (%12) inflamatuvar, 35 (%35)'inde stenozan, geri kalan 22 (%23) olgu kombine tiplerden oluşmaktaydı. Ortalama hastalık yaşı 5.1 yıldır (1ay-16 yıl). Seksenbir (%82) olgu cerrahi müdahale yapılırken, 17 (%18) olgu medikal tedaviye alınmıştır. Olguların 12 (%15) 'si acil olarak ameliyat edilmiştir. Hastaların 9 (%10) 'na perianal hastalık nedeniyle ameliyat edilmiştir. Elliüç (%54) hastaya ileoçekal rezeksiyon, 6 (%7) stoma açılması, 5 (%6) hastaya kolektomi, 5 (%5) laparoskopik yardımcı hemikolektomi ve, veya segmenter ileum rezeksiyonu, 1 (%1) olguya striktüroplasti ve 1 (%1) olguyada segmenter ince barsak rezeksiyonu, 1 (%1) vakaya ise total proktokolektomi yapılmıştır. Cerrahi yapılan hastaların 15 (%18) 'inde morbidite gelişmiştir. Ameliyat sonrası mortalite 1 (%1) olguda batın içi sepsis sebebiyle gerçekleşmiştir. Ameliyat sonrası gaz çıkışı ortalama 3 (2-5) günde ve defekasyonda ortalama 3. (2-8) günde izlenmiş olup oral sıvı alımına başlama süresi ortalama 4.1 (3-7) gün, tam gıdaya geçiş ortalama 6.4 (4-13) gün ve hastanede kalış süresi 10 (6-35) gündü. Rezeksiyon yapılan 12 hastaya ilerleyen dönemde rerezeksiyon yapılmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Crohn hastalığı cerrahi tedavi ile tam kür sağlanamayan bir patolojidir. Obstruksiyon, fistül gelişimi ve sepsis gibi komplikasyon gelişen vakalarda cerrahi endikedir.

SB47

Laparoskopik Hartmann Kolostomi Kapatılması

Ceyhun Aydoğan, Enver Kunduz, Gamze Çıtlak, Murat Akıcı, Tuğba Matlım,
Alper Şahbaz, Oktar Asoğlu
İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Kolon tümörü nedeniyle Hartmann ameliyatı yapılan hastalarda kolostominin laparoskopik olarak kapatılabilirliğini göstermek.

YÖNTEM

Nisan 2007- Şubat 2009 tarihleri arasında kanser sebebiyle dış merkezlerde Hartmann ameliyatı uygulanmış toplam altı olgu kolostomi kapatılması için başvurdu. Bir olguya perfore olmuş sigmoid kolon tümörü tanısıyla Hartmann ameliyatı uygulanmış, batın bogotta bag ile kapatılmıştır. Batın yıkama için 2. ve 3. kez ameliyata alınmıştır. Batın daha sonra primer kapatılmıştır. Bir olgu ise akut apandisit tanısıyla ilk kez ameliyata alınmış, 3. laparotomi esnasında sigmoid kolon tümörü saptanarak Hartmann ameliyatı uygulanmıştır. Bir olguya sigmoid kolona invaze over tümörü tanısıyla Hartmann ameliyatı uygulanmıştır. Diğer 3 olguya tıkalı sigmoid tümör tanısıyla Hartmann ameliyatı uygulanmıştır. Olguların ortalama yaşı 44.8 (19-64) idi. Olguların cinsiyet dağılımı 4:2 (E/K) idi. Kolostomi kapatılması median 11. ayda (8ay- 16 ay) gerçekleştirildi. Tüm olgular preoperatif dönemde kolonoskopi ve bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Hiçbir olguda lokal nüks veya uzak metastaz tespit edilmedi. Teknik kısa video gösterisi ile anlatılmıştır.

BULGULAR

Açığa dönüş 2 olguda (% 33) gerekti. Birinci olguda stapler halkasının tam olmadığı görüldü, göbek altı median insizyonla laparotomi yapılarak yeniden anastomoz yapıldı. İkinci olguda ise yoğun batın içi yapışıklık sebebiyle splenik fleksura serbestleştirilemedi, açığa geçilerek ameliyat tamamlandı. Hiçbir hastaya batın içi dren konulmadı. Ortalama 2.5 günde (2gün-3gün) oral başlandı. Bir olguda yara yeri enfeksiyonu meydana geldi. Olguların ortalama hastanede kalış süresi 4.8 gündür (4 gün- 8gün).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Laparoskopik Hartmann kolostomi kapatılması, yeterli laparoskopik cerrahi deneyimine ulaşmış merkezlerde güvenle uygulanabilir.

SB48

Kolorektal Kanserli Olgularda İkincil Girişimlerde Laparoskopi Yapılabilir mi?

Enver Kunduz, Onur Taylan Çelik, Mustafa Sami Bostan, İlker Özgür, Ceyhun Aydoğan,
Alper Öztürk, Oktar Asoğlu
İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Kolorektal kanser sebebiyle ameliyat edilmiş ve tekrar cerrahi girişim gerektiren olgularda laparoskopik cerrahi girişimleri sorgulamaktır.

YÖNTEM

Nisan 2007- Ocak 2009 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeniyle rezeksiyon uygulanmış 6 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların ortalama yaşı 48,1 (28-64)'di. Cinsiyet dağılımı 3:3 (E:K) şeklindeydi. 2 kolon kanseri ve 2 rektum kanseri olgusuna lokal nüks nedeniyle, bir rektum kanseri olgusuna distal sınır pozitifliği nedeniyle bir kolon kanseri olgusuna ise metakron tümör nedeniyle yeniden laparoskopik rezeksiyon uygulandı. Bir kolon kanseri olgusunun ilk ameliyatı dış merkezde laparotomi ile gerçekleştirilmiştir, diğer olguların ilk cerrahisi laparoskopik olarak gerçekleştirilmişti.

BULGULAR

Orta seviye yerleşimli rektum tümörü tanısıyla laparoskopik low anterior rezeksiyon (LAR) (R0) uygulanan bir olgunun ameliyat sonrası evresi T2N0'dı. Adjuvan tedavi almayan olguda 12.ayda nüks saptandı. Neoadjuvan kemo-radyoterapi sonrası hastaya laparoskopik abdominoperineal rektum rezeksiyonu (APR) (R0) uygulandı. İkinci patolojisi T2N0'dı. Proksimal yerleşimli rektum tümörü tanısıyla laparoskopik LAR uygulanan olguda 14. ayda lokal nüks saptandı. Neoadjuvan kemo-radyoterapi sonrası olguya laparoskopik başlanan ameliyat pelvik diseksiyondaki güçlük sebebiyle laparotomi ile tamamlandı. Olgunun patolojisi T3N0'dı. Sigmoid kolon tümörü tanısıyla diagnostik laparoskopi yapılan ve karsinöz peritonei saptanıp ileostomi açılan olgu 5. ayında KT sonrası değerlendirildi. PET negatif olan olguya laparoskopik anterior rezeksiyon uygulandı. Olgunun patolojisi T3N0 'dı. Adjuvan tedavi alan olgu hastalıksız sağkalımın 14. ayındadır. Dış merkezde sol kolon tümörü tanısıyla laparotomi ile sol hemikolektomi yapılmış olguda 10. ayda anastomoz hattında lokal nüks tespit edildi. Olguya laparoskopik anterior rezeksiyon uygulandı. Olgunun patolojisi T3N0'dı. Distal yerleşimli rektum tümörü tanısıyla bir olguya neoadjuvan kemo-radyoterapiyi takiben laparoskopik intersfinkterik rezeksiyon uygulandı. Olgunun patolojisinde distal sınırdaki pozitiflik saptanması üzerine hastaya 10 gün sonra laparoskopik APR uygulandı. Evresi T2N0 dı. Rektosigmoid bileşke tümörü tanısıyla laparoskopik anterior rezeksiyon uygulanan olguya metakron sağ kolon tümörü tanısıyla laparoskopik total kolektomi uygulandı. Olgunun patolojisi T3N0'dı. Tüm olgularda R0 rezeksiyon gerçekleştirildi. Tüm olguların proksimal ve distal cerrahi sınırları negatifti. Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı kolon kanseri olgularında 26,3 (19-40), rektum kanseri olgularında 23,1 (6-39) 'du. Ortalama 1.8 günde (1gün- 2gün) oral beslenme başlandı. Olguların hiçbirinde minör veya majör bir komplikasyonla karşılaşılma. Hastanede kalış süresi ortalama 5,5 gün (5gün-6gün)'dü. Teknik kısa video kliplerle gösterilecektir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolorektal kanserlerin ikincil laparoskopik girişimleri, seçilmiş olgularda onkolojik kaliteyi bozmadan güvenle uygulanabilir.

SB49

Rektum Tümörü Cerrahisinde Laparoskopinin Çevresel Cerrahi Sınır Pozitifliği ve Sağkalım Üzerine Etkisi

Cem Dural, Emre Balık, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükcü ,
Necmettin Sökücü, Ali Akyüz, Dursun Buğra
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Onkolojik ilkelerin uygulanabilirliğine dair kaygılar nedeniyle rektum cerrahisinde laparoskopi kullanımı halen tartışmalıdır. Rektum kanserlerinde çevresel cerrahi sınır (ÇCS) pozitifliği ana prognostik faktörlerden biridir. Bu çalışmada kliniğimizde gerçekleştirilen laparoskopik ve açık rektum rezeksiyonlarındaki ÇCS pozitifliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Ekim 2002 ile Ağustos 2008 tarihleri arasında rektum kanseri tanısı ile laparoskopik veya açık cerrahi uygulanan ardışık 579 hasta ÇCS pozitifliği açısından değerlendirilmiştir. ÇCS pozitifliği ile birlikte, yaş, cins, tümör lokalizasyonu, tümör boyutu, neoadjuvan tedavi, uygulanan cerrahi tipi, sonuçlar değişken olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Rektum kanseri tanısıyla rezeksiyon uygulanmış 579 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Ortalama yaş $58,6 \pm 13,9$ olup, her iki grupta da erkekler sayıca fazla bulunmuştur (E: 329 / K: 250). Yaş ($p=0,6$), cinsiyet ($p=0,39$), tümör evresi ($p=0,3$), tümör yerleşimi ($p=0,059$) gibi demografik veriler açısından grupların dağılımı homojendir. 266 hastaya (% 46) laparoskopik rezeksiyon, kalan hastalara açık cerrahi uygulanmıştır ($n=313$, % 54). Sfinkter koruyucu cerrahi oranı tüm seride % 64,5'tir ($n=374$). 32 hastada (% 5,5) ÇCS pozitif bulunmuştur. 15 olgu (% 5,6) laparoskopi grubunda, 17 olgu (% 5,4) açık cerrahi grubundadır ($p=0,9$). T ve N evreleri ÇCS pozitifliği ile korrelasyon göstermiştir ($p=0,003$ ve $0,0025$). 21 olguda (% 3,62) lokal nüks görülmüştür. Laparoskopi grubunda % 3, açık cerrahi grubunda % 4,1'dir. ÇCS (-) olguların % 2,93'ünde, ÇCS (+) olguların % 15,6'sında lokal nüks görülmüştür. ÇCS pozitifliği ile lokal nüks arasında yakın korrelasyon saptanmıştır ($p=0,0001$). Serinin ortalama takip süresi 29 aydır (5-79 ay). Sağkalım laparoskopi grubunda % 93,2, açık cerrahi grubunda % 81,1'dir ($p>0,05$). ÇCS (-) olgularda sağkalım % 86,8, ÇCS (+) olgularda % 84,3'tür ($p=0,36$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Total mezorektal eksizyonun laparoskopik olarak uygulanmasının ÇCS pozitifliği üzerine herhangi bir olumlu-olumsuz etkisi yoktur ($p=0,9$). ÇCS pozitifliği ile korrelasyon gösteren değişkenler; tümör boyutu, yerleşimi, T ve N evreleri olarak saptanmıştır. ÇCS pozitifliği lokal nüks ile ilişkili ($p=0,0001$), sağkalımla ilişkisiz ($p=0,36$) bulunmuştur.

SB50

**Rektum Kanseri- Minimal İnvaziv Cerrahi:
349 Olgu ile Tek Merkez Sonuçları**

Metin Keskin, Emre Balık, Gamze Çıtlak, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut,
Yılmaz Büyükuncu, Ali Akyüz, Dursun Buğra
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Laparoskopik kolon kanseri cerrahisinden sonra günümüzde rektum kanserinde de onkolojik açıdan yeterli olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada altı senelik bir dönemde aynı ekip tarafından gerçekleştirilen minimal invaziv yöntemlerle tedavi edilen 349 rektum kanseri olgusunun erken dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Mart 2003 - 2009 tarihleri arasında minimal invaziv tekniklerle tedavileri gerçekleştirilen rektum kanseri olgularının demografik verileri, ameliyat, ameliyat sonrası erken dönem ve de patoloji sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 371 rektum patolojisi mevcut olan olgulardan 349'u kanser nedeniyle ameliyat edilmiştir. Serideki hastaların 205'i (%58.8) erkek, 144'ü (%41.2) kadındı. Ortalama yaş 58 (19-91) idi. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi %25.3 (15.9 – 37.8) di. Tümörün yerleşim yeri 107 (%30.6) hastada proksimal rektum, 73 (%21) hastada orta rektum, 169 (%48.4) hastada distal rektumdu. Hastaların 169'u (%48.4) neoadjuvan kemoradyoterapi tedavisi aldı. Hastaların 267'sine (%76.5) sfinkter koruyucu cerrahi yapılırken, 77 (%22) tanesinde de abdominoperineal rezeksiyon ve inoperabl olan 5 (%1.5) hastaya stoma açıldı. On (%2.8) hastaya hibrid yardımcı laparoskopi, 252 (%72.4) hasta laparoskopik yardımcı, 86 (%24.8) hasta ise laparoskopik olarak ameliyat edildi. Sfinkter koruyucu cerrahi yapılan 267 hastadan 161'ine (%60) saptırıcı stoma yapıldı. Çeşitli nedenlerle toplam 29 (%8,3) hastada açığa geçiş oldu. Ortalama takip süresi 2 ,8 yıldır (1 ay- 6 yıl). Serimizde ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası erken dönemde mortalite %1 (n:3) iken morbidite %28.6 (n:100)' dir. Kesi uzunluğu ortalama 4.3 (0-12) cm idi. Gastrointestinal gaz pasajı ortalama 1.97 (1-9) günde, gaita 2.87 (1-21) günde sağlanırken, oral gıda başlama zamanı ortalama 3 (1-25) gündü. Hastanede kalış süresi ortalama 7 (4-38) gündü.Çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 22 adet (4-89), piyes uzunluğu 25.1 (9-99) cm idi. Mezorektal bütünlük olguların patolojik incelemelerde %95 oranında tam ve tama yakın idi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Minimal invaziv teknikler kullanılarak yapılan rektum kanseri cerrahisinin sonuçları onkolojik açıdan, gerekse cerrahi sonuçları açısından literatürle uyum göstermekte olup güvenli sınırlardır.

SB51

Laparoskopik Kolon Cerrahisi: 6 Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Gamze Çıtlak, Emre Balık, Metin Keskin, Burak İlhan, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner,
Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Ali Akyüz, Dursun Buğra
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

İlk kez 1992 yılında laparoskopik yardımcı kolon rezeksiyonu yapılması ve onkolojik açıdan güvenilirliği 2000’li yılların başlarında çeşitli çalışmalar ile gösterilmiş olmasıyla beraber standart tedavi olmaya doğru gitmektedir. Bu çalışmada 6 yıl boyunca kolon kanseri nedeniyle laparoskopik girişim yapılan olguların erken dönem sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Mart 2003 - 2009 tarihleri arasında kliniğimizde 694 kolorektal rezeksiyon olgusu laparoskopik olarak yapılmıştır. Kolon patolojisi nedeniyle laparoskopik girişim yapılan 310 olgunun prospektif olarak toplanan demografik, ameliyat, ameliyat sonrası ve patoloji verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Toplam 310 olgunun 37 (%11.9)’sinde selim patolojiler mevcutken, 273 (%88.1), olguda habis patolojiler saptandı. Hastaların yaş ortalamaları 58 idi (16-88).Tümör lokalizasyonları ve yapılan ameliyatlar tablo 1 ve 2 de gösterilmiştir. Tablo 1 Tümörün Yerleşim Yeri n % Sigmoid kolon 151 55 Sağ kolon 101 37 Çok odaklı 21 8 Toplam 273 100 Tablo 2 Ameliyatlar n % Sağ Hemikolektomi 104 38.1 Anterior Rezeksiyon 104 38.1 Sol Hemikolektomi 22 8.0 Aşağı Anterior Rez. 18 6.6 Total Kolektomi - Proktokolektomi 25 9.2 Toplam 273 100 Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 24.8 (18.3-33) idi. Gaz pasajı ortalama 2.05 günde (1-7), gaita pasajı 3.15 günde (1-7) gerçekleşirken; oral alımlarına ortalama 3 (2-15) günde başlanılmıştır. Kesi uzunluğu ortalama 5.8 cm’dir. Hastanede kalış süresi ortalama 8 gün iken açığa dönüş oranı %14.3 (n:39)dır. Erken dönemde mortalite olmayıp, genel morbidite oranı %15.7’ (n:43) dir. Patolojik incelemeler sonucunda çıkarılan piyeslerin ortalama uzunluğu 32 cm (12-112) iken ortalama tümör çapı 5.1 cm (1 – 14), diseke edilen lenf nodu sayısı ortalama 27 adet (5-95) olarak saptanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Laparoskopik kolon cerrahisindeki erken ve geç dönem sonuçlarımız gerek teknik açıdan gerekse de onkolojik yeterlilik açısından literatür verileriyle benzerlik göstermektedir.

SB52

**Artan Deneyimin Laparoskopik Kolorektal Cerrahi
Sonuçlarına Etkileri**

Emre Balık, Metin Keskin, Burak İlhan, Süleyman Bademler, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner,
Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu, Ali Akyüz, Necmettin Sökücü, Dursun Buğra
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Laparoskopi cerrahide deneyim ve teknik ekipman çok önemlidir. Bu çalışmada Mart 2006 öncesi ve Mart 2006 sonrası dönemdeki kolorektal cerrahideki laparoskopi deneyimimizi karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Mart 2002- 2006 ve Mart 2006-2009 dönemleri arasındaki kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik cerrahi uygulanan vakalar prospektif olarak toplanan, demografik, ameliyat patolojik inceleme, mortalite ve morbidite nedenleri, hastanede kalış süreleri, açığa geçiş oranları, vücut kitle indeksi, kesi boyu, pasaj ve gıda başlama süreleri gibi değişik veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Mart 2002- 2006 kolorektal kanser olgularının %13'üne (n:86) laparoskopik girişim yapılırken, aynı oran Mart 2006- 2008 döneminde %67 (n:536) olmuştur. Mart 2002- 2006 döneminde laparoskopik 86 vakanın 47'si (%55) kolon tümörü, 39'u (%45) rektum tümörüydü. Hastaların 44'ü (%51) erkek, 42'si (%49) kadındı. Ortalama yaş 56'ydı (19-84). Hastaların vücut kitle indeksi ortalama 24.5'ti (18-31.1). 15 (%17.5) vakada geç dönemde açığı geçilmiştir. Ortalama kesi uzunluğu 9.9 cm'di (4-28). Gaz pasajı 2.3 (1-5) günde, oral gıda alımına 4.günde (2-12) başlandı. Ortalama lenf nodu sayısı 19 (3-45), tümör boyutu 4.5 (1.5-10) cm, piyes uzunluğu 25 (11-52)cm'di. Erken dönemde morbidite 25 (%26.5) hastada görülmüştür. Mart 2006- 2009 döneminde laparoskopik 536 vakanın 226'sı (%42) kolon tümörü, 310'u (%58) rektum tümörüydü. Hastaların 322'si (%60) erkek, 226'sı (%40) kadındı. Ortalama yaş 58'di (16-91). Hastaların vücut kitle indeksi ortalama 25.2'di (18.3-37.3). 53 (%9.9) vakada geç dönemde açığı geçilmiştir. Ortalama kesi uzunluğu 6 cm'di (0-40). Gaz pasajı 1.9 (1-7) günde, oral gıda alımına 3 günde (1-25) başlandı. Ortalama lenf nodu sayısı 25 (4-95), tümör boyutu 4.9 (1-22) cm, piyes uzunluğu 27.9 (6-132) cm'di. Erken dönemde morbidite 103 (%19.2) hastada görülmüştür.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Laparoskopik kolorektal cerrahisindeki deneyimimiz artıkça, teknik ekipmanımız geliştikçe toplam vaka sayısı ve serideki rektum tümörü oranı artmıştır. Kesi uzunluğu ve açığa geçiş oranı azalmıştır. Komplikasyon oranı dışında diğer verilerde istatistiksel olarak anlamlı olmayan gelişme sağlamıştır.

SB53

Laparoskopik Abdominoperineal Rezeksiyon

Tayfun Karahasanoğlu, İsmail Hamzaoglu, Bilgi Baca, Erman Aytac
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Minimal invaziv tekniklerde sağlanan gelişmeler sonucunda kolorektal hastalıkların tedavisinde laparoskopi hızla yaygınlaşmış ve birçok açık ameliyatın yerini almıştır. Rektum kanserinin laparoskopik tedavisinin, minimal invaziv cerrahinin genel avantajlarına sahip olduğu ve açık cerrahiye eşdeğer onkolojik radikalite ile yapılabildiği gösterilmiştir. Ancak kısa ve uzun süreli takip sonuçları halen beklenmektedir.

YÖNTEM

Nisan 2004-Haziran 2007 tarihleri arasında laparoskopik APR uygulanan ve en az 21 ay takip edilen hastalar değerlendirildi.

BULGULAR

Yaş ortalaması 62 (32-87) olan toplam 19 (10erkek, 9 kadın) hastaya laparoskopik APR yapıldı. Bir olguda sakral ven yaralanması nedeniyle açığa geçildi. Bir olguda inferior mezenterik arter kanaması laparoskopik olarak kontrol edildi. Olgular ortalama 35 ay (21-57) takip edildi. Üç olguda parastomal fıtık, bir olguda kalıcı mesane denervasyonu, bir olguda seksüel disfonksiyon ve bir olguda konservatif tedavi ile gerileyen intestinal obstrüksiyon gelişti. Kanser dışı nedenle ölen bir hasta dışında iki olgu metastatik hastalık nedeniyle kaybedilmiştir. Bir olgu 36. ayda perinede lokal nüks nedeniyle ameliyat edildi. Diğer olgular halen hastalıksız olarak yaşamaktadır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kısa süreli takiplerde laparoskopik APR' nin onkolojik açıdan kabul edilebilir sonuçlarını gözlemledik.

SB54

**Laparoskopik Rektopeksi Ameliyatı Olan Kişilerde Kozmezis,
Vücut İmajı Algılaması ve Yaşam Kalitesi Açık Ameliyat Olanlardan
Daha İyi midir?**

İlker Sücüllü⁽²⁾, Sezai Demirbaş⁽¹⁾, M. Tahir Özer⁽¹⁾, Nail Ersöz⁽¹⁾, Ali Harlak⁽¹⁾

1) GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı, GIS Cerrahisi Bölümü, Ankara

2) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Total rektal prolapsus için açık ve laparoskopik yaklaşımla ameliyat edilen hastalarda vücut imajının, kozmetik değerlendirmenin ve yaşam kalitesinin açık yöntemle ameliyat edilen hastalara göre daha iyi olduğunu ortaya koyabilmek amacı ile çalışma yapılmıştır.

YÖNTEM

Yüz altı hasta (92'si erkek, 14'ü kadın) son 10 yıl içerisinde total rektal prolapsus nedeni ile açık ve laparoskopik yöntemle ameliyat edildi (ortalama yaş 27 yıl). Toplam 17 hastaya rezeksiyonlu rektopeksi ameliyatı yapıldı. Geçen zaman içinde ameliyat edilen 106 hastanın 84 adedine (55 laparoskopik, 29'u açık ameliyat) telefon yada bizzat ulaşılarak vücut imajı değerlendirmesi, SF-36 anorektal hastalık yaşam kalitesi ve konstipasyon yaşam kalitesi anketleri ameliyat sonrasında uygulandı. Postoperatif dönem en uzun 101 ay ile en kısa 4 ay arasında değişmekteydi. İstatistikî analiz için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

BULGULAR

Laparoskopik yaklaşımla ameliyat yapılan hastalarda kozmetik skor belirgin derecede iyi ($p<0,001$) bulundu. Vücut imajı iyiliği algılamasının SF-36 anorektal hastalık yaşam kalitesi anketi sonucu ile korelasyon içinde olmadığı görüldü. Fakat kaonstipasyon yaşam kalitesi anketi ve kozmetik skor arasında korelasyon olduğu görüldü. Laparoskopik ameliyat sonrası hasta memnuniyeti açık ameliyat olanlardan daha üstün bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Total rektal prolapsusu olan hastalarda, laparoskopik cerrahi açık cerrahiye göre daha iyi kozmetik algılama sonucuna sahiptir. Fakat özellikle inkontinensi olan kişiler için iyi kozmetik algılaması tespit edilmemiştir.

SB55

Laparoskopik Rektum Kanseri Cerrahisinde Öğrenme Sürecinin Erken Dönem Sonuçlar Üzerine Etkileri

Emre Balık, Oktar Asoğlu, Sümer Yamaner, Türker Bulut, Yılmaz Büyükuncu,
Türker Bulut, Ali Akyüz, Dursun Buğra
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Öğrenme eğrisinin; rektum kanseri tanısıyla laparoskopik rezeksiyon uygulanan hastaların ameliyat sonrası erken dönem sonuçları üzerine olan etkisinin araştırılması.

YÖNTEM

2005-2008 yılları arasında üç farklı cerrahi ekip tarafından laparoskopik rektum tümörü rezeksiyonu uygulanan 284 hasta çalışmaya dahil edildi. "Cerrahi deneyim", her ekibin vaka sıklığı ile ölçüldü. Her bir ekibin cerrahi deneyimi, ilk 20 vaka ve daha sonra 21-40 vaka grubu, 41-60 vaka grubu, >61 vaka grubu şeklinde değerlendirildi. Hastaların özellikleri, perioperatif değişkenler ve cerrahların deneyim seviyeleri analiz edilerek ekipler arasında karşılaştırıldı. Öğrenme eğrisinin araştırılması amacıyla kullanılan parametreler; ameliyat süresi, açığa geçme oranları, genel komplikasyonlar, anastomoz kaçağı oranları ve onkolojik parametrelerdi.

BULGULAR

Tüm ekiplerde artan deneyimle birlikte ameliyat süresi kademeli olarak azaldı ($p=0.001$, 0.000 , 0.002). İlk grupta (ilk 20 vaka grubu) vakaların ortalama ameliyat süreleri ardışık olarak 186 ± 39.66 , 204 ± 71.48 ve 195 ± 28.38 dakika iken son grupta (>61 vaka grubu) vakaların ortalama ameliyat süreleri ardışık olarak 149.6 ± 26.19 , 136.5 ± 22.73 ve 166.9 ± 34.2 dakika olarak saptandı ($p<0.05$). Tüm vakalar göz önüne alındığında açığa dönme oranı %7.74 idi ve toplam 84 komplikasyon kayıt edildi. Diğer yandan, gruplar arasında; rezeke edilen piyesin uzunluğu, tümör çapı, T sınıflaması, ayıklanan lenf nodu sayısı, lateral sınır invazyonu ve R0 rezeksiyon açısından herhangi bir anlamlı fark saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Deneyim seviyesi ile ameliyat süresi ters orantılıdır. Laparoskopik rektum rezeksiyonun erken dönem cerrahi sonuçlar üzerine herhangi bir negatif etkisi yoktur. Cerrahi prensiplerin katı bir şekilde uygulanması ile piyesin kalitesi cerrahi deneyim sürecinden etkilenmemektedir. Artan deneyimle birlikte rektum kanseri için daha zor ve karmaşık cerrahi girişimlerin uygulanması mümkün olmaktadır.

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

POSTER BİLDİRİLER

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

P01

Rektum MALT Lenfoması Transanal Eksizyon: Olgu Sunumu

Feyzullah Ersöz, Özhan Özcan, Dinçer Altınok, Serdar Çulcu, Soykan Arıkan
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lenfoma extranodal B-hücre lenfomasıdır, sıklıkla midede görülür. Rektum bu tümörün nadir görüldüğü yerdir. Rektal MALT lenfoma tedavisinde cerrahi, radyoterapi, helicobakter pylori eradikasyon tedavisi gibi yöntemler tanımlanmış, en uygun yöntem belirtilmemiştir. Kliniğimizde rektum MALT lenfoması nedeniyle transanal eksizyon yapılan hastayı sunduk.

BULGULAR

42 bayan kabızlık, makatta ele gelen kitle ve kanama, kilo kaybı şikayeti ile tetkik edilmiş. Yapılan rektal muayenede anal girimde protrüde, düzün kenarlı, sert, 7,5x5x3 cm boyutunda, saplı polipoid kitle tespit edildi, biyopsi alındı. Histopatolojik değerlendirme sonucu difüze tip B lenfoma tanısı kondu. Hastanın kan beyaz küre sayısı ve biyokimya değerleri, dalak, karaciğer ve kemik iliği incelemeleri normal sınırdı bulundu. Yapılan torakaoabdominopelvik bilgisayarlı tomografide lenfatik ve başka organ invazyonu saptanmadı, stage I lenfoma olarak değerlendirildi. Genel anestezi altında tümörün lokal transanal eksizyonu yapıldı. Piyesin histopatolojik değerlendirilmesinde extranodal marjinal zon B hücreli lenfoma (MALT lenfoma) ile uyumlu geldi. CD20 (+), CD3(-), CD5(-), Cyclin D1(-), CD23(-), bcl-6(-), bcl-2(+), Igm(+), Ki-67 aktivitesi düşük bulunmuştur. Ameliyat sonrası 3. gün hasta sorunsuz taburcu edildi. Onkolojik değerlendirmesinde kemo-radyoterapiye ihtiyaç duyulmadı. 4 yıllık takibi boyunca klinik ve endoskopik olarak nüks saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

MALT lenfoma non-Hodkin lenfomalar içinde %7,6 görülme sıklığı ile 3. sıradadır. Rektum lenfomaları tüm kolorektal malignansiler içinde %1'den az görülür. MALT lenfoma en çok görüldüğü midede uzun süreli Helicobakter pylorinin kronik antijen uyarısıyla ilişkili olsa da rektal MALT lenfomanın H. Pylori ile ilişkisi açık değildir. H. Pylori negatif hastalarda bile Anti H. Pylori tedavisi ile gerileyen rektal MALT lenfoma olguları bildirilmiştir. Tedavisinde H. Pylori eradikasyon tedavisi, radyoterapi ve cerrahi yöntemler iyi sonuçlar vermiştir. Bizim olgumuzda laparotomi yapılmaksızın tümörün transanal çıkartılması mümkün oldu. Takiplerinde lokal ve sistemik nüks saptanmadı. Rektal MALT lenfoması tedavisinde uygun vakalarda transanal yolla lokal eksizyon bir tedavi seçeneğidir.

P02

Akut Abdomen Tablosu Gösteren Nadir Bir Burkitt Lenfoması

Fuat İpekçi⁽¹⁾, Yahya Çapkis⁽¹⁾, Sedat Tan⁽¹⁾, Gülnur Görgün⁽²⁾, Ayça Tan⁽³⁾, Oğuzhan İnan⁽¹⁾

1) S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

2) S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

3) S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

AMAÇ

Burkitt lenfoması yüksek derecede malign, agresif ve hızlı büyüyen, B hücrelerinden kaynaklanan, uzun yaşam süresi vermeyen non-hodgkin lenfoma türüdür. Karın ve özellikle terminal ileum ve çekum en sık yerleşim yerlerinden biridir. Tümörün hızlı ikilenme süresi, yerleşim yeri özellikle barsaklar ise, barsak obstrüksiyonu gibi komplikasyonlara neden olabilir ve birçok akut abdomen tablosuyla karışabilir. Biz de tanısı; plastrone ya da apandiksial kitle ya da sağ alt kadranda abse ile karışan ve tanısı ameliyat sonrası alınan materyalle konan nadir bir burkitt lenfoma olgusunu sunmayı ve konuyu tartışmayı amaçladık.

YÖNTEM

Olgu: 16 yaşında erkek hasta dış merkezde plastrone apendisit nedeni ile interne edilip 20 gün destek tedavi ve antibiyoterapi uygulanmış. Kitlenin büyüklüğünde gerileme olmaması, ateş, bulantı kusma eklenmesi ve genel durumunun bozulması nedeni ile kliniğimize sevk edildi. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yok. Yapılan muayenede sağ alt kadranda yaklaşık 10-15 cm çapta cildi havalandırmış ele gelen kitle ve bu bölgede hassasiyet ve defans mevcuttu. Barsak sesleri artmıştı. Periferik lenfadenopati yoktu. Ateş: 38,5°C ve lökositoz mevcuttu. Abdominal USG:” plastrone appendisit ile uyumlu görünüm ve karın içi püy olduğu düşünülen serbest sıvı” lehine değerlendirilmişti. Abdominal BT:”sağ alt kadranda 10*13 cm boyutlu içinde yer yer hava dansiteleri içeren geniş kitlesel lezyon izlenmektedir. Plastrone appendisit ile uyumludur. Batında sol orta kadranda omentumun kalınlaştığı gözlenmektedir. Perihepatik, perisplenik serbest sıvı ve bilateral sağda belirgin minimal plevral effüzyon mevcuttur”. Şeklinde yorumlanmıştı. Hasta 05/02/09 tarihinde acil ameliyata alındı.

BULGULAR

Explorasyonda ileum distali ve çekumun tamamını kaplayan proksimal ince barsaklarda dilatasyona neden olan dev kitle mevcuttu. Apendiks salimdi. Tüm ince barsak ve kolon mezolarında nodüller mevcuttu. Barsak obstrüksiyonuna yol açmış inflamatuvar ya da malign bir proses düşünülerek, sağ hemikolektomi + ileotrasversostomi uygulandı. Postoperatif devre olaysız seyretti. Sağ hemitoraksta plevral effüzyon artması nedeni ile plerican ile drenaj uygulandı. Patoloji sonucu burkitt lenfoma saptanması nedeni ile hematoloji kliniğine sevk edilen hasta acil kemoterapi tedavisine alınmış, halen takibimiz altındadır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

1. Klinik belirtiler ve yapılan tetkikler her zaman burkitt lenfoma için tanı koydurucu değildir. 2. Uygulanacak Cerrahi tedavi komplikasyonlara yönelik olmalıdır. 3. Burkitt lenfomalar çok agresif seyirli oldukları için tanı olabildiğince erken konulmalı ve tanı konulduktan sonra hızlı agresif kemoterapi başlanmalıdır.

P03

**Merkez Efendi Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
Gastroskopi ve Kolonoskopi Sonuçları**

Erdem Nalbant⁽²⁾, İsmail Yaman⁽²⁾, Yücel Özsoy⁽²⁾, Fatih Haskaraca⁽²⁾, Olcay Ak Nalbant⁽¹⁾,
Kemal Acılar⁽³⁾, Kamile Kurt⁽³⁾

1) Manisa Devlet Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Manisa

2) Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Manisa

3) Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Manisa

AMAÇ

Özofagus, mide, kolon ve rektumun benign ve malign lezyonlarının çoğunun tanısında gastroskopi ve kolonoskopi en önemli tanı, bazen de tedavi yöntemi olmaktadır. Ülkemizde genel cerrahi kliniklerinin çok azında gastroskopi ve kolonoskopi ünitesi bulunmaktadır. Bu çalışmada hastanemiz genel cerrahi kliniğinde yapılan gastroskopi ve kolonoskopi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

23.06.2008 - 31.03.2009 tarihleri arasında gastroskopi ve kolonoskopi yapılan 883 olgu çalışmaya alındı. Gastroskopi yapılan hastaların tümüne %10 xilocain ile lokal anestezi ve ardından dormicum ve buscopan ampul iv (intravenöz); kolonoskopi yapılan hastalara da dormicum ve buscopan ampul iv olarak uygulandı. İşlem bittiğinde anexate iv yolla verildi. Dormicum ve anexate dozu hastanın kilosuna göre ayarlandı.

BULGULAR

Olguların 451'i kadın, 432'si erkekti. Bu süreç içinde 701 (%79,4) olguya gastroskopi, 182 (%20,6) olguya kolonoskopi yapıldı. Gastroskopi yapılan altı (%0,86) erkek hastada mide; kolonoskopi yapılan iki kadın, yedi erkek hastada (toplam dokuz olgu, %4,9) kolon; bir kadın, bir erkek hastada (toplam iki olgu, % 1,1) rektum tümörü olmak üzere toplam 17 (%1,9) olguda malignite saptandı. Malignite saptanan 16 olgu kliniğimizde opere edildi. Bir olgu radyolojik bulguları inoperatif özellikler taşıdığına bir üst merkeze sevk edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ülkemizde genel cerrahi asistan eğitimi sırasında gastroskopi ve kolonoskopi eğitiminin yaygın olarak verilmeye başlanması ile genel cerrahi klinikleri tarafından tanı konulup, tedavi edilen üst ve alt gastrointestinal sistem tümörlü olguların sayısının artacağını düşünüyoruz. Pek çok merkezde bu girişimlerin yapılır hale gelmesi tümörlerin erken evrede yakalanmasına da yardımcı olabilir.

P04

**Kolorektal Kansere Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastalarda
Postoperatif Mortaliteyi Etkileyen Faktörler**

Murat Ulaş, Yusuf Özoğul, İltar Özer, İsmail Gömceli, Erdal Polat, Tahsin Dalgıç, Metin Ercan,
Ümit Koç, Canbek Seven, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Ankara

AMAÇ

Çalışmamızın amacı kolorektal kanser nedeniyle kliniğimizde ameliyat edilen hastalarda anastomoz kaçağı, morbidite ve mortalite oranlarının belirlenmesi ve mortaliteye etki eden faktörlerin analizidir.

YÖNTEM

Kliniğimizde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen 660 ardışık hasta çalışma kapsamına alındı. Hastalara ait veriler prospektif olarak doldurulan kolorektal kanser formlarından elde edildi. Yaş, ASA skoru, yandaş hastalık varlığı, ek işlem, tümör yerleşimi, evre, küratif veya palyatif rezeksiyon, acil veya elektif operasyon, koruyucu ostomi varlığı gibi faktörlerin postoperatif mortaliteye etkileri tek ve çok değişkenli analizlerle incelendi. Tek değişkenli analizler ki kare ve Fisher kesi ki kare testi ile çok değişkenli analiz ise Lojistik regresyon analizi ile yapıldı.

BULGULAR

Hastaların 408'i erkek, 252'si kadın idi. 494 hasta 70 yaşından genç, 166 hasta ise 70 yaş ve üzeri idi. Hastaların %3,9'unda anastomoz kaçağı, %13,9'unda spesifik (cerrahi işlem ile ilişkili) komplikasyon, %4,4'ünde ise spesifik olmayan komplikasyon (cerrahi işlem ile direkt olarak ilişkili olmayan komplikasyon) izlendi. Toplam komplikasyon oranı % 18,3 idi. Mortalite oranı ise % 2,7 idi. Tek değişkenli analizde ASA skorunun mortalite üzerinde etkili olduğu görüldü(p<0,05). Palyatif ameliyatlardan sonra da mortalitenin daha fazla olduğu görüldü. Çok değişkenli analizde ise ASA skorunun mortaliteyi etkileyen bağımsız bir faktör olduğu görüldü(p<0,05).

TARTIŞMA ve SONUÇ

ASA skoru kolorektal kanser cerrahisinde postoperatif erken dönem mortaliteyi etkilemektedir. Yaşın 70 veya daha yüksek olması düşünülenin aksine erken dönem mortaliteyi tek başına etkilememekte, hastanın genel sağlık düzeyi daha etkili görünmektedir.

P05

**Açık LİS Tekniği İçin Anodermde Yapılan Kesinin Tipi:
Anüse Dik mi Yoksa Paralel mi? Klinik Randomize Kontrollü Çalışma**

Feyzullah Ersöz, Soykan Arıkan, Hasan Bektaş, Özhan Özcan, Serkan Sarı
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Lateral internal sfinterektomi tekniği, kronik anal fissür hastalığının cerrahi tedavisi için standart bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Günümüzde tartışmalar daha çok sfinterktomiye bağlı gelişen komplikasyonlar ile ilgilidir. Bu çalışma açık lateral internal sfinterktomi tekniği için anoderm de yapılan insizyonun anüse dik yada paralel yapılması durumunun yara iyileşmesini, yaraya bağlı komplikasyonları , inkontinansı ve nüks oranlarını nasıl etkilediğini araştırmak için yapılmıştır.

YÖNTEM

Açık lateral internal sfinterektomi tekniği ile kronik anal fisür için ameliyat edilecek 52 hasta prospektif randomize klinik çalışma planlanarak iki gruba ayrıldı. Grup-A (n= 25) daki hastaların insizyonları anüse dik, Grup-B (n=27) de ki hastaların ise anüse paralel yapıldı. İnsizyon yerleri iki grupta da sütüre edilmedi. Buna göre oluşan yara yeri komplikasyonları, yara iyileşme süreleri, inkontinans ve nüks oranları değerlendirildi.

BULGULAR

Grup-A daki hastaların 3'ünde (2 yara enfeksiyonu, 2 gaz inkontinansı), Grup-B de ise 5 hastada (1yara enfeksiyonu, 1 ekimoz, 2 gaz inkontinansı, 1 nüks) komplikasyon oluştu. İki grup arasında komplikasyonlar için istatistiksel fark saptanmadı. Tam yara iyileşme süresi Grup-A da; 19.44 ± 6.82 gün, Grup-B de ise 10.59 ± 3.48 gün bulundu. Yara iyileşme süresi iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklıydı ($P<0.0001$). Her iki grup ta da kanama, hematoma, apse ve fistülizasyon gibi komplikasyonlar oluşmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

İki kesi tipiyle de yapılan açık LİS ameliyatı komplikasyonlar açısından fark oluşturmamasına rağmen yara iyileşme süresi anüse paralel yapılan kesilerde belirgin şekilde daha hızlı olmaktadır.

P06

**Bir Eğitim Hastanesindeki Alt Gastrointestinal Sistem
Endoskopik İncelemelerinin Analizi**

Özhan Özcan, Nurseven Erdönmez, Soykan Arıkan, Feyzullah Ersöz, Serkan Sarı, Nurhan Gözcü
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Kolonoskopi ve rektosigmoidoskopi, günümüzde kolorektal patolojileri saptamada altın standart yöntemlerdir. Bu yöntemler tanı, tedavi ve taramaya ek olarak izlem amaçlı da kullanılmaktadır. Kolonoskopi pahalı, tam barsak temizliği ve uzun sürmesi nedeniyle sol kolon patolojileri şüphesi halinde sigmoidoskopi alternatiftir.

YÖNTEM

Bu çalışmada kliniğimizde 2008 yılında yapılan alt gastrointestinal sistem (GİS) endoskopilerinde saptanan bulgular ve endoskopik girişimlerin retroskopik olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

BULGULAR

3982 hastanın 2872'sine (%72,2) kolonoskopi 1110'una (%27,8) sigmoidoskopi yapılmış hastaların % 50,2'si erkek, %49,8'i kadındı. Sigmoidoskopi yapılan hastaların yaş ortalaması 42,3 yıl, kolonoskopi yapılan hastaların yaş ortalaması 54,7 yıl olarak bulundu. Enflamatuvar barsak hastalıkları, divertiküler hastalıklar, polipler, soliter rektal ülserler iyi huylu kolorektal hastalık olarak değerlendirildi. İyi huylu kolorektal hastalıklar kolonoskopi hastalarının 520'sinde (%18,1), sigmoidoskopi hastaların 133'ünde (%11,9) saptandı. Endoskopik olarak saptanan kronik anal fissür ve hemorroidal hastalık normal endoskopik bulgu olarak değerlendirildi. Normal kolonoskopi 2232 (%77,7) hastada, normal sigmoidoskopi 946 (%85,2) hastada saptandı. Kolorektal kanser kolonoskopi hastalarının 102'sinde (%3,5), sigmoidoskopi hastalarının 31'inde (%2,7) saptandı. Kolonoskopi planlanan hastaların 6'sında (%0,20) kolon perforasyonu meydana geldi, tümünde perforasyon sigmoid kolonda saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolonoskopi kolon biopsisi, polipektomi, tüm kolonun optimal görüntülenmesi ve değerlendirilmesi için en etkin yöntemdir. Ancak invaziv bir işlem olması nedeniyle %0.24- %0.33 kanama, %0.08-%0.19 oranında perforasyon gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Sigmoidoskopi tam barsak hazırlığı gerektirmediği, daha az komplikasyon riski, daha ucuz ve daha hızlı bir yöntem olarak özellikle iyi huylu kolorektal hastalıklar ve sol kolon hastalıklarında tercih edilmektedir. Hastanemizde yapılan alt GİS endoskopik incelemelerde aynı dönem içinde kolonoskopi sigmoidoskopiye göre daha fazla yapılmaktadır. Her iki yöntemde de hastaların büyük çoğunluğunda normal alt GİS bulguları mevcuttu. Normal alt GİS endoskopi sonuçlarımıza bakılarak endikasyonların çok geniş tutulduğunu görülmüştür. Hasta uyum kolaylığı ve uygulanabilirliği nedeniyle klinik olarak kolonoskopi gerekliliği yoksa öncelikle sigmoidoskopi tercih edilmelidir.

P07

Açık Kolesistektomi Explorasyonunda Saptanmış “Dev Mukosel”

Sedat Tan, Fuat İpekçi, Serdar Kırmızı, Muharrem Karaoğlu, Hüseyin Oğuzhan İnan
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Günümüzde kolesistektomi için laparoskopik uygulamalar sık uygulansa da birçok nedenden dolayı halen açık kolesistektomi de yapılmaktadır. Tüm açık operasyonlarda olduğu gibi açık kolesistektomide de kese dışı organların explorasyonu önemlidir. Bilier pankreatit tanısı ile yatırılıp tüm görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar bulguları normal olan hastaya uygulanan erken kolesistektomi esnasında, explorasyonda apendiks orijinli dev mukosel tespit edildi. Bu tespit ettiğimiz olguyu sunmayı ve konuyu tartışmayı amaçladık.

YÖNTEM

Olgu: Bir gündür epigastrik bölgede sırta vuran karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın özgeçmişinde hipertansiyon nedeniyle ilaç kullanımı dışında özellik saptanmadı. Soygeçmişinde de özellik bulunmayan hastaya yapılan fizik muayenede sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet ve defans mevcut, murphy (+) idi. Laboratuvar bulgularında WBC:13.600 KŞ:253 AST:115 ALT:55 amilaz(kan):2531 amilaz (idrar):3171 LDH:182 idi. Yapılan batın USG’de patoloji saptanmadı. Çekilen üst batın BT’de pankreas boyutları artmış olup, parankimi ödematöz, heterojen görünümde izlendi ve çevre yağ dokuda kirlenme dikkati çekti. Tüm bu bulgular ve yapılan tüm tetkikler sonucu olgu bilier akut pankreatit lehine değerlendirildi. Hastanın oral beslenmesi kesilerek destek mayi ve antibiyoterapi uygulandı. Hastalık etiyolojisi safra kesesindeki mikrokalküllere bağlandı ve akut bilier pankreatit algoritmamızda olan “erken kolesistektomi” kararı alındı. Yatışının 7. günü klinik ve laboratuvar bulguları düzeldikten sonra hastanın aydınlatılmış onamı; “kolesistektomi ve cerrahın operasyon sırasında gerekli gördüğü işlemin yapılması” şeklinde alınarak 10/02/09 tarihinde ameliyat edildi.

BULGULAR

Operasyonda; sağ subkostal insizyon ile karına girilip eksplorasyonda çekumda lokalize yaklaşık 10 cm boyutlarda kitle saptandı. Subkostal kesi aşağıya doğru uzatılarak kitlenin apendiksten köken alan dev mukosel olduğu görüldü. Retrograd olarak kökü bağlanarak kitle ile birlikte eksize edildi(resim1,2). Herhangi bir lenfadenopati veya malignite bulgusu yoktu. Usulüne uygun kolesistektomi de yapılarak işlem sonlandırıldı. Postoperatif problem yaşanmayan hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Kitlenin patoloji sonucu apendiks mukoseli olarak rapor edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

1. Açık ameliyatlarda hedef organ dışında yapılacak eksplorasyon bazı sendromları (örneğin Saint triadı) gösterecek ya da kendi başına bir antite olan patolojileri (olgumuzdaki dev mukosel gibi) ortaya koyabilmesi açısından çok önemlidir. 2. Mukosel malignite bulguları yoksa dikkatlice kitle eksize edilmeli, hemikolektomi gibi agresif yaklaşımlardan kaçınılmalıdır.

P08

**Kolonoskopiye Bağlı İatrojenik Kolon
Yaralanmalarına Yaklaşımlarımız**

Sinan Karakoç, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün,
Bülent Çitgez, Cabbar Kartal

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Günümüzde flexibl kolonoskopi kalın barsak hastalıklarının tanı, takip ve tedavisinde giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Çok düşük morbiditeye sahip olan kolonoskopinin en önemli komplikasyonu perforasyondur. Çeşitli kaynaklara göre iatrojenik kolon perforasyon oranları %0.01 - %0.3 arasında değişmektedir. Nadir görülen bu komplikasyonun irdelenmesini amaçladık.

YÖNTEM

Şişli Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi kliniğinde son 5 yılda kolonoskopiye bağlı iatrojenik kolon perfoasyonu nedeniyle opere edilen 9 hasta retrospektif olarak incelendi. İncelemede hastaların bize başvuru şekilleri, klinik bulguları, yapılan ameliyat tipi, komplikasyonlar araştırıldı.

BULGULAR

Hastaların tümü dış merkezlerde kolonoskopi yapıldıktan sonra acil poliklinimize başvuran hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların 6 sı kadın 3 ü erkek olup yaş ortalaması 65.3 idi. Üç hastaya rektal kanama, 4 hastaya konstipasyon 1 hastaya daire nedeniyle tanı amaçlı, 1 hastaya da polipektomi nedeniyle takip amaçlı kolonoskopi girişiminde bulunulmuştu. Hastaların 6 tanesi endoskopi yapan hekim tarafından perforasyon şüphesiyle yönlendirilmişti. Üç hasta ise kolonoskopi sonrası karın ağrısının giderek artması nedeniyle acil cerrahi polikliniğine başvurmuşlardı. Fizik muayenede tüm hastalarda peritoneal irritasyon bulguları ve ayakta direk karın grafisinde serbest hava mevcutdu. Bu bulgularla acil ameliyata alınan hastalaradan 8 hastada sigmoid kolonda 1 hastada splenik fleksurada perforasyon mevcuttu. İntraabdominal makroskopik kirlenme saptanmadı ve tüm olgulara primer tamir yapıldı. Hiçbir hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolon perforasyonları geç teşhis edilmeleri durumunda sepsis ve fekal peritonit nedeniyle mortalite ve morbiditesi oldukça yüksek bir patolojidir. Yandaş hastalık veya faktörlerin mevcudiyeti söz konusu morbidite ve mortaliteyi dahada artırmaktadır. Bu morbidite ve mortaliteyi azaltan en iyi strateji erken cerrahi müdahaledir. Hastalara evelden barsak temizliği yapılmasından dolayı ameliyat esnasında batın içinde erken dönemde makroskopik bir kirlenme olma olasılığı minimaldir bundan dolayı kolonoskopi yapılan ve karın ağrısı olan hastalara karşı uyanık olunmalı ve kolon perforasyonu şüphesi durumunda erken tanının morbidite ve mortaliteyi belirgin şekilde etkileyeceği unutulmamalıdır.

P09

Kolorektal Cerrahi Biriminin Kurulması Kolorektal Cerrahi Operasyonlarını Geliştirir mi?

Tahsin Çolak, Özgür Türkmenoğlu, Ahmet Dağ, Ramazan Gündoğdu, Süha Aydın
MEÜ, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Mersin

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı referans hastanelerinde kolorektal cerrahi birimi kurulmasının hacim ve çeşitlilik açısından kolorektal cerrahi operasyonlarına etkisinin değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Bu çalışmada 2003–2008 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapılan kolon, rektum ve anus operasyonları retrospektif olarak değerlendirildi. Kolorektal cerrahi ünitesi öncesi (KCÜ) (grup1) ve sonrası (grup2) yapılan operasyonlar sayı, çeşitlilik bakımından karşılaştırıldı.

BULGULAR

617'si grup 1 ve 1014'ü grup 2'de olmak üzere ile toplam 1631 hastaya kolorektal cerrahi prosedürü uygulandı. İki grup karşılaştırıldığında, hemoroit ve anal apse prosedür sayılarında fark olmadığı görüldü. Ancak stromal tümör prosedürlerinin yaklaşık iki, inflamatuvar barsak hastalığı (IBH) nedeniyle yapılan operasyonların yedi, kolorektal kanser (KRK) operasyonlarının yaklaşık iki ve benign sebeplerden dolayı yapılan kolorektal operasyon (BKR) sayısının yaklaşık üç kat arttığı gözlemlendi. Buna karşılık anal fissür nedeniyle yapılan operasyon oranı yaklaşık üç kat azaldı. Bununla birlikte peritonektomi, rektovaginal fistül, anal inkontinans, anal stenoz ve rektosel gibi özel prosedürlerin KCÜ kurulmadan sonra yapıldığı gözlemlendi. Yapılan operasyonların çeşitliliği göz önüne alındığında, anal fistül operasyonları değerlendirildiğinde, grup 1'de olgularının %10'u kompleks fistül iken grup 2'de bu oranın %40 olduğu görüldü. Kompleks fistüllerde, grup 1 hastaların tümüne sıkı seton uygulanırken, grup ikide sıkı seton uygulamasının hiç olmadığı, bunun karşılık hastaların % 66'sına ilerletme flebi, %22'sine gevşek seton, %8'ine anoplasti ve %5'ine kolostomi prosedürlerinin uygulandığı görüldü. Rektum kanseri nedeniyle yapılan operasyonlar grup 1'de %29 (42/144) iken, bu oranın grup 2'de %45 (136/304) yükseldiği görüldü. Bu oranlar detaylandırıldığında anterior rezeksiyonun %5'ten %13'e, aşağı anterior veya çok aşağı anterior rezeksiyonun %14'ten %24'e çıktığı gözlenirken, abdominoperineal rezeksiyonun %10'dan %7.5'a düştüğü gözlemlendi. Diğer yandan stoma ile sonlanan operasyonlar %22'den %9'a düştü.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolorektal cerrahi birimi kolorektal operasyon sayısını arttırmıştır. Bununla birlikte daha kompleks operasyonların sayısını ve daha önce yapılmayan karmaşık operasyonları yapılı hale getirmiştir.

P10**Çekum Divertikülitine Bağlı Gelişen Perforasyon. Olgu Sunumu****Bülent Kaya***Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul***AMAÇ**

Çekum divertikülünün tanımı ilk kez 1912 yılında Potier tarafından yapılmıştır (1). Sigmoid kolon divertiküllerinden farklı olarak batı toplumlarına göre doğulu toplumlarda daha sıklıkla tesbit edilmektedir. Barsak duvarının tüm katmanlarını içerdiğinden gerçek bir divertiküldür ve konjenital kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çekum divertikülitisi karın ağrısı, bulantı, kusma gibi klinik semptomlarla kendini belli eder. Preoperatif dönemde akut apandisitinden ayırımını yapmak çok güçtür. Tanı gecikmelerinde kolon perforasyonu meydana gelebilir. Çekum divertikülitisi sonrası perforasyon gelişen ve opere ettiğimiz hastayı sunuyoruz.

BULGULAR

23 yaşında bayan hasta yaklaşık 4 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil polikliniğinde görüldü. Yapılan fizik muayenede karın sağ alt kadranda hassasiyet, lokalize rebound ve defans tesbit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde Lökosit sayımı 14 000 mm³ iken diğer rutin serum tetkiklerinde patolojik değer saptanmadı. Batın ultrasonografik görüntülemeye, sağ alt kadranda minimal sıvı birikimi tesbit edildi (Resim 1). Hasta akut apandisit ön tanısı ile explore edildi. Eksploreyonda apandiks normal idi. Çekum lateral duvardan kaynaklı yaklaşık 1x2 cm divertikül ve bu divertikül içinde fekalit görüldü. Çekumda yaklaşık 0.5 cm'lik perforasyon mevcuttu. Apendektomi ve divertikülektomi uygulandı. Batın içi temizlenip loja dren konarak ameliyat sonlandırıldı. Hasta postoperatif 4. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çekum divertikülü nispeten nadir rastlanan bir patolojidir. Çoğu zaman asemptomatik seyreden bu hastalık inflamasyon, kanama gibi komplikasyonlarla klinik önem kazanır (2). Divertikülit gelişimi en sık görülen tablo olup kendisini karın sağ alt kadranda ağrı, bulantı, kusma gibi bulgularla belli eder. Bu bulgular hastalığı akut apandisitinden ayırmada yetersiz kalır ve hastaların % 70'den fazlası akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alınır (3). Bazı yazarlar çekum divertikülit vakalarında ağrının daha uzun süreli oluşu, bulantı ve kusmanın daha nadir görülmesi, sistemik toksik işaretlerin olmaması, ağrının hastalığın başından beri sağ alt kadranda lokalize olması gibi bulgularla akut apandisitinden ayırt edilebileceğini ifade etmişlerdir (4). Pre-operatif dönemde tanı koymada en önemli araçlar Ultrasonografi ve Bilgisayarlı tomografidir. Ultrasonografide kalınlaşmış çekum duvarından dışarı çıkan yuvarlak hipo-ekoik divertikül görüntülenebilir (5,6). Yine divertikül içinde fekalit tesbit edilebilir. Normal apandiksin görüntülenebildiği durumlarda bu bulgular tanı koydurucudur. Chou ve arkadaşları sağ alt kadranda ağrısı olan 934 hastayı inceledikleri seride ultrasonografinin divertikülit ile akut apandisiti ayırmada % 100 başarılı olduğunu ifade etmişlerdir (5). Yine kontrastlı tomografi tetkikinde kolon duvarında kalınlaşma, perikolik yağlı dokuda infiltrasyon, abse oluşumu, perforasyonu gösteren lümen dışı hava tesbiti gözlemlenebilir. Akut perfore olmamış divertikülit olgularında tedavi tartışmalıdır (7). Laparotomi yapılmadan geniş spektrumlu antibiotiklerle tedavi denenebilir. Eksploreyonda tesbit edilen çekum divertikülitlerinde apendektomi ile birlikte divertikülektomi sıklıkla uygulanan cerrahi tedavi biçimidir. Perforasyon ve çekumda kitle oluşturan inflamasyon varlığında sağ hemikolektomi özellikle malignite şüphesi olan durumlarda kaçınılmazdır. Olgumuzda perforasyona rağmen batında plastron oluşumu gözlenmediği ve malignite şüphesi olmadığından divertikülektomi ve apendektomi yeterli cerrahi girişim olmuştur. Sonuç olarak Çekum divertikülitisi ve perforasyonu sık rastlanmamakla beraber sağ alt kadranda ağrısı olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Özellikle perfore olmuş, çevre dokularda iltihabi değişiklikler yapan olgularda cerrahi girişimlerin morbidite ve mortalitesi artmaktadır.

P11

**Perkütan Nefrolitotominin Nadir Bir Komplikasyonu:
Kolon Perforasyonu Olgu Sunumu**

Gürkan Yetkin⁽²⁾, Mehmet Uludağ⁽²⁾, Ayhan Dalkılıç⁽¹⁾, Sinan Karakoç⁽²⁾,
İsmail Akgün⁽²⁾, Bülent Çitgez⁽²⁾

1) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Üroloji Kliniği, İstanbul

2) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Son 10 yıldır böbrek taşlarının tedavisinde perkütan nefrolitotomi giderek artan sıklıkta uygulanmaktadır. Bu yöntem, açık cerrahiye göre düşük morbidite ve daha kısa hastanede yatış süresine sahip olmasına rağmen postoperatif kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonları da bildirilmektedir. Kolon perforasyonu ise çok nadir görülen ancak ciddi sonuçlar doğurabilen komplikasyondur. Bu çalışmada perkütan nefrolitotomi sonrası gelişen kolon perforasyonu olgusunu sunmayı amaçladık.

BULGULAR

Olgu: 28 yaşında, erkek hasta, sağ böbrek taşı nedeniyle 5 gün önce perkütan nefrolitotomi uygulanmış. Postoperatif 3. günde karın sağ üst ve sağ alt kadranda, sağ skrotuma yayılan ağrı, distansiyon şikayetleri başlamış. Bulgular hafif idi ve bu sırada nefrostomi içeriğinde normal idrar mevcutdu, gaita ve hava görülmedi. Postoperatif beşinci gün nefrostomi tüpü alındıktan sonra abdominal bulgular belirginleşti ve nefrostomi orifisinden gaita drenajı saptandı. Ateşi 38.5° C olan hastanın bilgisayarlı tomografi incelemesinde sağ böbrek posteriorunda, sağ parakolik ve sağ retroperitoneal bölgede sıvı koleksiyonu ve koleksiyon içinde serbest hava imajları saptandı. Bu bulgular ile ameliyata alınan hastada yapılan eksploratris laparatomide, Sağ parakolik retroperitoneal bölgede abse ve çıkan kolonda 2 adet perforasyon saptandı. Perforasyon komşuluğundaki kolon duvarında dolaşım bozukluğu mevcuttu. Sağ hemikolektomi ve çift uç ileostomi ve kolostomi uygulandı. Sağ parakolik ve retroperitoneal bölgeye dren yerleştirildi. Postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonu gelişti ve drenaj sonrası düzeldi. Hasta postoperatif 15. gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Perkütan nefrolitotomi sonrası kolon perforasyonu sıklığı literatürde % 0.2 ile 0.4 oranında bildirilmektedir. Kolon perforasyonunun erken saptandığı olgularda nefrostomi tüpü kolon içine yerleştirilerek kontrollü kolokütanöz fistül oluşturulması ve geniş spektrumlu antibiotik kullanımı ile konservatif tedavisi mümkün olabilmektedir. Bu nedenle perkütan nefrolitotomi yapılan olgularda hastanın karın ağrısı şikâyeti ve bulantı kusma gibi gastrointestinal yakınmaları titizlikle izlenmeli ve nefrostomi tüpünden drenajı dikkatle takip edilmeli ve bu gibi durumlarda kolon perforasyonu olasılığı akılda tutulmalıdır.

P12

Stapler Hemoroidopekside Nüks Etkili Olan Faktörler

Sedat Kamalı⁽¹⁾, Gülçin Harman Kamalı⁽²⁾, Oğuzhan Karatepe⁽¹⁾, Arzu Akan⁽¹⁾, Timuçin Aydın⁽¹⁾,
Ömer Bender⁽¹⁾, Gökhan Adaş⁽¹⁾, Enis Yüney⁽¹⁾

1) Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

2) Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji

AMAÇ

Stapler hemoroidopeksi (SH) hemoroidlerin tedavisinde kullanılan yeni bir yöntemdir. Özellikle üçüncü ve dördüncü derece hemoroidlerin tedavisinde son dönemlerde yaygın kabul gören bir yöntem haline gelmiştir. Biz bu çalışmada kliniğimizde longo hemoroidopeksi yapılan hastalarda nüksü etkileyen faktörleri irdelemeğe çalıştık.

YÖNTEM

2002 Eylül-2009 Ocak tarihleri arasında kliniğimizde grade III ve IV hemoroid tanısı konularak stapler ile hemoroidopeksi yapılan 94 hasta prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, hastanede kalış süresi, nüks oranı, komplikasyonları istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların 48'i kadın, 46'ı erkek idi. Yine bu hastalardan Grade 3 (49 hasta %52) ve grade 4 (45 hasta % 48) idi. Yaş ortalaması 42,3 (26-61) olan hastaların ameliyatlarının tümü genel anestezi altında, jinekolojik pozisyonda yapıldı. 35 hastada PPH 01, 59 hastada PPH 02 kullanıldı. Keseağzı dikişi dişli çizgiden 3,4 cm(1-5cm SD 0.8) yüksekliğe kondu. Çıkartılan segment genişliği 2,1 cm(1-3 SD: 0,4) ve işlem süresi 23,6 dakika (15-50 SD: 6,1) olarak bulundu. Hastaların %84' üne (79) ameliyat sırasında ek bir cerrahi işlem gerekmedi. 11 hastada (%11) skintag eksize edildi, 1 hastaya (% 1) fistülotomi, 3 hastaya (%3) eksternal venöz pake eksizyonu yapıldı. 62 hastada (%66) perop herhangi bir sorun olmadı, 2 hastada (%2,1) inkomplet doughnut, 3 hastada (%3) hem doughnutta eksiklik hem de anastomoz hattında kanama izlendi. %28 (27) hastada ise anastomoz hattında ek dikiş gerektirecek kanama izlendi. Postop dönemde 3 hastada (%3.2) üriner retansiyon, 3 hastada (3,2)kanama, 2 hastada (%2,1) hemoroidal pakelerde tromboz, 7 hastada levator spazm geliştiği görüldü. İlk dışkılamanın ağrılı olup olmadığı hastalara sorulduğunda 20 hasta (% 21) ağrılı dışkılama tarif ederken, 74 hastada özellik yoktu. Ortalama 10, 3 ay takip edilen (1-28 SD :5.8) hastaların 8 tanesinde (grade 3'de 2 hasta, grade 4'de 6 hasta) nüks gelişti. Nüksün grade ile ilişkisi araştırıldığında ileri evre grade 4 hemoroidal hastalıklarda daha sık nüks saptandı. (pearson: 0,206 p:0,046)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Longo hemoroidopeksi uygulanması kolay ve daha ağrısız bir yöntem olarak tedavideki yerini korurken; hemoroidleri ileri derecede prolabe olmuş hastalarda nüksün daha sık gelişebileceğini akıldan çıkartmamalıyız.

P13

Peritoneal Karsinomatozisli Hastalarda Isıtılmış İntraperitoneal Kemoterapi Uygulaması Sonuçları

Gülşen Atasoy⁽¹⁾, Aras Emre Canda⁽¹⁾, Cem Terzi⁽¹⁾, Uğur Yılmaz⁽²⁾, Mehmet Füzün⁽¹⁾

1) Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Peritoneal karsinomatozis (PK) nedeniyle sitoredüktif cerrahi (SRC) ve ısıtılmış “hipertermik” intraperitoneal kemoterapi (İPK) uyguladığımız hastalarda tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi.

YÖNTEM

Şubat 2008 – Şubat 2009 tarihleri arasında PK nedeniyle başvuran ve SRC planlanan 19 hasta (13 kadın, 6 erkek) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 53.9 (dağılım, 36-70) idi. PK nedeni 8 hastada kolorektal kanser, 7 hastada over kanseri, 3 hastada peritoneal mezotelyoma ve 1 hastada meme kanseri idi. PK hastaların 10’unda primer tümörün tanı anında saptandı; 9 olguda metakron olarak izlendi. Tedavide SRC’de amaç olanaklı olan en büyük hacimde tümörü çıkarmak ve yine olanaklıysa hastayı makroskopik olarak hiç tümörün bırakılmadığı, tamamen tümörsüz hale getirmek olarak belirlendi. Tüm hastalarda ameliyat sırasında hastalık yayılımını değerlendirmeye yönelik peritoneal kanser indeksi (PKİ) hesaplandı. Rezeksiyon işlemleri bittikten sonra sitoredüksiyonun tamlik skoru (TS) değerlendirildi ve hastalara özel bir cihaz yardımıyla intraoperatif İPK uygulandı.

BULGULAR

Yapılan eksplorasyon sonrası hastaların 5’inde hafif hastalık (PKİ ≤ 10), 14’ünde ağır hastalık (PKİ > 10) izlendi; 13 hastaya SRC ve İPK uygulanabilirken 6 hasta unrezekabl olarak değerlendirildi. Yedi hastada kalıcı stoma açıldı. Hastaların 5’inde morbidite gelişti (anastomoz kaçağı, karın içi apse, şilöz fistül, kemik iliği supresyonu - nefrotoksisite, derin cerrahi alan enfeksiyonu). İki hasta perioperatuar dönemde exitus oldu (pulmoner tromboembolizm ve intraoperatif DIC).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Periton yüzeyi malignitelerinin lokoregionel tedavisi, elde edilen olumlu sonuçlara paralel olarak, günümüzde yaygınlaşarak uygulanmaktadır. Buna karşın uygulanan işlemlerin morbiditesi hiç de az değildir; zaman ve kaynak tüketimi de göz önünde bulundurulması gereken diğer bir problemdir. O nedenle potansiyel endikasyonların belirlenmesi, doğru hasta seçimi, yaşam kalitesinin artırılması ve yan etkilerin en aza indirilmesi önem taşımaktadır.

P14

**Perianal Fistül Traktında Bazal Hücreli Karsinom Olgusu;
Olgu Sunumu**

Haluk Ulucanlar, Aybala Ağaç, Suat Kutun, Abdullah Demir, Abdullah Çetin
Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Bazal hücreli karsinoma'nın perianal lokalizasyonu nadir görülmekle beraber perianal fistül traktında bazal hücreli karsinom gelişimi sıradışı bir antitedir. Perianal fistül traktında bazal hücreli karsinom tanısı almış bir olgu sunuyoruz.

YÖNTEM

38 yaşında erkek hasta anorektal ağrı ile başvurdu. Anamnezde hastanın şikayetlerinin 2 yıl önce başladığı, tedavi ile gerilemekle beraber tam iyileşme olmadığı öğrenildi. Yapılan fistülogramda fistül iç ağzının sol lateral rektum duvarına açıldığı izlendi. Hastaya fistülektomi uygulandı, spesmenin histopatolojik incelemesinde fistül traktında bazal hücreli karsinom rapor edildi. Hasta halen nüksüz takiptedir.

BULGULAR

Fizik muayenede diz-dirsek pozisyonunda saat 9 hizasında dış fistül ağzı izlendi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bazal hücreli karsinoma'nın perianal lokalizasyonu nadir görülmekle beraber perianal fistül traktında bazal hücreli karsinom gelişimi sıradışı bir antitedir. Literatürde perianal lokalizasyonlu bazal hücreli karsinomların diğer bölgelerin bazal hücreli karsinomlarına kıyasla daha agresif seyir gösterebileceğine dair bulgular mevcuttur. Perianal bazal hücreli karsinoma tanısı almış bazı olgularda cildin diğer bölgelerinde de benzeri lezyonlar gözlenmiş olup bizim olgumuzda cildin başka bir bölgesinde herhangi bir lezyona rastlanmamakla beraber cildin diğer bölgelerinin de ayrıntılı muayenesi gereklidir. Perianal bazal hücreli karsinom tüm anorektal tümörler arasında %0.2 oranında bulunup oldukça nadirdir ve özellikle daha agresif seyir gösteren, daha erken evrede metastaz geliştiren ve daha farklı tedavi modaliteleri gerektiren anorektumun bazaloid hücreli karsinomundan ayırıcı tanısının yapılması oldukça önemlidir. Histopatolojik inceleme ile ayırıcı tanıda rutin boyama teknikleri yetersiz kalabilmektedir dolayısıyla epitelial membran antijeni, karsinoembriyonik antijen, keratin ve lektin gibi immunhistokimyasal metodlar kullanılabilir. Anal bölgenin bazal hücreli karsinomu yassı hücreli karsinomuna göre 15 kat nadir görülmekte ve kendini genellikle ülsere fistül ağzı şeklinde göstermektedir fakat metastaz izlenmemiştir. Tedavide sağlam cerrahi sınırla total eksizyon yeterlidir. Metastaz beklenmemesine rağmen lokal nüks açısından takibi gerekmektedir.

P15

**Nadir Bir İntestinal Obstrüksiyon Nedeni Olarak Transomental Herni:
Olgu Sunumu**

Orhan Veli Özkan⁽²⁾, İsmail Zararsız⁽¹⁾, İbrahim Yetim⁽²⁾, Ersan Semerci⁽²⁾

1) Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Hatay

2) Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

AMAÇ

İnternal herniler ince bağırsak obstrüksiyonunun nadir görülen bir nedeni olup insidansı %1'den daha az olarak bildirilmiştir. Transomental herni ise, internal hernilerin nadir rastlanan şeklidir. Bu hernilerde strangülasyon riski nedeniyle zamanında tanı konulması önemlidir.

YÖNTEM

Bu olguda ileus belirtileri nedeniyle ameliyat ettiğimiz transomental herni sunuldu.

BULGULAR

Kolik tarzında ağrı ile acil servise başvuran 27 yaşındaki bayan hasta, yaklaşık on yıldır tekrarlayan ileus atakları geçiriyordu. Fizik muayenede sol alt ve üst kadrantlarda hassasiyet ve distansiyon saptandı. Ayakta direkt batın grafisinde incebarsak obstrüksiyonunu düşündüren hava-sıvı seviyeleri vardı. Ameliyatta ince barsakların omentum majustaki defekten hernie olduğu gözlemlendi. Duodenumun tüm bölümlerinin intraperitoneal olduğu, çıkan kolonun kendisine ait mezosunun bulunduğu ve her ikisinin de serbest, kolaylıkla hareket ettiği saptandı. Hernie olan ince barsaklar rezeksiyon yapılmadan redükte edilirken, çıkan kolonda parietal peritona fiksasyonu yapıldı. Ameliyat sonrası 5. günde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Transomental herniler her ne kadar nadir görülse de, genç olan, daha önce ameliyat geçirmemiş ve ileus atakları görülen hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

P16

**Ekstraperitoneal İzole Rektum Perforasyonuna Bağlı İntraperitoneal Apse
Kronik Konstipasyon Mevcudiyetinde Minimal Künt Karın Travmasını
Takiben Oluşabilmektedir**

Ahmet Kocakuşak⁽²⁾, Ahmet Fikret Yücel⁽²⁾, Orçun Oral Şentürk⁽¹⁾, Soykan Arıkan⁽⁴⁾,
Tamer Karşıdağ⁽³⁾, Muzaffer Akıncı⁽²⁾

1) Özel Çapa Medilife Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

3) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

4) S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Ekstraperitoneal izole rektum perforasyonu nadir olmasının yanısıra rektumun parsiyel ekstraperitoneal yerleşimi nedeni ile klinisyenin kuşkucu ve deneyimli olmaması durumunda zorlukla ve ancak gecikmiş olarak teşhis edilebilmektedir. Rektosigmoid kolonun anatomofizyolojik özellikleri nedeni ile, distal kolon ve rektum perforasyonuna diğer bağırsak segmentlerine göre daha çok meyillidir. Distalde biriken dışkıının sıvı içeriğinin nispeten daha az olması, rölatif olarak bu bölgenin damarlanmasının daha fakir olması, gittikçe daralan barsak lumenindeki yüksek basınç, yüksek basınç altında bu bölgedeki bağırsak anslarının diğer organlara ve kemik yapılarla yakın komşulukları nedeni ile basıncı düşürmek için yeterince genişleyememesi, bölgenin anorektal sfinkter sistemine yakınlığı, sfinkterlerin minimal batın travması sırasında halen kontrakte durumda yakalanması; travma olmadan dahi sadece kuvvetli defekasyonda bile oluşabilen rektum perforasyonu olgularında suçlanmaktadır.

YÖNTEM

Hikayesinde kronik konstipasyon mevcut olan 43 yaşındaki erkek hasta acil servisimize 24 saat önce banyoda düştüğünü ifade ederek yeni başlayan karın ağrısı ile başvurdu. Defans, rebound hassasiyet ve yaygın karın ağrısı mevcut olan hastada lökositoz ve ateş olmaması, normal abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi bulguları laparotominin 12 saat daha gecikmeli olarak ateş ve lökositoz tespit edilmesini takiben yapılmasıyla sonuçlanmıştır.

BULGULAR

Peritoneal refleksiyonun altında rektum ön duvarındaki perforasyon primer olarak tamir edilmiştir. İntraperitoneal abse ve peritonda yaralanma sonucu batın içine dışkı kaçağı olması nedeni ile gecikmiş bir vaka olduğu da düşünülerek saptırıcı sigmoid kolostomi cerrahi prosedüre eklenmiştir. Hasta ameliyat sonrası 8. gün sorunsuz olarak taburcu edilmiş ve 2 ay sonra kolostomisi kapatılmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Açık perine yarasının veya eşlik eden pelvik kırığın olmaması erken dönemde teşhis konulamamasında, ateş ve lökositozun olmaması kadar etken olmuştur. Vakanın sunulmasının amacı ekstraperitoneal izole rektum perforasyonunun nadir olmasının yanısıra olası hataların tartışılması, pelvik sepsis gibi baş edilmesi zor olası komplikasyonların irdelenmesi ve minimal abdominal travma geçiren kronik konstipe hastalarda ayırıcı tanıda rektum perforasyonuna yer verilmesinin hatırlatılmasıdır.

P17

Rektum Yaralanması Olmaksızın Geniş Travmatik Anal Sfinkter Yaralanması Olgusunun Primer Sfinkter Onarımı, Saptırıcı Kolostomi ile Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu

Cem İbiş, Doğan Albayrak, Hüseyin Pülat, Mehmetali Yağcı, Bahadır Erdoğan, Ahmet Hatipoğlu, Zeki Hoşçoşkun, Aydın Altan

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne

AMAÇ

Travmatik rektum ve anal sfinkter yaralanmalarında tedavi yaralanmanın üzerinden geçen süre, fekal kontaminasyon varlığı, yaralanmanın derecesi göz önüne alınarak planlanmaktadır. Travma nedeniyle rektum yaralanması olmaksızın geniş anal sfinkter yaralanması olan olgunun primer sfinkter onarımı, saptırıcı kolostomi ve geç dönemde kolostomi kapatılması ile sonlanan başarılı tedavi süreci sunuldu.

BULGULAR

Ellidört yaşında erkek hasta acil servise inşaatta göçük altında kalma sonrasında getirildi. Hastanın yapılan muayenesinde rektum yaralanması olmaksızın anal sfinkterin çepeçevre %50'sinden fazla bölümünün sıyrılma tarzında yaralandığı görüldü. Hastanın ayrıca anterior üretrada tam kat yaralanmasının ve pubis fraktürünün de olduğu tespit edildi. Ameliyata alınan hastaya debritman, primer sfinkter onarımı, transvers loop kolostomi ve uç uca anterior üretra tamiri uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde perianal bölgeden tamir lojuna uzanan vakumlu drenlerden antibiyotik eklenmiş serum fizyolojikle yıkama uygulanan hasta kolostomisinin çalışması ve perianal bölgede infeksiyon bulguları gözlenmemesi üzerine taburcu edildi. Ameliyat sonrasındaki poliklinik takiplerinde rektal muayene ile anal sfinkter tonusu saptanamayan hastanın postoperatif 10. ay yapılan anal EMG'sinde anal sfinkterin parsiyel nörojenik hasarı gösterilmekle birlikte yapılan anal manometre testinde hastanın ortalama istirahat basınçları normal sınırlar altında fakat istemli sıkma basınçları normal sınırlara yakın olarak tespit edildi. Kolostomisinin kapatılmasını özellikle isteyen hastaya manometrik değerlendirmenin sınırdaki olduğu belirtilip inkontinens riski anlatıldı. Ayrıntılı onamı alınan hastanın kolostomisi kapatıldı. Ameliyat sonrası dönemde hızla anal kontinensini kazanan hasta takibe alındı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Travmatik anal sfinkter yaralanmalarının tedavisinde farklı yaklaşımlar mevcuttur. Anal bölgenin kontamine olduğu durumlarda bile uygun debritman, saptırıcı stoma, sfinkter onarımı, lokal ve sistemik antibiyotik uygulamaları ile sfinkter onarımı aynı seansta aktif gözlem altında tutulacak hastalarda, olası infeksiyon ve/veya perianal septik komplikasyon risklerinin göz önüne alınarak uygulanabileceği düşüncesindeyiz. Manometrik incelemede anal sfinkter fonksiyonları sınırdaki olan olgularda, sonuçların hasta ile ayrıntılı olarak paylaşarak saptırıcı stomanın kapatılması olası inkontinens ve tekrarlayıcı ameliyatlardan hastayı hazırlayıcı olabilir. Sunulan olguda primer sfinkter onarımı sonrasında kontinensin geç dönemde kazanılmış olmasının dikkat çekici olduğu kanısındayız.

P18

Karaciğer Dışı Metastazları Olan ve Cerrahi Olarak Başarı ile Tedavi Edilen Kolorektal Kanseri: Olgu Sunumu

Samet Yardımcı, Ender Dulundu, Erkan Özkan, Yahya Özel, Mehmet Kamil Yıldız, Ümit Topaloğlu
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Kolorektal kanserlerde yaklaşık %16 oranında adrenal metastaz, %10 oranında da akciğer metastazı bildirilmiştir. İzole akciğer veya adrenal metastazlarında önerilen tedavi eksizyondur. Hem akciğere hem adrenal beze metastaz yapan kolorektal kanserlerdeki standart tedavi yaklaşımı henüz saptanmamıştır. Çalışmamızda kolon tümörü nedeniyle opere edilen bir hastada ilk ameliyattan 6 yıl sonra saptanan akciğer ve adrenal bez metastazı olan ve cerrahiyle başarılı olarak tedavi edilen bir olgu sunduk.

BULGULAR

Altmışdört yaşında erkek hasta rektal kanama şikayetiyle başvurdu. Kolonoskopide inen kolon distalinde yaklaşık 4cm'lik kitle saptandı. Sol hemikolektomi yapılarak postoperatif komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Piyenin patolojisinde; orta derece diferansiye adenokarsinom ve 16 adet lenf nodunun 3'ünde adenokarsinom metastazı saptandı (T2N1M0). Adjuvan 6 kür 5FU ve Oxaliplatin bazlı kemoterapi verildi. 5 yıl boyunca asemptomatik seyreden hastanın 6. yılda CEA düzeyinin yüksek gelmesi üzerine çekilen toraks ve batin CT incelemesinde sağ akciğerde yaklaşık 3x4 cm'lik ve sağ adrenal bezde 2x2 cm'lik kitle saptandı. Tüm vücut PET incelemesinde bu iki kitle dışında patolojik FDG tutulumu saptanmadı. Altı hafta ara ile önce pulmoner metastazektomi daha sonra sağ adrenalektomi ameliyatı uygulandı ve hasta komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Akciğer ve adrenal bezin rezeksiyon piyeslerinde CEA düzeyleri yüksek olarak saptandı. Ameliyat sonrası hastanın serum CEA seviyesi normale döndü. Ameliyat sonrası 6 kür FOLFOX tedavisi verilen hasta 3 yıldır hastalıksız olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolon kanserlerinin akciğer metastazlarında cerrahi tedavi büyük oranda kabul görmüşse de akciğer dışı bir organda metastaz olduğunda bir çok merkez yaygın sistemik hastalık olarak kabul edip palyatif tedaviler uygulamaktadır. Çalışmamızda primer kolon ameliyatından 6 yıl sonra saptanan akciğer ve adrenal metastazlarının eksizyon ile başarılı olarak tedavi edildiği bir olgu sunduk. Literatürde sürrenal metastazlarda metastazektominin sağkalımı arttırdığı az sayıda olgu sunumu ile desteklenmektedir. Literatürdeki olgu sayısının azlığı daha fazla çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir. Birden çok ekstrahepatik metastazı olan bir kolon kanseri vakasının, metastazlar operabl olduğunda küratif cerrahi adayı olabildiği hatırlanmalıdır.

P19

**Saptırıcı Kolostomi Gerektiren Nekrotizan Fasiitis Olguların
Barsak Yönetim Kateteriyle Tedavisi**

İsmail Cem Eray, Ömer Alabaz, Orçun Yalav, Kubilay Dalcı, İdris Akçay
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Adana

AMAÇ

Nekrotizan fasiitis, erkeklerde skrotum ve penis, kadınlarda ise vulva ve perineyi tutan, tedavi edilmediğinde, mortal seyredebilen polimikrobial etkenli nekrotizan bir enfeksiyondur. Tedavisi, agresif cerrahi debridman, antibiyoterapi, hiperbarik oksijen ve ciddi yara bakımıdır. Yara ile gaytanın kontaminasyonunun engellenmesi, yara iyileşmesi için önemlidir. Bazı olgularda bu amaçla saptırıcı kolostomiler açılmaktadır. Biz, ciddi perianal enfeksiyonu olup, debridman sonrası rektum perforasyonu olmayan ve sfinkterleri korunan hastalara, gayta kontaminasyonunu engellemek için, saptırıcı kolostomi yerine barsak yönetim kateteri ile tedavi ettiğimiz beş olguyu sunmayı amaçladık

BULGULAR

Genital organlardan köken alan olgularda hastalık nedeni olan bakteriler, penisin Buck fasyasına, skrotumun Dartos fasyasına, perinenin Colles fasyasına ve anterior abdominal duvarın skarpa fasyasına doğru yayılım gösterir ve subkutan vasküler yapılarda tromboz, subkutan dokuda fasya nekrozuna ve deri nekrozuna sebep olur. Tedavide; devitalize dokunun geniş eksizyonu, geniş spektrumlu antibiyotik uygulanması ve perine-genital bölgede kontaminasyon olasılığı yüksek olgularda, saptırıcı kolostomi yapılması temel prensiptir Perineal bölgenin hastalıklarında ve travmatik yaralanmalarında kimi zaman gayra kontaminasyonunu engellemek için saptırıcı kolostomiler gerekmektedir. Kolostomi açılmasının çok yönlü, olumsuz sonuçları vardır. Bu durumun hem maddi açıdan hemde sosyal açıdan olumsuz etkileri olacaktır. Mali açıda bakıldığında ise, hem kolostomi bakımı için kullanılan malzemeler, hem de ikinci operasyon nedeniyle uzamış olan hastanede yatış süresi ve işgücü kaybı nedeniyle ekstra yük getirmektedir. Kliniğimizde daha önceden kolostomi açtığımız Fournier Gangrenli son beş hastaya kolostomi yerine barsak yönetim kateteri kullanıldı. Kateterlerin günlük bakımları yapıldı, hastalara gayta yumuşatıcı ve peristaltizmi arttıran ilaçlar verildi. Hiçbir hastada işleme bağlı komplikasyon görülmedi. Tüm hastalarda gayta kontaminasyonu etkili biçimde engellendi. Ve hepsi kolostomisiz taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Biz, saptırıcı kolostomi gereken, anal sfinkterleri sağlam ve rektumda geniş yaralanması olmayan hastalarda kolostomi yerine barsak yönetim kateteri ile tedavi edilebileceğine. Bu sayede hem hastanın, hem hasta yakınlarının, hem sağlık kuruluşunun, hem de ülke ekonomisinin ciddi bir yükten kurtulacağını düşünmekteyiz.

P20

Laparoskopi Rektum ve Rektosigmoid Kanserlerin Operasyon Sürelerini Kısaltıyor mu?

Tolgay Akın, Metin Kement, Mustafa Öncel

Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı rektum ve rektosigmoid kanserlerin tedavisinde uygulanan laparoskopik cerrahi ile konvansiyonel açık cerrahiyi ameliyat süreleri açısından karşılaştırmaktır.

YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2004 ile Aralık 2008 tarihleri arasında ameliyat edilen rektosigmoid ve rektum kanserli hastalar retrospektif olarak derlendi. Kanıtlanmış uzak organ veya peritoneal metastaz bulunan ve lokal nüks nedeniyle ameliyat edilen olgular dışlandı. Olgular üç gruba ayrıldı: Laparoskopik (Grup L) veya konvansiyonel açık teknikle opere edilenler (Grup A) ile laparoskopik başlanıp açığa geçilenler (Grup LA) ve veriler gruplar arasında kıyaslandı.

BULGULAR

Toplam 160 hasta (yaş ortalaması $59,3 \pm 13,2$; 101'i [%63,1] erkek) bulundu. Gruplarda demografik bulgular (sırasıyla Gruplar L [n=58], LA [n=15] ve A [n=87] için yaş $59,1 \pm 13,4$, $53,8 \pm 16,17$ ve $60,5 \pm 12,2$ [p=0,194] ve erkek cinsiyet 35 [%60,3], 10 [%66,7] ve 56 [%64,4], [p=0,847]) benzerdi. Gruplar L, LA ve A'daki ortalama operasyon süreleri $207,8 \pm 39,8$, $266,5 \pm 59,7$ ve $244,7 \pm 61,3$ dakika olarak tespit edildi (p< 0,001). Laparoskopik olarak ameliyat edilen grupta operasyon süresi açığa dönülenlere (p<0,001) ve açık olarak opere edilenlere (p<0,001) göre anlamlı olarak kısayken, son iki grupta bu değişken benzer (p=0,327) olarak bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bildirilen seride rektosigmoid ve rektum kanserli hastalarda laparoskopik operasyonun konvansiyonel açık prosedürlerden daha kısa sürdüğü bulunmuştur. Üstelik açığa dönüş sonrasında ameliyat süresi laparoskopik olarak tamamlananlara göre uzasa da, bu durum konvansiyonel açık yöntemle kıyaslanabilir düzeyde kalmaktadır. Bu sonuçlar rektosigmoid ve rektum tümörleri için laparoskopik yöntemin bir başka avantajı olarak görülebilir. Ancak literatürle çelişen bu bulguların geniş serilerle doğrulanması gerekmektedir.

P21

Gastrointestinal Amiloidoz: Üç Olgu Sunumu

Tufan Egeli⁽¹⁾, Çiğdem Arslan⁽¹⁾, Selman Sökmen⁽¹⁾, Mesut Akarsu⁽³⁾, Sülen Sarıoğlu⁽²⁾

1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

3) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Amiloid proteinlerin çeşitli dokularda ekstrasellüler birikimiyle karakterize bir hastalık olan amiloidozda gastrointestinal tutulum oldukça sıktır. Tutulan dokuların ve semptomların çeşitliliği tanıyı zorlaştırmaktadır. Çeşitli organların tek başına ya da bir arada tutulumuyla seyredabilen amiloidoz, birçok sistemik ve gastrointestinal hastalığı taklit edebilir. Gastrointestinal semptomlar genellikle non spesifik ve ayırıcı tanıda amiloidoz çoğu kez düşünülmez. Bu bilidiride gastrointestinal amiloidoz tutulumu olan üç hasta sunulmaktadır.

YÖNTEM

Temmuz 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kolorektal Cerrahi Birimi tarafından amiloidoz dışı ön tanılarla izlenmiş ve gastrointestinal amiloidoz tanısı almış 3 hasta saptanmıştır. Bu hastalardan bir tanesi subobstrükte kolon tümörü ön tanısıyla acil opere edilmiş ve sigmoid kolonda sekonder amiloidozis saptanmıştır. Gastrointestinal kanama yakınmasıyla başvuran diğer hastada primer amiloidoz saptanmış, kanamaya yol açan duodenal ve jejunal ülserler medikal tedavi ve endoskopik girişimlerle kontrol altına alınmıştır. Üçüncü hasta karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurmuş ve intestinal obstrüksiyona yol açan kitlesel lezyon düşünülerek acil opere edilmiş, ileumda GİST'e eşlik eden sekonder gastrointestinal amiloidoz saptanmıştır.

BULGULAR

Bilinen amiloidozu olmayan hastalarda gastrointestinal amiloidoz erken tanısı oldukça zordur. Özellikle acil cerrahi uygulanan hastalar genellikle başka gastrointestinal hastalıklar düşünülerek opere edilir. Hastalar kronik ve non spesifik semptomlarla karşımıza çıkabileceği gibi gastrointestinal kanama, akut batın ve obstrüksiyon gibi tümör ya da inflamatuvar barsak hastalığını taklit edebilen acil klinik tablolarla da prezente olabilirler.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Açıklanamayan uzun süreli diyare, kilo kaybı, halsizlik, bulantı gibi kronik semptomları olan hastalarda gastrointestinal amiloidoz ayırıcı tanılar arasında akla gelmelidir. Özellikle bilinen amiloidozu olan hastalarda akut batın saptandığında altta yatan neden amiloidozun birçok gastrointestinal klinik manifestasyonu olabilir.

P22

**Laparoskopik Radikal Prostatektominin Potansiyel Komplikasyonu:
Rektum Yaralanması ve Tedavisi**

Mehmet Uludağ⁽¹⁾, Gürkan Yetkin⁽¹⁾, Sinan Karakoç⁽¹⁾, Orhan Tanrıverdi⁽²⁾,
Bülent Çitgez⁽¹⁾, Mustafa Aydın⁽²⁾

1) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Radikal prostatektominin potansiyel bir komplikasyonu olan rektal yaralanma, laparoskopik radikal prostatektomi sırasında nadir görülen bir komplikasyondur.

YÖNTEM

Laparoskopik radikal prostatektomi sırasında rektum yaralanması oluşan hastanın bulguları değerlendirildi.

BULGULAR

55 yaşında erkek hastaya prostat adenokarsinom tanısı (Gleason skoru: 3+3=6, prostat spesifik antijen 4 ng/ml (N)) ile Üroloji Kliniği'nde laparoskopik transperitoneal radikal prostatektomi uygulandı. Sağ nörovasküler pedikülün diseksiyonu sırasında yapılan kesiden gaita ile kirlenme olması sonucunda rektal yaralanma olduğu peroperatif saptandı. Radikal prostatektomi laparoskopik tamamlandı. Rektum yaralanması için açığa geçildi. Rektum ön duvarında pelvis tabanından 4-5 cm proksimalde rektum ön duvarının transvers olarak yaklaşık 5 cm tam kat yaralandığı ve bu bölgeden batın içine gaita ile makroskopik kontaminasyon olduğu görüldü. Rektum duvarındaki yaralanma bölgesi kenarları diseke edilerek serbestleştirildi. Rektum ön duvarı 2 kat üzerinden onarıldı. Kolon kirli olduğundan, proksimalden saptırıcı transvers loop kolostomi açıldı. Loj yıkandı. Vesicouretral anastomozda yapılıp loja dren koyularak batın kapatıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Laparoskopik radikal prostatektomide rektum yaralanması oranı % 0.7-8 arasında bildirilmektedir. Peroperatif saptandığında düşük morbidite ile tedavi edilebilir. Peroperatif saptanamayan ve gecikmiş tanı koyulan olgularda istenmeyen komplikasyonlarla karşılaşma riski yüksektir. Rektum yaralanması tedavisi için preoperatif kolon hazırlığı, perioperatif ve postoperatif antibiyotik tedavisi, rektumdaki yaralanma ile vesikouretral anastomoz arasına omentumun interpozisyonlu veya interpozisyonlu uygulanan kolostomili veya kolostomisiz primer tamir, sadece kolostomi gibi birçok yöntem önerilmektedir. Peroperatif saptanan olgularda, ekibin tecrübesi ve vakanın uygunluğuna göre açık veya laparoskopik yolla tamir uygulanabilir. Üroloji çalışmalarında bu yaralanmaların çoğunun kolostomisiz primer onarılabileceği, kolostominin masif fekal kirlenmesi olan, preoperatif radyoterapi görmüş, sütür hattında gerginlik olan seçilmiş olgularda uygulanması gerektiği bildirilmektedir. Biz laparoskopik radikal prostatektomi öncesi geniş preoperatif barsak hazırlığı yapılmamışsa, peroperatif saptanan ekstraperitoneal rektum yaralanmasının 2 kat primer tamirinden sonra koruyucu kolostomiden kaçınılması gerektiği kanısındayız.

P23

**Deneyisel Kolit Modelinde Kalsiyum Kanal Blokerlerinin
Bakteriyel Translokasyona Etkisi**

Özcan Alpdoğan⁽¹⁾, Mehmet Yıldırım⁽²⁾, Emrah Bayam⁽²⁾, Ümit Bayol⁽⁴⁾, Ayten Coşkun⁽³⁾,
Onur Özgenç⁽³⁾

1) M.Enver Şenerdem Torbalı Devlet Hastanesi, İzmir

2) SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2 Cerrahi Kliniği, İzmir

3) SB İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

4) SB İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

AMAÇ

Akut kolitte barsak mukozasında inflamasyona bağlı değişikliklerin; intestinal mukozada ülserasyon, inflamasyon ve atrofiye neden olarak, bakteriyel translokasyonu tetikleyen faktörler olduğu saptanmıştır. Bizde bu çalışmamızda bakteriyel translokasyona neden olan etkenlerden olan kolitte, kalsiyum kanal blokerleri kullanılarak, bakteriyel translokasyona etkilerini araştırdık.

YÖNTEM

Çalışmada toplam 35 adet Wistar-albino cinsi 150-200 gr ağırlığında erkek sıçan kullanıldı. 1. Grup: Kolit sonrası SF ile tedavi (n:10), 2. Grup: Kolit sonrası intramuskuler 2 mg/kg lık diltizem 1/10 cc 2x1 üç gün boyunca (n:10), 3. Grup: Kolit sonrası intramuskuler 4 mg/kg lık verapamil 1/10 cc 2x1 üç gün (n:10), 4. Grup: Kontrol grubu (n:5) olarak alındı. 1,2 ve 3. grup sıçanlara rektal yoldan %4 lik asetik asit verilerek kolit oluşturuldu. Kolon mezosu ve lenf bezi doku örneklerinden sürüntü kültürü yapılarak katı plaklara aerob ve anaerob ekim yapıldı. Kanlı agar ve EMB 'de aerob ve anaerob koşullardaki kanlı agarda üreme olduğu görüldü. Tüm kolon ve rektumun alınan doku örnekleri Hematoksilen -eosin ile boyanarak histopatolojik incelendi. Chii-Square, Kruskal-Wallis ile istatistik analizi yapıldı. (p< 0.05 anlamlı)

BULGULAR

Mikrobiyolojik Bulgular: E Coli, P. Mirabilis, K. Pneumoniae, enterekok üremesi 1 grubda 3,2,0,0; 2.grupta 5,2,1,0;3.grupta 6,0,0,1;4 grupta 1,1,0,2 ratta görüldü.

Patolojik bulgular: Akut nekroz, hafif iyileşme ve normal histoloji; diltizem ve verapamil grubunda 2,3,5 ve 4,4, 2 ratta görülürken, SF grubunda 3,0 , 7 ratta görüldü. Patolojik olarak farklı derecelerde oluşmuş kolitin (akut nekroz, hafif iyileşme, normal) Ca kanal blokerleri diltizem (p=0.403), verapamil (p=0.124), SF(p=0.333) ve Kontrol(p=0.258) grubu arasında bakteriyel translokasyonda istatistik olarak değerlendirildiğinde anlamlı fark olmadığı gözlemlendi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Akut kolit tedavisinde kalsiyum kanal blokerleri ile yapılan çalışmalarda kalsiyum kanal blokerlerinin kolit üzerindeki iyileştirici etkisi olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda, kalsiyum kanal blokerlerinin kolit üzerindeki olumlu etkilerine rağmen bakteriyel translokasyonu önlemede kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı üstünlüğü gösterilememiştir.

P24

Laparoskopik Apendektomi Sonuçlarımız

Nesimi Mecit, Ebru Şen Oran, Gürsel Remzi Soybir, Mehmet Türker Bulut
Memorial Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Akut apandisit konusunda, laparoskopik apendektominin açık cerrahiye üstünlüğü tartışma konusu olmakla birlikte, genel cerrahi kliniklerinde gittikçe artan oranda uygulanmaktadır. Laparoskopik apendektomi minimal invaziv cerrahinin avantajları yanı sıra intraabdominal eksplorasyon olanağı da sağlamaktadır. Biz de merkezimizde laparoskopik apendektomi yaptığımız olguları literatür eşliğinde inceledik ve sonuçlarını değerlendirdik.

YÖNTEM

Hastanemiz genel cerrahi kliniğine ocak 2005-aralık 2008 yılları arasında akut apandisit tanısı ile laparoskopik apendektomi yapılan 32 olgu retrospektif olarak incelendi. Akut apandisit tanısı; anamnez, klinik bulgular, laboratuvar bulguları ve görüntüleme yöntemleri (USG - BT) ile kondu.

BULGULAR

Hastaların 20 si (%62,5) erkek, 12 si(%37,5) kadın ve ortalama yaş 30 (15 ± 49) idi. Ortalama semptom süresi 10 (6 ± 24) saat idi. Tüm operasyonlar 3 lü trokar ile gerçekleştirildi. 10 mm'lik göbek portu kamera için, suprapubik bölgeye yerleştirilen 10 mm'lik port ve cerrahin tercihinine göre sol alt kadrana ya da sağ alt kadrana yerleştirilen 5 mm'lik portlar ise disseksiyon amaçlı kullanıldı. Tüm olgularda apandisit dışı başka bir patoloji saptanmadı. Tüm vakalarda apendiks mezosu ligasure ile kesildi ve güdük endoloop ile kapatılarak apendektomi yapıldı ve apendiks endobag ile batin dışına alındı. Açık ameliyata geçtiğimiz 2 hastanın (%6,25) birinde apendiks retroçekal subseröz, diğerinde ise retroçekal ve perfore idi. Ortalama operasyon süresi 45 (35 ± 70) dakika idi. Bir hastada postoperatif 2 gün süren paralitik ileus gelişti ve bunun dışında dışında postoperatif komplikasyon görülmedi. Oral beslenmeye ortalama 8 (6 ± 10) saat sonra geçildi ve hastalar 1 günde taburcu edildiler. Ortalama işe dönüş zamanı 4 (3 ± 7) gün idi. Patolojik inceleme sonucunda apendiks kist adenomu tespit edilen bir olgu hariç diğer olgular akut apandisitinin değişik evreleri ile uyumlu olarak rapor edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Akut Apandisit tedavisinde laparoskopik apendektomi, minimal invaziv cerrahi avantajlarının (daha az ağrı, daha erken taburcu olabilme ve daha erken iş gücüne dönüş gibi) yanı sıra iyi bir abdominal eksplorasyon olanağı sağlaması nedeni ile güvenle uygulanabilecek bir tekniktir.

P25

**Rekürren Volvulus:
Sigmoid Rezeksiyon Sonrası Transvers Kolon Volvulusu**

İsmail Okan, Gürhan Baş, Bahri Yılmaz, Yurdakul Deniz Fırat, Oğuz İdiz, Mustafa Şahin
Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Kolon volvulusu , kolon kaynaklı tıkanıklıkların yaklaşık %6'nı oluşturur. Kolon volvulusu en fazla sigmoid kolon ve çekumda gözlenirken transvers kolon ve splenik fleksura volvuluslarına çok nadir rastlanır. Bu bölgelerin asıcı bağlarının volvulus oluşumuna engel olduğu düşünülmektedir. Bu bağların konjenital yokluğu veya geçirilmiş karın cerrahisi sırasında hasarlanması bu bölgelerde volvulus gelişimi için yatkınlık oluşturur. Literatürde geçirilmiş volvulus ameliyatı sonrası volvulus rekürrens insidansının % 22-36 olduğu belirtilmiştir. Burada sigmoid volvulus nedeniyle anterior rezeksiyon yapılan ve ardından transvers kolon volvulusunun nüks ettiği bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

48 yaşında erkek hasta acil cerrahi polikliniğine karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Ağrının 4 gün önce başladığı ve giderek şiddetlendiği belirtildi. Hastanın özgeçmişinde epilepsi hastası olduğu ve yedi sene önce sigmoid volvulus nedeniyle kolon rezeksiyonu geçirdiği belirtildi. Fizik muayenede karnı distandü idi ve batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Oskültasyonda barsak sesleri artmış olarak bulundu. ADBG' de ileri derecede genişlemiş kolon ansları ve hava –sıvı seviyeleri saptandı. Nazogastrik dekompresyon, intravenöz sıvı tedavisi uygulanan hastaya yapılan kolonoskopide 40 cm mesafede pasajı engelleyen obstrüksiyon saptandı. Kolonoskopik dekompresyon yapılamayan hastaya laparotomi kararı verildi. Laparotomide transvers kolon volvulusu saptandı. Splenik fleksurayı asan bağların geçirilmiş ameliyat sırasında kesilmiş olduğu gözlemlendi. Hastaya subtotal kolektomi ve ileorektostomi yapıldı. Postoperatif 5.günde anastomoz kaçağı saptanan hastaya relaparotomi yapıldı. Anastomoz bölgesinden minimal kaçak gözlendi ve primer onarıldı. Relaparotomi sonrası takipleri normal seyreden hasta 11. günde taburcu edildi. Postop 3. ayda poliklinik takiplerinde hastanın sorunu saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Volvulus nedeniyle ameliyata alınan hastalarda kolonun asıcı bağlarının kesilmesinin nüks oranını artıracakı hatırd tutulmalıdır. Bu nedenle riskli vakalarda volvulus tedavisinde subtotal kolektomi yapılması önerilebilir.

P26

Kolorektal Kökenli Mekanik Barsak Obstrüksiyonları

Necat Cin, Yasin Peker, Fatma Tatar, Mehmet Cemal Kahya, Haldun Kar, Türker Karabuğa
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

AMAÇ

Kolonik mekanik barsak obstrüksiyonu (KMBO), acil ameliyat gerektiren, yaşlılarda ve yandaş hastalıklara sahip olgularda yüksek morbidite ve mortaliteye sahip ciddi sağlık sorunudur. Bu çalışmada, kolorektal kaynaklı 64 MBO olgusunu retrospektif olarak değerlendirdik.

YÖNTEM

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde Ocak 1999 ile Ocak 2009 tarihleri arasında, KMBO tanısıyla 64 hasta yaş, cinsiyet, etiyolojik faktörler, semptom ve bulgular, yapılan ameliyatlar, post-op morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi.

BULGULAR

Olguların 45'i (%70) erkek, 19'u (%30) kadındı. Hastaların başlıca yakınmaları; karın ağrısı, gaz-gaita çıkaramama ve karında şişkinlik idi. En yaygın bulgular; karında hassasiyet, distansiyon ve barsak seslerinde artmaydı. Ayakta direkt batın grafilerinde, yaygın ince barsak ve kolonik hava-sıvı seviyeleri tesbit edildi. Etiyolojik faktör olarak; sigmoid volvulus 19 (%30), sigmoid tümörü 13 (%20), , sağ kolon tümörü ve kolonik brid altışar (%10), sol kolon tümörü 5 (%8) olguda saptandı. Diğer patolojiler daha nadirdi. En sık sigmoid rezeksiyon+hartmann prosedürü 22 (%35) uygulandı. Solunum, kardiyak ve yara yeri enfeksiyonları sık karşılaşılan erken postoperatif komplikasyonlardı. Mortalite, sigmoid volvuluslu hastalarda en sık olmak üzere 15 olguda saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

KMBO'ları ileri yaşta daha sık görülmektedir. Sigmoid kolonun volvulus ve tümörleri en sık obstrüksiyon yapan nedenler olup mortalite oranı oldukça yüksektir, erken tanı ve tedavi önemlidir.

P27

Diosmin-Hesperidin' in Kolon Anastomoz İyileşmesi Üzerine Etkileri

Mustafa Başar⁽⁴⁾, Mevlüt Recep Pekcici⁽²⁾, Adnan Hasanoğlu⁽²⁾, Osman Güler⁽²⁾,
Nermin Dindar⁽¹⁾, Hüseyin Üstün⁽³⁾

- 1) Sağlık Bakanlığı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Laboratuvarı, Ankara
- 2) Sağlık Bakanlığı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara
- 3) Sağlık Bakanlığı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara
- 4) Sağlık Bakanlığı, Göksun Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

AMAÇ

Gastrointestinal sistem ameliyatları sırasında yapılan anastomozlar genel cerrahi prosedürleri içinde oldukça sık kullanılan yöntemlerdendir. Bu anastomoz yerlerinde kaçaklar oluşabilmekte ve en sık gastrointestinal sistemin kolon bölgesinde görülmektedir. Flavonoidlerin iyi bilinen lenfatik drenaj ve mikrosirkülasyon üzerindeki düzeltici etkilerinin yanı sıra anti- inflamatuvar özelliklere de sahiptir. Bu çalışmanın amacı bir flavanoid çeşidi olan diosmin- hesperidin preperatının kolon anastomoz yeri iyileşmesi üzerine olası etkilerinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Bu çalışmada 24 adet dişi Wistar rat örneklemde kullanılmış ve 4 ana gruba ayrılarak kolon anastomozu yapılmıştır. Grup 1 ve 3 te yer alan ratlarda tedavi öncesi herhangi bir ilaç verilmeden kolon anastomozu yapılmış ve ameliyat sonrasında, sırasıyla 3. ve 7. günlerde sakrifiye edilmişlerdir. Grup 2 ve 4 te yer alan ratlarda ise kolon anastomozu yapılmadan önce 7 gün boyunca oral yoldan 60 mg/kg/g diosmin- hesperidin verilmiş ve ameliyat sonrası sırasıyla 3. ve 7. günlerde sakrifiye edilmişlerdir. Kolon anastomoz yeri iyileşmesi mekanik olarak patlama basıncının ölçülmesi, biyokimyasal olarak doku hidroksiprolin düzeyleri ve histopatolojik olarak perianastomotik dokunun mikroskopik incelemesi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Doku hidroksiprolin düzeyleri, ilaç verilen gruplarda, kontrol gruplarına göre daha yüksek olmakla beraber bu yükseklik, istatistiksel olarak anlamlı değildir. Doku lenfosit ve makrofaj sayımları, diosmin- hesperidin verilen gruplarda, kontrol gruplarına göre daha düşük saptanmıştır. Total histopatolojik skor ise diosmin hesperidin gruplarında daha düşük olmakla beraber, aradaki fark anlamlı değildir. Tüm gruplarda, anastomozlarda ameliyat sonrası ölçülen patlama basıncı 7. günde 3. günden daha fazla bulunmuştur. Ameliyat öncesi diosmin-hesperidin verilen (grup 2 ve 4) gruplarda anastomoz yerinde ölçülen patlama basıncı diğer (grup 1 ve 3) gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ameliyat öncesinde diosmin- hesperidin alan ratlarda, anastomoz patlama basıncı, doku hidroksiprolin düzeyleri ve histopatolojik parametrelerden bağımsız olarak ameliyat sonrası 3. ve 7. günlerde, kontrol grubuna göre belirgin olarak artmıştır. Total histopatolojik skor açısından fark olmamakla beraber, diosmin- hesperidin verilen gruplarda lenfosit ve makrofaj sayımının düşük olması, ilacın anastomoz bölgesindeki inflamasyonu azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla beraber, diosmin- hesperidin' in anastomoz iyileşmesi üzerine olumlu etkisi olduğunu gösterebilmek için daha detaylı çalışmalara gereksinim vardır.

P28

Kolon Tümörlerinin ve Poliplerinin Rektal Kanama, Yaş, Cinsiyetle İlişkisi

Aylin Hande Gökçe⁽²⁾, Acar Aren⁽²⁾, Feridun Suat Gökçe⁽¹⁾, Abdülkerim Özakay⁽²⁾, Şefika Aksoy⁽²⁾

1) Balıklı Rum Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S.B.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Kolon tümörü ve kolon poliplerinde erken teşhis ve tedavi hastalığın prognozunu ve survisinde en etkili faktörlerdendir. Kolon tümör ve poliplerinde erken teşhis için kolonoskopi altın standarttır. Çalışmada kolonoskopiyle tespit edilmiş kolon tümörü ve poliplerinin rektal kanama, yaş, cinsiyetle ilişkisini araştırdık

YÖNTEM

Prospektif yapılan bu çalışmada 2007-2008 yılında endoskopi ünitesinde elektif şartlarda kolonoskopi yapılan 924 hastayı araştırdık.

BULGULAR

Kolonoskopi yaptığımız 924 hastanın 138 hastada polip, 38 hastada tümör saptanmıştır. Kolon tümörlülerin 20 si erkek, 18 i kadın, 28 hastada rektal kanama anamnezi saptanmıştır. Kolon tümörlerinin yaş ortalaması 61,89 (+, - 13,06) , kolonoskopi yapılan tümörü olmayan hastaların yaş ortalaması 53,23 (+, - 15,09). Kolonoskopi yaptığımız 924 hastanın 138 \\'inde kolon polibi saptandı. Polip saptanan hastaların yaş ortalaması 59,78(+, - 13,12), kolonoskopi yapılan polip saptanmayan hastaların yaş ortalaması 52,78(+, - 15,18). Kolon polibi saptanan hastaların 84\'ü erkek, 54\'ü kadın, 72 hastada rektal kanama anamnezi saptanmıştır. Kolon tümörü olan hastaların yaş ortalamaları kolon tümörü olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(p=0,014). Kolon tümörü olan hastalarda rektal kanama anamnezi kolon tümörü olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(p=0,009). Kolon tümörü olan hastalar ve kolon tümörü olmayan hastalar arasında cinsiyet dağılımları (p=0,906), eğitim dağılımları (p=0,998) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, Kolon polibi olan hastaların yaş ortalamaları kolon polibi olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(p=0,0001). Kolon polibi olan hastalarda rektal kanama anamnezi kolon polibi olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(p=0,037). Kolon polibi olan hastalar ve kolon polibi olmayan hastalar arasında cinsiyet dağılımları (p=0,085) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolonoskopi yapılarak saptanan kolon tümörü ve/veya kolon polibi olan hastalarla, olmayanlar arasında cinsiyet(tümör için p=0,906, polip için p=0,085) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kolon tümörlü ve/veya kolon polipli hastaların, olmayanlara göre yaş ortalaması(tümör için p=0,014, polip için p=0,0001) ve rektal kanama anamnezi pozitifliği(tümör için p=0,009, polip için p=0,037) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

P29

Can the Efficiency Modified Alvarado Scoring System in the Diagnosis Acute Appendicitis Be Increased with Additional Parameteres?

Hakan Buluş, Ali Coşkun, Barış Morkavuk, Ahmet Koyuncu
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Acute appendicitis is one of the main pathological conditions requiring emergent surgical intervention. It is not always readily diagnosed. Some scoring systems have been developed as a tool in diagnosing acute appendicitis. The most widely accepted scoring system is Modified Alvarado Scoring System (MASS). In this study we aimed at improving the efficacy of MASS by additional parameters and assess the accuracy rate of ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis.

YÖNTEM

This study included 158 patients (63 female and 95 male) who underwent acute appendectomy during a 12 month period in Keçiören Training And Research Hospital General Surgery Department. All of these patients who underwent acute appendectomy were preoperatively assessed by Modified Alvarado Scoring System over 9 points and all of them were evaluated by ultrasonography for evidence of appendicitis. In addition, all patients were questioned for the presence of tenesmus. The effects of clinical findings, MASS and MASS with additional parameters on accuracy, false positivity and negativity, true positivity and negativity in patients who underwent acute appendectomy were evaluated.

BULGULAR

Accuracy rates of MASS, clinical findings, ultrasonography and MASS with additional parameters in the diagnosis of acute appendicitis were 64%, 76%, 85% and 80%. False positivity rates for clinical findings, MASS and MASS with additional parameters in the diagnosis of acute appendicitis were 17%, 26% and 10% respectively. Sensitivity and specificity of clinical findings in the diagnosis of acute appendicitis were 83% and 66%. Sensitivity and specificity of MASS in the diagnosis of acute appendicitis were 83% and 66% and Sensitivity and specificity of MASS with additional parameters in the diagnosis of acute appendicitis were 74% and 39%.

TARTIŞMA ve SONUÇ

MASS is a simple, cheap and objective scoring system and does not require specialisation. When additional parameters are used with MASS, rates of accuracy, sensitivity and specificity are similar to those of clinical findings or ultrasonography in diagnosis of acute appendicitis. Although MASS has a high false positivity rate when used alone, its efficacy can be increased by additional clinical parameters, laboratory tests and imaging modalities.

P30

**Rektal Kanama Yakınması ile Başvuran Hastaların
Kolonoskopik İnceleme Sonuçları**

Gürkan Yetkin, İsmail Akgün, Mehmet Uludağ, Sinan Karakoç, Bülent Çitgez, Cabbar Kartal
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Rektal kanama, kolonoskopi endikasyonları arasında ilk sırada yer almaktadır ve hastanın sağlık kuruluşlarına müracaatına neden olan en önemli bulgudur. Rektal kanamalı her sekiz hastadan birinde altta yatan ciddi bir hastalık bulunabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada rektal kanama nedeniyle kolonoskopi yaptığımız hastaların sonuçlarını irdelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

2003 – 2008 tarihleri arasında rektal kanama nedeniyle kolonoskopi yapılmış olan 234 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Polipektomi ve biopsi yapılan hastaların histopatolojik inceleme sonuçları da değerlendirilmeğe alındı.

BULGULAR

5 yıl içinde kolonoskopik inceleme yapılan 720 hastanın sonuçları değerlendirildi. 234 (% 32.5) hasta rektal kanama nedeniyle müracaat etmişti. 205 (% 28.47) hastaya dispeptik şikayetler ve konstipasyon, 134 (% 18.61) hastaya kilo kaybı ve anemi tetkiki 42 (% 5.83) hastaya daire, 105 (14.58) hastaya ise daha önce polipektomi veya kolorektal kanser ameliyatı sonrası takip amaçlı kolonoskopi yapıldı. Rektal kanama nedeniyle kolonoskopik inceleme yapılan hastaların 96 (% 41.02) sında hemoroidal hastalık, 56 (%23.93) sında kolon veya rektumda polip, 28 (11.96) inde kolon veya rektum tümörü, 16 (% 6.83) sında divertiküler hastalık, 9 (% 3.84) unda inflamatuvar barsak hastalığı, 3 hastada rektal ülser saptandı. 26 hastada ise kolonoskopik inceleme normal bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektal kanamalarda, hem kanayan lezyonun gözle görülebilmesine olanak sağlaması, malignite şüphesi olan olgularda histopatolojik tanının sağlanabilmesi hem de kanayan lezyona müdahale edilebilme şansı verdiğinden kolonoskopi son derece önemli bir yöntemdir. Çalışmamızda rektal kanamanın en sık sebebi olarak hemoroidal hastalık görülmesi ve kolon rektum tümörlerinin azımsanmayacak oranda olması, rektal kanamalarda kolonoskopik incelemenin gerekliliğini göstermektedir. Rektal kanamalı hastaların kolonoskopik inceleme yapılmadan hemoroidal hastalık olarak yanlış tanı almasının, kolorektal tümörlerin tanısında gecikmeye yol açabileceğini düşünmekteyiz.

P31

**Kolon Kanseriinde CEA Seviyesi ile Lenf Nodu
Tutulumunun İlişkisi**

Ender Dulundu, Samet Yardımcı, Erkan Özkan, Yahya Özel, Mehmet Kamil Yıldız, Ümit Topaloğlu
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Karsinoembriyonik antijen (CEA) kolorektal kanserlerin %90'ı tarafından üretilen ve tümörün malign karakteristiğini gösteren kompleks bir glikoproteindir. CEA'nın yüksek olmasının kolon tümörlerinde duvar invazyonuna işaret ettiği ve kötü prognostik faktör olduğu bilinmektedir. Ancak lenf nodu metastazı ile ilişkisini ortaya koyan çalışma sayısı fazla değildir. Çalışmamızda kolon tümörlü hastalarda serum CEA seviyesi ile reyonel lenf nodu metastazı oranlarını karşılaştırdık.

YÖNTEM

Kasım 2003 ile Mart 2009 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Genel Cerrahi Servisinde kolon adenokarsinomu nedeniyle ameliyat edilen 87 hasta retrospektif olarak incelendi. Palyatif işlemler uygulanan hastalar ile lokal nüks nedeniyle tekrar opere edilen hastaların ikinci ameliyatı çalışmaya dahil edilmedi. American Joint Committee of Cancer (AJCC)'nin TNM evreleme sistemindeki lenf nodu sınıflaması esas alındı.

BULGULAR

Serum CEA seviyesi normal olan 46(%52.8) hastanın 27(%58.6)si N0, 11(%23.9)i N1, 8(%17.3)i N2 idi. CEA seviyesi yüksek olan 41(%47.1) hastanın 22(%53.6)si N0, 13(%31.7)ü N1, 6(%14.6)sı N2 idi. Her piyesle birlikte ortalama 15.2 adet lenf nodu eksize edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Serum CEA seviyesi ve bölgesel lenf nodu metastazı kolon kanserinde ayrı birer bağımsız prognostik faktördür. Ancak serimizde beklendiği gibi yüksek CEA seviyeleri N evresinde artma ile birlikte seyretmemiştir. CEA seviyesinin yüksek olduğu grupta N2 grubu hastalar biraz daha yüksek gibi görünse de lenf nodu metastazı olan hastalar toplam olarak değerlendirilirse her iki grupta benzer sonuçlar çıktığı görülmektedir. CEA seviyeleri yüksek ancak lenf nodu metastazı olmaya hastaların neredeyse tamamında T evresinin yüksek olması dikkat çekicidir. Yüksek serum CEA seviyelerinin tümörün kolon duvar invazyonu, metastatik hastalık, yetersiz cerrahi veya nüklere işaret ettiği çeşitli çalışmalarda kanıtlanmıştır. Ancak reyonel lenf nodu metastazı ile bağlantısını ortaya koyan çalışma sayısı fazla değildir. Çalışmamızdaki bulgularla serum CEA ölçümünün reyonel lenf nodu metastazını saptamada iyi bir belirteç olmadığını göstermektedir.

P32

Lokal Nüks Etmiş Rektum Kanseriinde Sakrektomi

Cemalettin Aydın, Aydemir Ölmez, Cüneyt Kayaalp, Turgut Pişkin, Latif Kahraman,
Sezai Yılmaz, Vedat Kırımlıoğlu

İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ

Rektum kanserinde lokal nüks sıklığı %4 ile %33 arasında bildirilmektedir. Palyatif amaç ile yapılan cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi yaşam süresini uzatmada çok etkili değildir. Seçilmiş hasta gruplarında yaşam süresini uzatmada en etkin yöntem tekrar cerrahi eksizyondur. Burada posteriora fikse lokal nüks etmiş rektum kanseri olan olgularımızda yaptığımız abdominosakral rezeksiyon sonuçları sunulmuştur.

YÖNTEM

Mayıs 2005 ile Aralık 2007 tarihleri arasında uzak metastaz olmayan 13 nüks rektum kanseri ameliyat edildi. Bunlarda posteriora fikse nüks gelişmiş rektum kanseri olan altı olguya abdominosakral rezeksiyon uygulandı. Yaşları 35-63 arasında iki kadın dört erkek hasta ameliyat edildi. İki olguya yeniden aşağı anterior rezeksiyon ile birlikte sakrektomi, üç olguya abdominoperineal rezeksiyon ile birlikte sakrektomi ve bir olguya a total pelvik eksantrasyon ile birlikte sakrektomi yapıldı. Sakrektomiler üç olguda sakral 4/5 ve üç olguda ise sakral 3/4/5 vertebraları içerecek şekilde yapıldı.

BULGULAR

Postoperatif morbidite tüm hastalarda görüldü. En sık karşılaşılan komplikasyon posteriordaki yara ayrışmasıydı (%66). Bunlar dışında kolonik nekroz, üreter yaranması, koloüreteral fistül, pelvik kanama gibi komplikasyonlarla karşılaşıldı. Yüksek morbiditeye karşın eroperatif mortalite hiç bir hastada olmadı. Bir yıllık %60, üç yıllık %40\`lık yaşam süresi sağlandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Yüksek morbiditeye rağmen seçilmiş hasta gruplarında abdominosakral rezeksiyon posteriora fikse nüks rektum kanserlerinde yaşam süresini uzatabilir.

P33

**Gebelikte Nadir Rastlanan İntestinal Obstrüksiyon Sebebi:
Paraduodenal Herni**

İsmail Okan, Gürhan Baş, Bahri Yılmaz, Arda Işık, Sinan Demiray, Mustafa Şahin
Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Paraduodenal herni nadir rastlanan bir ince barsak obstrüksiyon nedenidir. Doğumsal bir malrotasyon anomalisi olmakla beraber genellikle 3 veya 4. dekatta obstrüksiyon bulguları ile beraber kendini gösterir. Hamilelik sırasında rastlanan ince barsak obstrüksiyonlarının tanı ve tedavisi daha zordur. Burada hamilelik sırasında tanı ve tedavisi yapılan bir paraduodenal herni vakası sunulacaktır.

YÖNTEM

Vaka sunumu: 28 yaşında 16 haftalık hamile hastada şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma ve şişkinlik şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı 7 saat önce karın sağ üst kadranda başlamış ve giderek artmıştı. 4 saat sonra hastanın şikayetlerine bulantı-kusma da ilave olmuştu. Fizik muayenesinde hastada belirgin distansiyon mevcuttu. Ancak karın muayenesinde defans ve rebound saptanmadı. Rektal tuşesinde ampulla boş olarak saptandı, herhangi bir kitle tesbit edilemedi. Hastanın laboratuvar incelemesinde minimal bir lökositoz dışında (13000/ mm³) başka bir anormallik saptanmadı. ADBG çekilmesi önerildi ancak hasta bunu kabul etmedi. Hastaya tüm batin USG yapıldı. USG’de ince barsak anslarının dilate olduğu, barsak ansları arasında minimal bir sıvı olduğu gözlemlendi. Hasta kadın doğum bölümüne konsülte edildikten sonra akut batin ön tanısıyla ameliyata alındı. Laparotomide sol paraduodenal alanda ince barsak anslarının herniye olarak obstrüksiyona yol açtığı ve barsak segmentlerinin dolaşımının bozulduğu saptandı. Barsak segmentleri redükte edildikten sonra herni alanı 3/0 PDS ile tamir edildi. Hasta postoperatif dönemde problemsiz seyretti. Kadın doğum hastalıkları bölümünün takibi ile beraber hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Paraduodenal herni klinik olarak tanı konması zor bir acil hastalıktır. Preoperatif tanıda Bilgisayarlı tomografi oldukça yardımcıdır. Ancak hamilelikte radyolojik tetkiklerin sınırlı kullanılması tanıyı daha da zorlaştırmaktadır. Nadir de olsa bu tür hastalıkların ayırıcı tanıda düşünülmesi özellikle hamileler gibi riskli bir grupta erken tanı ve tedavi konmasını sağlayacaktır.

P34

**Radiowave Hemorrhoidal Coagulation and Mucopexy in
Advanced Grades of Hemorrhoids - Long-term Outcome**

Pravin J. Gupta

Fine Morning Hospital and Research Center, NAGPUR-INDIA

AMAÇ

The author describes his experience of treatment of advanced hemorrhoidal disease (Grade III and IV) using a technique called radiowave ablation and plication of hemorrhoids which is performed as a day case procedure.

YÖNTEM

Both male and female patients presenting with prolapsing hemorrhoids with indications for surgery were enrolled for the study. The surgical technique and clinical follow-up of patients operated by this technique is presented. A Ellman radiowave generator was used for ablation. Patients were initially called at 7, 14 and 30th postoperative days and then at least 2 years after the procedure. Results in terms of mean hospital stay, postoperative pain, postoperative complications, period of incapacity for work and effectiveness of the procedure is described.

BULGULAR

1260 patients operated with this technique were assessed. The average duration of operation was 7 minutes [range 5-9 minutes]. Mean hospital stay was 11hrs [range 6-23 hrs]. The postoperative complication rate was 3.5%, which included secondary bleeding, retention of urine and perianal thrombosis. The mean period of incapacity for work was 8 days [range 6-14 days]. The mean analgesic requirement was 20 tablets of Tramadol [range 14-33]. At the last follow-up, 2% patients had recurrence of bleeding and 6% developed anal skin tags.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Radiowave ablation and plication of hemorrhoids is a technique that results in significantly less postoperative pain, shorter hospital stay, and early return to normal activity.

P35

**Çekuma Takılmış Yabancı Cisimlerin Endoskopik Yolla Çıkarılması:
Olgu Sunumu**

Ahmet Aslan, Muhyittin Temiz, Fikret Beyaz, İsmail Kurt, İlhan Paltacı
Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

AMAÇ

Yabancı cisim yutulması önemli bir klinik durum olup ciddi morbidite sebebidir. Yutulan yabancı cisimlerin çoğu gastrointestinal sistemden komplikasyonsuz geçerek atılsa da dikiş iğnesi gibi sivri yabancı cisimler gastrointestinal sistemde lümenle takılıp nadiren intestinal perforasyon gibi mortal komplikasyonlara sebep olabilir. Karaciğer, omentum, mezenter veya karın ön duvarına migrasyon olguları bildirilmiştir. Direkt grafide görülebilen yabancı cisimler kolayca lokalize edilebilir ancak kürdan gibi tahtadan yapılmış yabancı cisimlerin direkt grafi ile saptanması zordur ve kesin tanı için laparotomi gerekebilir. Çoğu yabancı cisim gastrointestinal sistemden sorunsuz geçerek gaita ile atılır. Takılan yabancı cisimler hemen her zaman ileri girişim gerektirir. Bu durumlarda ilk tedavi seçeneği endoskopik veya laparoskopik girişimdir. Cerrahi girişimler daha az tercih edilmektedir.

BULGULAR

Bu olguda 32 yaşında bayan hasta karın ağrısı ve 20 gün önce 2 adet dikiş iğnesi yutma şikayeti ile kliniğe başvurdu. Direkt grafide sağ alt kadranda 2 iğne görüldü. Yapılan kolonoskopide iğneler çekum duvarına saplanmış olduğu görüldü, endoskopik yolla forseps yardımıyla çıkarıldı. Hasta ertesi gün sorunsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuç olarak endoskopik girişim yutulan ve takılan yabancı cisimlerin çıkarılmasında ucuz, güvenli, bir yöntem olup birinci tercih tanı ve tedavi yöntemidir.

P36

**Laparoskopik Appendektomi Sonrası Gelişen İntraabdominal Absenin
Laparoskopik Drenajı**

Mehmet Uludağ, Gürkan Yetkin, Bülent Çitgez

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Yıllardır intraabdominal abse drenajında laparotomi standart tedavi iken, son yıllarda daha az invaziv yöntemler olan girişimsel radyoloji ile perkütan veya laparoskopik olarak abse drenajları uygulanmaktadır.

YÖNTEM

Gangrene apandisit nedeni ile yapılan laparoskopik appendektomi sonrası intraabdominal abse gelişen ve laparoskopik abse drenajı uygulanan olgunun verileri değerlendirildi.

BULGULAR

10 yaşında erkek hastaya gangrene apandisit tanısı ile laparoskopik apendektomi uygulandı. Postoperatif devrede ateşi olan, CRP ve lökositozu progresif artan hastada yapılan USG’de sağ subhepatik ve sağ alt kadranda yoğun içerikli serbest sıvı, rektovezikal bölgede çevresinde barsak ansları bulunan 45 cm³ apse formasyonu saptandı. Hastada subhepatik ve sağ alt kadranda da sıvı kolleksiyonu olması nedeni ile perkütan drenaj ile multipl drenaj gerekeceğinden ve abseye komşu barsak anslarından dolayı abdominal yoldan güvenli bir drenaj yapılamayacağı düşünüldüğünden laparoskopik drenaj tercih edildi. Laparoskopik olarak appendektomi yapılan 3 port yerinden girildi. Sağ alt kadranda ve subhepatik bölgelerdeki serohemorajik sıvı aspire edildi ve sıvıdan kültür alındı. Rektovezikaldeki abse poşu tavanını yapan ince barsak ansları künt olarak diseke edilerek açıldı ve poş içine girildi. Abse drene edilip, kültür alındı. Abse poşu yıkanıp aspire edildi ve abse poşuna direkt görüş altında silikon dren yerleştirildi. Postoperatif 3. gün dreni çekildi. Postoperatif 7. gün yapılan USG kontrolünde abse bölgesinde reziduel abse saptanmadı. Postoperatif klinik seyir problemsizdi. Postoperatif 9. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

İntraabdominal abse drenajında girişimsel radyoloji ile perkütan yaklaşım laparoskopik yöntemden daha az invaziv bir yöntem olmasına rağmen bu yöntemle batın içi eksplorasyon mümkün değildir. İntraabdominal abse drenajında bugüne kadar nadir tercih edilen bir yöntem olmasına rağmen, laparoskopik abse drenajı akut apandisit sonrası gelişen intraabdominal abse tedavisinde güvenli bir yöntem olduğu kanısındayız. Laparoskopik drenaj küçük bir insizyonla ve direk görüş altında uygulanabilir ve batın içi eksplorasyon yapılabilir. Güvenli perkütan drenaj yapılamayacağı düşünüldüğünde veya multilokule intraabdominal abselerde laparoskopik drenaj perkütan drenaja alternatif bir yöntem olarak düşünülmelidir.

P37

Stapler Hemoroidektomi Uzun ve Kısa Dönem Sonuçlarımız

Ahmet Okuş

Amasya Sabuncuoğlu Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Amasya

AMAÇ

1998 de Longo tarafından modifiye edildikten sonra giderek yaygınlaşan stapler hemoroidektomi (hemoroidopeksi) tekniği konvansiyonel hemoroidektomiye alternatif olmaya başlamış olup, bizde kendi olgularımızın uzun ve kısa dönem sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM

2005-2009 yılları arasında aynı cerrah tarafından yapılmış olan 25 olgu prospektif olarak irdelendi. Olguların peroperatuar ve postoperatuar erken komplikasyonları kaydedildi. Hastalar operasyondan sonra 7.gün, 1. ay, 6. ay, ve 1. yılda kontrole çağrıldı. 1 yıldan sonra hastalar şikayetleri olduğunda müracaat etmeleri önerildi. Ve geç dönemde görülen komplikasyon ve nüksler kaydedildi. Ortalama izlem süresi 3 ay-3 yıl idi.

BULGULAR

Olguların 2'i bayan, 23'ü erkek olup yaş ortalaması 46(21-70) idi. Olguların 22'ine evre 3, 1'ine evre 4 ve 2 olguyada mukozal prolapsus nedeni ile stapler hemoroidopeksi yapıldı. Üç hastada peroperatuar kanama nedeni ile stapler hattına dikiş konuldu(%12). Üç olguda şiddetli ağrı (%12) nedeni ile yatışları 5-7 gün olup diğer tüm olgular postoperatif 1-2. gün taburcu edildiler. Bu üç olgu hariç tüm olgularda özellikle 7. günden sonra analjezik ihtiyacı olmadı. Erken postoperatif hafif kanama (3-5cc) hariç hiçbir olguda kanama olmadı. 3 olguda takipler sırasında nüks hemoroidal hastalık (%12) ve şikayetlerinin tekrar ettiği gözlemlendi. Ve bir olguda giderek azalan hafif gaita inkontinansı(%4) gözlemlendi. Bunun haricinde hastalarda septik v.b komplikasyon izlenmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Stapler hemoroidektomi hemoroidal hastalığın kontrolünde konvansiyonel yöntem kadar başarılı olmakla birlikte uzun dönemde konvansiyonel yöntemle göre daha sık nüks görülmektedir.(Meta analiz çalışmalarda) Postoperatif ağrının az olması, daha düşük morbidite ve erken sosyal hayata dönüş nedeni ile konvansiyonel hemoroidektomiden daha avantajlıdır. Uzun dönem sonuçlar göz önünde bulundurulunca stapler hemoroidektomi konvansiyonel hemoroidektomiye alternatif olmakla birlikte konvansiyonel yöntem halen altın standart olarak görülmektedir.

P38

**Eş Zamanlı Sağ Kolon Tümörü ve Kalp Metastazı:
Olgu Sunumu**

Mehmet Kemiksiz, Nihat Zalluhoğlu, Mehmet Görgün, Eyüp Kebapçı,
Ender Bademkiran, Hasan Şahin
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Metastatik kalp maligniteleri, başta akciğer, meme kanserlerinin direkt invazyon, hematogen veya lenfatik yayılımı ile oluşmaktadır. Kolorektal kanserler ise kalp veya perikarda nadiren metastaz yaparlar. Bu çalışmamızda kliniğimizde Mekanik Bağırsak Obstrüksiyonu tanısıyla yatırılan acil operasyona alınan hastanın preop. Yapılan Ekokardiografisinde Sağ ventrikülde Metastatik olduğu düşünülen kitle saptanması üzerine olgu sunumu olarak hazırlanmıştır

YÖNTEM

Hastanemiz Genel cerrahi kliniğinde Mekanik Bağırsak Obstrüksiyonu tanısıyla yatırılan ve acil operasyona alınan hastaya Hepatik Flexura Tümörü nedeniyle Sağ Hemikolektomi İleotransversostomi yapıldı. Hastada preoperatif yapılan Ekokardiografisinde Sağ Ventrikülde metastatik kitle görünümü saptanmıştı. Nadir görülen bu klinik durum bu çalışmaya konu edilmiş olup hastanın postoperatif dönemdeki Kalp MR gibi radyolojik tetkiklerde sunulmuştur.

BULGULAR

74 yaşında 10 yıldır Diabetes Mellitus tanılı Erkek hasta karın ağrısı bulantı, kusma şikayetleri ile başka bir hastanede İleus tanısıyla yatışı yapılmıştır. Distansiyonunun artması üzerine hastaya operasyon planlanmış olup hastada genel durum bozukluğu olması postoperatif takibin yoğun bakım şartları gerektirmesi sebebiyle hastanemize sevk edildi. Hastaya acil şartlarda Sağ Hemikolektomi İleotransversostomi uygulandı. Hasta yoğun bakım sonrası servis şartlarında takibe alındı. Hastaya postoperatif dönemde Kalp MR çekilmiş olup MR sonucunda kalpte ventrikül üst bölümde yumuşak dokuda genişleme saptandı

TARTIŞMA ve SONUÇ

Metastatik kalp tümörleri nadirdir. Bu oran % 1,6 ve % 20,6 arasında değişmektedir. Kolon kanserlerinde tanı anında kalp metastazı saptanması da sık karşılaşılmayan bir klinik durumdur. Klinik bulgular hastaların % 10'unda görülür. Hastalarda İnflamatuvar ya da hemorajik perikardiyal efüzyon, buna bağlı tamponad gelişebilir, ritm bozuklukları ve kalp yetmezliği görülebilir. Nadiren tümör embolilerine ya da koroner arterlerin kompresyonuna bağlı olarak iskemi bulguları ortaya çıkabilir. Nadir olarak görülsede, özellikle yaşlı hastaların Gastrointestinal kaynaklı tümörlerinin bu klinik bulgular ışığında yapılan taramalarında preoperatif saptanan kardiak kitlelerin metastaz olabileceği göz ardı edilmemelidir.

P39**Erişkin Yaş Grubunda İnvajinasyon Olgusu**

Sevim Turanlı, Kazım Çağlar Özçelik, Yavuz Pirhan, Ulvi Murat Yüksel, Abdullah Çetin
Ankara Onkoloji Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Erişkin yaş grubunda barsak invajinasyonu sık değildir ve barsak tıkanıklığı yoksa klinik ve radyolojik olarak tanı konulması zordur. Akut karın bulgularına neden olan diğer hastalıklarla karışabilir. Akut apandisit ön tanısıyla ameliyata alınan erişkin hastada ileoçekal invaginasyon saptanması üzerine olgu, tanı ve tedavisi açısından irdelendi.

BULGULAR

44 yaşında erkek hasta, 2 gündür tüm karında yaygın olan ve son 3-4 saatte sağ alt kadrana lokalize olan kolik tarzında ağrı, iştahsızlık ve bulantı şikayeti ile acil servise başvurdu. Gaz-gaite deşarjı vardı, kusma, kilo kaybı, defekasyon alışkanlığında değişiklik veya üriner semptomları yoktu. Fizik muayenede; batın distandü değildi, sağ alt kadranda peritoneal iritasyon bulguları mevcuttu. Kostovertebral açı hassasiyeti yoktu. Rektal muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Barsak sesleri dinlemekle hipoaktifti. Rutin kan tetkiklerinde hafif lokositoz saptandı, idrar incelemesi normaldi. Düz karın grafisi nonspesifikti (figure 1). Abdominal sonografide çekum duvarında 3 cm ulaşan duvar kalınlaşması (inflamasyon?, invajinasyon?) saptandı. Akut apandisit ön tanısıyla Mc Burney insizyonu ile batına girildi. Eksplorasyonda; apendiks normaldi, çekum duvarı oldukça ödemliydi ve antimezenterik taraftan ileoçekal valve doğru hafif invajineydi ancak ileoçekal valvi geçmemişti. Terminal ileum normaldi, Meckel divertikülü yoktu. Palpasyonda invajinasyona eğilimli barsak segmentinde intraluminal lezyon saptandı. Terminal ileuma enterotomi yapıldı ve çekumda üzerinde nekroz olan mukozadan kabarık polipoid lezyon görüldü. Makroskopik olarak malignite düşünülmediği için (figure 2) orta hat kesisine geçilmeden mevcut kesiden çekumu kapsayacak şekilde segmenter kolon rezeksiyonu ve uç-yan ileokolik anastomoz yapıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmedi. Patolojik incelemede barsak duvarında inflamasyon ve iskemik nekroz saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

İnvajinasyon; gastrointestinal sistemde iki barsak segmenti arasında motilite farklılığı sonucu segmentlerin iç içe geçmesidir. Anatomik yerine göre (ileokolik, kolokolik, enteroenteral, jejunogastrik invajinasyon), yönüne göre (antegrad, retrograd), ve etyolojik nedene göre (benign, malign, idiyopatik) sınıflandırılmaktadır. (1,2) Pediatrik hasta grubunda akut apandisit takiben en sık rastlanan ikinci abdominal acil olmasına rağmen erişkinlerde nadir görülen bir hastalıktır. (1,3) Erişkinler arasında erkeklerde ve 30-50 yaş grubunda daha sık görülmektedir. (4, 5) Abdominal ağrı en sık şikayet olup bunu bulantı, kusma, dışkılama alışkanlığında değişiklik, kanlı dışkılama ve ateş takip etmektedir. Şikayetler akut gelişebileceği gibi subakut veya kronik olabilir. İnvajinasyon yerine ve etyolojiye bağlı olarak şikayet süresi değişmektedir. Kolon kaynaklı ve malign etyolojili vakalarda şikayet süresi daha kısadır. (4,5,6) Pediatrik hasta grubunda invajinasyon nedeni %90 idiyopattir ve çoğunlukla adenoviral enfeksiyona bağlı büyümüş lenf nodu eşlik etmektedir. (7) Erişkinlerde ise %80-90 civarında etyolojik neden bulunmakta ve bu nedenlerin yaklaşık %65'ni benign yada malign neoplazmlar oluşturmaktadır. (4,6,8) İnce barsak orjinli malign etyolojili invajinasyonda en sık neden malign melanomken, kalın barsak orjinlide adenokarsinomdur. Benign etyolojik lezyonlar arasında ince barsak için en sık neden Meckel divertikülüken, kalın barsak için lipomdur. (6,9) Görüntüleme yöntemleri olarak düz karın grafisi, ultrasonografi, baryumlu grafi, kolonoskopi ve bilgisayarlı tomografi kullanılmaktadır. Düz karın grafisi ilk görüntüleme yöntemidir ancak barsak tıkanıklığı geliştiğinde faydalı olabilir. Abdominal sonografi sık kullanılan diğer bir yöntem olmasına rağmen yanlış pozitiflik oranları yüksektir. Bizim olgumuzda tıkanıklık yoktu ve direk grafi invajinasyonu düşündürmedi. Ultrasonografide çekumda duvar kalınlaşması izlenmişti ancak komplike apandisit olgularındada duvar kalınlaşması olağan olduğundan ve hastanın ne kliniği nede fizik muayenesi invaginasyonu düşündürmediği için yönlendirici olamadı. Bilgisayarlı tomografi invajinasyon tanısı için doğruluk düzeyi en yüksek olan görüntüleme yöntemidir, ayrıca tanıda da sıklıkla kullanılmaktadır. (4,6,8,10) Erişkin invajinasyon olgularının temel tedavisi cerrahidir. Enterik invajinasyonda etyoloji genellikle

benign olduğu için redüksiyon ve segmenter rezeksiyon önerilirken kolonik invajinasyonda altta yatan neden malign olabileceğinden redüksiyon yapılmadan onkolojik prensipler doğrultusunda rezeksiyon önerilmektedir. (4,5,6,8,10) Bu vakada invajinasyon tanısı operasyon anında Mc Burney kesisi yapılmış halde konulduğu için ayrı bir kesi ile sağ hemikolektomiye karar vermeden önce enterotomi yapılarak lezyon makroskopik olarak değerlendirilmiş, lezyonun benign olduğu düşünülerek segmenter kolon rezeksiyonu yapılmıştır. Erişkinlerde invajinasyon çocuk yaş grubuna göre daha nadir görülmektedir. Geniş etyolojik yelpazesi, değişik düzeylerde klinik semptomları olması ve tüm tanı zorluklarına rağmen akut karın tablosuyla karşılaşılan hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Altta yatan hastalık ve anatomik lokalizasyonuna göre cerrahi girişim planlanmalıdır.

P40

**Nadir Bir Akut Karın Nedeni Olan Çekokolik Torsiyon:
Olgu Sunumu**

Alper Sözütek, Haldun Kar, Mehmet Cemal Kahya, Yasin Peker, Türker Karabuğa
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Çekokolik torsiyon, izole çekum torsiyonuna göre çok daha nadir görülebilen bir patolojidir. Embriyolojik gelişim süresinde kolonun rotasyonu sırasında sağ iliak fossaya yerleşmesi gereken çekum ve çıkan kolon mezosunun agenezisi ve mezonun mobil olması sonucu gelişir. Mobil çekokolon, abdominal kavitenin herhangi bir yerine yerleşip, torsiyone olabilir. Hastalar genellikle tekrarlayan karın ağrısı ve kabızlık gibi şikayetler belirtse de acil olarak obstruksiyon ve strangülasyon bulgularıyla da karşımıza gelebilir. Çalışmamızda öncesinde hiçbir semptomu olmayan çekokolik torsiyon sonucu akut karın tablosu gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

BULGULAR

Kırkbir yaşında kadın hasta dört gün önce sağ alt kadranda başlayıp sonrasında tüm karına yayılan ağrı nedeniyle acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede karında distansiyon yoktu, barsak sesleri hipoaktif. Palpasyonda özellikle sağ alt ve üst kadranda olmak üzere tüm karında yaygın defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde herhangi bir patoloji saptanmayan hastanın çekilen ayakta direkt karın grafisinde sol üst ve alt kadranda geniş hava sıvı seviyesi içeren kolonik ans mevcuttu. Karın ultrasonografisinde tüm kadrarlarda minimal serbest sıvı haricinde başkaca patolojiye rastlanmadı. Peritoneal irritasyon bulguları devam eden ve klinik tablosunda gerileme saptanmayan hasta acil olarak operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda terminal ileumun distal 10 cm segmenti ile birlikte çekum ve sağ kolonun tamamen karın sol tarafına torsiyone ve nekroze olduğu görüldü. hastaya sağ hemikolektomi ve uç uca ileotransversostomi uygulandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, operasyondan sonra ikinci yılında olup poliklinik takiplerinde herhangi bir yakınması yoktur.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çekokolik torsiyon, nadir olarak akut karın semptomlarına neden olabilen bir durumdur. Sağ alt kadranda ağrısı mevcut hastaların ayırıcı tanısında anamnezleri iyi sorgulanmalı, ayakta direkt batın grafileri mutlaka incelenmelidir. Akut çekokolik torsiyon; obstruksiyon, strangülasyon gibi morbidite ve mortaliteyi arttıran komplikasyonlara neden olabileceğinden acil cerrahi hemen planlanmalıdır.

P41

Rektum Kanseri Cerrahisinde Saptırıcı Stoma Uygulaması Sonuçları

Aras Emre Canda, Baha Arslan, Tufan Egeli, Zekai Serhan Derici, Cem Terzi,
Selman Sökmen, Mehmet Füzün

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Çalışmada rektum kanseri nedeniyle ameliyat edilen hastalarda saptırıcı stoma (SS) uygulanmasının önemi ve saptırıcı stoma kapatılmasına bağlı gelişen komplikasyonların belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

1997-2008 yılları arasında primer rektum kanseri nedeniyle başvuran 386 hastanın verileri değerlendirildi. 164 (%42.5) hastaya neoadjuvan kemoradyoterapi (KRT) uygulandı. Neoadjuvan KRT uygulanmış hastaların 95 (%57.9)'üne sfinkter koruyucu cerrahi (SKC) yapıldı; anastomoz yapılan hastaların 76 (%92.1)'sında SS uygulandı. Neoadjuvan KRT uygulanmadan rezeksiyon uygulanan 222 (%37.5) hastanın 184 (%86.5)'üne SKC yapıldı; anastomoz yapılan hastaların 29 (%15.8)'unda SS uygulandı.

BULGULAR

Seride rezeksiyon ve anastomoz uygulanan toplam 13 (%4.8) hastada kolorektal anastomoz kaçağı izlendi. Kolorektal anastomoz kaçağı neoadjuvan KRT uygulanan grupta 6 (%16.7) hastada (3'ü SS uygulananda, 3'ü uygulanmayanda; P=0.07), uygulanmayan grupta 7 (%3.8) hastada (2'si SS uygulananda, 5'i uygulanmayanda; P=NS) izlendi. Neoadjuvan KRT alan ve sonrasında SKC uygulanan hastalarda SS açılan grupta daha az anastomoz kaçağı geliştiği izlendi (sırasıyla, 3/13 ve 3/76; P=0.057). Neoadjuvan tedavi almadan SKC uygulanan hastalarda da SS açılmasının kolorektal anastomoz kaçağını önlemediği izlenmiştir (sırasıyla, 2/29 ve 5/155; P=NS). Saptırıcı stomasız rezeksiyon ve anastomoz yapılan toplam 168 hastanın 13 (%7.7)'ü neoadjuvan tedavi almış, 155'i almamıştır; bu hastalardan neoadjuvan KRT uygulanan 13 hastanın 3'ünde, uygulanmayan 155 hastanın 5'inde kolorektal anastomoz kaçağı görülmüştür (P=0.026). Stoma kapatılması gerçekleştirilen 76 hastanın 3 (%3.9)'ünde kapatılan stomadan kaçak saptandı. Rezeksiyondan sonra ortalama stoma kapatılma zamanı 216 gün, stoma kapatılması sonrası ortalama hastanede kalış süresi 7.4 gündür. Stoma kapatılması şekli ile stoma kapatılması sonrası atoni gelişimi ve hastanede kalış süreleri açısından farklılık izlenmedi. SS açılan 105 hastanın 37 (%35.2)'sinde stoma ile ilişkili komplikasyon gelişmiştir; tedavide 10 hastada medikal, 7 hastada cerrahi yöntemlere başvurulmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ

SS açılmasının sadece neoadjuvan KRT alan hastalarda anastomoz kaçağı gelişimini azalttığı bulunmuştur.

P42

Brid İLEUS'mu BEZOAR' mı ?

Fatih Altıntoprak, Güner Çakmak, Hakan Demir, Ali Çeldir, İrfan Öztürk, Arif Aydın, Kamil Köse,
Muzaffer Özdenoğlu, Vecdi Müderris

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Sakarya

AMAÇ

Bezoar terimi, oral yolla alınan ve gastrointestinal sistemde sindirelemeyen maddeleri tanımlamak için kullanılır. Gastrointestinal sistemde en sık yerleşim yerleri mide ve ince barsaklardır. Nadiren akut mekanik intestinal obstrüksiyon tanısı ile acil ameliyata alınan hastalarda etyolojik neden olarak karşılaşılmaktadır.

YÖNTEM

Ocak 2004- Mart 2009 tarihleri arasında acil polikliniğimize karın ağrısı, kusma, gaz-gayta çıkaramama şikayetleri ile başvuran ve akut mekanik intestinal obstrüksiyon ön tanısı ile ameliyata alınıp, obstrüksiyon sebebi olarak bezoar saptanan 28 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların 13'ü erkek (%47), 15'i kadındı(%53). Yaş ortalaması 42 idi (24-72). Acil polikliniğe başvuru şikayetleri; karın ağrısı (%100), kusma (%80), karında şişlik(%75), gaz-gayta çıkaramama (%50), karında ele gelen kitle (%15)'idi. Olguların 19'unda (%68) daha önce geçirilmiş abdominal girişim anamnezi mevcuttu. Ameliyat bulgusu olarak 5 olguda (%18) midede, 5 olguda (%18) jejunumda, 16 olguda (%57) terminal ileumda obstrüksiyona neden olmuş bezoar saptandı. Olguların 16'sında (%57) bezoar entertomi yapılmadan elle parçalanarak kolona geçirilirken 6'sında (%21) terminal ileuma enterotomi ile, 5'inde (%18) gastrotomi ile bezoar çıkartıldı. Bir olguda (%4) ince barsak perforasyonu mevcuttu. Olguların hastanede yatış süresi ortalama 3 gündü (1-6). Üç olguda (%11) basit yara enfeksiyonu, 1 olguda (%4) nekrotizan fasiit şeklinde seyreden geniş yumuşak doku enfeksiyonu gelişti.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bezoar olgularının en sık klinik pezentasyon şekli mide çıkış obstrüksiyonu ve ince barsak obstrüksiyonu şeklinde olmasına karşılık intestinal obstrüksiyonların sadece % 0.4-4'ünden bezoarlar sorumludur. Akut mekanik intestinal obstrüksiyon tablosuna neden olan olgularda genellikle ince barsak tipi obstrüksiyon bulguları olduğundan ve hastaların bir kısmında daha önceden geçirilmiş abdominal girişim anamnezi olduğunda bid ileus ile karışabilmektedir. Bizim deneyimlerimizde de olguların önemli bir kısmında(%68) daha önceden geçirilmiş abdominal girişim anamnezi mevcuttu. Ameliyat öncesi tetkiklerden, özellikle tipik bezoar görüntüsünü ve tıkanmanın seviyesini saptayabildiği için, BT ön plana çıkmaktadır. Herhangi bir görüntüleme yapılamadan ameliyata alınacak ve ince barsak tipi obstrüksiyon bulguları olan hastalarda bezoar olasılığının da her zaman akılda bulundurulması gerekmektedir.

P43

Dev Gastrik Polip - Olgu Sunumu

Feridun Suat Gökçe⁽¹⁾, Aylin Hande Gökçe⁽³⁾, Acar Aren⁽³⁾, Cüneyt Öngüt⁽²⁾

1) Balıklı Rum Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) Öngüt Patoloji Laboratuvarı, Patoloji, İstanbul

3) S.B.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Mide polipleri mide mukozasından köken alan, lümene doğru büyümüş olan kitlelerdir. Çoğunlukla sağlam mukozadan oluşmazlar. Altta yatan kronik gastrit gibi bütünlüğü bozulmuş mukozadan çıkarlar. Gastrointestinal endoskopi yapılan erişkinlerde %3-5'nde polip saptanır. Çoğunluğunun boyları 2 cm'nin altında, tabanı ise dar olarak saptanmaktadır. Olgumuzdaki gastrik polibin tabanının sık görülen poliplerin aksine çok geniş boyu ise çok uzundu. Ayrıca polibin antrumdan başlayıp piloru tama yakın tıkadığı için sunmak istedik.

BULGULAR

55 yaşında bulantı, kusma ve kilo verme şikayetiyle polikliniğe başvuran kadın hastaya yapılan gastroskopide mide antrumdan pilora uzanan, yaklaşık 5cm.lik geniş tabanlı, 4 cm. boyunda piloru tama yakın obstrükte etmiş kitle saptandı. Histopatolojik sonucu inflamatuvar polip saptanan hasta, endoskopik polipektomiye uygun olmadığı için ve piloruda tama yakın obstrükte ettiği için opere edildi. Distal gastrektomi ve rou n y anastomoz yapıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çoğunluğu asemptomatik olan gastrik poliplerin nadirde olsa semptomatik olabileceği, malignite riski yok sayılabilecek kadar düşük olan bu polipler yüzünden hastaya mide rezeksiyonu yapılabileceğini vurgulamak istedik. Bu nedenle endoskopide tespit edilen polipler dev boyutlara ulaşmadan ekstirpe edilmelidir.

P44

Kolon Obstruksiyonu Tanısında Bilgisayarlı Tomografinin Yeri

Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Sinan Karakoç, Bülent Çitgez
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

İnce barsak obstrüksiyonlarına oranla daha az görülmesine rağmen kolon obstrüksiyonları, akut abdomen tanısıyla opere edilen hastaların % 2 ile % 4 ünü oluşturmaktadır. Kolon obstrüksiyonlarının tanısında klinik ve radyolojik kısıtlılık olması, bilgisayarlı tomografinin bu alanda daha sık kullanılmasına neden olmuştur. Bu çalışmada kolon obstruksiyonu şüphesi olan hastalarda, obstruksiyonun etyolojisinin saptanmasında ve hastanın değerlendirilmesinde bilgisayarlı tomografinin etkinliğinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM

2003 – 2008 yılları arasında kolonik obstruksiyon şüphesi ile kliniğimize yatırılan 52 hastanın bilgisayarlı tomografi sonuçları, klinik izlem bulguları, kolonoskopi ve ameliyat bulguları ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Klinik izlem, endoskopi ve ameliyat bulgularına göre kolon obstruksiyonu tanısı kesinleşen 32 hastadan, 30 unda bilgisayarlı tomografi ile kolonik obstruksiyon tanısı doğru olarak konulmuştur. 2 hastada ise obstruksiyon tanısı konulamamıştır. Klinik izlem ve sonrasında endoskopik inceleme ile kolonik obstruksiyon olmadığı kesinleşen 20 hastanın 16 sında bilgisayarlı tomografi ile doğru tanı konulmuş ancak 4 hasta bilgisayarlı tomografi ile (yanlış pozitif) kolon obstruksiyonu olarak rapor edilmiştir. Bu bulgularla kolonik obstrüksiyonlarda bilgisayarlı tomografinin spesifitesi % 80, sensitivitesi %93.75 bulunmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolonik obstruksiyonlarda ideal tanı yöntemi, obstruksiyon ile psödoobstrüksiyonu ayırt edebilmeli, spesifik tanıyı verebilmeli ve non invazif olmalıdır. Artan teknolojik gelişme ile birlikte bilgisayarlı tomografinin bu hedeflere yaklaştığı görülmektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgular kolonik obstruksiyon şüphesi olan hastalarda BT nin non invazif tanı yöntemi olarak etyolojinin ayırıcı tanısında güvenle kullanılabileceğini düşündürmektedir.

P45

Familial Adenomatöz Polipozis Olgularında 9 Yıllık İzlem Sonuçları

Aras Emre Canda⁽¹⁾, Abdullah İnal⁽¹⁾, Mehmet Füzün⁽¹⁾, Cem Terzi⁽¹⁾, Selman Sökmen⁽¹⁾,
Müjde Soytürk⁽²⁾, Sülen Sarıoğlu⁽³⁾

1) Dokuz Eylül Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

3) Dokuz Eylül Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Familial adenomatoz polipozis (FAP) tüm kolorektal kanserlerin %1'inden azından sorumlu olan kalıtsal bir hastalıktır. Hastalık kolorektumda gelişen yüzlerce ila binlerce adenoma ile karakterizedir. Erken evrede tanınıp tedavi edilmediği takdirde neredeyse tüm hastalarda kolorektal kanserler gelişecektir. Hastalık APC genindeki mutasyonlara bağlı olarak otozomal dominant olarak kalıtılır. Son günlerde tanımlanan ikinci bir gen de kolonik adenomatöz poliplere, daha hafif bir fenotiple, neden olabilir. Gen MUTYH genidir ve kalıtım otozomal resesiftir.

YÖNTEM

Şubat 2000- Şubat 2009 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde FAP nedeniyle izlenen 16 hasta tarandı. Hastalar uygulanan tedaviler, patoloji sonuçları ve uzun dönem izlem sonuçları için değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların 9'u erkek ve 6'sı kadındı. Ortalama yaş 49.3'tü (en yüksek:77 en düşük:23). Olguların 6'sı attenüe FAP, geri kalan 9'u FAP hastasıydı. İki hastaya senkron desmoid tümörler nedeniyle rezeksiyon uygulandı. Olguların 2'sinde rektum, 1'inde rektosigmoid, 1'inde çıkan kolonda ve 1'inde anal kanalda malign tümörler izlendi. 2 olgunun operasyonu laparoskopik olarak tamamlandı.İntestinal devamlılık 4 hastada J poş, 1 hastada S poş ile sürdürüldü. İzlemde 1 hastada rektovaginal fistül, 1 hastada erken post operatif dönemde kanama ve 1 hastada poş disfonksiyonu izlendi. 1 hasta pelvik rekürrens, 1 hasta desmoid tümör rekürrensi ve 1 hasta karaciğer metastazları nedeniyle reopere edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Familial adenomatöz polipozis erken evrede tanınıp tedavi edilmediği takdirde neredeyse her zaman kolorektal kanserle sonuçlanan bir sendromdur. Özel ilgi ve agresif tedavi bu hastalarda ve risk altındaki yakınlarında gereklidir. Titiz bir aile taraması ile çok sayıda etkilenen ve risk altındaki birey tanımlanabilir ve bu bireylerin yaşam beklentisi ve yaşam kaliteleri artırılabilir.

P46

İntesitnal İskemi-Reperfüzyon Hasarında İskemik Ön Koşullanma ve Pyrolidin Dithiokarbamat'ın Barsak Mukoza Hasarına Etkisi

Kıvılcım Bulut⁽¹⁾, Mevlüt Recep Pekcici⁽³⁾, Adnan Hasanoğlu⁽³⁾, Osman Güler⁽³⁾,
Nermin Dindar⁽²⁾, Hüseyin Üstün⁽⁴⁾

1) Özel Doruk Tıp ve Cerrahi Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa

2) Sağlık Bakanlığı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Laboratuvarı, Ankara

3) Sağlık Bakanlığı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

4) Sağlık Bakanlığı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

AMAÇ

İntestinal iske-mi-reperfüzyon hasarı halinde mukozal geçirgenliğin arttığı, bakteri ve endotoksinlerin dolaşıma geçtiği, bu durumun mortalite ve morbiditenin artmasına yol açtığı bilinmektedir. İske-mi reperfüzyon hasarının en önemli etkenlerinden birisi de nitrik oksittir. İske-mik ön koşullanma, nitrik oksit oluşumunu katalize eden indüklenabilir nitrik oksit sentetaz (İNOS) enzimini azaltarak postiske-mik intestinal dokuda mukozal hasarı azaltmaktadır. Pyrolidin dithiokarbamat (PDTC), İNOS sentezini ve dolayısıyla nitrik oksit sentezini azaltmaktadır. Bu çalışmada, PDTC' nin İNOS üzerindeki suprese edici etkisinin barsaklarda iske-mik ön koşullanma ile birlikte, iske-mi reperfüzyon durumunda mukozal hasarına etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Wistar tipi, 30 adet erkek rat, 5 gruba ayrıldı. Grup 1: Laparotomi (kontrol), grup 2: İske-mi-reperfüzyon, grup 3: iske-mik ön koşullanma, grup 4: iske-mik ön koşullanma + iske-mi-reperfüzyon, grup 5: PDTC + iske-mi-reperfüzyon uygulanan grup idi. Tüm gruplarda histopatolojik inceleme yapıldı. Nitrik oksit, malonil dialdehit, myeloperoksidaz ve doku protein miktarı ölçüldü.

BULGULAR

Mukozal hasar, PDTC grubunda, iske-mi-reperfüzyon grubuna göre anlamlı derecede düşüktü. İnflamasyon, kontrol grubuna göre, iske-mi-reperfüzyon grubunda en yüksek, PDTC grubunda ise en düşüktü. Total nitrit, nitrat, myeloperoksidaz değerleri grup 1 ve grup 5 te, grup 2 ve grup 3 ten anlamlı derecede düşüktü. Doku malonildialdehit düzeyleri de grup 5 te grup 3 ten düşük saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ön koşullanma, iske-mi reperfüzyon hasarında etkinliği gösterilmiş bir savunma mekanizmasıdır. İske-mi-reperfüzyon, nitrik oksidi artırırken, PDTC verilmesi halinde nitrik oksit artışı gözlenmemektedir. PDTC verilmesi halinde, doku malonildialdehit ve myeloperoksidaz seviyeleri, iske-mik ön koşullanma uygulamasından daha çok azalmaktadır. Histopatolojik ve biyokimyasal sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, PDTC uygulamasının, iske-mik ön koşullanma uygulanmasına oranla, barsaklarda iske-mi reperfüzyon hasarı üzerinde daha üstün sonuçlar verdiği gözlenmiştir. PDTC, barsaklarda iske-mi reperfüzyon hasarını azaltmada ameliyat öncesi ve belki de ameliyat sonrası kullanımı faydalı bir ajan olabilir.

P47

Kolon ve Rektum Ameliyatı Yapılan Hastalarımızın Değerlendirmesi

Enver İlhan, Mehmet Yıldırım, Ali Coşkun, Mete Pürten, Ömer Engin, Fevzi Cengiz,
Volkan Tekin, Cemil Yaylalı

SB İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Kolon ve rektum hastalıkları önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Tesbit edilen hastalıklara göre yapılan ameliyatlar özellik arz etmektedir. Kolorektal hastalıklar nedeniyle ameliyat yapılan hastalarda birinci sırada bulunan kolarektal kanserlerin erken tanı ve tedavisine dikkat çekmeyi amaçladık.

YÖNTEM

SB Bakanlığı İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniği'nde 2005-2008 yılları arasında kolorektal hastalıklar nedeniyle ameliyat edilen 48 hasta yaş, cins, ameliyat, tümör yerleşimi, çıkarılan ve metastatik lenf nodu, histoloji, evreleme, erken dönem morbidite ve mortalite yönünden retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 64.4 olup 15'ikadın, 33'ü erkektir. Hastalardaki patolojilerin %91.6'sı kolorektal kanserler idi. Hastaların 14'ü acil, 34'ü elektif olarak ameliyat edilmişlerdir. Hastalarda 36 kolorektal kanser, iki tubuler adenom, bir divertikülit perforasyonu ve bir iyatrojenik rektum perforasyonu mevcuttu. Sekiz hasta irrezektablardı. Kolorektal kanserler çoğunlukla rektumda(20/36) yerleşmiştir. Sağ hemikolektomi 9, transvers kolon rezeksiyonu iki, sol hemikolektomi dört, sigmoid kolon rezeksiyonu 8, anterior rezeksiyon 5, aşağı anterior rezeksiyon iki, Miles ameliyatı 6, Hartmann kolostomi bir, palyatif kolostomi beş, palyatif ileokolostomi bir, karaciğer segmentektomi bir, kolona primer sütür bir, total kolektomi iki hastaya uygulanmıştır. Orta derecede adeno karsinom 22, müsinöz adenokarsinom 6, tubulo villöz adenom zemininde adeno karsinom dört, az diferansiye adeno karsinom üç, tubuler adenom iki, kötü diferansiye adenokarsinom bir hastada tespit edilmiştir. Rezektabl hastalarda ortalama tümör çapı 5.5 cm, ortalama çıkarılan ve metastatik lenf nodu sayıları sırasıyla 23 ve 5.9'dur. Evrelemede, 5 hasta Evre IA (Dukes A), 6 hasta Evre II(Dukes B), 24 hasta Evre III(Dukes C) ve 9 hasta Evre IV olarak değerlendirilmiştir. Stoma nekrozu gelişen bir hastaya erken dönemde kolostomi revizyonu yapılmıştır. İyatrojenik kolon perforasyonu ve tümöre bağlı ileus nedeniyle ameliyat edilen birer hasta erken dönemde ex olmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolorektal hastalık nedeniyle ameliyat yaptığımız hastalarda kanserler birinci sıradadır. Hastaneye genellikle ileri evrelerde başvurmuşlardır. Bu hastalarda erken tanı ve radikal cerrahi tedavinin uygulanması büyük önem taşımaktadır.

P48

Kırkbeş Yaş ve Altı Kolorektal Kanserlerin Analizi

Ahmet Kocakuşak⁽²⁾, Haldun Sunar⁽²⁾, Soykan Arıkan⁽⁴⁾, Muzaffer Akıncı⁽²⁾, Tamer Karşıdağ⁽³⁾,
Adil Koyuncu⁽²⁾, Mehmet Gülen⁽²⁾, Adnan Hut⁽²⁾, Mustafa Anıl Yaşar⁽²⁾, Serbülent Aydın⁽²⁾,
Ahmet Fikret Yücel⁽²⁾, Hamit Karayağız⁽¹⁾

1) Özel Hospitalium Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

3) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

4) S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

45 yaş ve altı popülasyonda kolorektal kanser görülme sıklığı, ileri yaş hastalara göre daha azdır. Genç hasta popülasyonundaki prognoz, tümörün patolojik, genetik ve fizyolojik davranışı araştırmacıların son yıllarda dikkatini çekmektedir. Kolorektal kanserlerin genç yaş grubunda daha kötü seyrettiğine inananlar olduğu gibi hiçbir fark olmadığını düşünen araştırmacılar da vardır. Bu nedenle cerrahi kliniğimizde 2000–2005 yılları arasında cerrahi olarak tedavi ettiğimiz genç kolorektal kanserli hastalar retrospektif bir çalışma kapsamında değerlendirildi.

YÖNTEM

2000–2005 yılları arasında kolorektal kanser nedeniyle cerrahi yöntemle tedavi ettiğimiz 331 hastanın 41 tanesi(%12) 45 yaştan daha gençti. Hasta kayıtlarına, ameliyat defterleri, poliklinik ve servis dosyaları, patoloji raporları değerlendirilerek ve telefon ile bağlantı kurularak ulaşılmıştır. Hastalar cinsiyet, yaş, tümör belirteçleri, patoloji sonuçlarına göre kıyaslama yapılarak değerlendirilmiştir. İleri evre grubu olarak Dukes C ve D hastalar kabul edildi. Kanseler müsinoz ve non-müsinoz adenokarsinom olmak üzere iki grupta toplandı.

BULGULAR

Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen ve yaşı 45 ve altında olan 41 hastanın 25 i (%61)erkek,16 sı(%39) kadın idi.Olguların yaş dağılımı 18–45 arasında olup,ortalaması 37,7 yıl idi.Hastaların hiç birinde prekansenöz bir lezyon tespit edilmezken,1 hastada (%2,4) pozitif aile hikâyesi vardı.Hastaların en sık olarak gözlenen şikayeti halsizlik (%93), kilo kaybı (%41) ve kabızlık (%39) takip etmekte idi.Kanserin en sık yerleşim yeri 23 hasta (%56) ile rektum ve 11 hasta (%27) ile sigmoid kolon idi.Başvurdukları anda 16 tanesinde(%39) rektal tuşede,6 tanesinde(%15) ise batin muayenesinde ele gelen kitle tespit edildi.Tümörün histopatolojik incelemesinde en sık görülen tip orta diferansiye nonmüsinozadenokarsinom idi(%49).Tümörün Dukes sınıflamasına göre evrelendirilmesinde ise sadece 1 hasta(%2) A evresinde iken, hastaların yarısı evre D(%49) idi. 45 yas ve altı kolorektal kanser hastalarının tümör yerleşim yeri ile evreleri kıyasladığında, tanı konduğunda hastaların çoğunun lokalizasyon yeri fark etmeksizin ileri evrede olduğu saptanmıştır

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ülkemizde batı ülkelerine nazaran 45 yaş ve altı kolorektal kanserlerin daha sık görüldüğüne dair bulgular vardır. Çalışmamızda da desteklendiği gibi genç kolorektal kanser hasta insidansı serimizde %12 olup, gelişmiş ülkelerde %2–6 arasında seyreden orana göre fazladır.

P49

Anal Fistulotomy Using Radiowaves- Long- Term Outcome

Pravin J. Gupta

Gupta Nursing Home, NAGPUR- 440022/INDIA

AMAÇ

This paper is a retrospective analysis of the results of treatment of fistula-in-ano using a radiowave device.

YÖNTEM

Between 2000 and 2008, 976 patients were operated on for perianal fistula. A Ellman radiowave generator was used to carry out the complete surgical procedure. In the follow-up period 155 patients were lost, remaining 821 patients were analyzed in the study. The mean follow-up time was 6.8 years. Analyzed parameters included: postoperative complications, wound healing time, off work duration, recurrence rate and incidence of anal sphincter dysfunction. Severity of gas and stool incontinence was also assessed.

BULGULAR

In our study, subcutaneous fistula was diagnosed in 28.1%, inter-sphincteric in 39.1%, and trans-sphincteric in 32.8%; supra-sphincteric and extra-sphincteric fistulae were not included. Single-tract fistulas were present in 85.4% and multi-tract fistulas were present in the remaining 14.6%. Postoperative complications were noticed in 1.4% of patients, which included postoperative bleeding, abscess formation, premature approximation of skin edges, prolapse of hemorrhoids and local skin allergic reactions. Postoperative gas and/or stool incontinence was noticed in 3.8%. The recurrence rate was 1.7%.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Radiowave fistulotomy offers short operation time, less postoperative pain, early return to normal activity, and faster healing of the wound. The recurrence rate and continence disturbances are comparable to conventional fistulotomy procedures.

P50

**Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs Etiyolojisinde
Sakrokoksigeal Açının Yeri**

Ramazan Eryılmaz⁽²⁾, Orhan Veli Özkan⁽²⁾, İsmail Okan⁽²⁾, Arda Işık⁽²⁾,
Ensar Yekeler⁽¹⁾, Mustafa Şahin⁽²⁾

1) İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

2) Vakıf Gureba Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Toplumda özellikle genç erkeklerde sık görülen sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığının etiyolojisine yönelik araştırmalar devam etmektedir. Bu çalışmada lokal etiyolojik faktör olabilecek olan sakrokoksigeal açının etiyoloji üzerine etkisi olup olmadığı araştırıldı.

YÖNTEM

Çalışma grubunu Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Cerrahi kliniğine başvuran primer tanısı sakrokoksigeal pilonidal sinüs olan ardışık erkek hastalar oluşturdu. Kontrol grubunu ise aynı dönemde sakrokoksigeal pilonidal sinüsle ilişkili olmayan şikayetlerle polikliniğe müracaat eden benzer yaş grubundan erkek hastalar oluşturdu. Her iki gruptaki hastaların sakrokoksigeal açıları ölçülerek yaş ve sakrokoksigeal açı yönünden karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışma grubunda ve kontrol grubunda 30'ar hasta yer aldı ve hastaların yaşları benzerdi. Kontrol grubunda sakrokoksigeal açı ortalaması $\pm$ standart deviasyonu 36.86 ± 10.23 ; çalışma grubunda ise 37.30 ± 14.50 bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sakrokoksigeal pilonidal sinüslü hastaların sakrokoksigeal açıları ile kontrol grubunun sakrokoksigeal açıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark arasında fark tespit edilmedi ($p < 0.05$). Toplumdaki yaygınlığı ve maliyeti düşünülerek bu hastalığın optimal tedavisi için etiyolojik araştırmalara devam edilmelidir.

P51

**Atipik Kliniğe Neden Olan 23 cm Uzunluğunda
Akut Apandisit Olgusu**

Hakan Buluş, Ali Coşkun, Barış Morkavuk, Ahmet Koyuncu
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Akut apandisit, apendiksin bir bölümünde veya tümünde görülen akut bir iltihaptır. Akut apandisit, genellikle klinik anamnez, fizik muayene ve basit laboratuvar bulguları ile tanı konan ve acil müdahale gerektiren bir hastalıktır. Apendiks vermiformisin uzunluğu değişmekle birlikte ortalama %7.7- 10 cm dir.(1) Biz 23 cm uzunluğunda farklı klinik ve fizik muayene bulguları ile karşımıza çıkan, nadir görülen uzunlukta subhepatik apandisitli bir olguyu sunduk.

YÖNTEM

İki gün önce sağ üst kadranda ağrısı, hafif iştahsızlık ve sık idrara çıkma şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın, karın muayenesinde kostavertabral açı hassasiyeti, sağ alt ve üst kadranda hafif hassasiyeti mevcuttu. Direkt ve indirekt rebound yoktu. Rektal muayenesinde herhangi bir özellik yoktu.

BULGULAR

Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 12.600 mm³, tam idrar tetkikinde pyüri ve hematüri gözlemlendi. Ayakta direkt karın grafisinde sağ kolon lokalizasyonunda gaz gölgesi dışında özellik gözlenmedi. Yapılan karın ultrasonografisi gaz artefaktı nedeniyle değerlendirilemedi. Karın muayenesinde hassasiyetinin ve tam kan tetkikinde beyaz küresinin artması nedeniyle hasta opere edildi. Eksplorasyonda sağ alt kadrandan başlayan ve sağ üst kadrana karaciğere doğru uzanan 23 cm uzunluğunda subhepatik apandisit gözlemlendi. Apandektomi yapıldı ve post operatif 3. gününde hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuç olarak akut apandisit gelişimsel ve adezyonel lokalizasyon anaomalileri olabilir. Bunlardan çok nadir olarak görülen bir formunda subhepatik apandisitir. Bu nadir lokalizasyon varlığında klinik ve laboratuvar yöntemleri tanı koymada çok yardımcı olamamaktadır. Özellikle ileri yaş da ve ilave dahili hastalığı olan hastalarda daha da zorlaşmaktadır. Bu durumda görüntüleme yöntemleri ayırıcı tanıda ve akut apandisit lokalizasyonun belirlenmesinde bize yardımcı olmaktadır.

P52

**Anorektal Malign Melanomada Transsakral Sentinel
Lenf Nodu Çalışması**

Cüneyt Kayaalp, Ersoy Kekilli, Cemalettin Aydın, Aydemir Ölmez, Latif Kahraman, Sezai Yılmaz
İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ

Anorektal malign melanoma nadir görülmesine karşın anorektal kanserler arasında en kötü prognoza sahip olanlardan birisidir. Tedavisinde geniş lokal eksizyon veya abdominoperineal rezeksiyon tercihleri konusunda tartışmalar halen devam etmektedir. Burada sentinel lenf nodu tutulumuna göre cerrahi seçiminin akılcı olacağı düşünülerek bir olguda transsakral mezorektal lenf nodu çalışması yapılmıştır.

YÖNTEM

Rektal kanama nedeniyle başvuran 57 yaşındaki kadın hastanın şikayetlerinin altı aydır olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde anal girimden itibaren kraniale doğru devam eden yaklaşık 3cm'lik kitle palpe edildi. Alınan endoskopik biyopsi sonucu anorektal malign melanoma olarak rapor edildi.

BULGULAR

Hasta Haziran 2006'da operasyona alınmadan önce peritümöral radyoaktif madde enjeksiyonu yapıldı. Ameliyatta transsakral olarak mezorektum ortaya koyulduktan sonra intraoperatif olarak radyoaktif sayaç probu ile metastatik lenf nodları araştırıldı. Yüksek radyoaktif tutulum iki adet lenf nodunda ortaya çıktı ve bunlarda frozen çalışıldı. Frozen sonucunun metastatik gelmesi üzerine abdominoperineal rezeksiyon yapıldı. Patolojik incelemede başka lenf nodu pozitifliği yoktu. Hastanın 34 aylık takiplerinde beyin metastazı tespit edildi ve beyin cerrahi tarafından ameliyat edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Transsakral yolla mezorektumdan sentinel lenf nodu çalışması yapmak anorektal malign melanomada tümörün doğru evrelendirilmesi konusunda intraoperatif olarak fikir verebilir ve yapılacak ameliyat tipini belirlemede faydası olabilir.

P53

Kolon Malrotasyonunda Akut Apandisit Kliniği Farklı Seyreder

Ender Özer⁽¹⁾, Ahmet Kocakuşak⁽¹⁾, Mehmet Gülen⁽¹⁾, Soykan Arıkan⁽³⁾, Muzaffer Akıncı⁽¹⁾,
Haldun Sunar⁽¹⁾, Tamer Karşıdağ⁽²⁾, Ahmet Fikret Yücel⁽¹⁾, Adnan Hut⁽¹⁾, Adil Koyuncu⁽¹⁾,
Serbülent Aydın⁽¹⁾, Mustafa Anıl Yaşar⁽¹⁾

1) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

3) S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Apandisit cerrahi acillerde en sık rastlanan akut karın nedenlerinden biri olmasına rağmen malrotasyona seyrek rastlanmaktadır. Superior mezenterik arterin çevresinde orta bağırsağın saatin tersi yönünde yapması gereken rotasyonunu gerçekleştirememesi sonucu oluşan pozisyonel anomaliye malrotasyon denir ve bu durum sadece cecumun sağ alt kadrındaki standart yerine yerleşmesine engel olmakla kalmaz, superior mezenterik arterin de venin sağında seyretmesi ile sonuçlanır. Akut apandisit kliniğinde eğer hastada asemptomatik malrotasyon mevcut ise teşhiste zorluk ve tedavi kararı almakta kaçınılmaz gecikmeler yaşanabilir.

YÖNTEM

Acil cerrahi servisimize başvuran 27 yaşındaki erkek hasta yaygın karın ağrısı, kürek kemikleri arasında en fazla hissedilen sırt ağrısı, sağ omuz ağrısı, bulantı ve kusma ile başvurdu. Fizik muayenede sağ üst ve alt kadrantlarda rebound hassasiyet ile sağ kostovertebral hassasiyet mevcuttu. Batın ultrasonografisinde özellik yoktu. Bilgisayarlı tomografide ise safra kesesi loju ile sağ böbrek arasında içinde hava kabarcıkları izlenen intraabdominal büyük bir abse ve bunun çevresine toplanmış ince bağırsak ansları gözlemlendi. Proksimal kolon gözlenemedi. Hospitalize edilen hasta yatışının ikinci gününde batın içi abseyle ilgili akut karın kliniğinin oturması nedeni ile opere edildi.

BULGULAR

Sağ paramedian insizyon ile abse lojuna ulaşıldı. Çekumun safra kesesine yapıştığı ve absenin perfore apandisite bağlı olduğu görüldü. Abse drenajı ve apendektomi uygulanan hasta ameliyat sonrası 3. gün herhangi bir komplikasyon gelişmediği için taburcu edildi. Kolonun hepatik fleksurası oluşmadığı ve cecumun safra kesesi yatağında yerleşmesi nedeni ile sunulan vaka “Stringer Tip IIIC orta bağırsak malrotasyonu” olarak sınıflandırıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Normal koşullarda semptom vermeyebilen malrotasyon anomalisi, sunulan vakada olduğu gibi, üzerine farklı bir hastalık eklendiğinde semptomatik hale geçebilir. Sonuç olarak atipik karın ağrısı veya değişken semptomatoloji morbiditeyi kaçınılmaz şekilde etkileyebilir. Literatürde sol tarafta yerleşmiş cecum varlığında olası bir apandisit divertiküler hastalık ile dahi karışabildiği sıklıkla rapor edildiğinden klinisyenin ayırıcı tanıda yer vermesi açısından apandisit her türlü karın ağrısını taklit edebileceğini bilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Arter ile venin yer değiştirmesine her malrotasyon vakasında rastlansa da, bu transpozisyonun tespit edildiği vakaların sadece %25’inde malrotasyon vardır. Bu nedenle pankreasın unsinat bölümünün yokluğu da radyolog için tanı koydurucu olabilir.

P54

Nadir Görülen Bir Olgu: Retrorektal Endometriozis

Tuncer Babür⁽²⁾, Gürsel Çığ⁽²⁾, Metin Ertem⁽¹⁾

1) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

2) S.B. Kartal Yavuz Selim D.H., 1.Genel Cerrahi Servisi, Kartal-İstanbul

AMAÇ

Retrorektal tümörlerin çoğu konjenital olup nadir görülen tümörlerdir. Oldukça ender görülen ekstrapéritoneal retrorektal yerleşimli endometriozis olgusunu ve uyguladığımız cerrahi yaklaşımı sunuyoruz.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Retrorektal bölgede yerleşen tümörler genellikle asemptomatiktir, çoğu konjenitaldır. Tanıda USG, transrektal USG, düz grafi, MR, BT, myelogram kullanılabilir. Biyopsi pek önerilmez. Cerrahi rezeksiyon seçilecek tedavi yöntemidir. Kemoterapinin yeri yoktur. Retrorektal kitlelerde endometriozis akılda bulundurulmalıdır.

P55

İnguinal Herni Kesesi İçindi Eş Zamanlı Mesane ve İnce Barsak Strongülasyonu: Olgu Sunumu

Hakan Buluş⁽²⁾, Ali Coşkun⁽²⁾, Ahmet Koyuncu⁽²⁾, Barış Morkavuk⁽²⁾, Gülçin Şimşek⁽¹⁾

1) Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara

2) Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Strangülasyon, inkarserasyonun bir ileri safhası olup kese muhtevasında dolaşım bozukluğunun başladığı boğulmuş fitik durumudur. Fitik kesesi içinde barsaklar, omentum, appendiks, Meckel divertikülü, over ve fallop tüpleri sıkışabilir. Biz eş zamanlı direkt fitik kesesi içinde ince barsak ve mesane nekrozu gelişen, abse formasyonu gelişmiş, gecikmiş çok nadir bir olguyu sunduk.

YÖNTEM

77 yaşında erkek hasta, acil servise son 5 gündür karın ağrısı, bulantı kusma, gaz gaita çıkaramama, yüksek ateş ve sol kasıkta ağrılı sert kitle ile başvurdu. Ayrıntılı sorgulamada hastada dizüri, pollaküri, noktüri(8-10kez/gece), zorlanarak idrar yapma, idrar yaptıktan sonra tam olarak rahatlayamama şikayetlerinin olduğu anlaşıldı. Ayrıca 9 ay önce üroloji kliniğinde yapılan muayenede Benign Prostat Hipertrofisi tanısı aldığı ve bu nedenle operasyon önerilmiş.

BULGULAR

Hastada inkarsere herni düşünülerek acil olarak opere edilmiştir. Sol inguinal bölgeden yapılan eksplorasyonda hasselbach üçgeninden çıkmış fitik kesesi içinde nekroze ince barsak ve mesane görüldü. Ayrıca fitik kesesi içinde pis kokulu apse mevcuttu. Hastaya nekroze olan ince barsak segmenti rezeke edildikten sonra uc-uca anastomoz yapıldı. Mesane yan duvarından gelişmiş ve nekroze olmuş kısım rezeke edilerek pirimer onarıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

İnkarsere herni kesesi içinde pek çok organ bulunabilmektedir. Üriner sistem semptomları bulunan hastalarda, mesane ve buna eşlik eden diğer organlarında bulunabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca inkarsere hernilerde erken tanı ve tedavinin mortalite ve morbiditeyi azaltacağı unutulmaması gerekmektedir.

P56

Plastron Apandisit Kliniği ve Appendikste Müsinöz Kistadenom

**Bülent Çitgez⁽¹⁾, Gürkan Yetkin⁽¹⁾, Mehmet Uludağ⁽¹⁾, Ayşim Özağrı⁽²⁾, İsmail Akgün⁽¹⁾,
Sinan Karakoç⁽¹⁾**

1) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, İstanbul

AMAÇ

Appendiks tümörleri nadir olup, çoğunlukla akut apandisit nedeniyle ya da başka bir sebeple yapılan laparatomilerde tespit edilmektedir.

YÖNTEM

Plastrone apandisit tanısı ile konservatif tedavi uygulanıp, daha sonra elektif appendektomi yapılan ve patoloji sonucu müsinöz kistadenom gelen hastanın bulguları değerlendirildi.

BULGULAR

32 yaşında erkek hasta 3 gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle acil cerrahi kliniğimize başvurdu. Anamnezde ara ara sağ alt kadranda ağrısı olduğunu ifade etti. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve ele gelen bir dolgunluk mevcuttu. Hastanın lökositozu yoktu. Batın BT’de çekum ile ilişkili yaklaşık 7 cm boyutunda plastrone apandisit ile uyumlu heterojen yumuşak doku kitlesi saptandı. Hasta servise yatırılıp, medikal tedavi başlandı. Bulguları gerileyen hasta 7. günde taburcu edildi. Tedavisinden 3 ay sonra elektif appendektomi uygulandı. Operasyon sırasında appendiksin 1/3 orta bölümünün daha şişkin olup 1.5 cm çapında olduğu, distal ve proksimal parçaların ise 5 mm çapında, normal görünümde olduğu görüldü. Appendiks orta bölümünün tümöral bir oluşum olabileceği düşünüldü. Radiks tarafında yaklaşık 3 cm normal appendiks mevcut tu, kitlenin çevre organlarla bir ilişkisi olmadığından apendektomi yapıldı. Patolojisi müsinöz kistadenom geldi. Kistadenom appendiksin benign neoplazmlarından olduğundan appendektomi yeterli görülüp başka bir tedavi uygulanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Appendiksiyal mukoseller, anormal müsinöz sekresyonlara bağlı olarak appendiks lümeninin dilatasyonu ile ortaya çıkan kitlelerdir. Nadir bir klinik antite olup appendektomi materyallerinin %0.2-0.3’ünde rapor edilmiştir. Apendiks mukoselinde en sık sebep müsinöz kistadenoma (%63) olup, bunu mukozal hiperplazi (%25), müsinöz kistadenokarsinom (%11) izlemektedir. Kistadenom ve müsinöz kistadenom appendiksin benign neoplastik mukoselleri olarak adlandırılır. Olguda lökositoz olmaması nedeni ile plastron apandisit kliniğinin appendikste kistadenoma bağlı gelişmiş mukosel nedeni ile olmuş olabileceği kanısındayız. Appendikste obstruksiyon parsiyel olup plastron kliniği ile gerilemiş olabilir. Sonuç olarak appendiks tümörleri ve mukoseller her türlü akut apandisit kliniğini oluşturabilir. Operasyonda mukoselden veya appendiks tümöründen şüphelenildiğinde, appendiksin rüptüre olup batın içi yayılmasını önlemek için aşırı dikkat gösterilmelidir.

P57

Yüksek Anal Fistüllerin Tedavisinde Kesici Seton Uygulanması

Gürhan Baş⁽²⁾, İsmail Okan⁽²⁾, Sema Yüksekdağ⁽²⁾, Ramazan Eryılmaz⁽¹⁾, Bahri Yılmaz⁽²⁾,
Atilla Karakelleoğlu⁽²⁾, Mustafa Şahin⁽²⁾

1) Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Kliniği, Antalya

2) Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Anal fistüllerin cerrahi tedavisinde amaç fistül nüksünün engellenmesiyle beraber anal fonksiyonun da korunmasıdır. Özellikle yüksek anal fistüllerin tedavisinde klasik fistülotomi veya fistülektomi anal sfinkter kaslarına zarar vererek inkontinans problemlerine yol açabilmekte ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Bu nedenle yüksek fistüllü hastalarda sfinkteri korumak için seton tedavisi önerilmiştir. Çalışmamızın amacı yüksek anal fistüllerin tedavisinde kesici seton uygulanmasının erken ve geç dönem sonuçlarının irdelenmesidir.

YÖNTEM

Ocak 2003- Ocak 2009 tarihleri arasında kliniğimizde yüksek anal fistül tanısıyla seton ameliyatı uygulanan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, klinik bulguları, yapılan ameliyat ve klinik takipleri dosyalardan retrospektif olarak tarandı. Hastalara rutin preoperatif rektosigmoidoskopi yapıldı. Ameliyat sırasında anoskopla inspeksiyon altında dış fistül ağzından geçirilen bir stile fistül traktı boyunca ilerletilerek iç ağız bulundu. Dış fistül ağzındaki cilt eksize edilerek fistül traktı küret ile temizlendi. Her iki fistül ağzından geçirilen No 1 polipropilen sütür trakt üzerinden sıkıca bağlandı. Haftalık kontrollerde seton sıkıştırıldı. Setonları düşen hastalar 6 aylık poliklinik kontrollerine çağrılarak nüks ve sfinkter fonksiyonları açısından incelendi. Hastalara bir yıl sonrasında telefonla ulaşılarak şikayetleri değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamıza alınan 21 hastanın 17'si (%81) erkek, 4'ü (%19) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 44 olarak bulundu(21-74 yaş). Hastaların 16'sında (%78) fistül öncesi perianal abse anamnezi ve %15'inde (n:3) diyabetes mellitus saptandı. Nüks perianal fistülü olan 4 hastanın (%19) tümüne dış merkezlerde fistülotomi uygulanmıştı. Ameliyat 3 hastada (%14) genel, 18 hastada (%86) spinal anestezi altında gerçekleştirildi. Setonların düşme süresi ortalama 10 hafta olarak bulundu (6-20 hafta). Hastaların hiçbirinde katı ve sıvı gaita inkontinansı saptanmadı. 2 hastada kalıcı gaz inkontinansı gelişti. Ortalama 43 aylık(5-74 ay) takip süresince nüks saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kesici seton uygulaması; yüksek yerleşimli fistüllerin tedavisinde nüks ve komplikasyon oranlarının düşük olması nedeniyle tercih edilebilir bir tedavi yöntemidir.

P58

Olgu Sunumu: Apendiks Mukoseli

Mehmet Karaduman, Nurullah Damburacı, Cengiz Tavusbay, Burhan Yolcuoğlu,
Emine Özlem Gür, Mehmet Hacıyanlı
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Servisi, İzmir

AMAÇ

Apendiks lümeninin müsinöz sekresyona bağlı olarak lümeninin dilatasyona uğramasına mukosel denilmektedir. Tüm apendektomi spesmenlerinde %0.2-0.5 oranında mukosel görülür. Mukosel; mukozal hiperplazi, müsinöz kistadenoma veya müsinöz kistadenokarsinom şeklinde epiteliyal proliferasyona bağlı olarak histolojik gruplara ayrılırlar. Çalışmamızda akut karın kliniği sebebi ile opere edilen ve patoloji sonucunda nadir gözlenilen apendiks mukoseli saptanan bir hastayı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

Olgu: 31 yaşında bayan hasta. Son 2 aydır olan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan muayenede özellikle sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcut, rebaund saptanmadı. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde bir özellik yoktu. Akciğer grafisi ve ayakta direkt karın grafisinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Batın ultrasonografisinde (USG) sağ alt kadranda uterus ve overler ile ilişkisiz yaklaşık 69 x 39 mm boyutlarında kistik lezyon olduğu, kontrastlı abdomino-pelvik tomografide sağ alt kadranda ince septalar içeren 3 x 7 cm boyutlarında kistik lezyon (omental kist?, overial ve/veya parametrial kist ?) saptandı. Laparatomide apendiks mukoseli saptanarak total olarak çıkartıldı. Patolojik inceleme sonucunda apendiksiyel retansiyon mukoseli saptandı

TARTIŞMA ve SONUÇ

Apendiks mukoselinin tipik bir klinik belirtisi yoktur. Bunun yanında nadir olarak gözlenmesi ve genellikle intraoperatif tanı konulması nedeniyle sağ alt kadranda proplemi ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda da pek düşünülmez. Preoperatif dönemde US veya BT ile saptanılan kistik kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

P59

Senkron Rektum ve Mide Kanseri - Olgu Sunumu

Aylin Hande Gökçe⁽²⁾, Acar Aren⁽²⁾, Gürhan Çelik⁽²⁾, Feridun Suat Gökçe⁽¹⁾, İbrahim Aydın⁽²⁾,
Hakan Tanın⁽²⁾, Ezgi Altınsoy⁽²⁾

1) Balıklı Rum Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S.B.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Gastrointestinal tümör saptanmış ve tümöre yönelik cerrahi planlanan hastaların preoperatif senkron tümör ve metastaz açısından araştırılması gerektiğini hatırlatmak istedik. Nadirde olsa senkron tümör veya metastaz saptandığında tedavi protokolünün değişebileceğini vurguladık.

BULGULAR

74 yaşında halsizlik şikayetiyle polklineğe başvuran erkek hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde derin anemi saptandı. Anemi tetkik amaçlı gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı. Rektumda ve midenin kardial bölümünde kitle saptandı. Kitlelerin histopatolojisi primer rektum ve primer mide adenokarsinomu olarak değerlendirildi. Senkron mide ve rektum kanseri tespit edilmiş olan hastaya aynı seansta total gastrektomi+ roux n y ozofagojejunostomi + low anterior rezeksiyon yapıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tümöre yönelik cerrahi planlanladığımız hastalarda nadir olarak görülse de senkron tümör açısından her hastayı araştırmamız gerektiğini, endikasyonu uygunsa operasyonu tek seansta yapılabileceğini vurgulamak istedik.

P60

**Akut Komplike Olmamış Sigmoid Volvulus Olgularında Tek Aşamalı
Rezeksiyon ve Primer Anastomozun Geçerliliği**

Alper Akcan, Erdoğan Sözüer, Hızır Akyıldız, Bilgehan Poyrazoğlu, Can Küçük, Engin Ok,
Tarık Artış, Yücel Arıtış
Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ

Sigmoid volvulus tedavisi günümüzde hala tartışmalıdır. Bu çalışmadaki amacımız komplike olmamış sigmoid volvulus olgularında Hartman kolostomi ve daha sonra kolostomi kapatılmasından oluşan iki aşamalı yaklaşımlar yerine kolon rezeksiyonu ve anastomozdan oluşan tek aşamalı tedavinin etkinliğini ortaya koymaktır.

YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 1990 ile Ocak 2009 tarihleri arasında komplike olmamış sigmoid volvulus nedeniyle cerrahi uygulanan 186 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Altmışbeş hastaya sigmoid rezeksiyon ve Hartman kolostomi uygulanırken (HK grubu) 121 hastaya sigmoid rezeksiyon ile birlikte primer anastomoz (PA grubu) uygulandı. Hartman prosedürü uygulanan hastalardan 60 tanesinin daha sonra ikinci operasyon ile kolostomileri kapatıldı (HK&KK grubu).

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, cinsiyet, morbidite, komplikasyon nedeniyle reoperasyon gereksinimi, mortalite oranları ve yoğun bakım ünitesinde kalma süresi açısından her üç grup arasında anlamlı fark saptanmazken ($P > 0.05$) HK&KK grubunda hastanede kalma süresi diğer gruplardan anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur ($P < 0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Perforasyon yada gangren ile komplike olmamış sigmoid volvulus olgularında sigmoid rezeksiyon ile birlikte anastomoz uygun tedavi yaklaşımıdır. Tek aşamalı operasyonlar morbidite ve mortaliteyi artırmazken iki aşamalı operasyonlara göre daha kısa hastanede kalma süresine neden olmaktadır.

P61

**Rektosele Eşlik Eden Benign Anorektal Hastalıklarda
Tedavi Yaklaşımı Ne Olmalıdır?**

Osman Yüksel, Sezai Leventoğlu, Utku Yılmaz, Kürşat Dikmen, Hasan Bostancı, B. Bülent Menteş
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Rektoseli olan kadınlarda benign anorektal hastalıklar sık olarak görülmektedir. Rektoselin buradaki rolü tartışmalıdır. Bu çalışmada rektoselin cerrahi tedavisi ile buna eşlik eden benign anorektal hastalıklar üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Rektosele eşlik eden kronik anal fissür ve/veya eksternal veya grade III-IV internal hemoroidal hastalığı olan ve rektosel için cerrahi tedavi uygulanan hastalar çalışmaya alındı. Hastalar daha önce hazırlanmış formlara kayıt edildi. Rektosel tanısı semptomatoloji (ıkınma, vajinal kitle hissi, perineal dijitalasyon, disparoni), bimanuel (rektal, vajinal) muayene ve defekografi ile konuldu. Cerrahi olarak PGA soft mesh ile transperineal onarım uygulandı. Ek anorektal girişim yapılmadı. Postoperatif değerlendirmeler 1., 3., 6. ve 12. aylarda yapıldı.

BULGULAR

Hastaların tamamı bir yılın (ortalama 12-36 ay) üzerinde takip edildi. Yedi hastada rektoselle birlikte kronik anal fissür, 2 hastada rektoselle birlikte grade III internal hemoroidal hastalık, 1 hastada rektoselle birlikte grade IV internal hemoroidal hastalık, 2 hastada rektoselle birlikte eksternal hemoroidal hastalık tespit edilirken 2 hastada ise rektoselle birlikte hem grade III internal hemoroidal hastalık hem de kronik anal fissür tespit edildi. Postoperatif değerlendirmelerde özellikle 3. aydan sonra anal fissür ve hemoroidal hastalık problemlerinde klinik ve objektif olarak belirgin düzelmelerin olduğu tespit edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektoselle birlikte olan kronik anal fissür ve/veya hemoroidal hastalık olgularında; rektosel için yapılacak cerrahi girişimlerin sonucunda bu ek problemlerin ilave cerrahi tedavi yapılmaksızın düzelebileceği, eğer düzelme olmazsa altta yatan obstrüktif konstipasyona yönelik değerlendirmelerin yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

P62

**Yaygın Sakral Hidradenitis Süpürativa Olgusu:
Bilateral Limberg Flep ile Rekonstrüksiyon**

Hasan Bostancı⁽¹⁾, Tevfik Tolga Şahin⁽²⁾, Kürşat Dikmen⁽¹⁾, Osman Yüksel⁽¹⁾

1) Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

2) Iğdır Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Iğdır

AMAÇ

Hidradenitis süpürativa (HS) cilt ve ciltaltı dokunun kronik bir hastalığıdır. Aksiller, inguinal ve anogenital bölgelerde sık görülür. Daha önceleri apokrin bezlerin hastalığı olarak bilinirken günümüzde folliküler hiperkeratoz ve tıkanıklığa bağlı olarak gelişen inflamatuvar bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Medikal tedaviye cevap vermeyen HS olgularında, cerrahi tedavi seçenekleri olarak basit drenajdan geniş eksizyon ve flep yöntemlerine kadar birçok teknik kullanılabilmektedir. Drenaj veya lokal eksizyon ve primer onarım yöntemlerinde nüks oranları son derece yüksek olduğu için, bu tedavi yöntemlerinin uygulanması genellikle önerilmemektedir. Nüks oranlarının en az olduğu radikal cerrahi yöntemlerde ise enfeksiyon ile ilişkili olan apokrin bezlerin tam olarak temizlenmesi amaçlanmaktadır. Bu olgu sunumunda yaygın bir sakral hidradenitis süpürativa olgusunda uygulanan bilateral limberg flep yönteminin veya uygulanabilecek cerrahi tedavi seçeneklerinin tartışılması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

21 yaşında herhangi bir ek sistemik problemi olmayan erkek hasta sakral bölgede olan yaygın akıntılı lezyonlar ile başvurdu. Hastanın şikâyetleri 2 yıl önce başlamıştı ve bu dönemdeki ilk başvurusunda pilonidal sinüs tanısı ile marsupializasyon yapılmıştı. Bu ameliyattan sonra hastalık ilerleyici bir seyir göstermişti. Hastanın hikâyesinden aralıklı apse atakları geçirdiği ve bu apse atak dönemlerinde apseler için drenaj tedavisinin uygulandığı öğrenildi. Fizik muayenede intergluteal bölgede anal girimin 3 cm posterioruna kadar uzanan, her iki gluteal bölgeye doğru uzanım gösteren, yer yer akıntılı sinüs ağızları içeren ve oldukça geniş bir alanı içine alan lezyon tespit edildi. Hastaya mevcut hastalığın yaygınlığı nedeniyle eksizyon sonrası flep ile rekonstrüksiyon planlandı ve çift taraflı limberg flep tercih edildi. Cilt altına konulan vakumlu dren postoperatif 3. günde çekildi. Fekal diversiyon yapılmadı. Postoperatif 15. günde yara yerinde herhangi bir sorun olmaması sonucunda dikişleri alındı. İlk altı aylık takiplerinde herhangi bir problemle karşılaşılmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Folliküler kanalların tıkanması sonucunda folliküler bezlerde genişleme ve sonrasında gelişen bakteriyel enfeksiyonun neden olduğu HS tedavisinde temel amaç tüm hastalıklı dokunun çıkarılmasıdır. Eksizyon sonrası çeşitli flep ve greft teknikleri ile yapılan onarımlar, HS tedavisinde etkin yöntemler olarak kabul edilebilmektedir. Anal bölgeye yakın lezyonlarda en önemli sorun fekal kontaminasyon riskinin yüksek olması ve sonuçta oluşan yara yeri komplikasyonlarının fazlalığıdır. Fakat stomanın hastaya getireceği metabolik ve psikolojik yük göz önünde bulundurulduğunda hasta seçiminin iyi yapılması son derece önemlidir. Bu olguda kontaminasyonun olmayacağı düşünülerek saptırıcı ostomiye gereksinim duyulmadı. Sonuç olarak eksizyon sonrasında uygulanacak bilateral limberg flep yöntemi ile geniş defektlerin kapatılması; hastanın hayat kalitesinde minimal bozulma, etkili yara iyileşme süreci ve düşük nüks oranları nedeniyle yaygın sakral HS olguları için etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

P63

Stapler Hemoroidopeksi Yapılan Hastalarımızın Postop Değerlendirmesi

Gökhan Demiral, Alp Özçelik, Oktay Yener, Yahya Çelik, Bertan Küçük,
Gürhan Güngör, Canan Erengül

SB Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Longo tarafından geliştirilen stapler hemoroidopeksi yöntemi rektal mukoza ve submukozayı çepe çevre çıkartıp anastomoz yapma ve aynı zamanda prolabe olan anorektal mukozayı linea dentata seviyesinin üzerine çıkartma tekniğine dayanır (1). Klasik açık ve kapalı hemoroidektomi tekniklerine daha az postoperatif ağrı ve daha kısa sürede normal aktiviteye dönüş gibi üstünlükleri olduğu gösterilen bu tekniğin kullanımı son yıllarda giderek artmıştır (2).

YÖNTEM

Ocak 2006-Aralık 2008 tarihleri arasında hastanemiz 2. Genel Cerrahi Kliniğine başvuran ve Longo tekniği uygulanan 12'si erkek 21 hastanın cinsiyet, semptom, predispozan faktörler, ameliyat sonrası vizüel analog skalaya (VAS) göre ağrı skoru ve komplikasyon gibi bilgileri özel olarak hazırlanmış formlara prospektif olarak kaydedildi ve hastalar kontrole çağrılarak ameliyat hakkındaki düşünceleri sorulup anoskopi eşliğinde muayeneleri yapıldı. Hasta memnuniyetini belirlemek için hastalardan ameliyat ile ilgili düşüncelerini memnun değilim, fena değil, iyi ve memnunun şeklinde dört seçenekten birini seçerek belirtmeleri istendi.

BULGULAR

Başvuru anında en sık şikayetler sırasıyla makattan kanama (17, %80.9), ele meme gelmesi (15, %71), kabızlık (14, %66) ve ağrı (14, %66) idi. Fizik muayenede 15 (%71) hastada 3° internal hemoroid, 6 (%28) hastada ise mukozal prolapsus belirlendi. 17 (%80.9) hastanın ameliyat sonrası hiçbir şikayeti kalmadı. Komplikasyonlar postop ağrı (5, %23), kanama (4, %19), kaşıntı (4, %19), lekelenme (3, %14), perianal skin tag (3, %14) ve anal darlık (1, %4) idi. Prolapsus nedeniyle opere edilenlerin hiçbirinde nüks gözlenmedi. 4 (%19) hastada post op grade 2 hemoroid pakeleri tesbit edildi. 1 hasta da ise Crohn hastalığı tesbit edildi. Darlık gelişen hastaya buji dilatasyon uygulandı. 18 (%85) hasta operasyondan memnun olduğunu, 2 (%9) hasta fena olmadığını, 1 hasta ise memnun olmadığını belirtti.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hemoroidal pakelerin bağlanması ve eksizyonundan oluşan konvansiyonel teknikler hala dünyada en sık kullanılan yöntemler olup uzun zamandır 3 ve 4° hemoroidlerin tedavisinde altın standart olarak sunulmaktadır (3). Bu yöntemlerin oldukça iyi ve uzun dönem sonuçları bilindiği için çok ağırlı tedaviler olmalarına karşın yeni girişimler henüz standart tedavi olarak kabul edilmemiştir. Ancak sirküler staplerle hemoroidopeksi hem mantık hem de teknik olarak hemoroid tedavisinde devrim niteliğindedir ve gelecekte geleneksel tekniklerin yerini alabilir (4). Literatürde Longo tekniğinin komplikasyon oranı %6.4-31 arasında sunulmuştur (5). Serimizde gelişen komplikasyon oranları literatürle kıyaslanabilir ve basit yöntemlerle tedavi edilebilir niteliktedir. Bu girişimle ilgili rektovajinal fistül (6), pelvik sepsis (7), rektal obstrüksiyon (8) ve rektal perforasyon (9) gibi ciddi ve hayatı tehdit edici nadir komplikasyonlar bildirilmektedir. Ancak bu komplikasyonların çoğu mukoza-submukozaya konulması gereken sütürlerin tam kat alınması gibi cerrahi tekniğe bağlı gelişen komplikasyonlardır. Nüks oranları hakkında konvansiyonel cerrahi teknikler kadar uzun dönem sonuçları olmasa da, Longo yöntemi 3 ve 4° derece internal hemoroidlerin ve mukozal prolapsusların tedavisinde gündelik aktiviteye erken dönüş ve yüksek hasta memnuniyeti sağlayan iyi bir alternatiftir. Uzun dönem sonuçlarının hemoroidektomilerle kıyaslanabilir olduğu tespit edilirse bu yöntem 3 ve 4° hemoroidlerin tedavisinde altın standart olabilir.

P64

Tam Kat Rektal Prolapsus Cerrahi Tedavisinde Rektopeksi ve Rektopeksi ile Birlikte Sigmoid Rezeksiyonun Karşılaştırılması

Erdoğan Sözüer, Alper Akcan, Bilgehan Poyrazoğlu, Hızır Akyıldız, Can Küçük, Engin Ok,
Zeki Yılmaz, Yücel Artaş
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ

Rektal prolapsus (RP) rektumun anüsten protrüde olmasıdır. Bizde çalışmamızda tam kat RP nedeniyle opere edilerek sadece sentetik materyal ile rektopeksi uygulanan olgularla rektopeksiye ek olarak sigmoid rezeksiyon uygulanan hastaların cerrahi tedavi sonuçlarını karşılaştırmayı, böylece kolon rezeksiyonunun gerekliliğini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

Ocak 2000 ile Ocak 2009 tarihleri arasında kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilerek rektopeksi uygulanan 45 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Bu olguların 29 tanesine sadece sentetik yama ile rektopeksi (Grup I) uygulanırken 16 olguya rektopeksinin yanısıra sigmoid rezeksiyon (Grup II) uygulandı.

BULGULAR

Grup I'deki olguların 20 tanesi kadın olup yaş ortalaması $53,6 \pm 13,3$ iken Grup II'deki olguların 10 tanesi kadın, 6 tanesi erkek olup yaş ortalaması $56,2 \pm 14,7$ idi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve eşlik eden hastalık yönünden anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Gruplar geçirilmiş cerrahi yönünden karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Cerrahi sonrası en sık cerrahi komplikasyonlar yara enfeksiyonu ve atelettazi olup gruplar arasında fark yoktu ($p>0,05$). Gruplar arasında komplikasyon, hastanede kalma süresi açısından istatistik olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Hastalara uygulanan cerrahi süresi grup I'de ortalama 67 ± 29 dakika iken Grup II'de 109 ± 33 dakika olup gruplar arasında istatistik olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Olguların ortalama takip süreleri 22 ay (aralık, 4-44 ay) olup her iki grupta da yineleme saptanmamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektal prolapsus cerrahisi sonrası başarının göstergesi yineleme olmaması olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda takipte hiç tam kat yineleme saptanmamış ancak sadece rektopeksi uygulanan bir olguda mukozal prolapsus gelişmiştir. Bu çalışma retrospektif olması ve hasta sayısının az olması şeklinde kısıtlılıklara sahip olmakla birlikte sigmoid rezeksiyon çalışmamızda komplikasyon gelişimini artırmamıştır. Bu nedenle kolonun normalden uzun olduğu ve bu nedenle volvulusa ya da köşelenmeye neden olabilecek olgularda ciddi konstipasyonun eşlik ettiği olgularda uygulanabilir.

P65

**Postoperatif Peritoneal Adezyonların Önlenmesinde
Keten Yağının Etkinliği**

Erhan Ayşan, Hasan Bektaş, Feyzullah Ersöz

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Peritoneal yüzeylerin keten yağı ile kaplanması, peritoneal travmayı önleme yoluyla adezyonların oluşumun azaltmaktadır.

YÖNTEM

Kırk Wistar albino dişi sıçan dört eşit gruba ayrıldı. Grup-1’de peritoneal kavite içine keten yağı enjekte edildi. Grup-2’de sadece adezyon modeli oluşturuldu. Grup-3’de peritoneal yüzeyler 0.1ml keten yağı ile kaplandıktan sonra, Grup-4’de ise kaplanmadan önce adezyon modeli uygulandı. Sıçanlar postop 10. gün sakrifiye edilerek adezyonlar skorlandı.

BULGULAR

Grup-1, 3 ve 4’ün makroskobik adezyon skorları grup-2 ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.001$). Ancak bu grupların değerleri kendi aralarında karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Keten yağı hem travma öncesi, hem de travma sonrası uygulandığında peritoneal adezyonları azaltmaktadır. Ancak travma öncesinde uygulandığında daha etkindir.

P66

**İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları ve Cerrahi Tedavisi:
Retrospektif Değerlendirme**

Ömer Faruk Özkan⁽¹⁾, Neşet Köksal⁽¹⁾, Bülent Yaşar⁽²⁾, Yusuf Günerhan⁽³⁾, Mehmet Ali Uzun⁽¹⁾,
Atilla Çelik⁽¹⁾, Ediz Altınlı⁽¹⁾, Münire Kayıhan⁽¹⁾, Rüştü Kurt⁽¹⁾, Ersin Ergün⁽¹⁾,
Ayşe Oya Kurdaş Övünç⁽²⁾

1) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

2) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

3) Kafkas Üniversitesi, Tıp Fakültesi

AMAÇ

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH), nedeni bilinmeyen, aktivasyon ve remisyonlarla seyreden, gastrointestinal kanalın kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Hastalığın bilinen iki formu ülseratif kolit (ÜK) ve crohn hastalığı (CH)'dir. Medikal tedavideki ilerlemelere rağmen, ülseratif kolit hastalarının %30-40'ı, crohn hastalarının %70-80'i, hayatları boyunca en az bir defa cerrahi müdahaleye ihtiyaç duymaktadır.

YÖNTEM

2004- 2009 yılları arasındainflamatuvar bağırsak hastalığı tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, hastalık tipi, hastalığın yerleşim yeri, cerrahi endikasyonları, uygulanan cerrahi modaliteleri, morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi

BULGULAR

8 ÜK, 15 CH olmak üzere 23 hasta değerlendirmeye alındı. ÜK'li hastaların yaş ortalaması 35.3(16-70), erkek-kadın oranı 4/4 idi. Hastaların 2'sinde sol kolon tutulumu, 6'sında pankolit mevcuttu. Cerrahi tedavi endikasyonu 6 hastada medikal tedaviye cevapsızlık, 1 hastada perforasyon ve 1 hastada displazi varlığı idi Beş hastaya total proktokolektomi + J poş ilioanal anatomo + saptırıcı ileostomi, bir hastaya total proktokolektomi + uç ileostomi yapıldı. 2 hastaya subtotal kolektomi + ileostomi uygulandı. Tüm hastaların ileostomileri postoperatif 3. ayda kapatıldı. Crohn hastalarının yaş ortalaması 33.0(18-58). erkek-kadın oranı 9/6 idi. 7 hastada ileokolonik sekiz hastada incebağırsak tutulumu saptandı. Cerrahi tedavi endikasyonları; 9 hastada obstrüksiyona neden olan striktür, 6 hastada fistül idi. Bir hastada ilaveten batın içi abse mevcuttu. 10 hastaya segmenter ince bağırsak rezeksiyonu uç uca anastomoz, 5 hastaya sağ hemikolektomi-ileotransversostomi yapıldı. 23 hastanın 5'inde(%21.7) postoperatif yara yeri enfeksiyonu görüldü. Mortalite görülmedi. Hastaların takiplerinde ciddi bir sorun saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında uygun endikasyonda cerrahi tedavi güvenilir bir yöntemdir. Cerrahi tedavi kararı ve hastaların takibi multidisipliner yaklaşım gerektirir.

P67

Kolorektal Kanserlerde Ameliyat Sonrası CEA Değerlerindeki Değişimlerin Survival ile İlişkisi

Nail Ersöz⁽¹⁾, İlker Sücüllü⁽³⁾, Ali Harlak⁽¹⁾, İsmail Özerhan⁽¹⁾, Mustafa Öztürk⁽⁴⁾, Tuncer Çaycı⁽²⁾, Özcan Altınel⁽¹⁾, Özer Tahir⁽¹⁾, Sezai Demirbaş⁽¹⁾, Sadettin Çetiner⁽¹⁾

1) GATA, Genel Cerrahi, Ankara

2) GATA, Biyokimya, Ankara

3) GATA, Genel Cerrahi, İstanbul

4) GATA, Tıbbi Onkoloji, Ankara

AMAÇ

CEA kolorektal kanserlerde yaygın olarak kullanılan bir tümör markeridir. Çalışmamızda kolorektal kanserlerde ameliyat sonrası cea düzeylerindeki değişimlerin survival üzerindeki etkilerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

2000-2009 yılları arasındaki 337 hastanın, yaş, cinsiyet, tümör yeri, preoperatif ve postoperatif ilk altı aydaki cea düzeyleri, postoperatif olarak T, N, M evreleri, retrospektif olarak veritabanına girildi. Cea düzeylerindeki değişim 4 gruba ayrıldı. 1.grup: preop ve postop cea ≤ 5ng/ml, 2. grup: preop cea ≤ 5ng/ml ve postop cea > 5ng/ml 3. grup: preop ve postop cea > 5ng/ml 4. grup: preop cea > 5 ve postop cea ≤ 5ng/ml Gruplar arasındaki survival farklılıkları ve bunu etkileyen faktörler istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR

201 erkek ve 136 kadından oluşan populasyonun yaş ortalaması 64,28 yıl olarak saptandı. Cea değişkenlik gruplarının evrelendirmede N evresi ile (p ≤ 0,001), M evresi ile (p ≤ 0,001) istatistiksel anlamlılıkları mevcut iken T evresi, cinsiyet ve yaş grupları ile anlamlılık saptanmamıştır. Grupların survival ile yapılan istatistiksel değerlendirilmesinde ortalama hayatta kalma birinci grupta 30,09 ay, 2. grupta 19,92 ay, üçüncü grupta 22,15 ay, dördüncü grupta ise 24,35 ay olarak saptanmış ve bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (p ≤ 0,001)

TARTIŞMA ve SONUÇ

CEA düzeyleri kolorektal kanserlerde radikal cerrahi öncesi ve sonrasında yapılan takiplerde prognostik gösterge olarak kullanılmaktadır. Preoperatif ve postoperatif değerlerdeki yükseklik postoperatif lehine geliyorsa yapılan cerrahinin tekrar gözden geçirilmesini gerektirmektedir. Özellikle de cerrahi sonrası takiplerdeki süregelen yükseklikleri nöksleri göstermesi yönüyle çok önemlidir.

P68

**Anal ve Perianal Bölge Yanıklarında Gaita
Kontaminasyonunun Engellenmesi**

Şehriban Erdem, Simge Bursalı, Fusun Afşar, Yeliz Öztörün, Faruk Gülümser,
Murat Güven, M. Tahir Oruç
Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Anal ve perianal bölge yanıkları seyrek görülen yanıklardır. Gaita kontaminasyonu bu yanıklarda en önemli sorundur. Küçük yanıklarda uyguladığımız defekasyon sonrası temizlik ve yara bölgesinin antibiyotikli pansumanla kapatılması büyük ve alt ekstremiteleri de içine alan yanıklarda yeterli olmamakta ve her defekasyondan sonra, uzun, zahmetli pansuman değişimleri gerekmektedir. Kullanılan konservatif yöntemler yetersiz kaldığında uygulanabilecek bir diğer yöntem hastaya kolostomi açılmasıdır. Doğru seçilmiş kolostomi türü hem yanık yarasının olduğu bölgeye gaita bulaşını engeller hem de hastanın iyileşme sürecini hızlandırır.

YÖNTEM

Hastanemize Şubat 2008 ile Mart 2009 tarihleri arasında yanık nedeniyle toplam 63 hasta yatırıldı. Hastaların yaş ortalamaları 35,7 (1-89), erkek/kadın oranı 47/16 idi. Anal ve perianal bölge yanığı olan 15 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastalarda gaita kontaminasyonunu önlemek amacıyla çeşitli yöntemler kullanılmıştır (3'ünde fekal yönetim sistemi, 11'inde sürgü, komut, klozet ve pansuman, 1'inde de transvers loop kolostomi).

BULGULAR

Kullandığımız yöntemler maliyet, malzemelerin kullanıma uygunluğu, hasta için avantajlar ve dezavantajlar, çalışan personelin zaman ve enerji kaybı gibi parametreler açısından karşılaştırıldı. Bu yöntemler arasında kolostomi uygulamasının en uygun yöntem olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Gaita kontaminasyonu anal ve perianal bölge yanığı olan hastalarda enfeksiyon riski nedeniyle morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir faktördür. Bu nedenle bu hastalarda gaita bulaşının önlenmesi tedavinin en önemli parçasıdır. Bizim deneyimimizde transvers loop kolostomi uygulaması, bu yöntemler içinde gaita bulaşından korunma ve enfeksiyon riskinin önlenmesi açısından en uygun yöntem olarak değerlendirilmiştir.

P69

Sigmoid Kolon Tümörünün Kolonoskopik Perforasyonu

Fuat İpekçi, Hüseyin Toptay, Nejat Akyıldız, Lütfi Dalkılıç, Hüseyin Oğuzhan İnan,
Ender Bademkiran

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Endoskopik işlemler sonrası kolonun perforasyonu nadir görülmesine rağmen, kolonoskopik tetkik sayısının artışına bağlı olarak endoskopik kolon perforasyonu giderek daha da fazla önem kazanan bir durum haline gelmiştir. Risk faktörlerini tanımak ve en uygun tedaviyi vermek perforasyon sıklığını ve ciddi komplikasyonları azaltır. Bu çalışmada kolonoskopi sırasında sigmoid kolonda perforasyon oluşan bir olguyu sunmayı ve bu konunun önemini vurgulamayı amaçladık.

YÖNTEM

Olgu 88 yaşındaki F.D. ye anemi etyolojisini ortaya koymak için kolonoskopi yapılmış. Kolonoskopisinde sol splenik flexuraya yakın yerleşimli tüm barsağı çepeçevre saran kitle saptanmış. Kitlenin oldukça fragil olduğu ve buradan multiple biyopsiler alındığı rapor edilmiş. Kolonoskopiden sonra yaygın karın ağrısı gelişen olgu bize konsülte edildi. Çekilen ayakta direk batın grafisinde diafram altında serbest hava görülmesi, karında yaygın defans olması üzerine “akut batın ön tanısıyla”; 17.11.2008 tarihinde acil operasyona alındı.

BULGULAR

Karın orta hatla açıldı. Eksplorasyonda splenik fleksura tümörü saptandı. Anti mezenterik kenarda da perforasyon deliği görüldü. Çok az peritoneal kontaminasyon vardı. Genişletilmiş sol hemikolektomi yapıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tanısal kolonoskopi sırasında perforasyon mekanik basınç ya da hava basıncı sebebi ile oluşabilir. Mekanik perforasyon skopi cihazının gövdesinin aşırı bir gerginlik oluşturması sebebi ile veya kolonoskopi cihazının kenarının döngüsel hareketi ile oluşabilir. Bu perforasyonlar genellikle sigmoid kolonun anti mezenterik kenarında veya obstrüktif bir tümörün bulunduğu bölgelerde meydana gelir. Sonuç Tanısal veya tedavi amaçlı yapılan kolonoskopiler tecrübeli ellerde yapılmalıdır. İşlem sonrası izlem şarttır. Perforasyon olduğunda periton bulaşının az olduğu durumlarda tıbbi tedavi veya endoskopik klipslemek yeterli olabilir. Peritonit bulguları olan hastalar cerrahi olarak tedavi edilmelidirler.

P70

**Tranvers Kolon Distalinde Lokalize Bir Tümörün Olağandışı Klinik Seyri;
Olgu Sunumu**

Fevzi Celayir, Hakan Köksal, Ayça Hacıoğlu, Adnan Hacım, Korhan Mercan,
Bülent Yıldırım, Adil Baykan
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Transvers kolon tümörleri tüm kolorektal kanserlerin yaklaşık % 10'nu oluşturur. Tanı genellikle geç konulur. Hastaların % 25 – 50'si obstrüksiyon, fistülizasyon ya da perforasyonla başvururlar. Cilde fistülizasyonlar veya retroperitoneal abselere neden olabilirler. Çalışmamızda splenik fleksura yakınlarında, transvers kolon yerleşimli, cilde fistülize olmuş kolon kanserli olguda; yapılan geniş rezeksiyonlara ve 7 kür kemoterapi almasına rağmen; her seferinde tekrarlayan yeni batin içi ve cilt metastazları nedeniyle 6 kez daha ameliyat edilen olguyu irdeledik.

YÖNTEM

55 yaşında kadın hasta cilde fistülize olmuş, sol üst kadran yerleşimli tümör nedeniyle Haziran 2006 tarihinde kliniğimize yatırıldı.

BULGULAR

Çekilen BT de transvers kolon distalinden splenik fleksuraya ulaşan lokalizasyonda 7 * 8 cm boyutlarında kitle saptandı. Mide ile arasındaki planlar silinmişti. Kolonoskopide splenik fleksuradan başlayan tümör görüldü. Patalojisi adenokarsinom olarak geldi. Genişletilmiş sol hemikolektomi + Mide wedge rezeksiyonu + cilde fistülize olan bölüm dahil cilt eksizyonu yapıldı. Cerrahi sınırlar temizdi. Kontrollerinde CEA'nın tekrar yükselmesi nedeniyle BT yapıldı. Batin ön duvarında nüks belirlendi. Kasım 2006 da kitle eksizyonu uygulandı. Mart 2007 de rutin kontrollerde saptanan CEA yükselince BT çekildi. Batin ön duvarında ve midede nüks görüldü. Kitle eksizyonu + mide wedge rezeksiyonu + segmenter jejunum rezeksiyonu yapıldı. Haziran 2008 de CEA'sının tekrar yükselmesi nedeniyle BT tekrarlandı. Batin ön duvarı rezeksiyonu + genişletilmiş subtotal gastrektomi + segmenter karaciğer rezeksiyonu + sol 11 ve 12.kot parsiyel rezeksiyonu + kısa ans retrokolik gastrojejunostomi uygulandı. Aralık 2008 de aynı nedenlerle parsiyel sternum rezeksiyonu + sol 8, 9 ve 10. kot parsiyel rezeksiyonu + diafragma primer tamiri + mide wedge rezeksiyonu + parsiyel karaciğer rezeksiyonu + segmenter ince barsak rezeksiyonu + yan yana anastomoz + sol toraks KSAD uygulandı. Mart 2009 da ise CEA yükselince BT ve Pet BT yapıldı. 2 adet batin içi metastatik kitle saptandı. Hastaya parsiyel 7.kot rezeksiyonu + parsiyel jejunum rezeksiyonu + Roux en Y gastrojejunostomi + primer diafragma tamiri ve sol toraks KSAD yapıldı. Hasta kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tüm kolorektal kanserler incelendiğinde cilt metatazı % 4 gibi seyrek oranlardadır. Transvers kolon ve splenik fleksura kanserlerinde ise daha siktir. Tanıda BT, Pet BT ve kolonoskopi faydalıdır. Tedavi temiz cerrahi sınırları amaçlayan cerrahi ve kemoterapidir. Olgumuzdaki gibi, bu kadar sık ve sıradışı lokal nüksler nedeniyle reoperasyon gerektiren bir başka hasta literatürde saptanmamıştır.

P71

Primeri Mandibula Metastazı Olan Nadir Bir Rektum Karsinoma Olgusu

Fuat İpekci, Lütfi Dalkılıç, Hüseyin Toptay, Oğuzhan İnan, Sedat Tan
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Kolorektal karsinomlardan, sağ kolon tümörleri; halsizlik, gaitada gizli kan, anemi; sol kolon tümörleri ise kabızlık, barsak alışkanlığında değişiklik, hemorid, gizli ve/veya açık kanamalar şeklinde semptomlara neden olurlar. İyi bir anamnez ve şüphe halinde ileri tetkiklerle tanıları elektif konabilir. Yada neden oldukları obstruksiyon tablosuyla acil şartlarda tanıları konabilir Biz bu anlatılanların dışında, çene ağrısı ile polikliniğe müracat eden ve primer olarak ramus mandibula metastazı saptanıp, esas odağın rektal karsinom olduğu tespit edilen olguyu literatür ışığında sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

OLGU: 54 yaşında K.A.. Çene ağrısı nedeni ile polikliniğe 02-08-2006 tarihinde müracatla tetkike alındı.

BULGULAR

Kranial MRG de, mandibula ramusuna uyan lokalizasyonda masseter kası ile pterigoid kası arasında T1 ağırlıklı imajlarda izointens ve hiperintens odaklar içeren kitle lezyonu saptandı. Maksillofasial spiral BT de, sağ ramus mandibulada kemik yapıda yer yer litik alanlara neden olan kalsifikasyonlar ve yumşak doku kitlesi izlendi. Sağ mandibula ramusundan biopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede olgu, adenokarsinom metastazı olarak değerlendirildi. İmmünohistokimyasal çalışmada TTF-1 (-),sitokeratin 7 ve sitokeratin 20 (+).Primer odak olarak öncelikle GİS'in değerlendirilmesi önerildi. Yapılan Üst Gis Endoskopisinde mide korpus proximalinde 2-3 mm büyüklüğünde global yapıda tümseklik görüldü. Biopsi alındı. Histopatolojisi kronik gastrit olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan rektal tuşesinde yaklaşık 5.cm de kitle palpe edildi. Alt Gis endoskopisinde 5.cmde 2-2.5 cm büyüklüğünde polipoid yapıda kitle görülerek biopsiler alındı. Histopatolojik incelemede alınan materyalin orta derecede differansiye adenokarsinom olduğu ve primer odağın rektum olduğunu ortaya koydu. Ameliyatı kabul etmeyen hasta hali ile taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Litaratürde 1938 ile 1985 yılları arasında bizim olgumuzdaki gibi önceliği mandibula metastazı olan ve orjinleri ayrı ayrı meme, akciğer ve kolon olan toplam 3 olgu bildirilmiştir. Bu rakamlarda bizim olgumuzun ne kadar az ve ilginç bir olgu olduğunu göstermektedir.

P72

Erişkinlerde Görülen İntestinal İnvajinasyonların Klinik Seyri

Ali Harlak⁽²⁾, Öner Menteş⁽²⁾, Gürkan Öztürk⁽¹⁾, Özcan Altınel⁽²⁾, Tahir Özer⁽²⁾, Sezai Demirbaş⁽²⁾,
Nail Ersöz⁽²⁾, A. Kağan Coşkun⁽²⁾, Taner Yiğit⁽²⁾

1) Erzurum Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

2) Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

İntestinal invajinasyonlar sıklıkla çocuklarda özellikle de 2 yaş altında görülürken yetişkinlerde nadirdir. Bu nedenle literatürde geniş hasta serilerine ait veriler yoktur ve tedavi algoritmaları ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Sıklıkla duvar kaynaklı lümen içi patolojilere sekonder gelişen invajinasyonlarda hastalar karın ağrısı, bulantı kusma ve ileus bulguları ile başvururlar.

YÖNTEM

GATA, Ankara ve Atatürk Üniversitesi, Erzurum Genel Cerrahi kliniklerinde 1993 ile 2007 yılları arasında intestinal invajinasyon tanısı ile takip ve tedavi edilen 33 erişkin hastaya ait veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 36,5 yıl (16–80) olarak hesaplandı. Yirmidört hastada ince barsakta, 5 hastada ileokolik ve 4 hastada kolon seviyesinde invajinasyon saptandı. Yirmiiki hastada barsak rezeksiyonu ve anastomoz, 7 hastada deinvajinasyon ve 4 hastada deinvajinasyonu takiben enterotomi, polip eksizyonu ve primer tamir uygulandı. Deinvajinasyon yapılan bir hastada invajinasyon tekrar ortaya çıktı ve relaparotomi uygulandı. Diğer hastalarda herhangi bir major komplikasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Erişkinlerde intestinal invajinasyon tanısında ilk adım, bu yaş grubunda da hastalığın görülebileceğinin akılda tutulmasıdır. Sıklıkla uygulanan tedavi rezeksiyon ve anastomozdur. Deinvajinasyonla ilgili tartışmalar devam etmektedir.

P73

Kolorektal Cerrahide Kompresyon Anastamoz Tekniği

Atilla Çökmez, Kemal Atahan, Esra Akça, Ercüment Tarcan
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Kolorektal cerrahi de konvansiyonel dairesel stapler uygulamaları uzun yıllardır başarıyla yapılmaktadır. Ancak bu uygulamalarda anastamoz da yabancı cisim kalmasına bağlı olarak daha sonra gelişen striktürler büyük problemler yaratabilmektedir. Son yıllarda kompresyon anastamoz cihazları ile yapılan anastamozlar bu sorunu gidermede yardımcı olmuştur. Cihazlar önce deneysel çalışmalarda başarıyla kullanılmış daha sonra klinik çalışmalar başlatılmıştır.

YÖNTEM

Kliniğimizde ardışık olarak opere edilen 10 kolon tümörlü olgunun anastamozlarında NITI CAR 27 kullanıldı. Olguların 2si transvers kolon tümörü 8 tanesi sigmoid kolon tümörü idi.

BULGULAR

Cihaz tüm olgularda sorunsuz olarak uygulandı. Cihazın operasyon esnasında anastamoz bölgesinde kalan parçası 4 hastada 8. gün 4 hastada 9. gün 2 hastada da 21. gün defakasyon ile atıldı. 21. gün atılan 2 hasta önceden kolostomi açılmış hastalardı. Intraoperatif ve postoperatif olarak hastalarda herhangi bir problem gelişmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kompresyon anastamoz staplerleri, anastamozda yabancı cisim bırakılması ve buna bağlı striktürlerim önlemesi yönleriyle konvansiyonel dairesel stapler cihazlarına göre kullanım avantajı sunabilirler.

P74

Perfore Sigmoid Divertikülitlerde (Hinchey 3-4) Cerrahi Tercihlerimiz

Sinan Karakoç, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Bülent Çitgez,
Süleyman Öden, Cabbar Kartal

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Kolon divertikülleri insidansı yaşın artmasıyla paralellik gösterir ve 80 li yaşlarda bu oran populasyonun %90-95 ine ulaşır. Kolon divertikülitlerinin en sık komplikasyonu divertikülitlerdir. Divertikülitlerin gruplandırılmasında Hinchey sınıflaması kullanılmaktadır. Hinchey 1-2 de genellikle medikal yaklaşım ile tedavi edilirken Hinchey 3-4 de cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulur. Cerrahi müdahale tek aşamalı veya iki aşamalı kolon rezeksiyonu şeklinde yapılmaktadır. Literatürde hangi yöntemin yapılacağına dair kesin bir fikir birliği oluşmamıştır.

YÖNTEM

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi kliniğinde 2003 – 2008 yılları arasında kolon divertikülit sebebiyle interne edilerek tedavi edilen hastaları retrospektif olarak incelendik. Araştırmamızda; yapılan ameliyat tipi, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastaların seyri incelendi.

BULGULAR

Kırkiki hasta kolon divertikülit sebebiyle yatırılmış olup 11 hastaya cerrahi müdahale yapıldı. Hinchey sınıflamasına göre 6 hasta Hinchey 3, 5 hasta ise Hinchey 4 olarak değerlendirildi. Hinchey 3 grubundaki 4 hastaya segmenter rezeksiyon+anastomoz, 1 hastaya segmenter rezeksiyon+anastomoz ve koruyucu loop kolostomi yapıldı. 1 hastaya da Hartmann prosedürü uygulandı. Tek aşamalı rezeksiyon yapılan olguların hiçbirinde anastomoz kaçağı olmadı. Hartmann prosedürü uygulanan 1 hasta postoperatif birinci gününde multiorgan yetmezliği sonucu ex oldu. Diğer 5 hastada postoperatif komplikasyon görülmedi. Hinchey 4 deki bütün hastalara Hartmann prosedürü uygulandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolon divertikülit perforasyonu morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Perforasyon sonrasında peritonite bağlı sepsis gelişebilmesinden dolayı erken tanı ve cerrahi müdahale stratejik önem taşımaktadır. Birçok klinikte Hinchey 3 ve 4 de tek veya çift aşamalı olmak üzere farklı yaklaşımlar vardır. Tek ve çift aşamalı operasyonların birbirine karşı avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Tek aşamalı operasyonun avantajı hastaya yüklenecek ikinci bir ameliyata ait mortalite ve morbiditeden korumaktır; dezavantajı ise anastomozdaki kaçak riskidir. Hartmann prosedüründe ise ikinci bir operasyona ihtiyaç duyulmaktadır ancak ilk planda daha güvenilir bir ameliyat metodudur. Bu çalışmanın sonuçları ışığında Hinchey 3 olarak değerlendirilen olgularda genel durum ve yandaş hastalıkları elveriyorsa, ilk planda tek aşamalı kolon rezeksiyonu yapılmasının Hinchey 4 grubundaki olgularda ise Hartmann prosedürünün uygulanmasının daha yararlı olacağı düşüncesindeyiz.

P75

Ender Görülen Kist Hidatik Lokalizasyonu- İleum Mezenterinde Kist Hidatik

Hakan Özkan, Acar Aren, Hande Gökçe, Alper Şağban, Hakan Tanın, Ezgi Altınsoy
Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

AMAÇ

Kist hidatik, Echinococcus granulosus, Echinococcus multilocularis ve Echinococcus vogeli'nin oluşturduğu; sıklıkla karaciğer ve akciğerde yerleşim gösteren paraziter zoonotik bir hastalıktır. Vücudun diğer kısımlarında ender görülür

YÖNTEM

Ender görülen bir lokalizasyon olarak ileum mezenterinde kistik kitle nedeniyle opere ettiğimiz ve patolojik tanısı hidatik kistle uyumlu gelen vakamızı sunuyoruz.

BULGULAR

53 yaşında bayan hasta, özellikle yemeklerden sonra başlayan karın ağrısı karında şişkinlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın ek hastalığı yoktu ve daha önce geçirilmiş operasyonu yoktu. Fizik muayenesinde umbilikus hizasında ele gelen kitle mevcuttu. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özellik yoktu. Hastanın çekilen batin BT sinde ince bağırsak mezenterinde 7*7 cm lik kistik kitle saptandı. Hastanın alınan rutin laboratuvar tahlillerinde özellik yoktu. Batında kitle tanısıyla hasta operasyona alındı. Eksplorasyonda ileum mezenterinde yaklaşık 8*8 cm lik mezenterden yarı kısmı ekzofitik şekilde dışarıda gözlenen kistik kitle gözlendi. Kitle künt ve keskin disseksiyon ile mezenterden ayrıştırıldı. Kitle kapsülü ile total olarak eksize edildi. Postoperatif 1. gün hastanın nazogastrik sondası alındı. Hastaya oral gıda başlandı. Postoperatif 2. gün hasta taburcu edildi. Piyesin patolojik tanısı hidatik kist ile uyumlu geldi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kist hidatik kişide kimi zaman herhangi bir bulgu vermeyebilir. Hastalığın başlarında kistin küçük olduğu dönemlerde uzun yıllar boyunca asemptomatik seyredebilir. Fakat kist büyüdükçe; bulunduğu bölgeye ve oluşturduğu basıya göre belirtiler ortaya çıkar. Kistin rüptüre olması durumunda allerjik reaksiyonlar ortaya çıkar. Karında kistik kitle saptandığı takdirde bu hastalarda kist hangi organda olursa olsun kist hidatik akla gelmelidir. Hidatik kiste yönelik ek laboratuvar tetkikleri de hazırlık olarak yapılmalı operasyon esnasında hidatik kiste yönelik önlemler alınmalıdır.

P76**Hamilelikte Tıkalı Sigmoid Kolon Kanseri**Ünal Sabancı*Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van***AMAÇ**

Sağ kolon kanserleri daha çok kanamaya bağlı şikayetler yaratırken, sol kolon kanserleri tıkanmaya bağlı semptomlar oluşturmaktadır. Hamilelikte hormonların ve büyüyen uterusun etkisiyle konstipasyon sık rastlanan bir semptomdur. Tıkalı bir sol kolon tümörü hamilelik esnasında ortaya çıktığında tanı gecikmeler olabilmekte ve hastalığın evresi ilerleyebilmektedir. Bu çalışmanın amacı; böyle bir olguyu sunarak konuyu tartışmaktır.

YÖNTEM

Olgu sunumu

BULGULAR

43 Yaşında bayan hasta, karın ağrısı, karında ileri derecede şişkinlik, kusma, gaz gaita çıkaramama şikayetleri ile başvurdu. 18 gün önce vajinal yoldan 10. Çocuğunu normal doğuran hasta doğumdan itibaren hiç gaz gaita çıkaramadığını ifade ediyor. Karın ağrısının ve şişliğin ileri derecede artması üzerine başvurduğu II. Kademe Sağlık Kuruluşunda herhangi bir cerrahi girişim yapılmaksızın 1 hafta süreyle yatırılıp takip edilen hasta daha sonra bize sevk edilmiş. Hastanın yapılan muayenesinde; Batın ileri derecede distandü, Palpasyonda batın tüm kadrantları hassas, Barsak sesleri hipoaktif olarak bulundu. Tuşede rektum boş idi. Lökositoz ve hafif anemi dışında kan biyokimyasında patolojik bulgu saptanmadı. ADBG de multiple hava-sıvı seviyeleri mevcuttu. NG sonda ile aspirasyon yapıldı. Gelen içerik fekaloid idi. Batın gazları çok artmış olduğundan US ile bir değerlendirme yapılamadı. Hasta acil operasyona alındı. Ekplorasyon bulgusu olarak Sigmoid kolonu tam olarak tıkayan, serozayı atake etmiş, fakat çevre dokulara invazyon göstermeyen (T3) Sigmoid kolon tümörü saptandı. Proksimalde kalan tüm Kalın barsağın çapının yaklaşık 15 cm olup duvarının iyice incelendiği görüldü. İnce barsaklarda da ileri derecede distansiyon mevcuttu. İleumun son 50 cm.lik bölümünün beslenmesi iyi görünmemekle beraber dokunun canlı olduğu kanaatine varılarak gerekirse second-look yapılabileceği düşüncesiyle herhangi bir rezeksiyon yapılmadı. Sigmoidektomi+Hartman kolostomi yapılarak operasyon sonlandırıldı. Hastanın distansiyon şikayeti devam etmesi, Batında şiddetli rebound, lökositoz ve CK artışı üzerine PO2. Gün Second-look yapıldı. Ekplorasyonda Treitz ligamentinden 130 cm den itibaren distal ileumda 15 cm.lik sağlam barsak dışında tüm ince barsakların nekroze olduğu görüldü. Bunun üzerine nekroze bölümler rezeke edilip, jejunostomi yapıldı. Distaldeki kolostomi olduğu gibi bırakıldı. Postop. 7. Gün insizyon yerinden barsak içeriği gelmesi üzerine hasta explore edildi. Hastada anastomoz yerinden fistül olduğu saptanarak her iki uç (jejunum-ileum) aynı yerden tüfek namlusu tarzında dışarı alındı. Postop. Erken dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta PO20. Gün taburcu edildi. Ayaktan takipleri yapılan hastada jejunostomiden gelen içeriğin zamanla azaldığı ve kısa barsak gelişmediği saptandı. Hastaya Onkolojist önerisiyle adjuvan kemoterapi tedavisi uygulandı. PO 6. Ayda ostomi kapatılması nedeniyle operasyona alınan hastada peritonitis karsinomatozis saptandı ve ostomi kapatılmaksızın operasyon sonlandırıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sol kolon kanserlerinde sıklıkla dışkılama alışkanlığında değişiklikler olmaktadır. Genellikle konstipasyona rastanmakla beraber bazen da diyare olabilmektedir(musin salgılayan tümör). Konstipasyon daha sonra tam tıkanma ile de sonuçlanabilir. Hamilelik sırasında gerek progesteronun gerekse de büyüyen uterusun etkisiyle konstipasyon sık rastlanan bir semptomdur. Çoğunlukla ileri tetkik yapılmaksızın diyet ve bazı ilaçlarla tedavi edilmektedir. Bizim olgumuzda da hamilelik süresince sürekli konstipasyon şikayeti olan hastaya hiç ileri tetkik yapılmamış ve tam tıkanıklığa kadar giden sigmoid kolon tümörü atlanmıştır. Bu durum hastalığın evresinin ilerlemesine neden olmuştur. Ayrıca tam tıkanıklık geliştikten sonra da hastanın 18 gün süreyle opere edilmeksizin takip edilmesi geniş bir ince barsak segmentinin nekroze olmasına neden olmuş ve kısa barsak sendromu gelişebilecek sınırlara kadar inen bir ince barsak kısalığına neden olmuştur. Sonuç olarak hamilelikteki konstipasyon şikayetlerinin dikkate alınmasını, ilerleyici durumlarda mutlaka etyolojiye yönelik araştırmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

P77

Kronik Anal Fissürün Cerrahi Tedavisinde Lokal Anestezi ile Yapılan Açık Lateral İnternal Sfinkterotomi Sonuçlarımız.

Cengiz Tavusbay⁽¹⁾, Çağdaş Kozakoğlu⁽¹⁾, Hüdai Genç⁽¹⁾, Burhan Yolcuoğlu⁽¹⁾, Nurullah Damburacı⁽¹⁾,
Özlem Sayın Gür⁽¹⁾, Mehmet Hacıyanlı⁽¹⁾, Mesut Özoğlu⁽²⁾

1) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Cerrahi Kliniği, İzmir

2) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, IV. Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Kronik anal fissür proktoloji polikliniklerinde en sık rastlanılan hastalıklardan birisidir. Her ne kadar son yıllarda pek çok tıbbi tedavi seçenekleri geliştirilmişse de açık lateral internal sfinkterotomi hala en iyi tedavi seçeneklerinden birisi olmaya devam etmektedir. Bu teknik çoğu yerde spinal, epidural veya daha az olarak ta genel anestezi altında uygulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı lokal anestezi ile yapılan lateral internal sfinkterotomiye ait sonuçlarımızı değerlendirmektir.

YÖNTEM

Bu çalışma Ocak 2007-Nisan 2009 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Küçük Cerrahi girişim Odasında opere edilen 90 hastayı kapsamaktadır. Hastalardan 75'i kadın, 15'i erkek idi. Bu hastalar 3 ayı uzman tarafından opere edildi.

BULGULAR

Hastaların demografik verileri, klinik yakınmaları, ameliyat verileri, erken ve geç komplikasyonlar, nüks oranları ve takip süreleri kayıt altına alındı. Hastaları inkontinans durumları Cleveland kontinans skoru kullanılarak değerlendirildi. Sadece 2 hastada erken dönemde komplikasyon görülürken, 1 hastada nüks ortaya çıktı. Kalıcı inkontinans hiç bir hastada görülmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Lokal anestezi altında yapılan açık lateral internal sfinkterotomi kronik anal fissür tedavisinde etkili, nüks oranı son derece düşük, ayaktan kolaylıkla yapılabilecek bir yöntemdir.

P78

Rektumda Saptanan Malign Melanom

Aylin Hande Gökçe⁽²⁾, Acar Aren⁽²⁾, Feridun Suat Gökçe⁽¹⁾, Özhan Özcan⁽²⁾, Abdülkerim Özakay⁽²⁾,
İbrahim Aydın⁽²⁾, Gürhan Çelik⁽²⁾

1) Balıklı Rum Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S.B.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Kolon mukazal melanomlar sporadiktir ve az rastlanır. Bütün malign melanomların %3-4 ü mukoza kaynaklıdır. Tanı aldıklarında genelde büyük ve ülseredir. Mortalite oranları rektum malign melanom ların 6 aylık %69, 1 yıllık %81, kolon adenokanserlerinin ise 5 yıllık mortalitesi %45 dir. Kolonda 3 farklı yerde adenokanseri ve eş zamanlı rektumda malign melanomunu olan hastayı sunduk.

BULGULAR

72 yaşında kadın hasta kilo kaybı ve makattan kanama şikayetleri mevcuttu. Hastaya yapılan kolonoskopide anal girimde ve anal girime 15, 35 ve 50 cm mesafede tumoral oluşumlar saptandı. Anal kanal girimindeki kitlenin histopatolojisi malign melanom, diğer kitlelerin histopatolojisi adenokarsinomdur. Yapılan görüntülemelerde metastaz saptanmadı. Hastaya sol hemikolektomi, abdominoperineal rezeksiyon uygulandı. Hasta ameliyat sonrası onkoloji tedavisini kabul etmedi. Hasta 7 ay sonra acil cerrahiyeye halsizlik, karın ağrısı şikayetiyle başvurdu, karaciğerde multiple metastaz ve omental implantlar saptandı. Tekrar onkolojik tedaviyi kabul etmeyen hasta ameliyat sonrası 255 gün sonra kaybedildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektumada ensık görülen malignite tipi adenokarsinom dışında tekrarlayan rektal kanamalarla başvuran hastalarda klinisyenler anorektal melanom olasılığını da düşünmelidir. Ne yazık ki erken tanı hastanın hayatta kalımını çok fazla etkilemez. Hastanın prognozu metastazların varlığı ile ilgilidir. kolon ve rektumda eş zamanlı birden fazla yerde ve tipte tümör olabileceğini unutmamamız gerekmektedir.

P79

Kolorektal Kanser Olgularında Mekanik Barsak Temizliği ve Yapılan Cerrahi İşlemin Post-Operatif Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkisi

Erdoğan Sözüer, Alper Akcan, Bilgehan Poyrazoğlu, Hızır Akyıldız, Can Küçük, Engin Ok,
Zeki Yılmaz, Yücel Arıtış

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ

Kolorektal kanserler gastrointestinal sistemin en sık görülen tümörleridir. Ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Kolorektal kanser olgularında günümüzde giderek gelişen tanı ve tedavi olanakları ile daha iyi sağkalım oranları elde edilebilmektedir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı Ocak 2001- Mayıs 2008 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde kolorektal kanser nedeniyle cerrahi uygulanan 1075 olgunun arşiv kayıtları taranarak yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu, elektif olgularda yapılan mekanik barsak temizliği (MBT) uygulaması, yapılan cerrahi işlem, komplikasyon gelişimi ve mortalite yönünden değerlendirmektir.

BULGULAR

Olguların 445 tanesi kadın, 630 tanesi erkek olup yaş ortalaması 56 idi (aralık 26- 92). Bu olguların 211 tanesi acil koşullarda opere edilirken geriye kalan 864 olgu elektif koşullarda opere edildi. Tümör lokalizasyonu; 179 olguda çekum ve çıkan kolon tümörü, 48 olguda transvers kolon tümörü, 106 olguda inen kolon tümörü, 285 olguda sigmoid kolon, 457 olguda rektum tümörü şeklinde idi. Elektif koşullarda opere edilen olguların 345 tanesine MBT uygulanmazken 519 tanesine uygulandı. Tümör lokalizasyonu ve MBT yapılıp yapılmamasına göre hastalar karşılaştırıldıklarında post-operatif morbidite ve mortalite yönünden istatistik olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Olguların 158 tanesine sağ hemikolektomi, 102 tanesine sol hemikolektomi, 20 tanesine transvers kolon rezeksiyonu, 22 tanesine subtotal kolektomi, 201 olguya sigmoid rezeksiyon, 14 tanesine total kolektomi, 4 tanesine proktokolektomi, 149 tanesine abdominoperineal rezeksiyon, 116 tanesine anterior rezeksiyon ve 154 tanesine aşağı anterior rezeksiyon uygulanırken 135 hastaya unrezektabl tümör nedeniyle stoma uygulanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kliniğimizde en sık rektum kanseri saptanmıştır. Rektal kanserlerde uygulanan anterior ve aşağı anterior rezeksiyonlar ile diğer lokalizasyonlu tümörler arasında anastomoz ayrışması ve mortalite yönünden anlamlı fark saptanırken MBT temizliği yapılan ve yapılmayan hastalar arasında istatistik olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

P80

**Rektal Kanaması Olan ve Olmayan Kolorektal
Kanserli Hastalarda Sağkalım**

Cemil Çalışkan, Can Karaca, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Proktoloji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Kolorektal kanserler (KRK), gastrointestinal sistemin en çok rastlanan tümörleridir. Literatürde KRK için negatif etkili pek çok negatif prognostik faktör tarif edilmiştir. Ancak pozitif etkili prognostik faktörlerin sayısı negatif etkili olanlara göre oldukça azdır. Bu çalışmanın amacı KRK sebebi ile tedavi ettiğimiz hastaların prognozu üzerinde pozitif etkisi olduğunu düşündüğümüz rektal kanamanın sağkalım üzerine olumlu etkilerini tartışmaktır.

YÖNTEM

Çalışmamızda, Ocak 1995 – Aralık 2005 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen 538 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. İstatistiksel metod olarak, Kaplan – Meier sürvi analiz testi ve Forward Stepwise yöntemine göre Cox regresyon testi kullanıldı.

BULGULAR

Hastaların 301 i erkek, 237 si kadındı. Rektal kanama öyküsü gaitada gizli olan kanamalar dahil olmak üzere %60,4 hastada saptandı. Tümör lokalizasyonu %57 hastada rektumda, %43 hastada kolonda idi. Histopatolojik inceleme %79 hastada iyi ya da orta diferansiye adenokarsinom olarak rapor edildi, %53 hastada lenf nodu metastazı tesbit edilmedi. Başvuru anında rektal kanamanın olmasının sağkalım üzerine pozitif etkili olduğu Cox regresyon testinde istatistiksel olarak anlamlı biçimde saptandı ($p < 0,0001$). Kaplan-Meier sağkalım analiz testinde başvuru anında rektal kanaması olan hastaların yaşam süreleri kanaması olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha uzun saptandı ($p < 0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Elde ettiğimiz veriler bize göstermiştir ki; 1-KRK olan hastaların yarısından fazlasında gizli yada açık kanama olmaktadır; 2- rektal kanaması olan hastaların sağkalımı, korkutucu bir semptom olan kanamanın hastayı hekime müracaat etmeye zorlamasından ötürü daha iyidir; 3-rektal kanama olan bireyler ile olmayanlar arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı bu sağkalım farkı KRK lerde erken tanının ve tarama yöntemlerinin önemini tekrar vurgulamaktadır. Onkolojik cerrahide erken teşhis kür için esastır. Bu klinik özelliğin izlenmesi ve araştırılması sağkalım üzerinde hayati değere sahip olabilir.

P81

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Çekal Divertikül

Cengiz Tavusbay⁽¹⁾, Mehmet Cemal Kahya⁽²⁾, Türker Karabuga⁽²⁾, Nurullah Damburacı⁽¹⁾,
Mehmet Deniz⁽¹⁾, Hüdaî Genç⁽¹⁾

1) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

2) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Çekal divertikül nadir görülen bir karın ağrısı nedenidir. Genellikle inflamasyon, perforasyon veya kanama gibi komplikasyonlar dışında asemptomatik seyreder. Klinik bulgular genellikle akut apandisit taklit eder. Preoperatif tanı konulması genellikle mümkün olmaz ve tanı sıklıkla ameliyat sırasında konulur. Bu çalışmada akut karın bulguları ile kliniğimize başvuran ve ameliyat sırasında çekum divertikül perforasyonu saptanan 2 olguyu literatür eşliğinde tartışmaya çalıştık.

YÖNTEM

OLGU 1. 24 yaşında bayan hasta. Yaklaşık 2 gün önce sağ alt kadranda başlayan ve ara ara şiddetlenen ağrı, bulantı ve tenesmus yakınmaları ile acil servise getirildi. Sağ alt kadranda palpasyonla hassasiyet, rebound ve defansı olan hastada, rektal tuşede ve diğer sistem muayenelerinde bir özellik saptanmadı. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde lökositoz (13 200 /mm³) dışında bir özellik yoktu. Batın USG ve direkt karın filmlerinde patolojik bulgu saptanmadı. Laparotomide çekum divertikül perforasyonu tespit edildi. Hastaya stapler kullanılarak parsiyel sağ kolon rezeksiyonu ve uç yan ileokolostomi ameliyatı uygulandı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Hasta 5. yılında olup herhangi bir sorunu yoktur. OLGU 2. 41 yaşında erkek hasta yaklaşık 15 gün önce sağ alt kadranda başlayan karın ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenede karın sağ alt kadranda hassasiyet ve yaklaşık 4-5 cm lik mobil kitle palpe edildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz haricinde (12.500 /mm³) patolojik bulgusu yoktu. Batın ultrasonografi ve kontrastlı batın tomografisinde sağ alt kadranda çekum lokalizasyonunda 33 mm çaplı plastrone apandisit ile uyumlu görünüm saptandı. Konservatif tedavi amaçlı yatırılan ve klinik bulguları gerileyen hasta taburcu edildi. Çekum kaynaklı kitleyi ekarte etmek amacıyla kolonoskopisi yapıldı ve normal olarak değerlendirildi. Sekiz hafta sonra elektif appendektomi için yatırıldığında sağ alt kadranda hassasiyeti minimaldi ve kitlesi küçülmüş olduğu izlendi. Laparotomide çekum divertikülü ve içerisinde 4 cm çapında fekalom saptandı. Fekalom çıkarıldığında geniş bir divertikül ağzı olduğu belirlenerek kolon duvarı primer olarak kapatıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Operasyon sonrası birinci yılında kontrolü yapılan hasta sağlıklı bir şekilde hayatını sürdürmektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çekal divertikül nadir görülmektedir ve genellikle asemptomatik seyretmektedir. Ancak sağ alt kadranda ağrısı ile gelen hastalarda akla getirilmelidir. Cerrahi tedavi seçenekleri olgunun durumuna göre değerlendirilerek karar verilmelidir.

P82

Tümör Lokalizasyonuna Göre Kolon Kanseri Olgularımızın Analizi

Yavuz Özdemir⁽¹⁾, İlker Sücüllü⁽¹⁾, Ali İlker Filiz⁽¹⁾, Ergün Yücel⁽¹⁾, Bülent Güleç⁽¹⁾,
Sezai Demirbaş⁽²⁾, Mehmet Yıldız⁽¹⁾

1) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

2) GATA Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Servisi, Ankara

AMAÇ

Son 3 dekatta proksimal yerleşimli kolon kanser insidansı artmıştır. Tümör lokalizasyonunun sağkalım üzerine etkisi tartışmalıdır. Bu çalışmada, servisimizde 1994-2008 yılları arasında kolon kanseri nedeni ile tedavi ve takip edilen hastaların karakteristik özellikleri ve sağkalım analizlerini tümör lokalizasyonuna göre karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışmaya 221 kolon kanserli hasta alındı. Çekumdan transvers kolona kadar olan bölümdeki tümörler sağ kolon, splenik fleksuradan sigmoid kolona kadar olan kısımdaki tümörler sol kolon tümörleri olarak sınıflandırıldı. Tümör lokalizasyonuna göre klinik ve patolojik parametreler karşılaştırıldı ve Kaplan-Meier metodu ile sağkalım oranları değerlendirildi.

BULGULAR

Sağ kolon grubunda 93, sol kolon grubunda 128 hasta mevcuttu. Yaş, cinsiyet, tümörün diferansiasyon derecesi ve evresi, metastatik lenf nodu sayısı, tümör çapı ve uzak organ metastazı açısından yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı. Lenf nodu sayısı ile tümör lokalizasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulundu ($p=0,031$). Genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım ile tümör lokalizasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tümör lokalizasyonu bizim çalışmamızda prognoz üzerine etkili bir faktör olarak bulunmamıştır.

P83

Kolorektal Kanserlerde Laparoskopik Cerrahi Deneyimimiz

Aras Emre Canda, Tufan Egeli, Cem Terzi, Selman Sökmen, Mehmet Füzün
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Günümüzde laparoskopik cerrahi birçok açık cerrahi uygulamaya alternatif olmaktadır. Hastanede kalış ve günlük aktivitelere dönüş süresinin kısalması, daha az postoperatif ağrı, cerrahi travma ve immün sistemin daha az baskılanması, daha küçük insizyon ve gastrointestinal fonksiyonların daha erken yerine gelmesi gibi avantajları nedeniyle laparoskopik cerrahi daha çok tercih edilmeye başlanmıştır. Teknolojik gelişmeler ve cerrahi deneyimin artmasıyla birlikte kolorektal kanserlerin tedavisinde de laparoskopik cerrahi giderek popüler hale gelmiştir. Yapılan birçok prospektif randomize çalışma bu işlemin açık cerrahi kadar güvenli uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Bu çalışmamızda kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik cerrahi uyguladığımız hastaların sonuçları bildirilmiştir.

YÖNTEM

Temmuz 2007 ve Mart 2009 tarihleri arasında 12'si erkek, 10'u kadın olmak üzere 22 hastaya kolorektal kanser tanısıyla laparoskopik cerrahi uygulandı. 8' i kolon, 15' i de rektum kanseri tanısına sahip olan hastaların ortalama yaşı 56,9 (37-73) idi.

BULGULAR

Kolon kanseri tanısı alan 2 hastaya sağ kolektomi, iki hastaya sol hemikolektomi, iki hastaya sigmoid kolektomi, 1 hastaya total proktokolektomi ve 1 hastaya da subtotal kolektomi uygulandı. Rektum kanseri tanısı alan 9 hastada tümör alt rektum, 2 hastada orta rektum ve 3 hastada üst rektum yerleşimliydi. Bu hastaların 6' sına abdominoperineal rezeksiyon (APR), 3'üne çok aşağı anterior rezeksiyon, 2' sine aşağı anterior rezeksiyon, 2' sine anterior rezeksiyon ve 1' ine total proktokolektomi uygulandı. İki hastada açık cerrahiye geçildi: erkek hastada alt yerleşimli tümörde disseksiyon sonrası dar pelvise laparoskopik staplerin yerleştirilememesi; bayan hastada anterior yerleşimli tümörün rektovajinal septum disseksiyonu sırasında oluşan kanama nedeniyle disseksiyon planının belirsizleşmesi. Ameliyat öncesi evre, neoadjuvan tedavi durumu, cerrahi sınırların durumu, disseke edilen lenf nodu sayısı ve metastatik lenf nodu sayısı değerlendirildi; açık cerrahi ile benzer sonuçların elde edildiği görüldü. Bir hastada mesane disfonksiyonu, APR uygulanan iki hastada perineal kesi enfeksiyonu, bir hastada ileus gelişti.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolon ve rektum kanserlerinin tedavisinde laparoskopik cerrahi açık cerrahiye eşdeğer onkolojik sonuçlar ile güvenle uygulanabilmektedir.

P84

**Kolorektal Kanserli Hastalarda Preoperatif Malnutrisyon
Taraması Gerekli midir?**

Aybala Ağaç, Haluk Ulucanlar, Suat Kutun, Abdullah Demir,
Hüseyin Güven Görkem, Abdullah Çetin
Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I.Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Kolorektal kanserler gastrointestinal sistem fizyolojisinde defekte yol açmak ve sitokin salınımı yoluyla malnutrisyona sebep olabilmektedir. Kolon ve rektuma yönelik küratif operasyon yapılan malnutre hastalarda postoperatif komplikasyon sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle kliniğimize kabul edilen tüm kolorektal kanser olgularını malnutrisyon açısından inceleyerek bu hasta grubunda malnutrisyon sıklığını belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM

2008 yılında Ankara Onkoloji Hastanesi 1.Genel cerrahi kliniğine kolorektal kanser tanısıyla kabul edilmiş 111 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların nutrisyonel durumları oral alım yetersizliği, düşük beden kitle indeksi, hastalığa bağlı malabsorbsiyon, fistül veya abse varlığı ile değerlendirildi. Malnutre bulunan hastalarda ayrıca karaciğer metastazı varlığı da değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamızda 111 hastanın 88 i (%74) malnutre bulundu. Preoperatif olarak hastaların 64 üne enteral 24 üne parenteral beslenme desteği verildi. Bununla beraber düşük beden kitle indeksi ile karaciğer metastazı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi.(p<0.001).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Gastrointestinal malignitesi bulunan hastalarda malnutrisyon oldukça sık gözlenen bir antitedir. Gastrointestinal maligniteler özellikle gastrointestinal sistem fizyolojisini bozmak ve sitokin salınımına yol açmak suretiyle malnutrisyona sebep olurlar. Küratif operasyon planlanan hastalarda postoperatif dönemde malnutrisyon sebeble komplikasyon sıklığının artmış olduğu gözlenmiştir. Son 3 dekad göz önüne alındığında malnutre durumdaki malign hastaların nutrisyon durumu ve perioperatif destek konusu üzerinde en çok durulan tartışma alanlarından biri olmuştur. Çok sayıda prospektif çalışma ile operasyon planlanan malnutre hastalarda perioperatif beslenme desteğinin cerrahi komplikasyon gelişimi açısından da oldukça faydalı olduğu gösterilmiştir. Özellikle son 25 yıldır bu alanda yoğunlaşan çalışmalarda özellikle gastrointestinal malignitesi bulunan hastalarda perioperatif beslenme desteğinin etkinliği araştırılmıştır. Bu çalışmalar göstermiştir ki öncelikle enteral yol tercih edilmek üzere malnutre hastalara verilen beslenme desteği hem postoperatif yara iyileşmesine ve gastrointestinal aktivitenin yeniden kazanılmasına ve hem de postoperatif komplikasyonların önlenmesinde oldukça etkilidir. Bu aşamada hasta grubunda malnutrisyon tanısının doğru ve erken konulması büyük önem arz etmektedir. Çalışmamızda tüm hastaların malnutrisyon açısından değerlendirilmesi ile ortaya çıkan sonuç bu hasta grubunda malnutrisyon sıklığının beklenenin ötesinde yüksek bulunduğudır. Malnutrisyon durumunda özellikle küratif operasyon planlanan olgularda postoperatif komplikasyon riskinin artacağı da göz önüne alınarak gastrointestinal kanser tanısı almış tüm hastalarda ayrıntılı malnutrisyon değerlendirilmesinin gerekli ve öncelikli olduğu görülmektedir.

P85

Nadir Görülen Bir Tümörün Kliniği ile Birlikte Değerlendirilmesi: İntestinal Hemangioendotelyoma

Engin Hatipoğlu, Erman Aytaç, Sinan Çarkman
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

İnce bağırsağın primer maligniteleri tüm gastrointestinal malignitelerin %2' si civarındır. Malign hemangioendotelyoma tüm yumuşak doku sarkomları içerisinde % 1–2 oranında görülür. İntestinal yerleşimli malign hemangioendotelyoma ile ilgili bilgi literatürde sadece olgu sunumları ile bulunmaktadır.

YÖNTEM

Geçmişte akut mekanik intestinal obstrüksiyon (AMİO) nedeniyle multipl karın içi operasyonlar geçiren ve kliniğimizde hemangioendotelyoma tanısı konan olgunun kliniği ve takip süreci sunulmuştur.

BULGULAR

51 yaşında kadın, AMİO tablosu ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde yaklaşık 25 yıl önce geçirilmiş sezeryan ve kolesistektomi ameliyatları mevcuttu. Hasta bu ameliyatlardan sonra kliniğimize başvurana kadar farklı zaman aralıklarında onbir kez AMİO nedeniyle opere edilmişti. Hastanın ayrıca hepatit C taşıyıcılığı, hipertansiyon ve mitral yetmezliği mevcuttu. Hastanın kliniğimizde yapılan ilk ameliyatında ince bağırsak mezosunun oblitere olduğu ve yüzeyinde granüle kalsifik görünüm ve sigmoid kolonun refleksiyona kadar uterusu yapışık olduğu saptandı. Paryetal periton ve mezo peritonundan alınan biopsilerde malignite saptanmadı. Hasta post op erken dönemde komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi. Hasta bir gün sonra yine AMİO kliniği ile başvurdu. Dekompresyon tedavisine yanıt alınamaması üzerine ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda ince bağırsak anslarının birbirine ve batin ön duvarına yapışık olduğu saptandı. Segmenter ince bağırsak rezeksiyonu, uç jejunostomi, distal ileostomi ameliyatı yapıldı. Histopatolojik değerlendirme sonucunda, ince bağırsakta tüm duvarda ve mezoda intermediate grade'li vasküler endotelial tümör (malign hemangioendotelyoma) saptandı. Hasta post op AMİO tablosundan çıkmasına rağmen yaklaşık 1.5 ay içerisinde karın içerisinde palpabl kitlesel lezyon, ilerleyen kilo kaybı sonrası gelişen genel durum bozukluğu nedeniyle exitus oldu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sık tekrarlayan AMİO tablolarında maligniteden şüphelenilmelidir. Malign hemangioendotelyoma gibi nadir gelişen sarkomatöz tümörlerin agresif seyri klinisyenlerin palyasyon dışında terapötik tedavi uygulamasını engellemektedir.

P86

**cT4 Tümörler Laparoskopik Kolon ve Rektum Cerrahisi İçin
Kontrendike midir?**

Candaş Erçetin, Tugba Matlım, Mustafa Sami Bostan, Murat Akıcı, İlker Özgür,
Cem Dural, Oktar Asoğlu
İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Ameliyat öncesi tetkiklerinde cT4 olarak değerlendirilen kolon ve rektum olgularında laparoskopik cerrahi girişimlerin yapılabilirliğinin tartışılması amaçlandı.

YÖNTEM

2005-2009 yılları arasında cT4 kolorektal kanserli 10 olguya laparoskopik cerrahi uygulandı. Olguların E/K oranı 1/9, ortalama yaşı 56.4 (35-81) dır. Yedi olgu kolon tümörü, üç olgu ise rektum tümörü sebebiyle ameliyat edildi. Rektum tümörlü olgular ameliyat öncesi neoadjuvan kemoradyoterapi aldı. Girişimlerde onkolojik prensiplere uygun en blok rezeksiyon hedeflendi.

BULGULAR

Üç olguda (% 30) açığa geçildi. 1 olguda splenektomi+ pankreatektomi, 1 olguda kısmi mesane rezeksiyonu, 1 olguda treitz kökü invazyonuna bağlı 15 cm'lik kısmi jejunum rezeksiyonu gerektirmesi nedeniyle işlem laparotomiyle gerçekleştirildi. Laparoskopik eksplorasyonda tümörün çevre dokulara invaze olduğu saptanan 1 olguda en blok splenektomi + distal pankreatektomi + mideden wedge rezeksiyon + sol hemikolektomi, 1 olguda batın sol yan duvar eksizyonu + kısmi ileum rezeksiyonu + anterior rezeksiyon, 1 olguda kısmi vajen duvar eksizyonu, 2 olguda hibrid total abdominal histerektomi, 2 olguda ooferektomi, yapılan cerrahi uygulamaya eklendi. Patolojik incelemeler sonucunda 9 olguda R0 rezeksiyon, 1 olguda radial cerrahi sınırda tümör devamlılığı saptandı. cT4 olarak değerlendirilen 10 olgunun patolojik incelemeleri sonucunda 6 olgu pT4 olarak saptandı. Rektum kanseri olgularında çıkarılan lenf nodu ortanca sayısı 24 (17-27), kolon kanseri olgularında ise 27 (17-62) dir. Olguların ortama hastanede kalış süreleri 7,9 gün (4gün-19gün) dür. Oral beslenme ortalama 3.gün (2.gün-5.gün) başladı. 2 olguda yara yeri enfeksiyonu gelişti. 1 olgu ameliyat sonrası subileus atağından geçti, konservatif takip edildi. 2 distal pankreatektomi yapılan olgudan birinde pankreas fistülü gelişti. Olgulara ait kısa video klipler gösterilecektir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tümörün komşu organ invazyonunda hangi organa invazyon gösterdiği ve tümörün mobilitesi laparoskopik olarak yapılabilirliğinin en temel kriterini oluşturmaktadır. Örneğin; over, ince barsaklar ve mobil distal pankreas, dalak invazyonu kontrendikasyon teşkil etmezken; treitz kökü invazyonu, distal pankreas ve dalağı invaze ederek fiks olan tümörlerde laparoskopik cerrahi uygulamak teknik olarak ciddi güçlük yaratmaktadır. Kolorektal kanserlerde tüm olgulara laparoskopik eksplorasyon sağlandıktan sonra rezektabilite açısından ameliyat sırasındaki bulgularla değerlendirilmelidir.

P87

**Rektum ve Kolonun Primer Skuamöz Hücreli Tümörü:
İki Olgu Nedeniyle**

İsmail Cem Eray, Ömer Alabaz, Gürhan Sakman, Faruk Karateke
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Adana

AMAÇ

Kolonun skuamöz hücreli karsinomu son derece nadir görülmektedir. Skuamöz hücreli tümörlerin nadir görülmesinden dolayı, bu tümörlerin doğal seyrini ve tedaviye verdiği cevabı incelemek oldukça zordur. Bu çalışmada iki primer skuamöz hücreli tümör olgusu ve literatürün değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

BULGULAR

29 yaşında bayan hasta rektal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan kolonoskopik incelemede dentat line'in 15 cm üzerinde ülserovejetan kitle saptandı. Alınan biyopsi sonucu epidermoid karsinom olarak raporlandı. Yapılan tekik ve muayeneler sonucunda odak saptanmadı ve metastatik hastalık dışlandı. Operasyon bulgusu olarak peritoneal refleksiyonun 5 cm üzerinde, lümeni kısmen tıkayan, yaklaşık 3x3 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Düşük anterior rezeksiyon ve total mezorektal eksizyon yapıldı. Patoloji sonucu, serozayı invaze eden skuamöz hücreli karsinom, çıkartılan on lenf bezinin üçünde metastaz olarak rapor edildi. Sistemik kemoterapi alması planlandı. 84 yaşında erkek hasta, kliniğimize 20 gün önce başlayan karın ağrısı ve karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda yaklaşık 5x5 cm'lik palpabl kitlesi mevcuttu. Yapılan toraks-batın-pelvik bilgisayarlı tomografisinde sağ alt kadranda ileal ansları konglomere şeklinde içine alan yumuşak doku kitlesi saptandı. Eksplorasyonda, çıkan kolonda tümör perforasyonu saptandı. Subtotal kolektomi uygulandı. Patoloji sonucu, seroza ve çevre yumuşak dokuya multinodüler yayılım gösteren skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde yapılan cilt, oral ve anal mukoza, rektum ve toraks incelemelerinde primer odak saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektal SCC nadir görülen bir tümördür. 1000 kolorektal kanser vakasını 0.25-1'inde görülmektedir. 1979 yılında William ve arkadaşları tarafından primer kolorektal SCC tanısı için üç kriter belirlenmiştir. Bunlar; diğer organlardan metastazın dışlanması, barsakla ilişkili skuamöz hücre ile döşeli fistül traktının olmaması ve rektuma ilerleyen anal kanal kaynaklı SCC'nin olmamasıdır. Hastalığın nadir görülmesinden dolayı bilgiler azdır. Aynı evredeki adenokarsinomlara göre prognozu daha kötüdür. Kesin tedavisi cerrahidir. Bununla beraber, ek tedaviler için, geniş prospektif, randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

P88

Outcomes of Laparoscopic Versus Open Appendectomies

Hakan Buluş⁽²⁾, Ali Coşkun⁽²⁾, Gülçin Şimşek⁽¹⁾, Ahmet Koyuncu⁽²⁾, Barış Morkavuk⁽²⁾

1) Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi ,Patoloji Bölümü, Ankara

2) Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Laparoscopic surgical therapy of the acute appendicitis was started to practiced frequently in the last two decades. Comparing with laparoscopic appendectomy (LA), open appendectomy (OA) is more advantageous in diagnosis of other pathologies and in preventing late complications for example adhesions and incisional hernia. Other advantages are short hospitalization and short operation times, and lesser postoperational early complications.

YÖNTEM

Between the years of 2006 and 2008, with the prediagnosis of acute appendicitis, LA was done to 80 patients and OA was done to 120 patients. We investigated the differences between two groups about hospitalization and operation times, cost accounting/cost-effectiveness and postoperational early complications. Also we entered age average and genders of patients.

BULGULAR

Age average of 33 women and 47 men that were applied LA was 30, 47 women and 73 men that were applied OA was 34. In the 4% of patients, LA was changed to OA. Hospitalization time was 3.2 days and operation time was 49 seconds in LA group, and former was 3.8 days and 56 seconds. Cost of LA group was calculated as 1200 turkish liras, and cost accounting of OA group was 650 turkish liras. Infection of wound of an incision occurred as 2.5% in the LA group, and 8.3% in the OA group.

TARTIŞMA ve SONUÇ

For the minimalization of the early and late complications, and due to advantages of short hospitalization and short operation times, LA can be performed on trust and easily.

P89

**Transvers Kolonda Ksantogranüloamatöz İnflamasyon:
Olgu Sunumu**

Eren Ersoy⁽²⁾, Recep Aktimur⁽²⁾, Uğur Yaşar⁽²⁾, Aylin Yazgan⁽¹⁾, Haldun Gündoğdu⁽²⁾

1) Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Ankara

2) Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Ksantogranüloamatöz inflamatuvar sürecin, gastrointestinal sisteme ait literatür tarandığında bugüne kadar sadece olgu sunumları olarak bildirildiği ve çok nadir görüldüğü dikkati çekmektedir. İnflamatuvar süreçte altta yatan sebebin proteus veya E.Coli infeksiyonu olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır.

YÖNTEM

Bu çalışmada tanısı ameliyat sonrası konulabilmiş kolon kökenli bir ksantogranüloamatöz inflamasyon olgusu sunulmaktadır.

BULGULAR

Dahiliye polikliniğine karın ağrısı, iştahsızlık ve halsizlik şikayetleri ile başvuran 71 yaşında kadın hasta bilgisayarlı tomografide karın içinde orijini net belirlenemeyen 16X12cm kitle belirlenmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın kolonoskopik incelemesi yeterli barsak temizliği sağlanamadığından tamamlanamamış ancak transvers kolona kadar normal olarak değerlendirilmişti. Hastanın genel durumu, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinde özellikle ileri evre malignite düşündürecek bulgu bulunmamaktaydı. Eksplorasyon amacıyla yapılan laparatomide transvers kolon, komşu jejenal ans, ince barsak mezosuna ve karın duvarına infiltre görünen kitle ile karşılaşıldı. İleri evre tümör düşünülerek, mezosu infiltre jejenal ans, segmenter transvers kolon ve infiltre görünen karın duvarı eksize edildi. Spesmenin patolojik incelemesi sonucunda ksantogranüloamatöz kolit tanısı alan hasta ameliyat sonrası sorunsuz olarak taburcu edildi ve 20 aydır sorunsuz olarak takip edilmekte.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ksantogranüloamatöz inflamasyon, granüler, eozinofilik, PAS (+) histiyositlerle birlikte köpüksü makrofajların görülmesi ile karakterize bir süreçtir. Son derece ender görülen bu patolojiye ait bilgilerin çoğu olgu sunumlarından elde edilmiştir. Gastrointestinal sisteme ait olgular göz önüne alındığında, lezyonun submukozal yerleştiği ve özellikle makroskopik ve radyolojik olarak infiltratif karakteriyle malign izlenimi verdiği dikkat çekmektedir. Lezyon genellikle büyük çaplara ulaşarak obstrüksiyon bulguları ile klinik vermesi ve makroskopik görünümü nedeniyle kanser cerrahisi uygulanmasına neden olmaktadır. Oysa tamamen benign karakterde olduğu bilinmekte ve bugüne kadar nüks bildirilmiş olgu bulunmamaktadır. Cerrahi işlemlerin gereksiz olarak genişletilmesine engel olunması için ameliyat sırasında yapılacak patolojik inceleme faydalı olacaktır. Bu nedenle, çok ender de görülsün, kolonik kitle lezyonlarında ksantogranüloamatöz inflamatuvar süreç ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

P90

**Kolonoskopi için Yapılan Barsak Temizliğinin Yaş,
Cinsiyet ve Eğitimle İlişkisi**

Aylin Hande Gökçe⁽¹⁾, Abdülkerim Özakay⁽¹⁾, Acar Aren⁽¹⁾, Feridun Suat Gökçe⁽²⁾,
Şefika Aksoy⁽¹⁾, Binnur Karagöz⁽¹⁾

1) S.B.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) Balıklı Rum Hastanesi Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Kolonoskopi işlemi çoğu kolon patolojilerinin teşhis ve bazı kolon patolojilerinde tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Kolonoskopinin başarısında endoskopistin deneyimi, hasta uyumu vb. yanında kolon temizliğide önemli faktörlerdendir. Çalışmada kolon temizliğinin yaş, cinsiyet, eğitim, tümör ve polip varlığı ile ilişkisini araştırdık.

YÖNTEM

Prospektif yapılan bu çalışma 2008 yılında endoskopi ünitemize elektif şartlarda başvuran 462 hastayla yapılmıştır. Hastaların hepsinin barsak temizliğini aynı kişi anlatmış, temizliğinde sennoside A+B calcium ve lavman kullanılmıştır. Kolonoskopiler 3 genel cerrah ve 1 gastroenterolog tarafından yapılmıştır.

BULGULAR

Kolonoskopi yaptığımız 462 hastanın 136 sının barsak temizliği kötü, 326 sının ise iyi olduğu saptanmıştır. Barsak temizliği kötü olan grubun yaş ortalaması 54,93(+,-) 14,98, iyi olan grubun 53,02(+,-) 15,14 dür. Barsak temizliği kötü ve iyi gruplarının yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p=0,215). Çalışmaya katılan hastaların 237 si erkek, 225 i kadındır. Erkeklerin 67 sinin kadınların 69 nun barsak temizliğinin kötü, erkeklerin 170 nin, kadınların ise 156 sının barsak temizliğinin iyi olduğu saptanmıştır. Barsak temizliği kötü ve iyi gruplar arasında cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,572). 355 hastanın eğitim düzeyi ilköğretim mezunu ve altı (eğitim düzeyi düşük), 107 hasta ise lise ve üzeriydi (eğitim düzeyi yüksek). Eğitim düzeyi düşük olan hastaların 115 nin barsak temizliği kötü, 230 nun barsak temizliği iyi. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ise 21 nin barsak temizliği kötü, 96 sının barsak temizliği iyi saptanmış. Barsak temizliğinin iyi olanların eğitim düzeyi barsak temizliği kötü gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,017). Araştırma grubumuzdaki 19 hastada kolonda tümör, 69 hastada ise polip saptanmıştır. kolon tümörü olanların 3 nün, kolonda polibi olanların ise 18 nin barsak temizliği kötü saptanmıştır. Barsak temizliği kötü ve iyi gruplarının tümör varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,183). Kolonoskopi endikasyonlarımızı anemi nedeninin araştırılması (1.grup), sık sık ishal olma (2.grup), makattan kanama (3.grup), kabızlık (4.grup), ailede kanser anamnezi (5.grup) 5 grupta topladık. Bu 5 grup arasında barsak temizliği iyi ve kötü olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (p=0,144).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Barsak temizliğinin iyi veya kötü yapılmasının yaş, cinsiyet, tümör varlığı, tümörün yerleşimi, polip varlığı, polibin yerleşimi, kolonoskopi isteme endikasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Barsak temizliği iyi grubun eğitim seviyesi barsak temizliği kötü gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,017).

P91

**Rektum Kanseri Tedavisinde Farklı Bir Cerrahi Teknik:
Transvaginal Low Anterior Rezeksiyon**

Ali Naki Yücesoy, Ercan Bülbül, Cafer Köşkeroglu, Reşat Bahat
Özel Batı Bahat Hospital, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Rektum kanseri tedavisinde cerrahi, en önemli tedavi seçeneklerinin başında gelir. Rektum kanserleri % 70-80 oranında orta ve 1/3 alt lokalizasyonlu olduğundan, rektum kanserlerinin tedavisinde sıklıkla low anterior rezeksiyon ameliyatı uygulanır. Özellikle distal lokalizasyonlu rektum tümörlerinde anastomoz ve sfinkter problemleri ile(direkt sfinkter hasarına veya indirekt sinir hasarına bağlı olarak) sıklıkla karşılaşılır.

YÖNTEM

Distal lokalizasyonu rektum tümörü bulunan kadın hastaya transvaginal yoldan rektosigmoid rezeksiyon ve koloanal anastomoz uygulandı. Ameliyatın abdominal bölümü klasik low anterior ameliyatı gibidir. Abdominal yoldan rektum ve sigmoid kolon serbestleştirildi. Daha sonra vagina arka duvarı açılarak, ürogenital hiatal yoldan ischiorektal fossaya ulaşıldı. Bu şekilde levator ani kası altındaki, surgical anal kanal ve anal sfinkterlere ulaşılmış oldu. Transvaginal yoldan rektosigmoid rezeksiyon ve anastomoz yapıldı. Vagina arka duvarı kapatıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ameliyat yöntemimiz, Technique in Coloproctology dergisinin 2008 Mart ayında yayınlanarak tartışmaya açılmıştır. 2008 Mayıs ayında Dr.Norman Williams, Annals of Surgery’de APPEAR prosedürünü yayınlayarak, transperineal yoldan gerçekleştirdiği rektum rezeksiyonunu sundu. Transvaginal ve transperineal rektum rezeksiyonları infralevator yaklaşımlardır. Bu şekilde levator ani kası altındaki surgical anal kanal ve anal sfinterler üzerinde direkt vizyon sağlanmış olur. Bu şekilde hem direkt ve indirekt sfinkter hasarları azaltılabilir, hem de ultralow düzeyde koloanal anastomozlar gerçekleştirilebiliriz. Bu tip ameliyatların, gelecekte rektum cerrahisinde daha önemli bir yer tutacağına inanıyoruz.

P92

**Süt Serumı Proteinlerinin (Whey) Deneysel Kolorektal
Kanser Gelişimine Etkisi**

Wafi Attaallah⁽²⁾, Nusret Erdoğan⁽³⁾, A. Mine Yılmaz⁽¹⁾, A. Süha Yalçın⁽¹⁾, A. Özdemir Aktan⁽²⁾

1) Marmara Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

2) Marmara Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

3) Taksim İlyaydım Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ

Peyniraltı suyundan elde edilen whey proteinlerin daha önceki çalışmalarda kanser oluşumu dahil bir çok patolojik olayda yararlı etkileri gösterilmiştir. Bu çalışmada süt serumu proteinlerinin (whey) kolorektal kanser gelişimindeki koruyucu etkisi araştırılmıştır.

YÖNTEM

13 haftalık Wistar Albino erkek ratlarda kolorektal kanser oluşumu azoxymythane (AOM) 15 mg/kg, subkutan, haftada bir olmak üzere ardışık iki kez verilerek sağlandı. Bir hafta sonra buna ek olarak dextran sulphate sodium (DSS) ratların içme sularına %2 konsantrasyonda olacak şekilde eklendi ve beş gün süre ile bu suyu içmeleri sağlandı. 15 günlük aradan sonra bu işlem toplam dört kez tekrarlandı. Bu işlemlerin sonunda (14 hafta) ratlar kurban edildi. Bir grup (n=11)(kanser) sadece AOM ve DSS alırken, diğer grup (whey)(n=11) bunlara ek olarak whey (1.2 g/kg, gavaj ile haftada iki kez, 14 hafta boyunca) aldı. 14 hafta sonunda ratlarda makroskopik ve mikroskopik kanser gelişimi izlendi. Biyokimyasal olarak kolon dokusunda lipid peroksidasyonu, protein peroksidasyonu ve glutatyon (GSH) bakıldı.

BULGULAR

Kolon dokusunda biyokimyasal değerlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Her iki grupta %91.9 oranında makroskopik tümör gelişimi saptandı. Patolojik olarak spesmenler değerlendirildiğinde kanser grubunda %18,2 oranında invaziv adenokanser geliştiği izlenirken, whey alan grupta invaziv adenokanser gelişimi izlenmedi. High grade displazi ise kanser grubunda %36,4 oranında görülürken, whey alan grupta %9,1 oranında görüldü. Aberran fokal kript(ACF) ise kanser grubunda %45,5 oranında görülürken whey alan grupta %27,3 oranında görüldü.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuç olarak whey verilen ratlarda kanser gelişiminin engellenmekte olduğu görüldü. Bu engellenmenin hangi mekanizma ile olduğunun araştırılması için ek çalışmalar gerekmektedir.

P93

Kolorektal Anastomoz Kaçakları

Hızır Yakup Akyıldız, Erdoğan Sözüer, Alper Akcan, Can Küçük, Bilgehan Poyrazoğlu
Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ

Anastomoz kaçakları kolorektal cerrahi sonrası gelişebilecek en ciddi komplikasyonları oluştururlar. Çalışmamızda kliniğimizdeki kolorektal anastomoz kaçaklarının sıklığını, sonuçlarını ve ilgili risk faktörlerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Ocak 2001 ila Mayıs 2008 arasında kolorektal patoloji nedeniyle anastomozlu cerrahi yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verilerinin yanısıra tümör yerleşim yeri, ameliyat süresi, ek hastalık varlığı, beslenme durumu, ameliyatın acil ya da elektif oluşu, sigara ve alkol kullanımı, kan transfüzyonu varlığı, varsa miktarı, kaçığın ameliyat sonrası saptanma zamanı gibi parametrelere de bakıldı. İstatistiki incelemede <0.05 p değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

İncelenen süre dilimi esnasında 1075 hastaya kolorektal patoloji nedeniyle cerrahi yapıldı. Bunlardan anastomoz yapılan 587 tanesi çalışmaya dahil edildi. En sık sigmoid ve sağ kolon patolojisi nedeniyle ameliyat uygulandı. Anastomoz kaçağı 53 hastada görüldü (%9). Anastomoz kaçağı ile ilgili mortalite oranımız ise %24.5 olarak saptandı (13 hasta). Univariate analizde birden fazla komorbidite varlığı, 3 saatten fazla süren ameliyat, distal rektum patolojisi, erkek cinsiyet ve düşük kan protein değeri anastomoz kaçağı ile ilişkili bulundu. Multivariate analizde ise uzun ameliyat süresi ve distal rektum patolojisi istatistiki anlamlı faktörler olarak saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Uzun ameliyat süresi ve distal rektum patolojisi olan hastalar anastomoz kaçağı açısından yüksek risklidirler. Bu hastalarda ameliyat sırasında koruyucu stoma uygulanması cerrah tarafından değerlendirilmelidir.

P94

**Kalın Barsak Lipomu:
Altı Olgunun Klinikopatolojik Değerlendirilmesi**

Nazif Erkan⁽³⁾, Cemil Çalışkan⁽¹⁾, Enver Vardar⁽⁴⁾, Cengiz Yılmaz⁽²⁾, Mustafa Korkut⁽¹⁾

1) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

2) İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir

3) İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

4) İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

AMAÇ

Kolon lipomlarının semptomları genellikle sessiz bir seyir gösterir. Bu çalışmada kalın barsak lipomu olan altı olgunun klinik özellikleri, tedavileri ve takip sonuçları literatür eşliğinde sunulmaktadır.

YÖNTEM

Ocak 2000 ile Aralık 2006 yılları arasında kalın barsak lipomu teşhisi konulan hastalar, klinik özellikleri, teşhis yöntemleri, cerrahi tedavileri ve patolojik sonuçları açısından retrospektif olarak değerlendirilmişlerdir.

BULGULAR

Toplam 6 kalın barsak lipom olgusu ameliyat edildi. Bu olguların dördü erkek, ikisi kadın olup, yaş ortalamaları 63'tü. En sık bulunan semptom karın ağrısı idi. Hastaların beşi elektif olarak ameliyat edilirken, bir olgu kolonik invaginasyona ikincil olarak acil şartlarda ameliyat edildi. Ameliyat öncesi klinik tanı iki olguda kolon lipomu iken, dört olgu kolon tümörü şüphesiyle ameliyat edildi. Lipom lokalizasyonları iki olguda asendan kolonda, diğer olgularda transvers kolon, sigmoid ve splenik fleksurada idi. Hastaların üçünde sağ hemikolektomi, diğer hastalara sol hemikolektomi, sigmoid ve segmenter kolon rezeksiyonları uygulandı. Cerrahi sonrası komplikasyon gelişmeyen hastalarda patoloji submukozal lipom olarak rapor edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Büyük, semptomatik kolon lipomlarında gerek malignite kuşkusunu ekarte etmek, gerekse de barsak tıkanıklığı ve kanama gibi komplikasyonları engellemek için cerrahi tedavi gereklidir.

P95**Sol Amyant's Herni**

Sevim Turanlı, Yavuz Pirhan, Ulvi Murat Yüksel, Hüseyin İncir, Abdullah Çetin
Ankara Onkoloji Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Nadir görülen vakayı sizlerle paylaşmak istedik.

BULGULAR

54 yaşında erkek hasta acil servise sol kasıkta şişlik ve şiddetli ağrı şikayetiyle başvurdu. Yaklaşık 6 aydır şikayetlerinin olduğunu ancak son 8-10 saattir ağrısının ve kasıktaki şişliğin arttığını ifade etti. Fizik muayenede sol ing. bölgede valsalva manevrasında hareket etmeyen basmakla çok ağrılı sert kitle tespit edildi. Dinlemekle kitle üstünde barsak sesi alınamadı, batında barsak sesleri hipoaktif. Herni öntanısıyla redükte edilmeye çalışıldı ancak redükte edilemedi. Direk karın grafisinde özellik yok ve yapılan yüzeysel ing. USG de sol alt kadranda inguinal uzanım gösteren yaklaşık 10 cm'lik segmentte hareketsiz barsak anısı ve etrafında ödem izlendi. Yapılan kan tetkiklerinde lökositoz mevcuttu.(WBC:15.500). Ayrıca tam idrar tetkiki normaldi. Hasta inkarsere strangüle sol ing. Herni tanısıyla acil olarak ameliyata alındı. İntraoperatif sol inguinal bölge explorasyonunda sol inguinal bölgeye herni olmuş ödemli fragil akut appendisit görünümünde Appendix ve Mezo gözlendi. 6-8 cc reaksiyonel mayi tespit edildi. Aynı kesiden apendektomi yapıldı ve usulüne uygun primer herni onarımı yapılarak ameliyata son verildi. Postoperatif patoloji akut appendisit olarak rapor edildi. postoperatif komplikasyon olmadı ve hasta 2. Günde taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hastanelerin acil servislerine başvuran hastalar arasında inkarsere inguinal herni tanısı sıktır. Genellikle herni kesesi içinde omentum veya ince barsak yer alır. Ancak nadir de olsa mesane, over, fallop tüpü, kalınbarsaktaki divertikül, Meckel's diverticulum gibi diğer batin içi organlar da olabilir. Fıtık kesesi içinde appendix vermiformis bulunması da diğer bir nadir durumdur ve apandixin normal anatomik lokalizasyonundan dolayı sağ inguinal herni kesesi içinde yer alması anlaşılabilir. Claudius amyand 1735' te sağ inguinal fıtık ve kasığa drene olan fekal fistül tanısıyla bir erkek hastayı opere ederek fıtık kesesi içinde perfore apandiks yer alabileceğini ilk kez tanımladı (1). Ancak daha da nadir olarak sol taraf amyand's herni de tanımlanmıştır (2,3,4) apandiks enflame veya perfore olmasına bağlı akut karın gelişimi sıklıkla karşılaşılan ve preoperatif tanı konulabilen bir durumdur.(2,9,10) ancak atipik lokalizasyon varlığında apandisit tanısı akla gelmeyebilir. Amyand herninin fizyopatolojisi bilinmemektedir. Teorilerden biri karın içi basınç artışına neden olan herhangi bir durumdan sonra apandiks inguinal ringte kompresyona uğramakta; bunun sonucu vasküler beslenme bozulmakta ve bakteriyal translokasyon, enflamasyon ve perforasyon sırasıyla gelişmektedir (15). Amyand herni tanısı konulan hastalar geriye dönük incelendiğinde çoğunda akut karın bulgularının olmadığı, apandiks enflame veya perfore olsa da klinik ve semptomlar sadece fıtık kesesi lokalizasyonunda olduğu görülmektedir (2,9,10), preoperatif incelemelerde ultrasonografi tanının doğrulanmasında yeterli olmamakta, tomografi ise sadece bazı vakalarda ayırıcı tanı için yapılmaktadır. Bununla beraber tomografi ile ameliyat öncesi tanı konulan vakalar da bildirilmiştir. (11,12) acil cerrahi girişim gereken hastalarda ameliyat öncesi doğru tanı konulması yapılacak olan insizyon şeklinin belirlenmesinde önemlidir. Amyand herni tanısı genellikle intraoperatif konulabildiğinden hastaların çoğuna inguinal insizyon yapılmaktadır. Seçilecek cerrahide herni olmuş apandiks normal ya da enflame olması önemlidir. Şayet apandiks normale genel eğilim apendektominin yapılmamasıdır. Apandiksdeki enflamasyon ya da apse herni kesesinde sınırlı ise apendektomi ile birlikte herni tamiri yeterlidir. Ancak abdomende peritoneal kontaminasyon varsa laparotomi gerekebilir (6,9) bizim sunduğumuz hastada abdominal semptomlar yoktu. Herni kesesi içinde pürülan mayi olmasına rağmen çekum tabanı ve omentum internal inguinal halkayı öylesine kapatmıştı ki, bu oluşumların bariyer oluşturduğu düşünülerek laparotomiye ihtiyaç duyulmadı. Amyand herni tamirinde mesh kullanılıp kullanılmaması tartışmalıdır. Operasyon bölgesindeki kontaminasyona göre karar vermek gerekir (8,10,13,14) bizim hastamızda ödem ve enflamasyon vardı ancak primer tamir mümkündü. O yüzden de mesh kullanımı tercih edilmedi.

P96

**Hemoroidektomide Kolay Efektif Bir Yöntem; Yüksek Arter Ligasyonu:
Üç yıllık Deneyim**

Cemal Kara, Semih Yürekli, Arif Uğuz, Turgay Özer, Atilla El, Mehmet Göl
Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Bilindiği gibi hemoroidal hastalığın tedavisinde oldukça fazla sayıda cerrahi yöntem bulunmaktadır ancak seçilecek uygun yaklaşım konusunda halen genel bir fikir birliği oluşmamıştır. Bu çalışmada kliniğimizdeki yüksek arter ligasyon uygulamaları ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Ocak 2006 ile Aralık 2008 tarihleri arasında yüksek ligasyon yapılan 45 hasta retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

Otuz ikisi erkek ve ortalama yaşı 43 olan toplam 45 hastalardan 39 hasta evre III kalan altı hasta ise evre IV'tü. Tüm hastalar önceden medikal tedavi almış, iki olguya ise Milligan-Morgan hemoroidektomi uygulanmıştı. İlk 20 hastada vasküler yapıların yerini belirlemek için endorektal ultrasonografi kullanıldı. Deneyimin artmasıyla, yeterli aydınlatma sağlanarak ultrasonografiye gerek kalmadan işlem başarıyla uygulandı. Işık kaynağı olarak önceleri alın lambası sonrasında ise videoanaskop kullanıldı. Hastalara Jack-Knife pozisyonunda, öncelikle saat 1,5 ve 9 hizalarına olmak üzere en az dört bölgeye absorblabl sütür kondu. Dört hastaya ilaveten Milligan-Morgan hemoroidektomi uygulandı. Hastaların tamamı postoperatif birinci gün taburcu edildi. Otuz yedi hastaya postoperatif sadece tek doz diklofenak sodyum yeterli oldu. Hastaların ortalama takip süresi 14 ay idi. Biri evre III, ikisi evre IV olan üç hasta reopere edildi. Bir hastaya stapler ile hemoroidopeksi, iki hastaya ise tekrar yüksek arter ligasyonu uygulandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Milligan-Morgan, Ferguson gibi klasik hemoroidektomi yöntemleri halen popülerliğini korumakla beraber, geç yara iyileşmesi, yüksek nüks oranları ve ameliyat sonrası ağrı bu yöntemlerin uygulanabilirliğini sınırlamaktadır. Son yıllarda popüler olmaya başlayan stapler ile hemoroidopeksinin ise yüksek maliyeti ciddi bir eleştiri konusu olmaktadır. Skleroterapi, band uygulaması gibi yöntemler ise genellikle ileri evre hemoroid hastalığı olan olgularda efektif olmamaları nedeniyle kullanımı oldukça sınırlıdır. Yine postoperatif ağrı ciddi bir sorun olabilmektedir. Yüksek ligasyon, deneyimin de artmasıyla oldukça rahat uygulanabilen, maliyeti düşük, postoperatif aneljezik ihtiyacı az olan ve uygun şekilde yapıldığında nüksü oldukça düşük bir yöntemdir.

P97

Ano-Rektal Bölge Hastalıklarında Transrektal Ultrason Kullanımı: Klinik Deneyimlerimiz

Ali İlker Filiz, Ergün Yücel, İlker Sücüllü, Yavuz Özdemir, Dursun Özgür Karakaş,
Mehmet Levhi Akın

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

AMAÇ

Transrektal ultrason'un (TRUS), anorektal bölge hastalıklarında kullanımı gittikçe artmaktadır. TRUS benign hastalıkların tanısında, bölge cerrahisi sonrası değerlendirmede, malign hastalıklarının tedavi öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde artan sıklıkla kullanılmaktadır. Bölgenin anatomik ilişkilerini ve değişikliklerini göstermede TRUS' nin oldukça yüksek doğruluk oranları ile birlikte olduğu bildirilmektedir.

YÖNTEM

Kliniğimizde Haziran 2006- Aralık 2008 tarihleri arasında 269 (176 erkek 92 kadın) hastaya anamnez, fizik muayene ve endoskopik inceleme sonrasında TRUS (B-K Medical Profocus 2050 Danimarka) (10,13,16 Mhz) uygulandı.

BULGULAR

Yapılan incelemeler sonucunda hastalar; tümör (n=42), apse (n=53), fistül (n=61), cerrahi sonrası değerlendirme(n=57), anal inkontinans (n=52) ve konstipasyon(n=4) başlıkları altında 6 grupta toplandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

TRUS, kolay uygulanabilir olması, hasta tarafından rahat kabul edilmesi, ön hazırlık gerektirmemesi, maliyetinin düşük olması ve bölge anatomisi hakkında cerrahi süreç öncesinde hızlı ve doğru bilgi vermesi nedeniyle malign ve benign anal bölge hastalıklarında ilk akla getirilmesi gereken inceleme yöntemlerinden birisidir. Kısa öğrenme süreci sonrası bölge anatomisine hakim cerrahlarca kolayca benimseneceğini düşünmekteyiz.

P98

Nontravmatik Kolorektal Perforasyonlarda Tedavi ve Prognozu Etkileyen Faktörler

Cemal Kara⁽²⁾, Türker Karabuğa⁽¹⁾, Alper Sözütek⁽¹⁾, Tuğrul Tansuğ⁽¹⁾,
Ali Doğan Bozdağ⁽¹⁾, Okay Nazlı⁽¹⁾

1) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

2) Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Nontravmatik kolorektal perforasyonlar nadir rastlanan ve tedavisi zor olabilen durumlardır. Etiyoloji tedaviyi ve prognozu belirleyen temel faktördür. Etiyolojide klasik bilgilerin yanısıra son zamanlarda nonsteroidal antienflamatuar ilaç kullanımından da söz edilmektedir. Bu çalışmada nontravmatik kolorektal perforasyonların etiyojisinin, tedavi yöntemlerinin ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin ele alınması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Ocak 2000 - Aralık 2008 arasında üçüncü ve ikinci basamak iki genel cerrahi kliniğinde tedavi edilen nontravmatik kolorektal perforasyonlu hastalar retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

Toplam 19 hastanın 13'ü erkek idi. Perforasyon nedenleri: malignite (n=9), Crohn hastalığı (n=2), nonsteroidal antienflamatuar ilaç kullanımı (n=2), yatrojenik (n=2), volvulus (n=1), iskemi (n=1), divertikülit (n=1), sterkoral (n=1) idi. Perforasyonların 13'ü sigmoid kolonda, üçü çekumda, ikisi transvers, biri inen kolonda idi. Yedi hastaya rezeksiyon uygulandı ve bunlardan beşine primer anastomoz yapıldı. Altı hastaya primer tamir uygulandı. Sekiz hastaya ostomi yapıldı. Üç hasta postoperatif dönemde sepsis, ileri derecede kalp yetmezliği ve pulmoner emboli nedenleriyle kaybedildi. Bir hasta iki defa olmak üzere dört hasta reopere edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tanıda zeminde var olan hastalık uyarıcı olmaktadır. Radyogramlarda serbest hava görülmesi perforasyon tanısını koydurur fakat perforasyon yerinin saptanması için sıklıkla ileri tetkikler gerekmektedir. Tedavi seçeneklerini ve mortaliteyi etkilediği için, neden olan primer hastalık mutlaka ortaya konulmalıdır. Erken tanı ve uygun cerrahi tedavi morbitide ve mortaliteyi azaltmaktadır.

P99

Komplike Perianal Fistülde Kesici Seton Uygulaması; Retrospektif Değerlendirme

Gülten Çiçek Okuyan, Metin Tilki, Sırrı Özkan, Mehmet Talu, Alper Poyraz, Yılmaz User
Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Genel Cerrahi kliniğinde komplike perianal fistül nedeniyle kesici seton uygulaması yapılan hastaların nüks ve komplikasyonlar açısından literatür eşliğinde değerlendirmek.

YÖNTEM

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Genel Cerrahi kliniğinde Ocak 2003-Kasım 2008 tarihleri arasında komplike perianal fistül nedeniyle opere edilen hastalarda yaş, cinsiyet, etyoloji, nüks ve inkontinans (Wexner Kontinans Skorlaması) değerlendirildi.

BULGULAR

Kliniğimizde komplike perianal fistül nedeniyle kesici seton uygulaması yapılan onbeş hastanın yaş ortalaması 41 olup, kadın erkek oranı 8/7 idi. Ortalama takip süresi 16 aydı. Etiyolojide 9 hastada perianal abse drenajı öyküsü olup diğer hastalarda net bir etyolojik faktör saptanmadı. Ameliyat sonrası takiplerde 15 hastanın 12 sine ulaşıldı. Uzun dönem takiplerde bir hastada kısmi gaz inkontinansı saptandı. Diğer hastalarda takip süresince nüks görülmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Fistülotomi, fistülektomi, kesici seton, gevşek seton uygulaması gibi teknikler perianal fistül tedavisinde kullanılmaktadır. Kesici seton tekniği komplike perianal fistül tedavisinde seçeneklerden birisidir. Ancak uygulamanın komplikasyonları konusunda literatürde farklı veriler mevcuttur. Literatürde seton uygulamasının nüks oranı ortalama %2-%8 arasında, gaz inkontinansı ortalama %36.2, gaita inkontinansı ortalama % 2.3 olarak belirtilmiştir. Kesici seton uygulaması sonrası oluşabilecek komplikasyonlar açısından bizim hasta grubumuzda sonuçlar literatürle uyumludur. Kesici seton uygulaması eski bir yöntem olmasına rağmen komplike perianal fistüllerde halen önemli bir rol oynamayı sürdürmektedir.

P100

**Laparoskopik Kolon Rezeksiyonlarında İntraoperatif
Kolonoskopinin Yeri**

Emel Özveri⁽²⁾, Süleyman Yılmaz⁽²⁾, Eser Vardareli⁽¹⁾, Metin Ertem⁽²⁾

1) Acıbadem Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

2) Acıbadem Hastanesi, Genelcerrahi Bölümü, İstanbul

AMAÇ

Laparoskopik cerrahide manüel palpasyon mümkün olmadığından küçük tümörlerin lokalizasyonu önemlidir. Bu lezyonların intraoperatif bulunabilmelerini sağlayacak farklı yöntemler mevcuttur. Bu çalışmanın amacı laparoskopik kolon rezeksiyonlarında tümör yerini saptamak için intraoperatif kolonoskopinin kullanılmasını değerlendirmektir.

YÖNTEM

26 T1 kolon kanseri olan hastaya Şubat 2007- Temmuz 2008 tarihleri arasında laparoskopik kolon rezeksiyonu yapılmıştır. İntraoperatif kolonoskopi ile tümör lokalizasyonu sol kolon tümörü olan 4 hastaya uygulanmıştır. Bu hastalardan ikisi erken evre sigmoid kanseri, diğer ikisi de endoskopik olarak çıkarılması mümkün olmayan sigmoid polip hastalarıdır.

BULGULAR

İntraoperatif kolonoskopi rehberliğinde lezyonların yerleri tespit edilip klipe işaretlenmiştir. Bu işaretli alanları içeren sigmoid kolon rezeke edilmiştir. Tümörün yeterli olarak çıkarıldığı saptanmış olup kolonoskopiye bağlı peroperatif komplikasyon görülmemiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Küçük tümörün preoperatif lokalizasyonu için India ink ile tatuaj veya metal kliplerle işaretleme yapılabilir. Bu tekniklerde ise kliplerin kayıp yer değiştirmesi, boyanın serozaya yayılması veya lokal reaksiyonlara sebep olması gibi problemler yaşanmaktadır. İntraoperatif kolonoskopinin ise kısa sürmesi ve işaretleme için ek barsak temizliği gerektirmemesi avantajları mevcuttur. Bu çalışma da seçilmiş hastalarda intraoperatif kolonoskopinin erken evre kolon tümör lokalizasyonunda güvenilir bir yöntem olduğunu desteklemektedir.

P101

**Akut Mekanik İntestinal Obstruksiyonlarda
Laparotomi ve Mortalite**

F. Erözgen, M. Akaydın, A. Şimşek Çelik, D.Güzey, F. Çelebi, R. Kaplan, S. Birol, A.Çelik
Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Akut mekanik intestinal obstruksiyonun (AMİO) tedavisi hala tartışmalıdır. Çoğu hasta bu tanıyı aldıktan sonra yapılan semptomatik (nazogastrik sonda, sıvı replasmanı, lavman) tedavi sonrası düzelir ve laparotomiye gerek kalmaz. Bizim çalışmamızda semptomatik tedaviye rağmen düzelmeyen 122 olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

YÖNTEM

2004 Ocak - 2009 Ocak tarihleri arasında 2. cerrahi kliniğinde AMİO tanısı ile opere edilen 122 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Yaş ortalaması 58 yıl (15-87) olan hastaların %45'inin ilk başvurusu olduğu, %55'inin ise birden fazla acile geldiği tespit edilmiştir. Semptomların başlama süresi ortalama 5 (24 saat - 1 ay) gündür. Her hastada lökositoz ve ayakta çekilen batin grafisinde hava-sıvı seviyeleri mevcuttur. Bazı hastalarda kreatinin düzeyi normalin üzerinde bulunmuştur.

BULGULAR

Laparotomiye neden olan akut mekanik intestinal obstrüksiyonlarda en sık kolon tümörü tespit edilmiştir.35 olgu(%28) ile birinci sırada. Bu hastaların 13 tanesine palyatif operasyon, 22 sine küratif rezeksiyon uygulanmıştır. 31 hasta(%25) olguda etrangule herni tespit edilmiş olup ile 2. sırada yer almıştır. İntra abdominal geçirilmiş operasyonlara bağlı bridler 29 hasta (%23) ile 3. sırada yer almıştır. 8 hasta kolonik torsiyon, 4 divertikülozis, 2 safra taşı ileusu, 2 internal herniasyon, 2 perfore apandisit, 2 ince barsak perforasyonu, 1 dolikokolon, 1 karsinomatozis peritonei, 1 PID, 1 kolona invaze prostat ca diğer (AMİO) nedenidir. 1 hastada negatif laparotomi ile sonuçlanmıştır. 9 hasta ASA 3-4 skorlu postoperatif ilk 24 saatte kaybedilmiştir.(%7.3)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Operatif mortalite AMİO da ASA skoru ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Literatürde mortalite %40 lara varmaktadır. Bundan dolayı AMİO da hasta ve hasta sahipleri operasyondan önce mutlaka bilgilendirilmeli ve onamları alınmalıdır.

P102

Akut Karın Nedeni Olan İnen Kolon Yerleşimli Apseleşmiş Kistik Lezyon

Erman Aytaç⁽¹⁾, Fatih Aydoğan⁽¹⁾, Ahmet Kocael⁽¹⁾, Gülen Doğusoy⁽²⁾

1) İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

2) İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Kolonun kitlesel lezyonları perforasyon, obstrüksiyon başta olmak üzere birçok nedenle acil patolojilere neden olabilir. Olgu sunumumuzda, fizik muayenede akut karın bulguları ve karın içi serbest hava gözlenen hastada saptanan inen kolon seroza yerleşimli apseleşmiş kistik lezyonun tanı ve tedavi verileri sunulmuştur.

YÖNTEM

Altmış bir yaşında kadın hasta şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde sol humerus kırığı nedeniyle operasyon, ürolithiasis, hipertansiyon ve diyabet öyküsü mevcuttu.

BULGULAR

Fizik muayenesinde ateş: 38.4 °C, nabız: 80/dk, arteriyel kan basıncı: 160/80 mm Hg olarak ölçüldü. Karın muayenesinde tüm karında defans ve rebaund saptandı. Rektal tuşe de patolojik bulgu saptanmadı. Biyokimyasal parametrelerinde lökositoz (12000/mm³) dışında patolojik bulgu yoktu. Çekilen ayakta direk karın grafisi ve akciğer grafisinde diyafram altı serbest hava saptanması üzerine hasta acil ameliyata alındı. Yapılan laparotomide karın içi serbest sıvı ve perforasyon bulgusu saptanmadı. İnen kolon orta seviyede kolon duvarından kaynaklanan, yaklaşık 8 cm boyutlu, yüzeyi düzgün ve seroza ile örtülü içi pürülan mayi ile dolu apseleşmiş kistik lezyon saptandı. Hastaya sol hemikolektomi ve uç uca anastomoz ameliyatı yapıldı ve hasta ameliyat sonrası dönemde komplikasyonsuz iyileşerek post op yedinci günde taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu kalın bağırsak duvarında serozada apseleşen ve organize olan kistik lezyon olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Olgumuz kliniği ve histopatolojik incelemesi ile birlikte değerlendirildiğinde enfekte olmuş ve apseleşmiş mezenterik kist ya da duplikasyon kisti akla gelmektedir. Lezyonun apseleşmesi nedeniyle epitelyum değerlendirilememiştir. Mezenterik ve duplikasyon kistleri nadiren kanserleşen nadir görülen benign lezyonlardır. Sıklıkla ince bağırsak ve sonrasında çıkan kolon yerleşimlidirler. İnen kolonda çok nadir rastlanırlar. Olgumuz bu özelliği ile de ayrıca özgündür. Akut karın nedeniyle yapılan eksplorasyonlarda düzgün yüzeyli çevre dokulara infiltrasyon göstermeyen intestinal duvar kaynaklı kistik patolojiler saptandığında mezenterik kist ayırıcı tanıda akla gelmeli ve uygun tedavi planlanmalıdır.

P103

Stoma Açılma Nedenleri ve Komplikasyonları

Ebru Kırbıyık, Eylem Toğluk, Arzu Kader Harmancı, Erman Aytaç
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Kalıcı ve geçici stoması olan hastalarda gelişen erken ve geç dönem komplikasyonlarını hastaların demografik verileri ve hastalıkları ile ilişkisini takip ve tedavi yöntemleri ile birlikte değerlendirmek.

YÖNTEM

Ocak 2003 – Kasım 2008 tarihleri arasında servisimizde farklı nedenler ile stoma açılan 132 olgunun demografik özellikleri, açılan stoma çeşitleri, stoma komplikasyonları altta yatan hastalık, klinik takip ve tedavi yaklaşımları ile birlikte retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Olgularımızın 82'si (%62,1) erkek ve 50 'si (%37,9) kadın olmak üzere yaş ortalaması 54,12 (20–91) olarak belirlendi. Ostomi açılan olguların altta yatan hastalıkları değerlendirildiğinde 86 hastanın neoplastik nedenle [62'si (%47) rektum ca, 19'u (%14,4) kolon ca, 5'i(%3,8) FAP], 25 hastanın inflamatuvar bağırsak hastalığı [21'i (%15,9) ülseratif kolit, 4'ü (%3) Crohn] ve diğer olguların ise acil olgular (kolonik volvulus, perianal enfeksiyon, enterokutan fistül, iskemi) olarak dağıldığı görüldü. Açılan stoma çeşitleri değerlendirildiğinde stomaların %50' si loop ileostomi, %26,5'i end kolostomi, %9,1'i hartman kolostomi, %5,3' ü loop kolostomi, %7,5' i end ileostomi, %0,8' i jejunostomi olarak açılmıştır. Bu ostomilerden %37,8' i kalıcı, %59,8' i geçiciydi. Olguların %62,1' inde komplikasyon gözlenmedi. Hastalarda gelişen başlıca komplikasyonlar erken dönemde iritan dermatit (%6,8), parastomal ülserasyon (%2,3), ileostomi perforasyonu (%0,8); geç dönemde ise parastomal herni (%3,8), stenoz (%1,5), parastomal abse (%1,5), diğer komplikasyonlar (stoma fistülü, psödovariköz lezyon) (%1,6) olarak saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kalın bağırsak patolojilerinin lokalizasyonu distale gittikçe, stoma açılma oranı artmaktadır. En sık rektum kanseri olgularında stoma açılmıştır. Elektif olgularda komplikasyon oranı az iken acil cerrahi uygulanan ve inflamatuvar bağırsak hastalığı olan olgularda komplikasyon oranı artmaktadır. Medikal yaklaşım erken dönem stoma komplikasyonlarının tedavisinde, cerrahi yaklaşım ise geç dönem komplikasyonlarının tedavisinde öne çıkmaktadır.

P104

Perianal Fistülü Taklit Eden İlginç Nüks Pilonidal Sinüs Vakaları

Oğuzhan İnan, Fuat İpekçi, Muharrem Karaoğlu, Sedat Tan, Lütfi Dalkılıç
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Sakral kistler genç popülasyonda sık görülüp, nüks oranı hala yüksek olan ve cerrahi tedavisinde konsensus sağlanamayan hastalıklardan biridir. Genelde nüks sinüslerde kapalı operasyon teknikleri tercih edilir. Sinüs natal kıvrımda orta hatta olur ve buna ikincil fistül eşlik takdirde aşağı doğru uzanarak anal kanala doğru gelişimini tamamlayabilir. Bu durum perianal fistüllerle çok sık karışır. Biz de perianal fistül imajı veren böyle 3 olguyu sunup konuyu tartışmayı amaçladık.

YÖNTEM

Ocak 2009 ve Mart 2009 tarihleri arasında perianal fistül ön tanısıyla yatırılan 3 olgu çalışma kapsamına alındı.

BULGULAR

Hastaların üçüde erkek, ortalama yaş 43'tü, öyküde geçirilmiş pilonidal sinüs cerrahisi mevcuttu. Öncelikle perianal bölgede mevcut olan fistül ağzı ya da ağızları görüntü olarak perianal fistül imajı veriyordu. İyi bir lokal gözlemde: 3 olguda da ameliyatsız sakral bölgenin koksikse doğru nüks fistül ağızları tespit edildi. 2 olguya MR fistülografi yapıldı. Mevcut fistüllerin anal kanalla ilişkisi olmadığı tespit edildi. 3. olguda sakral bölgedeki nüks fistül ağzının, buradan verilen metilen mavisi ile perianal bölgedeki fistül ağzıyla iştirakı ortaya kondu. 3 olgu da perianal fistül görüntüsü veren nüks sakral kist olarak kabul edilip fistülektomi ve açık marsupializasyon uygulandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Perianal fistül nedeniyle başvuran hastalarda mutlaka öyküde pilonidal sinüs ameliyat öyküsü olup olmadığı araştırılmalıdır varsa bunun nüks sakral kist orjinli fistül olabileceği akla getirilmeli. Bu tip olguların tanısında öncelikle iyi bir fizik muayene ve basit tanı araçları tercih edilmeli. Sonuç alınamayan olgularda ise MR fistülografi yapılmalıdır. Gerek bu tip olgularda ve gerekse perianal fistüllerde konvansiyonel fistülografiden kaçınılmalıdır.

P105

**Volvulus of the Transverse Colon:
A Rare Cause of Intestinal Obstruction**

Oktay Yener, Gökhan Demiral, Gürhan Güngör
Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Volvulus is defined as an abnormal twisting of a segment of bowel on itself, along its longitudinal axis. This results in occlusion of the proximal bowel and a closed loop obstruction within the segment. In the absence of ischaemic changes within the redundant bowel, success can be anticipated with conservative fixation procedures.

YÖNTEM

This is a case report of a patient with a transverse colon volvulus and acute obstruction of the large intestine. A 67-year-old male patient was admitted to the emergency surgery department with gradual onset of abdominal pain and distension lasting for a few days. The proximal parts of the large intestine were severely distended and an abnormal twisting of a segment of transverse colon on itself, along its longitudinal axis was seen (Picture 1-2). It was treated by reduction, decompression and parallel colopexy.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Volvulus of the transverse colon is an uncommon event but results in mortality or significant morbidity relatively more often than cecal or sigmoid volvulus. A case is presented with emphasis on incidence, predisposing factors, clinical presentation and radiologic examination. The need for early diagnosis and surgical intervention is stressed. Volvulus of the transverse colon continues to be a relatively rare medical problem and is infrequently included in the differential diagnosis of the acute abdomen. Volvulus of the transverse colon is an uncommon event but results in mortality or significant morbidity relatively more often than cecal or sigmoid volvulus.

P106**Laparotomide Frozen Pelvis Saptanmış Rektum Tümörlü Olgularda Kemo-Radyoterapi Sonrası Yeniden Cerrahi Yapılabilme Kararını Etkileyen Faktörler, Onkolojik Sonuçlar ve Sağkalım**

Enver Kunduz⁽¹⁾, Ceyhun Aydoğan⁽¹⁾, Kürşat Rahmi Serin⁽¹⁾, Onur Taylan Çelik⁽¹⁾, Esra Sağlam⁽⁴⁾, Sezer Sağlam⁽⁴⁾, Yersu Kapran⁽²⁾, Barış Bakır⁽³⁾, Oktar Asoğlu⁽¹⁾

1) *İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, İstanbul*

2) *İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji, İstanbul*

3) *İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji, İstanbul*

4) *İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, İstanbul*

AMAÇ

Bu çalışmada amaç, laparotomide frozen pelvis olarak kabul edilerek loop kolostomi açılmış beş rektum kanseri olgusunun neoadjuvan tedavi sonrasında ameliyata uygunluk açısından nasıl değerlendirilmesi gerektiği ve elde edilen onkolojik sonuçların tartışılmasıdır.

YÖNTEM

Eylül 2006- Temmuz 2008 tarihleri arasında laparotomide frozen pelvis tanısı konulmuş ve adjuvan tedavi sonrası cerrahi rezeksiyon uygulanmış beş olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların ortalama yaşı 57,6 (30-76), cinsiyet oranı ise 3:2 (E/K) idi. Dört olgu, dış merkezlerde ameliyata alınmış, ameliyat esnasında frozen pelvis saptanarak sigmoid loop kolostomi açılmıştır. Diğer olgu ise dış merkezde distal yerleşimli rektum tümörü tanısıyla kısa dönem radyoterapi sonrası ameliyata alınmış, yine frozen pelvis saptanarak sigmoid loop kolostomi açılmış olarak kliniğimize başvurdu. Dört olguya 5FU kemoterapisi (KT) ve pelvik radyoterapi (RT) uygulandı. Tedavi sonrası pelvik magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve/veya karın bilgisayarlı tomografi (BT) ile ameliyat açısından yeniden değerlendirildi. Kısa dönem RT uygulanan hastaya ise ek bir tedavi yapılmadan yeni görüntüleme yöntemleriyle tekrar değerlendirildi.

BULGULAR

İki hastaya (% 40) sfinkter koruyucu cerrahi (SKC), üç hastaya (% 60) ise abdominoperineal rektum amputasyonu (APR) uygulandı. SKC yapılan olgularda kolostomi piyese dahil edilerek saptırıcı ileostomi açıldı. Olgularda minör veya majör komplikasyonla karşılaşılmamıştır. SKC uygulanan olguların saptırıcı ileostomisi 4. ayda kapatıldı. Patolojik inceleme sonucunda üç olguda mezorektum komplet, bir olguda mezorektum inkomplet, bir olguda ise komplete yakın olarak çıkarıldığı, tüm olguların T3 evresinde olduğu saptanırken ikir olgu N1 olup, diğer olgular N0'dı. Üç olguda neoadjuvan tedavi sonrası regresyon skoru 1/4, iki olguda ise 2/4 olarak saptandı. Distal cerrahi sınır tüm olgularda negatif olarak elde edildi. APR yapılan bir olguda radial cerrahi sınır pozitif ve mezorektum inkomplet çıkarılmıştı. SKC yapılan bir olguda ise radial sınırda müsin göllenmeleri saptandı ve mezorektum komplete yakın çıkarıldı. Diğer üç olguda ise R0 rezeksiyon sağlandı. Median çıkarılan lenf nodu sayısı 14'tür (12-25). Tüm olgular adjuvan 5FU kemoterapisi aldı. R0 rezeksiyon uygulanmış bir olguda 9. ayda karaciğer metastazı saptandı ve hasta 12. ayında eks oldu. Radial cerrahi sınırda müsin göllenmeleri saptanan olguda ise 15. ayda radyolojik olarak saptanan lokal nüks nedeniyle ameliyata alındı ve karsinomatöz peritonei saptandı, hasta halen KT almaktadır. Radial cerrahi sınırı pozitif olarak değerlendirilen olgu ise hastalıksız sağkalımın 29. ayında sorunsuz olarak izlenmektedir. R0 rezeksiyon sağlanmış SKC uygulanmış olgu 13 ayında PET incelemede yaygın metastatik tutulumu mevcut olup halen KT tedavisi almaktadır. R0 rezeksiyon sağlanmış APR uygulanmış olgu ise ilk ameliyatının 20. ayında parastomal herni sebebiyle 2. kez ameliyat edilmiş, 27. ayında karsinöz nedeniyle kaybedilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Laparotomide frozen pelvis olarak değerlendirilen rektum kanseri olgularında yeniden cerrahi yapılabilme kararı için neoadjuvan kemo-radyoterapi sonrasında iyi bir radyolojik görüntülemeyi takiben multidisipliner toplantılarda tartışılması gereklidir. Bu hasta gruplarında yeniden cerrahi, deneyimli merkezlerde ilk tanıdan bağımsız olarak uygulanabilir.

P107

Stapler Hemoroidopeksi Yönteminin Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Emel Özveri, Süleyman Yılmaz, Metin Ertem
Acıbadem Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

AMAÇ

Stapler hemoroidopeksi yönteminin konvansiyonel hemoroidektomiye göre daha az ağrılı ve kısa sürede iyileşme sağlamasından dolayı hemoroid tedavisinde kullanma sıklığı artmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma ile amaç retrospektif olarak stapler hemoroidopeksi yapılmış olan hastaların memnuniyetini değerlendirmektir. 2004-2008 tarihleri arasında kanamalı-grII ve grIII internal hemoroid tanısı alan toplam 108 (43 kadın, 65 erkek) hastaya stapler hemoroidopeksi yöntemi uygulanmıştır. Toplam 93 hastaya telefonla veya takipler ile ulaşılmıştır. Bu hastalar Short Form (SF-36) yaşam kalite anketi ile (genel sağlık, fiziksel ve sosyal fonksiyonlar, ağrı) sorgulanmıştır.

BULGULAR

Stapler hemoroidopeksi yapılan 77 hastada (%83) ameliyat öncesi şikayetlerinin kalmadığı ve günlük yaşam aktivitelerini sorunsuz olarak devam ettirdikleri saptanmıştır. 16 hastada (%17) ise postoperatif ağrı, kaşıntı, kanama, kirletme-lekelenme, perianal skin tag varlığı ve preoperatif şikayetlerinin devam ettiği saptandı. Postoperatif ağrıdan dolayı 4 hastanın (%4.3) hemoroid ve 3 hastanın (3.2) anal fissur nedeniyle reopere olduğu saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bizim sonuçlarımızda stapler hemoroidopeksinin özellikle erken postoperatif dönemde hasta memnuniyetini arttırması ve nüks oranlarının da düşük olmasından dolayı güvenilir bir yöntem olduğunu desteklemektedir.

P108

Kaynağı Bilinmeyen Ateşle Kendini Gösteren Kolon Kanseri

Oğuz Bilgi⁽²⁾, Bülent Karagöz⁽²⁾, Dursun Özgür Karakaş⁽¹⁾, İlker Sücüllü⁽¹⁾, Ali İlker Filiz⁽¹⁾

1) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

2) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Onkoloji Servisi, İstanbul

AMAÇ

Kaynağı bilinmeyen ateş (KBA) nedenleri arasında enfeksiyon, inflamatuvar hastalıklar ve maligniteler ilk sırada yer almaktadır. Malign hastalıklar içinde ise en sık lenfomalar, sarkomlar, karaciğer, beyin, böbrek kanserleri bulunmaktadır. Bunların yanında az sayıda olguda da KBA nedeni olarak kolorektal kanserler bildirilmiştir. Burada altı ay devam eden ateş ve hafif mikrositer anemisi olan, standart 3 günlük gaitada gizli kan testinde (GGK) pozitiflik saptanması üzerine yapılan kolonoskopide kolon kanseri tanısı alan ve opere edildikten sonra ateşi kaybolan, 5 yıldır nüksü ve ateşi olmadan yaşayan, 70 yaşında bir erkek hasta sunduk. KBA ile başvuran hastalarda neden olarak hematolojik ve solid maligniteler de düşünülmeli, özellikle geriatric yaş grubunda ve demir eksikliği, mikrositer anemisi olanlarda kolon kanserinin daha fazla görülebileceğini akılda tutulmalı ve tarama testi olarak GGK testi standart olarak 3 kez yinelenmelidir.

P109

Spinal Anestezi ile Cleft Lift Prosedürü Uygulanan Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs Hastalarında Ağrı Vas Skorları

Serhat Oğuz, Hasan Bostancı
Van Asker Hastanesi, Genel Cerrahi, Van

AMAÇ

Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığı için uygulanan cerrahi yöntemler son derece değişkendir. Birçok farklı tedavi prosedürünün kullanımı bu hastaların postoperatif ağrı skorlarının değerlendirilmesinde birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Özellikle cerrahi yöntemlerle postoperatif ağrının değerlendirilmesinde kullanılan VAS skorlarının ilişkisini içeren çalışma sayısı son derece azdır. Bu çalışmada spinal anestezi ile cleft lift prosedürü uygulanan hastaların morbiditeleri yanında postoperatif ağrı VAS skorlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

2008-2009 yıllarında Van Asker Hastanesi'nde primer veya rekürren pilonidal sinüs nedeniyle cleft lift prosedürü uygulanan ardışık 126 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Cerrahi işlemler spinal anestezi altında yapıldı (Bupivacaine heavy 1.5 ml %0.5). Pilonidal sinüs tipi, postoperatif komplikasyonlar, postoperatif analjezik gereksinimleri ve ağrı VAS'ları her hasta için değerlendirildi.

BULGULAR

Ortalama takip süresi 10 (6-12) ay idi. Yara problemi 9 (%7) hastada, seroma 5 (%4) hastada görülürken majör yara problemi 3 (%2) hastada görüldü. Postoperatif analjezi için 75 mg Diklofenak Sodyum tüm hastalar için i.m. olarak kullanıldı. Postoperatif 3. günden sonra hiçbir hastada ilave analjezik ihtiyacı olmadı. Ağrı VAS'ları postoperatif 4. saatte 2.2 (1-9), 6. saatte 1.8 (1-9), 8. saatte 2.1 (1-9), 12. saatte 2.06 (1-9) ve 24. saatte 1.4 (1-7) idi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Cleft lift prosedürü sakrokoksigeal pilonidal sinüs için düşük morbidite yanında özellikle düşük postoperatif ağrı VAS'ları ile de gününbirlik yapılabilecek bir cerrahi prosedür olarak kullanılabilir.

P110

Pilonidal Sinüsde Deneyimlerimiz

Sinan Karakoç, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Bülent Çitgez,
Uğur Ekici, Hamdi Özşahin

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Pilonidal sinüs tedavisinde en önemli sorun tedavi sonrasında görülen nüksdür. Bundan dolayıda değişik tipte tedavi ve ameliyat tipleri tanımlanmıştır. Pilonidal sinüs hastalığında kabul görmüş standart bir ameliyat tekniği bulunmamaktadır. Biz 2005 – 2008 tarihleri arasında pilonidal sinüs nedeniyle opere ettiğimiz 246 olguyu literatür ışığında incelemek istedik.

YÖNTEM

2005-2008 tarihleri arasında yaptığımız pilonidal sinüs ameliyat olguları yaş, cinsiyet, yapılan ameliyat metodu, işe başlama süresi, hastanede yatış süresi ve nüks oranları açısından incelendi. Hastalara sinüs eksizyonu primer kapama ve sinüs eksizyonu intrafleksiyon olarak 2 tip ameliyat metodu uygulandı. Fistül ağzı orifise 5 cm'den daha fazla uzakta olan veya nüks nedeniyle ameliyet edilen olgulara intrafleksiyon ameliyatı tercih edildi geri kalan olgulara ise primer kapama uygulandı. Her iki ameliyat metodu uygulanan grupların demografik ve klinik bulguları ve postoperatif gelişen nüks oranları istatistiksel olarak kıyaslandı. Yaş ve cinsiyetin nükse etkili bir faktör olup olmadığı araştırıldı.

BULGULAR

246 hastanın 204 tanesine primer kapama 42 tanesine ise intrafleksiyon tekniği uygulanmıştır. Olgularımızın yaş aralığı 17-55 yaş ortalaması 28.9 dur. 246 hastanın 39 kadın (%16) 207 (%84) erkekti. Sinüs eksizyonu ve primer kapama yapılan 204 olgunun 10'unda (% 4.9), intrafleksiyon yapılan 42 olgunun birinde (%2.3) nüks görüldü. primer kapama uygulanan hastaların ortalama hastanede yatış süresi 2.9 gün işe başlama süresi ise 11.4 gündür. İntrafleksiyonda ise hastaların hastanede yatış süresi 6.2 gün olup işe başlama süresi 22.1 gün olarak saptanmıştır. Nüks gelişimi açısından intrafleksiyon yöntemi ile primer kapama yöntemleri arasında anlamlı fark saptanmadı. (p= 0.696) Nüks gelişiminde yaş ve cinsiyetin etkili faktörler olmadığı da gösterildi. (sırasıyla p=0.654, p= 0.642)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Pilonidal sinüs ameliyatlarında primer kapama ve intraflexion yöntemleri sık kullanılan ameliyat yöntemleridir. İntrafleksiyon yöntemi primer kapamaya göre nüks oranı daha az olan bir ameliyat metodu olmasına rağmen hasta günlük faaliyetlerine, işine daha geç sürede geri dönebilmekte ve daha uzun süre pansumana gereksinim duyması gibi dezavantajları vardır. Bundan dolayı Nüks eden veya fistül ağzının sinüs orifisine uzak olduğu olgularda intra fleksiyon diğer olgulara ise ilk planda primer kapama metodunun uygulanmasının daha uygun bir yaklaşım olacağı kanaatindeyiz.

P111

Pilonidal Sinüs Tedavisinde Klinik Deneyimimiz

Uygar Demir, Mithat Çağsar, Ece Dilege, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Mehmet Mihmanlı
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Latince kıl anlamına gelen “pilus” ve yuva anlamına gelen “nidus” kelimelerinin birleşmesinden türetilen “pilonidal” hastalığa sıklıkla genç erkeklerde rastlanmaktadır. Cerrahi tedavide, sinüs çıkarıldıktan sonra geride kalan boşluk açık bırakılacağı gibi, primer kapama, veya fleple onarım gibi değişik teknikler uygulanabilir. Ancak hiçbir teknikte nüks oranı sıfır olmamaktadır.

YÖNTEM

Bu çalışmaya, kliniğimizde primer pilonidal hastalık tanısı ile ameliyat edilen hastalar dahil edildi. Sinüs ağzları orta hatta yer alan hastalar ile orta hatta ek olarak sadece bir tarafta sinüs ağzı olan hastalara primer onarım, orta hat dışında her iki tarafta da sinüs ağzı bulunan hastalara ise Limberg fleple onarım uygulandı. Hastalar yaş, cins, ameliyat tipi, yatış süresi, komplikasyonlar ve nüks açısından değerlendirildi. Hastalar nüks gelişip gelişmediğinin kontrolü için en az bir yıl süre ile takip edildi.

BULGULAR

1998 Aralık- 2007 Aralık tarihleri arasında kliniğimizde 381 hasta primer hastalık sebebiyle ameliyat edildi. 325 erkek, 56 kadın hastanın yaş ortalaması 26,07 yıldır. 328 hastaya primer onarım, 53 hastaya Limberg fleple onarım uygulandı. Nüks oranları sırasıyla %4.6 (15 hasta) ve % 3.8 (2 hasta) idi. Primer tedavi sonrası hastanede kalış süresi ortalama 2.20 gün, Limberg fleple onarım sonrası 4,07 gün idi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızın sonucuna göre, Limberg fleple onarım yapılan hastaların hastanede kalış süresi daha uzundur, ancak yöntemler arasında nüks açısından anlamlı fark yoktur. Sonuç olarak, orta hatta yer alan ve sınırlı yayılım gösteren hastalarda primer onarım yöntemlerinden birinin uygulanması, geniş eksizyon gereken hastalarda ise fleple onarım yöntemlerinin kullanılması gerektiği kanaatine varıldı.

P112

Acil Cerrahi Uygulanan Kolorektal Kanserler

Hızır Yakup Akyıldız, Erdoğan Sözüer, Alper Akcan, Can Küçük, Bilgehan Poyrazoğlu, Tarık Artış
Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ

Kolorektal kanserler ileri yaşlarda görülen bağırsak tıkanıklıklarının önemli nedenlerindendir. Elektif şartlarda yapılan ameliyatlarında bile yüksek morbidite oranlarıyla karşılaşılır. Acil durumlarda morbidite ve mortalitenin arttığını, tek seanslı ameliyatlardan çok seanslı ameliyatlara doğru bir yönelim olduğunu bildiren çok sayıda yayın vardır. Çalışmamızda kolorektal kanser nedeniyle acil şartlarda ameliyat ettiğimiz hastalarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

Ocak 2001 Mayıs 2008 tarihleri arasında acil şartlarda ameliyat edilen 211 hasta incelendi ve aynı dönemde elektif ameliyat edilen 864 hasta ile karşılaştırıldı. Hastaların demografik verilerinin yanı sıra başvuru semptomları, ek hastalık varlığı, tümör yerleşim yeri ve evresi, ameliyat süresi, ameliyat tipi, kan transfüzyonu, yoğun bakım gerekliliği gibi verilerde değerlendirildi. İstatistikî karşılaştırmalarda <0.05 p değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların 91 tanesi kadın 120 tanesi ise erkekti. En fazla sigmoid kolon ve çıkan kolon tümörü nedeniyle hasta ameliyat edildi. Ameliyat sırasında 8 hastada peritoneal karsinomatöz tespit edildi. En sık başvuru nedeni bağırsak tıkanıklığı ve karın ağrısı idi. Tümörden veya tümöre bağlı perforasyon 26 hastada saptandı. Hastalardan 103 tanesine anastomozlu işlem yapılırken 108 tanesinde çeşitli nedenlerle stomalı prosedürler uygulandı. Acil şartlarda ameliyat edilen hastalarda ortalama kan transfüzyonu miktarı, yoğun bakım ihtiyacı ve yoğun bakımda kalış süresi, ameliyat süresi, stoma uygulama sıklığı, ameliyat sonrası 30 günlük morbidite ve mortalite oranlarının istatistikî olarak elektif gruptan fazla olduğu görüldü.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Acil girişim gerektiren kolorektal kanserlerin tedavisi zordur ve sonuçlar arzulanan düzeyin oldukça altındadır. Bu konuda deneyimli cerrahların bulunduğu tam donanımlı merkezler uygun tedavi için şarttır.

P113

Does the Set-On Precedure in the Patients with Complex Fistula İnnocent That is Anticipated?

İlker Sücüllü⁽³⁾, Mustafa Coşkun⁽¹⁾, Sezai Demirbaş⁽²⁾, Nail Ersöz⁽²⁾, Kaan Coşkun⁽²⁾

1) Diyarbakır Asker Hastanesi, Diyarbakır

2) GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı, GIS Cerrahisi Bölümü, Ankara

3) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Anal fistula is severe disease inflammation-pain, abnormal discharge and sometimes anal canal functional failure due to previous surgery which makes an individual life quality poor. Hospitalization and treatment frequently takes a long time from beginning surgical procedures to patient discharge. The aim of this study to demonstrate that the set-on procedure performed by use of caudal anesthesia in outpatient clinic is well tolerable but make the life quality of patient with complex fistula poor.

YÖNTEM

In 51 young patients underwent the set on procedure under caudal anesthesia, anal canal function, continence status, postoperative complications and satisfaction of patients were evaluated at the end of 12th week and a year follow up prospectively

BULGULAR

Patients with transsphincteric and perianal fistula located anterior, who underwent the procedure, had endured pain easy when getting oral analgesic and no major complication was seen. Hospitalization time was not more than 12 hours. Two recurrent fistulas (4%) were occurred. Anal function failure at the end of 12th weeks and a year were experienced in 13 (%25,5) and 17 (%33,3) patients respectively. While anal manometer outcomes after the procedure were not decreased, the patients with failure complained anal discharge, gas and liquid incontinence anal wetness in the region.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Caudal anesthesia is a feasible method to be tolerated well by the patients with anal fistula underwent the set-on procedure. However the procedure did not give enough decision for the patients need to be returning the hard work early.

P114

Pilonidal Sinüste Fenol Tedavisi

Cüneyt Kayaalp, Cemalettin Aydın, Aydemir Ölmez, Latif Kahraman
İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ

Pilonidal sinüste cerrahi eksizyon geleneksel olarak en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Ancak bu yöntem ile hastaların iyileşme ve işe başlama süreleri uzamakta ve önemli derecede iş gücü kaybı ortaya çıkmaktadır. Cerrahi eksizyon dışı yöntemlerinden birisi olan fenol ile tedavi bu açıdan avantajlar sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı semptomatik pilonidal sinüste fenol tedavisinin etkinliği ve iş kaybı değerlendirmektir.

YÖNTEM

Haziran 2007 ile Ekim 2007 tarihleri arasında ardışık olarak gelen 31 semptomatik pilonidal sinüs hastası (24 erkek yaş aralığı 16-37) çalışmaya alındı. Sinüs orifisleri lokal anestezi altında insizyonla genişletilerek kavite temizliği yapıldıktan sonra kavite içine fenol (%80 lik sıvı ve kristalize) uygulaması yapıldı. Hiçbir hasta işlem sonrası hospitalize edilmedi ve işlemler ayaktan yapıldı. Hastalar birer hafta ara ile takip edilerek anatomik iyileşme, semptomatik iyileşme ve iş kaybı ve hasta memnuniyeti değerlendirildi. Takipler esnasında yeniden fenol uygulaması yapılmadı.

BULGULAR

Ortalama insizyon boyu 1,2 cm idi (0,5-3,5 cm). Hastalarda yaranın kapanması ortalama 25 gün (10-63 gün) sürdü. İki ay sonunda hastaların %84'ü asemptomatikti (%48 anatomik olarak orifis yok, %36 orifis var ama hasta asemptomatik). İşlem sonrası ilk üç gün ağrı sırasıyla %50, %33 ve %5 hastada tariflendi. Diğer hastalar işlem sonrası beyan edecek kadar ağrı tarif etmediler. İlk üç gün analjezik ihtiyacı sırasıyla %20, %10 ve %5 hastada gerekli oldu. İlk iki gün sonrası ağrı ve analjezik ihtiyacı %95 hastada yoktu, üç gün sonun da ise bu oran %100 dü. İki gün sonunda işe başlama oranı %95 di. İşlemden bir hafta sonra yapılan anket sonrası hastaların %95'i uygulamayı kolay bulduklarını, tekrar yaptırabileceklerini veya başkasına önerebileceklerini ifade ettiler.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Fenol ile pilonidal sinüs tedavisinde hastalarda semptomatik tedavi yüksek oranda sağlanabilmektedir. Uzun süreli iyileşmesine karşın hastalarda ağrı ve analjezik ihtiyacı az olmakta ve işe dönüş 1-3 günde olmaktadır.

P115**Ameliyatta Unutulan Tekstil Kökenli Yabancı Cisimler****Soykan Arıkan⁽²⁾, Ahmet Kocakuşak⁽¹⁾***1) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul**2) S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul***AMAÇ**

Ameliyat esnasında kullanılan gazlı bez, ped, kompres gibi pamuklu madde yapısındaki yabancı cisimler tekstiloma veya gosipiboma olarak adlandırılmaktadır. Medikolegal çekinceler nedeni ile tekstilomaların tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok azı rapor edilmektedir. Bu nedenle literatürde yer bulabilenler, gerçekte mevcut vakaların irdelenmesini sağlamakta yetersiz kalabilmektedir. İki ayrı cerrahın 1989-2005 yılları arasında kendi tanık oldukları deneyimlerinden oluşturulan, 10 vakalık seri, çeşitli özellikleri sunularak tartışılmıştır.

YÖNTEM

Hasta özellikleri, teşhise kadar geçen süre, vücutta bulundukları yer, klinik prezentasyon, komplikasyon, uygulanan tedavi, tekstilomaya sebep olan ilk cerrahi girişim ve teşhis metodu araştırılan parametreler olarak seçilmiştir.

BULGULAR

Hastaların 6'sı kadın, 4'ü erkek olup yaş ortalaması 41 yıl (22-68 yıl arası değişen şekilde) olarak hesaplanmıştır. Sezeryan 3 hastada, bilateral inguinal herni 2 hastada, sağ inguinal herni 1 hastada, apandektomi 1 hastada, travma nedeni ile eksploratif laparotomi 1 hastada, sigmoid kolon rezeksiyonu 1 hastada ve tiroidektomi 1 hastada tekstilomaya neden olan ameliyatlardır. Tekstilomanın lokalizasyonu 6 hastada abdominal kavite, 3 hastada inguinal bölge insizyon yarası ve 1 hastada tiroidektomi loju idi. Akut karın 4 hastada, yara enfeksiyonu 3 hastada, kronik karın ağrısı 3 hastada, yara insizyonunda ele gelen kitle 1 hastada klinik prezentasyon şekli idi. Bilgisayarlı batin tomografisi 4 hastada, batin ultrasonografisi 4 hastada, batin muayenesinde ele kitle gelmesi 2 hastada ve insizyonda ele kitle gelmesi 1 hastada teşhiste yeterli olmuştur. Komplikasyonlar irdelendiğinde; 3 hastada batin içi apse, yara enfeksiyonu 3 hastada, kolostomi açılma gerekliliği 1 hastada tespit edilmiş ve sonuç olarak unutulan yabancı cisme bağlı gereksiz cerrahi girişim 9 hastada uygulanmıştır. Lokal anestezi ile tiroidektomi lojundan gazlı bez çıkartılan vaka dışında hastaların tamamı genel anestezi altında ameliyat edilmiştir. Yabancı cismin unutulmasını takiben tekstilomanın teşhisine kadar geçen süre 2 gün ile 84 gün arasında değişmekte idi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tekstilomalar komplikasyon oluşturma yönünde ciddi potansiyel tehlike taşırlar ve cerrahi açısından tehlikeli hatalardır. İnsan vücudu tekstilomaya karşı çok değişken reaksiyonlar gösterebilmektedir. Ameliyat sonrası nonspesifik semptomların araştırılması sırasında şüphelenilmesi ve unutulmuş yabancı cismin görüntülenme yöntemleri ile tanınması radyolog için olduğu kadar cerrah için de çok önemlidir.

P116

Portal Ven Trombozu ve Eşlik Eden İnce Barsak Perforasyonu

Gürhan Baş, İsmail Okan, Bahri Yılmaz, Coşkun Çakır, Atilla Karakelleoğlu, Mustafa Şahin
Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Portal ven trombozu (PVT), karaciğere drene olan ekstrahepatik portal venöz sistemde tromboz gelişmesi olarak tanımlanır. Nadir rastlanan bir hastalık olmasına rağmen ciddi uzun dönem komplikasyonlara yol açabilir. Çalışmanın amacı acil polikliniğimizden subileus ön tanısıyla interne edilip, portal ven trombozu tespit edilip tedavi edilen hastanın irdelenmesidir.

YÖNTEM

46 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı ve yeni başlayan makattan kanama şikayetiyle başvurdu. Hastanın sol bacakta kronik tromboflebit öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde hastanın 38 C ateşi ve epigastrik bölgede hassasiyeti-defansı mevcuttu. Rektal muayenesinde hematokezya saptandı. Kan lökosit sayımı 17 000 olarak ölçüldü. Hastanın çekilen bilgisayarlı batın tomografisinde jejunumda ince barsak mezosu içinde kapalı perforasyon ve superior mezenterik ven (SMV), portal ven (PV) ve splenik vende (SV) tromboz saptandı. Nazogastrik dekompresyon, intravenöz sıvı ve uygun antibiyotik tedavisiyle konservatif olarak tedavi edilen hastaya tromboz için düşük molekül ağırlıklı heparin(DMAH) başlandı. Hiperkoagülabilité durumunu değerlendirmek için istenen tetkiklerinde protein C, protein S, Antitrombin 3, faktör 5, anti-fosfolipid IgG-IgM, anti-kardiolipin IgG-IgM, homosistein, faktör V Leiden mutasyonu, aktive protein C rezistansı ve MTHFR düzeyleri normal sınırlarda saptandı. Klinik takiplerinin ve laboratuvar bulgularının düzelmesi, oral tam gıda ile beslenmesi üzerine yatışının 26. gününde taburcu edildi. Yatışı süresince DMAH alan hastaya taburcu olmadan önce warfarin tablet başlanarak INR düzeyi 1.5-2.5 olacak şekilde ayarlandı. Hasta rutin poliklinik takibine çağırıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Lokal ve sistemik birçok faktörün portal ven trombozu gelişmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Genellikle belirti ve bulguların nonspesifik olması nedeniyle tanı koymak zordur. Doğru tanı, antikoagülasyon tedavisinin erken başlanması, altta yatan patolojilerin düzeltilmesi portal ven trombozu ile ilgili ciddi komplikasyonları önleyebilir.

P117

Gastrointestinal Fistüllerde Operatif ve Nonoperatif Tedavinin Karşılaştırılması

Ahmet Kocakuşak⁽²⁾, Muzaffer Akıncı⁽²⁾, Soykan Arıkan⁽⁴⁾, Haldun Sunar⁽²⁾, Mehmet Gülen⁽²⁾, Tamer Karşıdağ⁽³⁾, Adil Koyuncu⁽²⁾, Adnan Hut⁽²⁾, Ahmet Fikret Yücel⁽²⁾, Mustafa Anıl Yaşar⁽²⁾, Serbülen Aydın⁽²⁾, Hamit Karayağız⁽¹⁾

1) Özel Hospitalium Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

3) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

4) S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Gastrointestinal fistüller, bağırsak ile bir başka organ, deri veya epitelli başka bir yüzey arasında oluşan konjenital veya akkiz olarak ortaya çıkabilen anormal epitelize traktüslerdir. Gastrointestinal fistüller için son yıllarda antibiyoterapi ve yoğun bakım yöntemlerinin gelişmesi sonucunda nonoperatif destek tedavisi bu hastaların bir bölümünün ameliyat olmadan iyileşmesini sağlamıştır. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde gastrointestinal fistül nedeni ile operatif ve nonoperatif yöntemlerle 2000-2006 yılları arasında tedavi edilen hastalar karşılaştırmalı şekilde retrospektif olarak irdelenmiştir.

YÖNTEM

Çalışmada değerlendirilen 53 hastanın 20 tanesi grup 1'de(nonoperatif grup),33 tanesi grup 2'de(operatif grup) yer almıştır. Çalışılan parametreler; yaş, cinsiyet, fistülün etyolojisi, fistülün lokalizasyonu, debisi, fistüle sebep olan ameliyatın acil veya elektif koşullarda yapılıp yapılmadığı, fistülün olduğu postoperatif gün, malnutrisyon durumu, postoperatif fistüllerde profilaktik antibiyotik kullanımı, total parenteral nutrisyon kullanılması, diabetes mellitus mevcudiyeti, anemi, elektrolit ve albumin düzeyleri, tedavi sırasında ateş veya lökositoz gelişip gelişmemesi, kan transfüzyonu veya fistüle sebep olan ameliyat ile fistül nedeniyle yapılan ameliyat arasındaki süre olarak tanımlanmıştır. İstatistiksel analizler GraphPad Prisma V.3 paket programı ile yapılmıştır. Nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Yaş ortalaması 53.04±16,66 yıl olup %62.3 ü 50 yaşın üstünde idi.Tüm hastaların %52.8 i erkek idi.Fistülün lokalizasyonunun %52.8 oranında kolon,% 37.7 oranında ince barsak, %9.4 oranında ise üst gastrointestinal sistemden kaynaklandığı tespit edilmiştir.Tedavi seçimine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etki eden faktörler fistül debisi(p=0.001),antibiyotik profilaksisi(p=0.018),total parenteral nutrisyon(p=0.047),hipopotasemi(p=0.021) ve hipokloremi(p=0.009)olarak tespit edilmiştir.Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark görülme de yaşlılarda,kadınlarda,iskemiye bağlı fistüllerde,kolon fistüllerinde,komplikasyon gelişenlerde,ateşi yükselen hastalarda,hipoproteinemi, hipoalbuminemi ve hiponatremi olan hastalarda rölatif olarak ameliyata daha fazla ihtiyaç duyulduğu görülmüştür.Grup 1'deki hastaların %10'u(2/20), grup 2'deki hastaların ise %12,1'i(4/33) yoğun bakımda takip ve tedavi gerektirmiştir(p=0,823).Grup 1'de hastanede kalış süresinin(ortalama 14,5±10,92 gün)grup 2'den(ortalama 28,6±16,25 gün)belirgin olarak az olduğu görülmüştür(p=0,001).Serimizde sonuç olarak, grup 1'de başarı oranı %100, grup 2'de başarı oranı % 69.7 olup sonuçlar istatistiksel anlamlı ölçüde grup 1(nonoperatif grup) lehinedir(p=0.006).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Gastrointestinal fistüllerde son yıllarda giderek artan sıklıkta uygulanan nonoperatif konservatif tedavi kullanımının başarılı olduğu ve hastanede kalış süresini ve morbiditeyi azalttığı sonucuna varılmıştır. Ancak hasta seçiminde belli kriterlere uyulmalıdır.

P118

Rektal Yabancı Cisimler

Ahmet Kocakuşak⁽²⁾, Soykan Arıkan⁽⁴⁾, Orçun Oral Şentürk⁽¹⁾, Ahmet Fikret Yücel⁽²⁾,
Muzaffer Akıncı⁽²⁾, Haldun Sunar⁽²⁾, Tamer Karşıdağ⁽³⁾, Adil Koyuncu⁽²⁾, Adnan Hut⁽²⁾,
Mustafa Anıl Yaşar⁽²⁾, Serbülent Aydın⁽²⁾, Mehmet Gülen⁽²⁾

1) Özel Çapa Medilife Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

3) S. B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

4) S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Rektumda tespit edilen yabancı cisim genellikle anal yolla yerleştirilmiş olmakla beraber, nadiren ağızdan alınmasını takiben de rektumda takılabilmektedir. İleoçekal valvi geçen bir cismin rektumda takılması nadir olduğundan hasta profili cinsel uyarıcı amaçla veya darp nedeni ile anal yolla yabancı cisim yerleştirilmiş hastalardan oldukça farklıdır. Bu nedenle kaçakçılık veya özürlü olmak gibi sebeplerle yutulan bir besin maddesinin rektumda takılmasıyla başvuran veya yediği bir besin maddesi nedeni ile rektumu tıkanan genelde pediatrik yaş grubunda olan hastalar seriye alınmamış olup, sadece anüsten yerleştirilen cisimlerle oluşan seri çeşitli yönleri ile irdelenmiştir.

YÖNTEM

Hastaların tamamı acile başvurdıkları sırada(2002-2009 yılları arasında)aynı cerrah tarafından prospektif olarak değerlendirilmiş olup yaş, cins, yabancı cisim yerleştirildikten sonra ameliyata kadar geçen süre, yabancı cismin nonoperatif yöntemlerle çıkarılıp çıkarılamadığı, tam mekanik bağırsak obstrüksiyonunun mevcut olup olmadığı, ameliyatta stoma açılıp açılmadığı, ameliyatta bağırsak lumeni açılıp açılmadığı, inkontinans, komplikasyon, aynı sebeple mükerrer başvuru, mental durum, medeni hal, muayene ve laboratuvar bulguları açısından irdelendi.

BULGULAR

Hasta serisi 6 hasta ve 7 başvurudan oluşmakta olup tamamı erkek cinsiyette idi. Yaş ortalaması 51.71 yıl idi(37-77 yıl arasında değişen şekilde).Toplam 7 başvurunun sadece 1 tanesinde ameliyat gerekmeden nonoperatif yöntemlerle yabancı cisim çıkartılmış olup,1 tanesinde de bağırsak lumeni açılmadan laparotomi ile yabancı cisim distale doğru ittirilmek suretiyle çıkarılmıştır. Mental retarde olan 2 hasta dışındaki diğer 4 hasta evli idi. İleus 2 hastada mevcuttu. Kolotomi ve primer tamir ile taburcu edilen 3 hastaya karşın 2 hastada stoma açılması komplikasyonlar arasında sayılmıştır. Bunlardan Hartman kolostomi uygulanan hastada parmak mesafesinde ciddi fibroz ve inkontinans gelişimi nedeni ile stoma kalıcı olmuştur. Başvuru süresi 7 saat ile 2 ay arasında değişmekte idi. Mükerrer başvuru 2002 ve 2009 yıllarında mükerrer kolotomi ve primer tamir uygulanan tek hastadır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Taciz veya anal erotizm nedeni ile giderek artan sıklıkta başvuran rektumunda yabancı cisim olan hasta için ciddi morbidite söz konusudur ve lokal, spinal veya genel anestezi ile uygulanabilen nonoperatif tedaviler birçok gereksiz ameliyatı önleyebilir.

P119

Pilonidal Hastalığın Tekrarlama Nedenleri ve Koruyucu Yöntemler

Nihat Bengisu, Serap Pamak

Özel Bengisu Proktoloji, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Pilonidal sinus cerrahisinde %20'lere varan nükslerin olması, etiopatogenezi ve cerrahi yöntemleri hep tartışılır kılınmıştır. Fenol ile konservativ tedaviden radikal Limberg'e kadar yaklaşık 15 çeşit tedavi önerilmiştir. Bizler 1985'ten 2001'e kadar 1500 kadar hastada etioloji soruşturması yanında tedavide sklerotik etkisi nedeni ile sadece %80 Fenol uygulayarak %86 başarı; 2001'den 2005'e kadar litik etkisi nedeni ile %20 Gümüş nitrat ve küretaj uygulayarak %92 başarıya ulaşmış idik. Bu kez 2005'ten beri etiopatogenezi ve nüksleri daha iyi sögülamayı, sklerozan ajan kullanmadan doğrudan granülasyon küretajını ve mikro pit eksizyonu ile daha iyi sonuç almayı amaçladık.

YÖNTEM

Mart 2005-Mart 2009 yılları arasında 2914 hastada koruyucu yöntemler olarak: A) Evre 1-2-3 olanlara lokal anestezi altında sinus veya fistül içi küretajı + pit eksizyonu B) Birlikte gerekiyorsa retrakte fossa eksizyonu C) Vakaların %15 inde da kist membran ieksizyonu D) Evre 4 olanlara küretaj + pit eksizyonu + sınırlı Lay-open E) Anatomi bozulmuşsa sınırlı düzeltici plastik yöntemler F) Mikroeksizyonlarda sütür yerine baskılı tampon uyguladık G) Kaykılık oturmayı kesin terk etmeyi H) Günde 3 kez bölgeyi elle veya pudra ile silmeyi İ) Derin oluğu string çamaşır ile korumayı önerdik

BULGULAR

A-Kişisel ve edinsel etiyojik nedenler 1- Kaykılık oturmaya bağlı pit veya follicle oluşumu: Hastaların %100'ünde bilgisayar önünde, büro veya sürücü koltuklarında uzun süreli kaykılık oturma alışkanlığı; %21 'inde belirgin koksiks ve bu durumlarda gerilen cilt ile birlikte genişleyen apokrin orifislerden serbest tüy ve kılların cilt altına itildiğini saptadık. 2- Kılların yivli ve kontamine yapısı: Kılların yüzeyi yılan derisi gibi pullu, yivli ve olduğu; bu sayede, orifis veya pit önüne denk düşmüş kılın içeriye itirilince pisi pisi otu veya vida dinamiği ile mikroorifis ve klivajlardan yürütülebilir olduğunu; apokrin orifiste mikroenfeksiyon ve pit denilen 0,1-2 mm mikrokrater oluşturduğunu ve bu pitlerden yeni kıl girişlerinin kolaylaştığını 3- Apokrin veya hidradenitis olasılığını 4- Derin intergluteal oluklarda hijyen kusurunu ve bunu string çamaşırın önlediğini saptadık. B- Cerrahi nedenler 1-Yaranın açık bırakılması: Bu durumda zor ve geç iyileşen ince, fibrotik, fragil bir zeminde kolay fissür, intertrigo ve ülserasyon gelişmekte 2- Limberg tipi bazı ameliyatlarda gergin bir prekoksigeal kemer ve kıl girişine uygun pitler oluşmakta 3-Söz konusu kemerin distalinde derin fossa oluşmakta ve kıl, hav, ter ile dolup intertrigo, pyodermi ve ülsearsyona zemin hazırlanmakta 4-Postoperatif distal intergluteal yüzlerin yanaşık bırakılması halinde sürtünme ile dibe yürütülmesi kolaylaşmakta

TARTIŞMA ve SONUÇ

"Kıl girişi ter veya apokrin orifislerden oluşmakta ve büyük olasılıkla enfeksiyon ta baştan itibaren bir apokrin veya hidradenitistir" diye düşünüyoruz. Nitekim hastalık süresi 10 yılı aşmış vakalarımızın % 62'sinde hidradenitis bulguları saptandı. Dolayısıyla süreç kronikleşmeden küretaj ve sadece pit eksizyonu; retrakte fossalara sınırlı plastik cerrahi; koruyucu olarak koksiks üzerine oturmaktan kaçınmayı; günde üç kez oluğu silmeyi; derin olukta intertrigo ve kıl yürüyüşünü önleyici string çamaşırını öneriyoruz.

P120

Pilonidal Sinüsün Cerrahi Tedavisinde Limberg Flep Uygulaması

Hasan Tok, Okan Akat

Büyükçekmece Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

AMAÇ

P.Sinus daha çok gençlerde ve erkeklerde görülen, sakrokoksigeal bölgede kronik akıntılı ve ağrılı olup hayat kalitesini bozan bir hastalıktır. P.Sinus için birçok yöntem tariflenmesine rağmen en iyi yöntem konusunda bir uzlaşmaya varılamamıştır. Bu çalışmada Limberg Flep onarımının P.Sinus tedavisinde sonuçları araştırıldı.

YÖNTEM

Nisan 2006-Mart 2008 tarihleri arasında P.Sinus hastalığı nedeniyle opere edilen 145 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm olgulara rhomboid tarzda sinus eksizyonu ve Limberg flep eksizyonu yapıldı. Hastaların hepsine spinal anestezi uygulandı. Kisti içine alacak şekilde orta hatta sakral periosta ulaşıldıktan sonra uygun olan gluteustan, gluteal fasyaya kadar inilerek hazırlanan gerilimsiz flep mobilize edildi. Hastaların operasyon alanının genişliğine göre hemovac dren kondu.

BULGULAR

Hastaların hepsine operasyon öncesi 1 gr birinci kuşak Sefalosporin yapıldı. 118 hasta (% 81.3) erkek, 27 hasta (%18.7) kadındı. Yaş ortalaması 25 (17-35) bulundu. 15 hasta (%10) nükstü. Yatış süresi 2,5 (2-6) gün bulundu. 8 hastada (%5.5) yara yeri enfeksiyonu, 3 hastada (%2) seroma görüldü. Olguların takip süresi içinde 5 hastada (%3.5) nüks saptandı. Bu olgulara da sağlam diğer gluteustan Limberg Flep uygulandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Önceki yıllarda nüks P.sinüs tedavisinde kullanılan Limberg Flep yöntemi günümüzde primer olgularda da rahatlıkla kullanılabilen, hasta konforunu arttıran ve düşük nüks oranları ile avantajlı bir yöntemdir.

P121

Apendektomi Sırasında Fark Edilen Çekum Tümörü

Hakan Buluş⁽²⁾, Gülçin Şimşek⁽¹⁾, Barış Morkavuk⁽²⁾, Numan Varol⁽²⁾,
Ahmet Koyuncu⁽²⁾, Ali Coşkun⁽²⁾

1) Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara

2) Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Akut apandisit en sık acil cerrahi akut karın nedenlerinden biridir. Apendiks lümeninin obstruksiyonu apandisitinin başlıca nedenidir. (1) Fekalit, lenfoid hiperplazi, parazitler, neoplazm ve karpuz çekirdeği gibi yabancı cisimler obstruksiyona neden olabilir.(2) Neoplazma ileri yaştaki hasta grubunda lümen obstruksiyonuna sebep olarak, akut apandisite neden olabilir. Kolon kanseri ve akut apandisit arasındaki ilişki yeterince dikkatli incelenmemiştir. Biz apendektomi sırasında fark edilen, eş zamanlı çekum kanseri olan 37 yaşında erkek bir olguyu sunduk.

YÖNTEM

İki gündür karın ağrısı ve bulantı kusma şikayeti olan hastanın, ağrısı epigastrik bölge ve göbek çevresinden başlayıp daha sonra sağ alt kadrana doğru yer değiştirmiştir. Hastanın bu şikayetlerine ilave iştahsızlığı da vardı. Karın muayenesinde sağ alt kadranda rebound veren hassasiyet ve defansı vardı.

BULGULAR

Hastaya klinik ve laboratuvar bulgularıyla akut apandisit ön tanısı konularak acil apandektomi yapıldı. Mc Burney kesiyle karın eksplere edildi. Eksplorasyonda yaklaşık 8-9cm uzunluğunda retroçekal yerleşimli inflame ödemli hiperemik apendiks vermiformis tespit edildi. Apendektomi uygulanan hastanın explorasyonu sırasında çekumun 5-10 cm distalinde serozaya infiltrate sert malign görünümlü yaklaşık 7-8 cm çapında kitle tespit edildi. İntraoperatif kitlenin serozayı infiltrate eden kısmından ve mezosundan biyopsi yapılarak ameliyat sonlandırılmıştır. Kolonoskopik değerlendirmesinde çekum lokalizasyonunda lümeni tama yakın obsrükte eden, ülserle malign görünümlü kitle tespit edilmiştir. Konoskopik inceleme sırasında alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesinde orta derece diferansiye adenokanserle uyumlu bulgular tespit edilmiştir. Daha sonra hastaya elektif sağ hemikolektomi, ileotransversostomi uygulanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Akut apandisit nadir de olsa sebeplerinden birisinin kolon kanseri olabileceği unutulmamalıdır. 40 yaşın üzerinde apandektomi uygulanan hastalara ameliyat sonrası hasta tamamen iyileştikten sonra, tarama kolonoskopisi yapılması kolon kanseri yakalama olasılığını artıracaktır.

P122

Kolorektal Kanserlerde Preoperatif CEA Düzeylerinin Tümör Evresi, Lokalizasyonu ve Histolojik Diferansiyasyonu ile İlişkisi

Nail Ersöz⁽¹⁾, İsmail Özerhan⁽¹⁾, İlker Sücüllü⁽²⁾, Ali Harlak⁽¹⁾, Mustafa Öztürk⁽⁴⁾, Selim Kılıç⁽³⁾, Fatih Can⁽¹⁾, Gökhan Yağcı⁽¹⁾, Yusuf Peker⁽¹⁾, Sadettin Çetiner⁽¹⁾

1) GATA, Genel Cerrahi, Ankara

2) GATA, Genel Cerrahi, İstanbul

3) GATA, Halk Sağlığı, Ankara

4) GATA, Tıbbi Onkoloji, Ankara

AMAÇ

CEA kolorektal kanserlerde yaygın olarak kullanılan bir tümör markeridir. Çalışmamızda preoperatif cea düzeylerinin tümör evreleri ile ilişkisinin yanısıra survival üzerine olan etkilerini araştırmayı amaçladık

YÖNTEM

2004-2009 yılları arasındaki 337 hastanın, yaş, cinsiyet, tümör yeri, postoperatif olarak T, N, M evreleri, ile preoperatif cea düzeyleri retrospektif olarak veritabanına girildi. Cea düzeyleri 5 ve üzeri cea yüksek grup, 5'in altı cea düşük grup olarak iki gruba ayrıldı. Bu iki grubun yaş, cinsiyet, tümör evresi, tümör lokalizasyonu, preoperatif KT, RT görmesi ile ilişkisi istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR

201 erkek ve 136 kadından oluşan populasyonun yaş ortalaması 64,28 yıl olarak saptandı. Preoperatif cea düzeyi 5 ve üzeri ile 5'in altında olan grup arasında T, N, M evreleri açısından istatistiksel anlamlılık saptandı($p \leq 0,001$). Diferansiyasyonun cea yüksek ve düşük gruplardaki oranlarına bakıldığında istatistiksel anlamlılık saptanmamakla birlikte müsinöz tümörlerin cea yüksek grupla birlikteliği, grade 1 tümörlerin ise cea düşük grup ile birlikteliğinin daha fazla olduğu gözlenmiştir($p=0,155$). Tümör lokalizasyonu kolon olan tümörlerin rectum tümörlerine göre daha fazla oranda cea yüksek grupta bulundukları gözlenmiştir($p \leq 0,001$). Preoperatif neoadjuvan rt uygulanan hastalarda uygulanmayanlara göre cea düzeylerinin daha düşük olduğu gözlenmekle birlikte istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır($p=0,96$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Preoperatif cea düzeyleri kolorektal kanserlerde prognostik gösterge olarak kullanışlıdır. Özellikle patolojik olarak erken evrenin yüksek cea düzeyleri ile birlikteliğinin hayatta kalma süresini artırmak için adjuvan kemoterapinin gerekliliğini ön plana çıkarması yönüyle önemlidir.

P123

Low Anterior Rezeksiyonda Dren Kullanımı Sekonder Ameliyat Gerekliliğini Azaltıyor

Cemil Çalışkan, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Proktoloji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Günümüzde stapler cihazlarının da gelişimi ile birlikte rektum tümörleri için uygulanan Low Anterior Rezeksiyonlar (LAR)'da hastanın kalıcı stomaya maruz kalmasını önlemek isteğiyle giderek daha fazla ve giderek daha aşağıya anastomozlar uygulanmaktadır. Bu da LAR yapılan hastalarda kaçak probleminin hala yüksek kalmasına yol açmaktadır. Kaçağın tanımına ve araştırma yöntemlerine göre değişmekle birlikte halen elektif rektum anastomozlarında %8-10 dolaylarında kaçak oranları bildirilmektedir.

YÖNTEM

1997-2008 yılları arasında rektum tümörü nedeni ile müdahale edilen toplam 679 hastanın verileri tarandı. Hastaların yaş, cinsiyet, koruyucu stoma varlığı, kaçağın oluş günü, ikincil operasyonları, tümörün TNM sınıflamasına göre evresi, tümörün ve anastomoz seviyesinin dentate line dan uzaklığı, patoloji sonuçları ve prosedürün onkolojik sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

161 hastaya Miles operasyonu, 518 hastaya anterior veya LAR uygulandı. Tümörün dentate line dan ortalama uzaklığı 9,1 (2-15 cm), anastomozun dentate line dan ortalama uzaklığı (elle yapılan koloanal anastomozlarda dahil olmak üzere) 6,3 cm (0-8 cm) olarak saptandı. 10 erkek ve 4 kadın olguda klinik anastomoz kaçağı izlendi. Klinik olarak kaçak gelişen olguların tümünde anastomoz seviyesi dentate line dan 7 cm nin altında idi. Dört olguda klinik olarak anastomoz kaçağı meydana gelmesine rağmen anastomoz arkasına konan pelvik yıkama drenleri ile fekaloid materyalin etkin drenajı sağlandı ve tekrar müdahaleye gerek görülmedi. İki olgu mortal seyretti.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalar rektum anastomozlarında rutin dren kullanımının gerekli olmadığına dair görüşler bildirmektedir. Klinik uygulamamızda rutin olan aşağı seviyedeki rektum anastomozlarında anastomoz arkasına, pelvis içerisine yerleştirilen ve yıkama uygulanan drenlerin anastomoz etrafında biriken ve en küçük bir kontaminasyon varlığında apseye dönüşme potansiyelini barındıran bu seröanjinöz sıvının, yıkama ile birlikte dışarı alınmasının kaçak oranlarımızı ve kaçak sebebi ile yapılmak zorunda kalınacak ikincil müdahaleleri azalttığını düşünmekteyiz.

P124

Rektal Prolapsusta Low Anterior Rezeksiyon Deneyimimiz

Aylin Hande Gökçe⁽²⁾, Abdülkerim Özakay⁽²⁾, Acar Aren⁽²⁾, Feridun Suat Gökçe⁽¹⁾,
Şefika Aksoy⁽²⁾, İbrahim Aydın⁽²⁾

1) Balıklı Rum Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

2) S.B.İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Rektal prolapsus cerrahisinde değişik nüks oranları veren birçok ameliyat yöntemi tanımlanmıştır. Çalışmamızda açık cerrahi yöntemle çift stappler kullanılarak low anterior rezeksiyon yaptığımız rektal prolapsuslu hastaların semptomlarındaki düzelme ve memnuniyetleri karşılaştırıldı.

YÖNTEM

2007-2008 yılları arasında S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran 5 rektal prolapsuslu hastada aynı cerrah tarafından açık cerrahi yöntemle çift stapler kullanılarak low anterior rezeksiyon yapıldıktan sonraki; dışkılama periyodu, parmak yardımıyla dışkılama, pelvik ağrı, impotans, nüks ve memnuniyet düzeyi araştırıldı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması; erkek 38,5 , kadın 45,3 olup rektal prolapsus nedeniyle hiçbirine cerrahi girişim uygulanmamıştı. Ameliyat sonrası erkek hastalarda impotans gelişmedi. Dışkılama periyodu 1 haftadan uzun süren 4 hastanın ameliyat sonrası dışkılama periyodu günde bir oldu. Parmak yardımıyla dışkılaması olan 3 hasta ameliyat sonrası parmak yardımıyla dışkılamaya başladı. Pelvik ağrı yakınması olan 4 hastanın ameliyat sonrası 3 ünde pelvik ağrı yakınması kayboldu. Ameliyat sonrası erkek hastalarda impotans gelişmedi. 6 aylık takipte 5 hastadada rektal prolapsusta nüks saptanmadı. Rektal prolapsusu tanısıyla low anterior rezeksiyon yapılan 5 hasta sorgulandığında 4 hastanın ameliyat sonrası memnuniyetlerinin iyi olduğu saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rektal prolapsuslu hastalarda low anterior rezeksiyon sonrası konstipasyonun, parmak yardımcı dışkılamanın, pelvik ağrının anlamlı derecede düzeldiği, dikkatli pelvik diseksiyonla yapılan ameliyatın erkek hastalarda impotansa yol açmadığı , % 80 iyi düzeyde hasta memnuniyeti olduğu gözlemlendi. Daha fazla hasta sayısı ve daha uzun takiplerle laparoskopik veya açık yöntemle dikkatli pelvik diseksiyon ve çift stappler kullanılarak yapılan Low anterior rezeksiyonun rektal prolapsusun cerrahi tedavisinde diğer yöntemlerden daha etkin bir yöntem olabileceği düşüncesindeyiz

P125

Perianal Fistül Olgularına Yaklaşımımız

Sinan Karakoç, Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, İsmail Akgün, Bülent Çitgez, Hamdi Özşahin
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Perianal fistüller perianal bölgede geçirilmiş bir enfeksiyon sonrasında ortaya çıkan kronik enfeksiyöz bir hastalıktır. Oluşumundaki en sık neden perianal apselemdir. Çeşitli çalışmalara göre anorektal apse sonrası fistül oluşum insidansı %20-60 arasında değişmektedir. Perianal fistül tedavisindeki en önemli sorunlar peri anal fistülün nüks etmesi ve anal fonksiyon bozukluğudur. Bundan dolayı perianal fistül ameliyatında değişik teknikler geliştirilmiştir. Yapılan farklı çalışmalara göre her tekniğin kendine göre farklı ve değişik sonuçları vardır. Biz burada yaptığımız perianal fistül ameliyatlarını literatür ışığında incelemek istedik.

YÖNTEM

2003- 2008 yılları arasında perianal fistül nedeniyle ameliyat ettiğimiz 42 hastayı poliklinikte takip ederek nüks ve inkontinans sayısı kayıt edilmiştir.

BULGULAR

5 yılda 42 hasta peri anal fistül sebebiyle opere edildi. Olguların 33 (%78) ü erkek 9 u kadın(%22) olup yaş ortalaması 40.6 idi. Otuz bir hastaya fistülotomi, 7 hastaya seton, 4 hastaya fistülektomi uygulandı. Fistülotomi uygulanan olguların 3 tanesinde (% 9) nüks görüldü 2 (%6) tanesinde geçici gaz inkontinansı saptandı. Fistülektomi uygulanan 4 hastanın 1 (%25) tanesinde geçici gaz inkontinansı saptandı nüks görülmedi. Fistülü yüksek yerleşimli hastalara seton uygulandı seton uygulamasında No:1 prolen kullanıldı. seton uygulanan 7 hastanın 2 tanesinde (% 14)geçici gaz inkontinansı 1 hastada nüks görüldü. toplamda 42 olgunun 4 tanesinde (%9.5) nüks, geçici gaz inkontinans sayısı 5 (%11.9) dır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Perianal fistül ameliyatlarında nükse neden olan önemli nedenlerin başında iç ağzın net şekilde bulunamaması ve infekte bölgenin yeterince drene edilememesi gelmektedir. İnkontinans oranı kesilen kas miktarıyla doğru orantılıdır. Biz yüksek yerleşimli olmayan perianal fistüllü hastalarda iç ağzın net bulunması kaydıyla fistülotomi yapılması; yüksek yerleşimli fistül olgularında ise seton ameliyatının uygun bir yaklaşım olacağı kanaatindeyiz.

P126

Alt Rektal Gistlerde Tedavi Seçenekleri: Olgu Takdimi

Sedat Kamalı, Gülçin Harman Kamalı, Oğuzhan Karatepe, Tülay Sayılğan, Arzu Akan, Enis Yüney
Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Rektumdan kaynaklanan gastrointestinal stromal tümörler (GIST) oldukça nadirdir, tüm rektum tümörlerinin yaklaşık %0,01'dir. Bu yazıda bir olgu nedeni ile rektum GIST lerine yaklaşım ve tedavi yöntemlerini tartışmayı amaçladık.

YÖNTEM

Vaka: ZB 27 yaşında kadın hasta, rutin jinekolojik kontroller sırasında tesadüfen rektum ön duvarında kitle saptanmış. Endoskopide dentat çizginin hemen üstünden başlayan yaklaşık 4 cm çapında, mukozanın intakt olduğu kitle görüldü. Ön tanı GIST düşünülerek yapılan tru-cut biyopsiye CD 117, CD34, Aktin ile pozitif boyanan, Sitokeratin, S-100 ile boyanma göstermeyen mitozu 5 den az işli hücreli mezenkimal tümör (GIST lehine) tanısı kondu. Hastanın onamı alınarak biyopsi yapılan mukozayı da içine alacak şekilde lokal eksizyon ile kitle çıkartıldı. Operasyon materyalinde GIST (düşük risk grubu) tanısı aldı, cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. Hastanın 6. ayda yapılan kontrol MR incelemesinde nükse rastlanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Nonmetastatik primer rektal GIST 'lerde bölgenin fonksiyonel özellikleri de dikkate alındığında tedavinin özenle seçilmesi gerekir. Ayırıcı tanı ve tedavinin planlanması için biyopsi yapıp özgün immünohistokimyasal boyamalar ile değerlendirilmelidir. Nonmetastatik tümörlerde esas tedavi yöntemi negatif mikroskopik sınır sağlayacak şekilde yapılan (R0)cerrahi rezeksiyondur. Ancak özellikle sfinkter kompleksine yakın olan lezyonlarda hangi tip cerrahinin (lokal- rezeksiyonel) uygulanacağı tartışmalıdır. Lokal nüks riskinin değerlendirilmesinde değişik skorlamalar kullanılmakta; cerrahi ve diğer tedavilerin tipinin belirlenmesine çalışılmaktadır. Cerrahi tedavi sonrası İmatinib nüks ve metastatik lezyonların tedavisinde oldukça etkilidir. Ayrıca çok özel durumlarda büyük boyutlu tümörlerde preoperatif, cerrahiye imkan sağlamak amacıyla kullanılabilir.

P127

Gentacollun Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Yara İyileşmesi Üzerine Etkisi

İbrahim Yetim⁽¹⁾, Orhan Veli Özkan⁽¹⁾, Ersan Semerci⁽¹⁾, Elif Canpolat⁽¹⁾, Kenan Erzurumlu⁽²⁾

1) Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Hatay

2) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Samsun

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı gentamisin emdirilmiş kollajenin (gentacoll) pilonidal sinüs cerrahisinde yara iyileşmesi ve post operatif sürece etkisini araştırmaktır.

YÖNTEM

Pilonidal sinüs tanısı ile cerrahi tedavi yapılan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar randomize olarak iki gruba ayrıldı. Grup I (n=20) deki hastalara lokal anestezi altında eksizyon ve primer kapama uygulandı. Grup I deki her hastaya vakum dren yerleştirildi. Grup II (n=20) deki hastalara lokal anestezi altında eksizyon ve primer kapama uygulandı ancak kapatma öncesi sakral fasiya üzerine sinüsün boyutuna uygun ölçüde iki gentakoll yerleştirildi. Postoperatif dönemde grup I deki hastalara 1 hafta boyunca 1gr/gün oral kinolon ve ornidazol tedavisi verildi. Grup II deki hastalara antibiyoterapi başlanmadı. Hastalar postop 15, gün, 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 1. yıl kontrole çağırıldı.

BULGULAR

Grup I de 8 hastada post op dönemde abse gelişimi gözlemlendi. Grup II de hiçbir hastada abse gelişimi izlenmedi. Grup I de ortalama iyileşme süresi 4 gün iken grup II de 2 gündü. Operasyondan 1 yıl sonra grup I deki 6 hastada rekürrens gelişirken grup II de hiçbir hastada nüks yoktu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Pilonidal sinüs cerrahisinde gentamisin içeren kollajenin yara yerine implantasyonu post op enfeksiyon oranını, rekürrensi ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır.

P128

Deneyisel Karaciğer Travma Modelinde, Ankaferd Blood Stopper®'ın Kanama Durdurucu Etkinliği

Erhan Ayşan, Hasan Bektaş, Feyzullah Ersöz, Gülben Erdem Huq
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

AMAÇ

Karaciğer parenkim kanaması, gerek travma, gerekse elektif cerrahi için önemli bir sorundur. Bu çalışmada Ankaferd Blood Stopper® (ABS) ilk kez invivo olarak kanamanın durdurulması için denenmiştir.

YÖNTEM

Yirmi sıçan iki eşit gruba ayrıldı. Karaciğer laserasyon modeli uygulandıktan sonra grup-1'deki 10 sıçanda laserasyon alanı üç dakika süreyle ABS emdirilmiş gazlı bezle, grup-2'de (n=10) ise serum fizyolojik emdirilmiş gazlı bezle kompres edildi. Perop ve postop kanama miktarları karşılaştırıldı.

BULGULAR

Ameliyat öncesi ve sonrasındaki htc değerleri karşılaştırıldığında, grup-1'in ortalama değeri, grup-2'den daha düşüktür (p=0.045). Ortalama perop kanama miktarı grup-1'de grup-2'den daha azdır (p=0.003). Histopatolojik olarak yapılan değerlendirmede gruplar arasında nekroz (p=0.107) ve inflamasyon (p=0.135) açısından fark görülmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

ABS karaciğer parenkim kanamasını durduramamakta ancak, kanamayı anlamlı düzeyde azaltabilmektedir.

P129

Extended Abdominoperineal Resection in Patient with Advanced Lower Rectal Cancer

Sezai Demirbaş⁽¹⁾, İlker Sücüllü⁽²⁾, Tahir Özer⁽¹⁾, Nail Ersöz⁽¹⁾, Ergün Yücel⁽²⁾

1) GATA, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı, İstanbul

2) GATA, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ

We reported long-term results in the patients with advanced rectal cancer underwent an extended abdominoperineal resection.

YÖNTEM

Three young female patients (27, 33 and 38 years old) followed 42 months with no distant metastasis and local recurrence had undergone extended abdominoperineal resection with total mesorectal excision then their perineum had been reconstructed using a myocutaneous rectus abdominus muscle repositioning flap in 2004-2008.

BULGULAR

Patients underwent an extended abdominoperineal and required adjacent organ resection. The flap reconstruction following to the resection was performed. There was no wound complication and flap necrosis or other flap's problems in early postoperative period. They are alive in long term follow up with no evidence of disease. Life quality questionnaire which had been delivered to evaluate the satisfaction of patients' daily life, sexual activity and body image at end of a year returned with well outcomes.

TARTIŞMA ve SONUÇ

In our limited experience with the patients myocutaneous rectus abdominus muscle flap reconstruction just after an extended abdominoperineal resection is safe and effective procedure without surgical site problems and well satisfaction.

P130

Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Saptanan Kolon Kanseri Hastalarımız

Oktaç Yener, Alp Özçelik, Gürhan Güngör, Gökhan Demiral, Fikret Aksoy
Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Laparoskopik kolesistektomi (LK) günümüzde semptomatik safra taşı hastalığının tedavisinde standart hale gelmiş tedavi yöntemidir. Çalışmamızın amacı Safra taşı hastalığıyla nedeniyle LK yapılan hastalarda operasyon sonrası yakın dönemde kolon tümörü teşhisi konulan hastaların dosyalarının retrospektif olarak değerlendirmektir.

YÖNTEM

Laparoskopik kolesistektomi sonrası 6 ay içinde kolon kanseri teşhisi konulan hastaların dosyası retrospektif olarak değerlendirilerek, kolon tümörünün ameliyat öncesi ve peroperatif dönemde gözden kaçmasının nedenleri araştırılmıştır.

BULGULAR

Ameliyat sonrası dönemde Kolon kanseri teşhisi konulan Hastalarımız ın 3 ü kadın 1' i erkek olup, ortalama yaş 56.5 (47-68) idi. Hastalar safra taşı nedeniyle LK yapıldıktan sonra ortalama 36 saat içinde herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edilmişlerdir. Hastalarımızın kolon tümörü yerleşim yerleri sırasıyla; • sigmoid kolon 2 • cecum 1 • splenik fleksurada 1 idi. Safra taşı nedeniyle LK yapılan hastalarımızın tümünde klasik safra taşı semptomları dışında atipik şikayetleride mevcut olduğu hastalarımızın dosyaları ve yeniden sorgulamalarında saptanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Safra kesesi taşı nedeniyle ameliyat planlanan hastaların anamnezi ve sistemik sorgulanması ayrıntılı biçimde değerlendirilmelidir ileri yaş, genetik yatkınlık ve atipik şikayetleri olan hastalarda daha fazla değerlendirilme yapılması gerekmektedir. Bu hastalarda ameliyat öncesi dönemde sadece ultrason çekilmesinin kolon malignitelerini saptamada yetersiz olacağını ve ileri görüntüleme teknikleri ve gerekli hastalarda kolonoskopi yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

P131

Radiowaves in Proctology- A New Approach

Pravin J. Gupta

Gupta Nursing Home, NAGPUR- 440022/INDIA

AMAÇ

Advances in technology continue at a rapid pace affecting several aspects of life; medicine is no exception. Electrosurgery has been used for many decades in medicine. Radiowave is a further refinement of electrosurgery. Radiowaves produces ultra-high frequency waves that cause heat in the tissue water, producing steam, with which one can perform cutting, coagulation and fulguration of tissues with minimum collateral tissue damage. As the radiowave energy is applied, frictional heating of tissues results, with cell death occurring at temperatures between 38 and 70 °C.

YÖNTEM

This paper discusses author's personal experience of using radiowave for various ano-rectal pathologies namely hemorrhoids, anal fistula, anal polyps, sinuses and anal papillae. A Ellman radiowave generator was used for carrying out the procedures.

BULGULAR

The radiowave was able to tackle most of the above-mentioned pathologies successfully.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Radiowave is a relatively new modality that is being used for ano-rectal surgeries with increasing frequency. Proctological surgeries using a radiowave device are simple to perform with many advantages over the most conventional techniques. The procedures take less operative time, post-operative pain is significantly less and the postoperative recovery is accelerated with negligible incidences of complications. All the procedures are performed as a day care procedure.

P132

Genç Yaş, Kolorektal Kanseri Hastalarda Kötü Prognoz Kriteri midir?

Mehmet Görgün, Mehmet Kemiksiz, Eyüp Kebapçı, Cezmi Karaca, Ender Bademkiran,
Mustafa Ölmez

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, 3.Genel Cerrahi Kliniği, Yenışehir, İzmir

AMAÇ

Kolorektal kanserler ileri yaş hastalığı olup, genç yaş popülasyonda görülme sıklığı ileri yaşa göre daha azdır. Artan sıklıkta genç yaşlarda görülmesi ise son yıllardaki gelişmiş tanı yöntemleri ile erken teşhis, genetik mutasyonlar, beslenme bozukluğu, radyasyon, virüs enfeksiyonları gibi etkenler rol oynamaktadır.

YÖNTEM

2002-2008 yılları arasında Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde opere edilmiş 25 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Bu değerlendirmede hasta kayıtlarına, patoloji raporları, Tümör markırları değerlendirilerek ulaşılmıştır.

BULGULAR

Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen 45 yaş ve altında olan 25 hastanın 11'si(%44) kadın,14'ü(%56) erkekti. Olgular 18-45 yaşları arasındaydı. Yaş Ortalaması 39,36 idi. 3 hastada prekanseröz lezyon olarak, Polipozis Koli 2 hastada,1 hastada Ülseratif Kolit saptandı. Tanı semptomları Rektal kanama 9 (%34,6),3 hastada kanlı ishal(%11),10 hastada Mekanik Bağırsak Obstrüksiyonu (%38,4),1 hastada halsizlik(%3,8),3 hastada ise karın ağrısı(%11) idi. Tümör 16 hastada Rektum ve Sigmoid kolon, 6 hastada Asenden Kolon, 2 hastada Desenden kolon, 2 hastada transvers kolon yerleşimliydi. Bu hastaların 6'sı acil servisten A. Batın tanısıyla opere edilmiş hastalardı. Hastaların Patoloji raporlarında, 1 tanesinde Rektum Malign Melanomu, diğer patolojiler Adenokarsinom ile uyumluydu. 4 hasta Dukes B1,8 hasta Dukes B2,1 hasta Dukes C1,9 hastada Dukes C2, 3 hastada Dukes D evresindeydi. Dukes B1 hastalarda CEA-Ca 19-9 yüksekliği saptanmadı. Dukes B2 4 hastada Tümör markırı Normal, Dukes C 6 hastanın 2 sinde yükseklik saptanmıştır. Evre D 2 hastada ise markır yüksekliği saptandı. Hastaların 5 yıllık takiplerinde 7 hasta kaybedilmiştir. 7 hastanın 2'si 1 yıl içinde, 5 hasta 3 yıl içinde kaybedilmiştir. 8 hastadada ençok 2 yıl içinde metastazlar saptanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kolorektal kanser oranı gelişmiş ülkelerde %2-6 olarak bildirilmektedir. Sıklığı yaşla orantılı artmakta olup,5.6. dekatta sık, 4. dekatta ve altındaki yaşlarda daha nadirdir. Erken yaşta görülmesi kötü prognozla beraberdir. Hastaların geç başvurmalarına bağlı olarak ileri evrelerde olmasına ve aynı evredeki yaşlı hastalara oranla tümör diferansiasyonunun kötü olmasına bağlanmıştır. Aile öyküsü olanlara düzenli tarama programları uygulanmalı, uyarıcı semptomları olan genç hastalarda kolorektal kanser olasılığı göz önünde bulundurulmalı, ileri tanı yöntemlerine başvurulmalıdır.

P133

Sekonder İyileşmeye Bırakılan Plonidal Sinüslü Hastalarda Liyofilize Kollogen Matriks Kullanımının Etkinliği

Hakan Buluş, Barış Morkavuk, Ahmet Koyuncu, Ali Coşkun
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Pilonidal sinüs en sık sakrokoksigeal bölgede görülen, günlük aktiviteyi ve yaşam kalitesini bozan, uzun süre işgücü kaybına yol açan bir hastalıktır. Sinüs eksize edildikten sonra, oluşan boşlukla ilgili yapılacak uygulamalar halen tartışılmaktadır. Eksizyon ve marsupiyalizasyon sonrası sekonder iyileşmeye bırakılan pilonidal sinüslü hastalarda, iyileşme sürecinin uzun olması ve iş gücü kaybı nedeniyle araştırmacılar yara iyileşmesini hızlandıran yara bakım ürünleri geliştirmişlerdir. Bu çalışmada sekonder iyileşmeye bırakılan pilonidal sinüslü hastalarda liyofilize kollogen matriks kullanımının etkinliğini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışmaya 2006-2008 tarihleri arasında Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde pilonidal sinüs tanısıyla opere edilen toplam 55 (k/e 11/44) hasta dahil edildi. Grup I (n=27) Eksizyon ve marsupiyalizasyon sonrası sekonder iyileşmeye bırakılan pilonidal sinüslü hastalar, günlük povidon iyot ve serum fizyolojik ile temizlenerek gazlı bez ile kapatılan hastalardan oluşmaktaydı. Grup II (n= 28) gün aşırı liyofilize kollogen matriks kullanılarak yara yeri pansumanı yapılan hastalardan oluşmaktaydı. İki grup arasındaki iyileşme süreleri ve başlangıç yara yeri kavitelerinin hacimleri kayıt edildi.

BULGULAR

Grup I 'in yaş ortalaması 26.4, Grup II'nin 25.2 olarak hesaplandı ve aralarında istatistiksel fark tespit edilmedi. ($P > 0.05$) Grup I 'in toplam yara yeri iyileşme süresi grup I ve Grup II de sırasıyla 7.07 (3-12), 6.3 (4-12) hafta olarak ölçüldü ve aralarındaki fark istatistiksel anlamlı ölçülmedi. Ayrıca yara yeri hacimleri karşılaştırıldı ve Grup I'de Grup II'den daha az ve sırasıyla 27.3 cm³, 36.03 cm³ ölçüldü. ($P > 0.05$)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Liyofilize kollogen matriks içeren yara yeri bakım ürünleri pilonidal sinüs cerrahisi sonrası bazı avantajları nedeniyle sekonder iyileşmeye bırakılan hastalarda, standart pansuman yapılan hastalar ile karşılaştırıldığında, yara yeri iyileşmesini hızlandırmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

P134

Pilonidal Sinüsün Nüksünü Engellemede Lokal Yara Bakımının Önemi

Ahmet Okuş

Amasya Sabuncuoğlu Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Amasya

AMAÇ

Pilonidal sinüs kronik tekrarlayan bir hastalık olup, cerrahi sonrası nüks tedavide en büyük sıkıntıdır. Nüksler bir çok etkene bağlanmış olup biz bu çalışmada nüksün engellenmesinde lokal yara bakımının etkinliğini araştırmayı amaçladık

YÖNTEM

2007 – 2009 yılları arasında opere edilen 49 olgu prospektif olarak irdelendi. Olgular iki gruba ayrılıp grup 1'e (N=22) eksizyon ve primer onarım, grup 2'ye (N=27) ise eksizyon ve limberg flep ile rekonstrüksiyon uygulandı. Primer onarımda katlar tek tek kapatıldı ve cilt ciltaltı doku serbestleştirilerek gerilimsiz bir kapama yapılmasına özen gösterildi. Hastalara dikişler alındıktan sonra lokal olarak ameliyat bölgesinin kuru tutulması ve iki gün ara ile duş almaları istendi ve bu konuda telkinde bulunuldu. Bu lokal bakımı 6 ay süre ile yapmaları istendi. Hastalar ameliyat sonrası 1. ve 6. aylarda kontrole çağrıldı.

BULGULAR

Grup 1 deki hastaların 2'si bayan 20'si erkek olup yaş ortalaması 24 idi. Grup 2'deki hastaların ise 1'i bayan 26'sı erkek olup yaş ortalaması 26 idi. Hastalar 3-24 ay takip edilmiş olup hiçbir olguda erken dönemde enfeksiyon, seroma v.b komplikasyon ve geç dönemde de nüks saptanmadı. (Nüks %0)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Pilonidal sinüsün nüksünde birçok etken suçlanmıştır. İntergluteal sulkusun derin olması, serbest kıl ve kıl folliküllerinin burada birikmesi ve ciltte travma en sık suçlanan etkenlerdir. Bundan dolayı intergluteal sulkusun düzleştirilmesi, orta hatta insizyon skarının olmaması için farklı cerrahi metodlar uygulanmıştır. (Flep prosedürleri) Kullanılan onarım tekniği ile nüks arasında birçok çalışmada ilişki kurulmuştur. Pilonidal sinüsün nüksünde lokal yara bakımının önemli olduğuna inanmaktayız. Bu çalışmada biri en sık nüks görülen diğeri ise en az nüks görülen iki teknik seçilmiş olup sonuçta her iki teknik ile basit uygulanabilir lokal yara bakımı ile benzer sonuçlar alınmıştır. (%0 nüks) Uzun dönem sonuçlar için beklemek gerekse de nüksü engellemede lokal yara bakımının önemli olduğuna inanmaktayız.

P135

Pilonidal Sinüs Oluşumunda Rol Alan Etiyolojik Faktörler

Hakan Buluş, Barış Morkavuk, Ahmet Koyuncu, Ali Coşkun
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ

Pilonidal sinus, sıklıkla intergluteal bölgede ortaya çıkan ve hastaya çok rahatsızlık veren bir hastalıktır. Günümüzde etiyoloji ve tedavi yöntemleri bakımından halen tartışılmakla birlikte tam bir fikirbirliği sağlanamamıştır. Bu çalışmada pilonidal sinüs oluşumunda rol alan etiyolojik faktörleri araştırmaktır.

YÖNTEM

Çalışmaya 2006-2008 tarihleri arasında Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde pilonidal sinüs ön tanısıyla opere edilen 206 hasta dahil edildi. Çalışmaya daha önce pilonidal sinüs nedeniyle opere edilen, 16 yaşından küçük ve 50 yaşından büyük hastalar çalışma dışında bırakıldılar. Çalışmaya dahil edilen hastalar, vücut kitle indeksi, yaş, cinsiyet, ailesinde pilonidal sinüs varlığı, dar elbise kullanımı, haftalık duş alma sıklığı bakımından araştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların %88.3'ü (182) erkek, %11.7'si (24) kadınlardan oluşmaktaydı ve yaş ortalamaları 25.8 (17-36) di. (p<0.02) Vücut kitle indeksleri ortalama 25.6 kg/m² olarak hesaplandı ve hastaların %60'ı fazla kiloluydu. Opere edilen hastaların %11.6'sının ailesinde pilonidal sinüs hikayesi vardı. Bununla birlikte % 67'si dar elbise kullanmaktaydı ve %79'u haftada 2 ve daha az duş alırken %21'i haftada 2 den daha fazla duş almaktaydı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Pilonidal sinüs genç, fazla kilolu, erkeklerde daha sık görülmektedir. Ayrıca dar elbise kullanan, ailesinde pilonidal sinüs hikayesi bulunan ve haftada 2 ve daha az duş alan kişiler arasında daha sık görülmektedir.

P136**Elektif ve Acil Kolorektal Karsinomların Karşılaştırılması**

Fuat İpekci, Lütfi Dalkılıç, Muharrem Karaoğlu, Oğuzhan İnan, Bekir Özenen
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Kolorektal kanserler son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde sıklığı giderek artan bir hastalık olarak görülmektedir. Kolorektal kanser, dünyada en sık karşılaşılan malign tümörlerden biridir, Kolorektal kanserler tüm ileri teknolojik gelişmelere rağmen hala; ya akut batın (obstrüksiyon) tablosu ile acil servislerde, yapılan ameliyatlarda ya da anemi ve benzeri tablolarla dahiliye kliniklerinde gecikmiş olarak tanıları konulmaktadır. Biz de elektif ve acil şartlarda tanısı konulup ameliyat edilen bu iki grup kolorektal karsinom olgularını karşılaştırmayı ve çıkan sonuçları tartışmayı amaçladık

YÖNTEM

Ocak 2005-2009 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeni ile ameliyat olmuş 97 hasta çalışma kapsamına alındı. Bu hastaların 36'sı acil (A Grubu), 61'i elektif (E Grubu) kolorektal kanser grubunu oluşturdu. Bu hastalar: 'yaş, cinsiyet, kolorektal lokalizasyon ve Dukes histopatolojik sınıflama' parametrelerine göre araştırıldı.

BULGULAR

A grubundaki 36 hastanın; 20'si erkek (%55,6), 16'sı kadın (%44,4) yaş ortalaması 59, 31'i (%86,1.) 50 ve üstü yaş grubundaydı. Rektosigmoid kolon, 11 (%30,5) hastada, Çıkan ve sağ köşe 7 (%19,5), inen ve sol köşe 9 (%25), transvers kolon 9 (%25) hasta olarak bulundu. Aster-coller sınıflamasına göre, Dukes A görülmedi. Dukes B1 1 (%2,7) hastada, Dukes B2 10 (%27,7) Dukes C1 2 (%5,5), Dukes C2 23 (%63,8) hastada bulundu. E grubundaki 61 hastanın 41'i erkek (%67,3), 20'si kadın (%32,7), yaş ortalaması 56, 41'i (%67,2) 50 ve üstü yaş grubundaydı. Rektosigmoid kolon 28 (%45,9) hastada, çıkan ve sağ köşe 13 (%21,3), inen ve sol köşe 19 (%31,1) transvers kolon 1 (%1,6) hastada bulundu. Aster-coller sınıflamasına göre, Dukes A görülmedi. Dukes B1 6 (%13,1) hastada, Dukes B2 21 (%34,4) Dukes C1 20 (%32,8) Dukes C2 11 (%19,6) hasta olarak bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

A grubundaki kadın hasta sayısı, 50 ve üstü yaş grubu hasta sayısı daha fazladır. Transvers kolon tutulumu bilinenin aksine A grubunda daha fazla görülmektedir. Bu iki parametre acil kolon karsinomu tanısı yönünden göz ardı edilmemelidir. Aster-coller sınıflamasına göre Dukes C2, A grubunda bariz farkla fazladır Bu parametre de erken kolon karsinoma tanısı (Elektif) =erken evre ve uzun yaşam süresidir.

P137

Lokal Şişirme Anestezisi ile Pilonidal Sinüste Eksizyon ve Flep

Cüneyt Kayaalp, Aydemir Ölmez, Cemalettin Aydın, Latif Kahraman
İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı pilonidal sinüste eksizyon ve flep uygulamaları için yeni bir anestezi tekniği uygulamaktır.

YÖNTEM

Bu amaçla bir birim lidokain (20mg/ml) ve adrenalin (0,0125mg/ml) kombinasyonu ile dokuz birim Ringer Laktat sulandırılarak anestetik solüsyon hazırlandı. Hazırlanan karışım pilonidal sinus cerrahisi uygulanacak bölgeye bol miktarda cilt ve ciltaltına enjekte edildi. Sonuçta ciltten kabarıklık ve sertleşmiş olan bölge eksize edilerek flep uygulaması yapıldı.

BULGULAR

Ardışık 40 semptomatik olgu tariflenen yöntemle tedavi edildi. Enjekte edilen solüsyon miktarı ortalama 100 ml idi (60-140 ml). Hastaların 27'sine Karydak, üçüne D flep, dördüne Limberg ve altısına eliptik rotasyon flebi yapıldı. Hiç bir hastada flep nekrozu görülmedi. Hastaların yarısı ameliyat ile aynı gün taburcu edildi. Hastaların işe başlama süresi ortalama 10,5 gün idi. Hastaların %92,5'i işleminden memnun kaldıklarını belirttiler. Üç olguda (7,5%) 13-37 aylık takiplerde nüks görüldü.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sakrokoksigeal pilonidal sinüste eksizyon ve flep işlemleri rejyonel veya genel anestezi gerekmeksizin lokal şişirme anestezisi ile yapılabilir.

P138

Familyal Polipozis Koli Hastalığında Cerrahi Deneyimimiz

Cengiz Tavusbay⁽¹⁾, Nurullah Damburacı⁽¹⁾, Erdiñ Kamer⁽²⁾, Özlem Sayın Gür⁽¹⁾,
Mehmet Deniz⁽¹⁾, Hüdaî Genç⁽¹⁾

1) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Cerrahi Kliniği, İzmir

2) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, IV. Cerrahi Kliniği, İzmir

AMAÇ

Familyal polipozis koli, başlıca semptomları karın ağrısı, defekasyon alışkanlıklarında değişiklik, rektal kanama, kilo kaybı ve tenezm olan, sistemik semptomları olabilen, otosomal dominant geçişli herediter bir hastalıktır. Tedavisi cerrahidir. Bu çalışmada kliniğimizde familyal polipozis koli nedeniyle opere edilen olgular analiz edildi.

YÖNTEM

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniklerinde Ocak 1999 – Ocak 2009 yılları arasında familyal polipozis koli nedeniyle 15 hasta opere edildi. Hastalardan 11'inde total proktokolektomi+end ileostomi, 4 hastada İleal poş anal anastomoz (IPAA) ameliyatı uygulandı.

BULGULAR

Hastalara ait yaş, cinsiyet bilgileri, hastanede kalma süreleri, yapılan operasyonlar ve operasyon sonrası gelişen erken komplikasyonlar ve mortalite oranları sunuldu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Familyal polipozis koli tanısı alan hastalar genellikle geç dönemde opere edildiklerinden kanser gelişimi sık görülmektedir. Total proktokolektomi ile birlikte kalıcı uç ileostomi hastalarımızda en sık kullanılan yöntemdir. Buna karşılık bu hastaların hemen hemen hepsinin genç olması, anal kontinensin sağlanması, normale yakın defekasyon sayıları ile tatmin edici sonuçlar alınabilen uygun hastalarda ileoanal poş anastomoz yöntemi alternatif cerrahi teknik olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

P139

Complications of Hemorrhoidal Disease

Pravin J. Gupta

Gupta Nursing Home, NAGPUR- 440022/INDIA

AMAÇ

The author describes the various complications associated with hemorrhoids encountered during his clinical practice.

YÖNTEM

The most common complications noticed were persistent bleeding leading to anemia, pruritus, hygiene problem, thrombosis, incarceration, gangrene, ulceration, fibrosis and suppuration. Rare complications included portal pyemia, subanodermal hemorrhoids, multiple hemorrhoids, associated anal fistula and abscess, associated polyps, hemorrhoids occurring at the extreme of ages and human myesis occurring in hemorrhoidal wound.

BULGULAR

Most of these complications were tackled successfully with a blend of radiowave surgery and supportive therapy. A Ellman radiowave generator was used to carry out the surgical procedures.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hemorrhoidal complication could be acute on chronic. At time, they could be life threatening. Hemorrhoids may present with complications as the first presentation of the disease. Timely diagnosis, relief of pain, use of antibiotics and appropriate surgical intervention with minimum tissue handling to avoid septic complications and close follow-up are called for a favorable outcome. The author also discusses his approach towards these complications.

P140

**Intestinal Ischaemia Associated with Carcinoid Tumor:
A Case Report with Review of the Pathogenesis.**

Oktay Yener, Gökhan Demiral, Canan Erengül, Yahya Çelik, Fikret Aksoy
Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Carcinoid tumors are rare, slow-growing neuroendocrine neoplasms that often are indolent and may not become clinically apparent until there has been metastatic spread or evidence of carcinoid syndrome.

BULGULAR

A 44-year old man presented to our clinic department with a history of previous left colon cancer operation, chronic crampy left lower quadrant pain, mass and severe anemia. A MR scan was obtained which demonstrated a calcified mesenteric mass 12*8*10 cm diameter with surrounding left colon mesenteric infiltration. The liver was normal. A case of ischaemic ileal necrosis is reported. It was associated with elastic vascular sclerosis produced by mesenteric metastases of an ileal carcinoid tumour.

TARTIŞMA ve SONUÇ

It is postulated that intestinal ischaemia may be of more importance in the production of abdominal pain by carcinoid tumours than has been generally accepted, and that it is the result of functional and structural changes in the around the mesenteric blood vessels, caused by substances secreted by the carcinoid tumour.

P141

Aşağı Yerleşimli Rektum Tümörlerinin Tedavisinde İntersfinkterik Rektum Rezeksiyonu ve Koloanal Anastomoz Tecrübemiz

Cemil Çalışkan, Can Karaca, Erhan Akgün, Mustafa Korkut

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Proktoloji Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Günümüzde aşağı yerleşimli rektum kanserlerinin (anal vergeden 7 cm ve aşağısında olanlar) tedavisinde anal fonksiyonların korunması ve kalıcı stomadan kaçınma çabası nedeniyle anastomoz için gerekli stapler cihazlarının da geliştirilmesiyle giderek daha başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Ameliyat sonrasında lokal rekürrensin önlenmesi için tümör alt sınırından 2 cm aşağıya inilerek total mezorektal eksizyon ile birlikte yapılacak gerilimsiz bir anastomoz aşağı rektum tümörlerinin tedavisinin onkolojik prensipleri açısından esastır. Bununla birlikte abdominal yoldan bu bölgeye ulaşmak her zaman kolay olmamaktadır. Bu sebeple Schiessel ve ark. 1994 yılında yayınladıkları makale ile intersfinkterik rektum rezeksiyonu ve koloanal anastomozu (IRRKA) aşağı yerleşimli rektum tümörleri için önermişlerdir. Bu yazıda önerilen bu cerrahi metodu uyguladığımız dört hastanın karakteristikleri ve tedavi sonuçları tartışılmaktadır.

YÖNTEM

2006-2008 yıllarında aşağı yerleşimli rektum tümörü sebebiyle müdahale ettiğimiz dört hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tümörler Astler-Coller sınıflamasına göre sınıflandı. Ameliyatın olası sonuçları hakkında hastalar bilgilendirilerek gönüllü onam formları alındı. Postoperatif dönemde inkontinans ile ilgili şikayetlerin objektif kriterlere dayandırılabilmesi için Cleveland Clinic Incontinence Score (CCIS) kullanıldı.

BULGULAR

Hiçbir olguda kalıcı inkontinans gelişmedi. Olgular postoperatif periyotta ilk yıl üç ayda bir ikinci yıl içinde olanlar altı ayda bir rutin takip protokolü ile girişimin onkolojik ve fonksiyonel sonuçları açısından takip edilmekte olup halen hiçbirinde rekürrens mevcut değildir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

İntersfinkterik rektum rezeksiyonu ile koloanal anastomoz (IRRKA) aşağı yerleşimli rektum tümörleri için son yıllarda önerilen sfinkter koruyucu bir girişimdir. Hastayı kalıcı stomadan koruması ve tümörün nüksetmesi durumunda nüksün kolaylıkla saptanarak tekrar uygulanabilecek bir abdominoperineal rezeksiyon ile onkolojik açıdan başarı elde edilebilmesi olasılığı yöntemi çekici kılmaktadır. Bugün için hem onkolojik hemde fonksiyonel sonuçları aşağı yerleşimli rektum tümörlerinin tedavisi için kabul edilebilir ve seçkin bir tedavi yöntemi olarak göze çarpmaktadır.

P142

Anal Adenocarcinoma Derived from Chronic Perianal Fistula: Report of A Case

M.Yavuz Eryavuz, Cevher Akarsu, Davut Demir, Gökhan Yılmaz, Arzu Akan
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hast.5.Genel Cerrahi Kliniği

AMAÇ

Chronic perianal fistulas are a commonly observed clinical condition. However, their evolution into adenocarcinoma is rare. We report the case of a 61-year-old man with perineal and perianal chronic fistulas, who developed a perineal mass that extended around the fistula tract. Diagnosis was confirmed by magnetic resonance imaging (MRI). Histopathological sections indicated extra mucosal adenocarcinoma. No intestinal lesion was seen via endoscopic examination. The patient underwent abdominal perineal resection(APR) of the rectum without neoadjuvant or adjuvant therapy, and had a good postoperative outcome.

YÖNTEM

Mucinous adenocarcinoma in the perineal region is a rare condition, representing only 3%–11% of all perianal carcinomas. Although the etiology is controversial, adenocarcinoma may originate from chronic perianal fistulas, abscesses, anal glands, or malformations such as intestinal duplications. Symptoms appear late and are uncharacteristic; local pain is most frequently reported (57.7% of cases) followed by rectal bleeding and sensation of a perineal mass. Surgical resection is the best therapeutic option; radiotherapy with or without chemotherapy can be associated as an adjuvant therapy, but results are controversial [1–3]. We report a case of adenocarcinoma that evolved from chronic perianal fistulas.

BULGULAR

The 61-year-old man, seen at our clinic, referred chronic perianal fistulas for 7 years.(fig. 1-2) Anal pain was mild. No alteration of the bowel habit was reported, as well as no previous colorectal diseases. Antybioteraphy was carried out in the last 2 years and a seton procedure was performed a month ago in another clinic. During this procedure, a biopsy was performed and the diagnosis of adenocarcinoma was confirmed. Recently, he was referred to our institution. A review of the histopathological sections confirmed the diagnosis. Magnetic resonance imaging revealed a fistula originating from the right external anal sphincter and extending to perianal skin with high signal intensity on T2- weighted images. Distant metastases were absent at radiological investigation. Colonoscopy was normal.

The patient underwent a median laparotomy, and no distant metastases were found. An Abdominal perineal resection(APR) of the rectum was performed. In the perineal phase, an extended en bloc dissection was performed. After an uneventful postoperative course, the patient was discharged from hospital on the seventh postoperative day. Histopathological study of the surgical specimen showed free surgical margins and absence of lymphnode metastases.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Perianal or perirectal adenocarcinoma without mucosal involvement is a rare clinical condition. A review of the literature revealed fewer than 120 cases of this disease(Table 1) [2–14]. Early diagnoses are difficult, as the symptoms are nonspecific and appear late. Usually, there is neither bleeding nor intestinal obstruction and, as observed in this case, the origin is in chronic and recurrent perianal fistulas [11]. Metastases are frequently diagnosed in regional pelvic, inguinal and mesenteric lymphnodes, as well as in the liver. Diagnosis is confirmed

by biopsy and MRI, where a high signal on T2-weighted images is strongly associated with adenocarcinoma [15, 16]. Treatment is controversial due to the rarity of the disease. However, wide surgical resection is the preferable treatment option, and is usually not associated with radiotherapy or chemotherapy [9–11], as in this case. Mucinous adenocarcinoma should be suspected in every patient presenting with chronic perianal fistulas. MRI and biopsy may help to exclude an associated neoplasm.

HEMŞİRELİK BİLDİRİLERİ

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

HS01

Laparoskopik Kolorektal Ameliyatlarında İntraoperatif Hemşirelik

Işıl Işık Andsoy⁽²⁾, Fatma Özben⁽¹⁾, Nilüfer Gümüştekin⁽¹⁾, Ülkü Karakuş⁽¹⁾

1) Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

2) Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

AMAÇ

Mouret ve Dubois tarafından 1987’de Fransa’da gerçekleştirilen ilk laparoskopik safra kesesi ameliyatı sonrasında teknolojik aletlerin gelişmesi ve cerrahi deneyimin artmasıyla 1990 yılından itibaren kolorektal kanserlerde de laparoskopik cerrahi popüler hale gelmiştir. Hastanede daha az kalma, daha az ağrı, hızlı iyileşme, erken dönemde barsak hareketlerinin geri dönmesi, immün yanıtın daha az olması, minimal skar gibi avantajları olarak görünmesine karşın, uzun süre anesteziye maruz kalınması, ameliyat süresinin uzun olması ve port giriş yeri metastazları bu işlemin dezavantajları olarak bildirilmiştir. Laparoskopik kolorektal cerrahide başarı teknolojik aletlerin gelişmesi ve cerrahin deneyiminin yanı sıra ameliyathane hemşiresinin bilgisi, deneyimi ve intraoperatif dönemde aldığı önlemlere de bağlıdır. Bu bağlamda ameliyathane hemşiresinin laparoskopik kolorektal ameliyatlarda dikkat etmesi gereken uygulamalar içerisinde laparoskopik kolon cerrahisi uygulanırken açık barsak cerrahisinin tüm kurallarına özenle uyulması, ameliyat masasının hastayı yeteri kadar yukarı kaldırarak ve sağa sola döndürecek kadar donanımlı olduğundan emin olunması, spanç ve kullanılan kesici alet sayımına dikkat edilmesi, açık setin hazır bulundurulması, enfeksiyonun önlenmesi için sterilliliğin sürdürülmesi, karbondioksit gazının miktarına dikkat edilerek anesteziyle iletişimin sağlanması, port metastazlarının önlenmesi için trokarların kontrollü kullanılması, trokarların uçlarının keskinlik yönünden kontrol edilmesi, tümör hücrelerine bulaştırılmış cerrahi aletlerin temiz alanlarda kullanılmaması, gaz sistemi ve endoskopi ünitesinin kontrol edilmesi, ligasure kullanımında organlardan çıkan dumanın aspirasyonunun sağlanması, karbondioksit toksisitesini önlemek için veriliş dozuna dikkat edilmesi, kanamanın izlenmesi, hastaya pozisyon verilmesinde dikkatli olunması, stoma torbası, nazogastrik ve foley sonda ve gerekli durumda kolonoskopi yapıldığından gerekli aletlerin hazırda bulundurulması, koter yanıklarının önlenmesi için plağın vücudun uygun alanına yerleştirilmesi, cerrahi alan traşı yapılmamış ise uygun yöntemle temizliğinin yapılması ve ameliyat bitiminde uygun yöntemle pansumanın yapılarak hastanın güvenliğinin sağlanması yer almaktadır.

HS02**Yara Açılması ve Peristomal Cilt Nekrozu Vaka Yönetimi**

Hatice Korkut⁽²⁾, Zehra Göçmen Baykara⁽²⁾, Aysel Ören Hin⁽¹⁾, Sezai Leventoglu⁽³⁾

1) Gazi Üniversitesi Hastanesi, Stomaterapi Ünitesi, Ankara

2) Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara

3) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Peristomal komplikasyonlar hastaların stoma bakım hemşiresine ya da sağlık kurumlarına başvurmalarına yol açan en yaygın nedenlerdir (1, 2). Peristomal cilt nekrozu nadir görülmesine karşın, bakımı zor bir durumdur. Peristomal cilt nekrozu, bireyin birçok aktivitesini engellediği gibi, mücadele edilmesi gereken birçok zorluk yaratır. Bunlar; yara pansumanını yapmak, torba-adaptörü uygun şekilde takabilmek, yaranın stoma drenajıyla kontamine olmasını ve yara enfeksiyonunu önlenmek, ayrıca adaptörün değiştirilme sıklığını azaltarak yara pansumanını korumak, böylece cildin tahrişini, ağrıyı ve maliyeti engellemektir (3,4,5). Peristomal komplikasyonların önlenmesi, erken saptanması ve tedavisinde stomaterapi ekibinin işbirliği önemlidir. Çünkü peristomal komplikasyonların tedavisi önlenmesinden daha pahalıdır (1,2).

YÖNTEM

Bu sunuda, peristomal cilt nekrozu olan yetişkin bir bayan hastanın hemşirelik bakımı ele alınmıştır. Bayan SK; ailesiyle yaşayan, 80 yaşında, 1,52cm boy, 65kg, evli, 5 çocuk annesi ve ilkokul mezunudur. (BKİ=28). Sigmoid kolon perforasyonu tanısıyla hastaya Mart 2008'de Hartman prosedürü uygulanarak geçici kolostomi açılmıştır. Hasta cerrahi girişim sonrası; insizyon bölgesinde açılma, mukokutanöz ayrılma ve peristomal nekroz şikâyetleriyle bir Üniversite Hastanesinin Stomaterapi ünitesine başvurmuştur. Hastanın değerlendirmesinde; sol alt abdominal kadranda, ciltle aynı seviyede, düzensiz biçimde kolostomisinin (çapı 25x32mm), mukokutanöz ayrılmasının ve insizyon yerinde açılmanın olduğu ayrıca peristomal cildin sert ve yaklaşık 1cm'lik nekrotik alanın olduğu saptanmıştır. Hastanın düz çift parçalı adaptör-torba kullandığı ancak adaptörün sızıntı nedeniyle ciltte uzun süre kalmadığı saptanmıştır. Hastanın bakım sırasında çok şiddetli ağrısının olduğu (7-8 puan) belirlenmiştir.

BULGULAR

Hemşirelik bakımında; nekrotik dokular debride edilmiş, yara değerlendirilmiş, %0,9 SF ile temizlendikten sonra yara içine Octanisept sprey ve cilde Cavillon bariyer sprey uygulanmış, yaraya ve mukakutanöz ayrılma bölgesine alginat konularak, üzerine yarıyı stoma drenajından korumak için yara örtüsü ve rahat yapışmasını sağlamak için pasta uygulanmıştır. Hastanın bakımı stomaterapi ve cerrahi ekiple işbirliğinde düzenli olarak yapılmıştır. Hastanın üç ay sonraki izleminde yaranın oldukça küçüldüğü, iyileşmenin hızla arttığı görülmüş ve yara cerrahi olarak kapatılmıştır. İzleminde herhangi bir sorun gelişmemiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuçta, stomaterapi ünitelerinde düzenli takip edilen hastalarda, komplikasyonlar kısa sürede iyileşebilmektedir. Bu nedenle stoma ve yara bakım hemşirelerinin yetiştirilmesi ve stomaterapi ünitelerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

HS03

**Bir Pilonidal Sinüs Vakasında Primer Onarım Sonrası Yara Ayrılması:
Hemşirelik Bakımı**

Ayişe Karadağ⁽²⁾, Hatice Korkut⁽²⁾, Rabiya Cihan⁽¹⁾, Bülent Menteş⁽³⁾

1) Gazi Üniversitesi Hastanesi, Stomaterapi Ünitesi, Ankara

2) Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara

3) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Pilonidal sinüs özellikle genç erkeklerde intergluteal bölgede oluşan bir hastalıktır (1). Pilonidal sinüsün etiyojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte, ciltten dökülen kılların intergluteal bölgede, cilt altında, akut veya kronik olarak enfekte alan oluşturması nedeniyle meydana geldiği düşünülmektedir (1,2). Hastalığın standart bir tedavisinin olmaması, komplikasyon gelişme oranının yüksek olması, yara iyileşmesinin uzun sürmesi bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (3,1). Yaygın görülmesine rağmen pilonidal sinüslü hastaların bakımında hemşirenin rolü üzerine çok az araştırma yapılmıştır (4). Oysa pilonidal sinüsün tedavisinde stoma ve yara bakım hemşiresi oldukça önemli rol oynamaktadır.

YÖNTEM

Bu sunuda, pilonidal sinüsü olan genç bir bireye verilen hemşirelik bakımı ele alınmıştır. Bay YŞ 19 yaşında, bekar, 1.78cm boyunda, 70kg ağırlığında (BKİ=22), yurttan kalan bir üniversite öğrencisidir. Nüks pilonidal sinüs tanısı alan Bay YŞ'ye 2006 ve 2007 yıllarında eksizyon ve primer kapama sonrası Limberg Flep Tekniği uygulanmıştır. Bay YŞ. Nisan 2008 tarihinde yara ayrılması, akıntı ve ağrı şikâyetleri ile bir Üniversite Hastanesinin Stomaterapi ünitesine başvurmuştur. Hastanın değerlendirmesinde; sakrum bölgesinde 2,2x1,4x1,5mm büyüklüğünde kırmızı renkte, kanlı-seröz akıntılı bir yaranın olduğu ve yara kenarlarında maserasyon geliştiği saptanmıştır. Yara iyileşmesine yönelik hedefler ve hemşirelik girişimleri belirlenmiştir.

BULGULAR

Yara ve çevresindeki cildin bakımında; öncelikle perianal bölgede bulunan tüyler doğru teknikle temizlenmiş, yara ve çevresindeki cilt %0,9 SF ile temizlendikten sonra yaranın içine Octanisept sprey ve çevredeki cilde ise Cavillon bariyer sprey uygulanmıştır. Yara yatağına gevşek bir şekilde gümüşlü pansuman konularak, üzeri steril gazlı bez ile kapatılmıştır. Bakımın her aşaması Bay YŞ'ye gerekçeleriyle anlatılarak gösterilmiştir. Hastaya düzenli aralıklarla yara bakımı, eğitimi ve danışmanlık hizmeti verilmiştir. 8 hafta sonra yapılan değerlendirmede yaranın tamamen kapandığı gözlenmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuç olarak, pilonidal sinüse veya tedavisi sonrası gelişen cilt komplikasyonlarının tedavisinde, stoma ve yara bakım hemşireleri vazgeçilmezdir. Stomaterapi ünitelerinde düzenli olarak takip edilen bu hastalarda, komplikasyonlar daha kısa sürede iyileşebilmektedir. Böylece hem hastaların yaşam kalitesi artacak hem de tedavi ve bakımın maliyeti azalacaktır. Bu nedenle sertifikalı stoma ve yara bakım hemşirelerinin yetiştirilmesi ve stomaterapi ünitelerinin ülke çapında yaygınlaştırılması önerilmektedir.

HS04

Akut Apandisitte Klinik Sonuçların Değerlendirilmesi

Sibel Nargiz Koşucu⁽⁴⁾, Cansel Kaya⁽²⁾, Gülüm Altaca⁽³⁾, Bahar Kavaklı⁽¹⁾, Vahide Uçku⁽⁴⁾

1) Başkent Üniversitesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Acil Servis, İstanbul

2) Başkent Üniversitesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Cerrahi Servis, İstanbul

3) Başkent Üniversitesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

4) Başkent Üniversitesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetim, İstanbul

AMAÇ

Acil serviste, hemşire, hekim işbirliği ve koordinasyonu ve hasta bakımı sonuçlarının hemşireler tarafından fark edilip değerlendirilmesinin tanı ve tedavi sürecine etkisi önemlidir. Acile başvuran hastalarda tanı sürecindeki gecikmeler morbidite ve mortalitenin artışına yol açmaktadır. Apandisit tanısı konularak apendektomi yapılan hastalarda tanı konma sürecinin, Acilde kalış süresinin ve yara yeri enfeksiyonlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Acil Servise başvuran ve akut apandisit tanısı konularak ameliyat edilen ardışık 47 hasta incelendi. Hastaların demografik özellikleri, acilde kalış süreleri, preop-postop yatış süreleri, verilen preop antibiyotikleri, görüntüleme yöntemleri ve gelişen komplikasyonlar incelendi.

BULGULAR

22 erkek, 25 kadın, ortalama $33,5 \pm 17,6$ yaşında (a:7-83 yaş) ardışık 47 hasta değerlendirildi. 10 hastada patoloji tanısı apandisit değildi. 37 hastada patoloji tanısı apandisit, 12 hastada (%25,5) perforate apandisit. Hastaların Acilde kalış süresi ortalama 136 ± 93 dakikaydı. Hastaların tümüne US, 13'üne BT yapılmıştı. Hastaların preop. hastanede kalış süresi ortalama 0,12 gün, postop kalış süresi ortalama $3 \pm 3,8$ gün idi. Postop. yara enfeksiyonu %12,8 idi. Hastaların yaşı ile postop hastanede kalış süreleri arasındaki korelasyon ($r:0,32$, $p=0,03$). Yaş ile perforasyon arasındaki korelasyon ($r: 0,36$, $p=0,03$) anlamlı bulunmuştur. Yaş arttıkça perforasyon oranının ve hastanede kalış süresinin anlamlı olarak arttığı saptandı. Postop kalış süresi ve yara enfeksiyonu arasındaki korelasyon ($r:0,48$ $p=0,001$), perforasyon ve yara enfeksiyonu arasındaki korelasyon ($r:0,61$, $p=0,0001$) anlamlı bulunmuştur. Preoperatif verilen 3 grup antibiyotiğin yara enfeksiyonu üzerine anlamlı etkisi saptanmamıştır. Hastaların Acilde kalış süresinin yara enfeksiyonu ve diğer parametrelerle anlamlı korelasyonu saptanmamıştır. Hatta, yara enfeksiyonu gelişen hastalarda AS'de kalış süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir (Yara enfeksiyonu görülenlerde acilde kalış süresi $90,8 \pm 59$ dak., yara enfeksiyonu görülmeyenlerde 144 ± 96 dak.).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Yara enfeksiyonu olan hastaların AS'de kalış süresinin kısalığı aslında bu hastalara bulguları nedeniyle daha erken tanı konmasıyla açıklanabilir. Bu hastalar akut apandisit tanısı kriterlerine tam uyan ya da acile geldiklerinde perforate olduğu saptanan hastalardı. AS'de kalış süresinin etkinliği için daha geniş serilerde inceleme gereklidir.

HS05

Bir İleostomi Olgusu; Peristomal Bölgede Basınç Ülseri

Yasemin Akıl⁽²⁾, Ömer Alabaz⁽¹⁾

1) Çukurova Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

2) Çukurova Üniversitesi, Stomaterapi Ünitesi, Adana

AMAÇ

Bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması çok çeşitli endikasyonlarla başvuran ve hastaların bir kısmında morbiditeye yol açan cerrahi girişimdir. Stoma komplikasyonlarını önlemek için sağlıklı bir stomanın olması ve stoma bakımının doğru bir şekilde yapılması gerekmektedir. Stoma bakımının uygun şekilde yapılmaması mekanik travma sonucu basınç ülserine neden olabilir.

YÖNTEM

Olgu Çalışmasıdır.

BULGULAR

Bayan S.U.78 yaşında ev hanımı ve dört çocuk annesidir. Sigmoid loop kolostomi nekrozu gelişmesi üzerine 24.1.08 tarihinde sigmodektomi, uç uca anastomoz ve koruyucu ileostomi operasyonu yapıldı. İlk değerlendirmede çift parçalı torba/adaptör sistemi kullandığı, stomanın cilt kıvrımları arasında açılmasına bağlı dışkı sızıntısı, dışkı sızıntısına bağlı iritan dermatit, mekanik travmaya bağlı olarak Evre III basınç ülseri vardı. Stoma ve parastomal alanın değerlendirmesinde; stoma sağ alt kadranda, biçimsel olarak düzensiz, cilt kıvrımına yakın ve stoma altında baget olduğu tespit edilmiştir. Saptanan sorunlar; stomaya uygun bakımın verilmemesi sonucu bası yarasının bulunması nedeniyle dışkı sızıntısı, istemsiz gaz çıkışı ve kokuya bağlı sosyal izolasyon riski, yetersiz sıvı alımı ve anormal kayıplara bağlı sıvı volüm dengesizliği riski, hasta/hasta yakınlarının stoma bakımına ilişkin bilgi eksikliği, barsak boşaltımı üzerindeki kontrol kaybına bağlı anksiyete, yetersiz besin alımı ve çıktı miktarının fazla olmasına bağlı beslenmede değişme olarak tespit edilmiştir. Hemşirelik girişimi olarak peristomal alandaki basınç ülseri hidrojel ve hidrocolloid yara örtüsü kullanılmıştır. Stoma bakımı hasta ve hasta yakınına anlatıldı ve bakım konusunda eksiklikleri giderildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

27.01.08- 25.02.08 tarihleri arasında takip edilen hastanın peristomal bölgedeki bası yarası tedavi edilmiştir. Mekanik travma sonucu oluşan bası yaraları yara protokülüne uygun bakımın yapılması gerekir. Stoma torbasının değişim süresi uzadıkça hastanın anksiyetesi azaldı. Stoma komplikasyonları bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir.

HS06

DEÜ Hastanesi Merkezi Ameliyathanesinde Laparoskopik Kolon Ameliyatlarındaki İntraoperatif Hemşirelik Uygulamalarımız

Emre Yıldız, Melike Duran, Fikriye Öztürk

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Merkezi Ameliyathane, İzmir

AMAÇ

Laparoskopik kolon cerrahisi ilk olarak Saclarides ve Jacobs tarafından yapılan ameliyatlara 1991 yılında başlamıştır. Günümüze kadar daha çok kolon ve rektumun bening hastalıkları olmak üzere kolorektal karsinomalarda da uygulanmaktadır. Laparoskopik kolon ameliyatları ile geleneksel yöntemi karşılaştıran araştırmaların sistematik analizini yapan bir çalışmaya göre (Schwenk W.,2009) ameliyat süresince kan kaybı, post-op dönemde ağrı, hastanede kalış süresi ve morbidite daha azdır. Böyle başarılı sonuçlara ulaşmak için cerrahın yanı sıra asistan ve hemşirenin de ileri cerrahi ve laparoskopik girişimlerde tecrübeli ve eğitilmiş olması gereklidir. Amacımız şu an ülkemizde de yaygınlaşmaya başlayan laparoskopik kolon ameliyatlarındaki hazırlığı, hemşirelik uygulamalarımızı ve deneyimlerimizi meslektaşlarımızla paylaşmaktır.

YÖNTEM

Araştırmacılar tarafından laparoskopik kolon, laparoskopik ameliyatlar ve intraoperatif hemşirelik sözcükleri kullanılarak veri tabanları taranarak ilgili makaleler değerlendirilmiş, ameliyathanemizde gerçekleştirilen laparoskopik kolon ameliyatlarındaki hazırlık ve endostaplerlerin kullanımını içeren video ve fotoğraflar eşliğinde çalışma hazırlanmıştır.

BULGULAR

Hasta ameliyat salonuna gelmeden önce: • Cerrahi setler • Ameliyat masası • Pozisyon destek malzemeleri • Endovizyon (görüntüleme ve yıkama sistemi) • Ligasure ve harmonik ultracision cihazları • 30° derece optik ve ışık kaynağı kabloları • Endostaplerler • Diğer laparoskopik malzeme ve sütürler hazırlanır. Ameliyata scrup olarak girecek olan hemşire yeşillerini örttükten sonra setlerini yerleştirir. Laparoskopik malzemelerini bağlantılar için hazırlar. Hasta entübe edildikten sonra hastanın ve ameliyat sahasının hazırlığı yapılır. Boyanır. Pozisyon verilir. Hastanın ayaklarına yeşil bohçalar geçirilerek örtme işlemine başlanır. Örtme işlemi bitiminde masalar sahaya yanaştırılır. Cerrahin konforunu bozmayacak şekilde bağlantılar yapılır. İnsizyonla beraber ameliyat başlar. Ameliyat sırasında kullanılacak endostapler ve kartuşları çok çeşitlidir. Hemşire bu staplerlerin kurulması ve kullanımını bilmek zorundadır. Ameliyat bitiminde pansumanlar kapatıldıktan sonra bağlantılar dikkatlice sökülmeli, alet ve malzemeler zarar görmeyecek şekilde kirli malzeme bölümüne götürülmelidir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Cerrahinin görünümünü değiştiren laparoskopik ameliyatlar beraberinde yüksek bir maliyet de getirmiştir. Sayek ve Daphan tarafından yapılan bir çalışmada tekrar kullanılabilir aletlerin bakımlarının eğitilmiş kişilerce düzenli yapılmasıyla 300 ameliyata kadar nerdeyse sorunsuz çalıştıkları görülmüştür. Hem hastaya vereceğimiz zararı önlemek hemde ülkemiz ekonomik şartlarında ameliyat maliyetlerini düşürmek için bu tür malzemelerin kullanımında çok özenli davranmalıyız.

HS07

Ameliyathanede Diatermi Yanıklarında Önlemler ve Koter Cihazı Kullanım Formunun Etkisi

Türkay Şamiloğlu Ünal, Güllü Ateş İnanc, Zeynep Pazar, Gülcan Altınkaynak
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ameliyathane, İstanbul

AMAÇ

Koter cihazı kullanımı sonucunda oluşan diatermi; vücut dokularının, yüksek frekanslı elektrik akımına gösterdiği direnç sonucu ısınmasıdır. Diatermi oluşumunda hastanın elektrik devresinin bir parçası olduğu kabul edilir. Yüksek frekansta bir akım dokulardan geçerken iki elektrot arasında ısı oluşur. Monopolar diatermide, diatermi jeneratöründen üretilen yüksek frekanslı akım cerrahın elinde tuttuğu aktif elektrota doğru yönelir. Elektrot, dokuya temas ettiğinde lokal ısı üretimine neden olarak vücutta dağılır ve hastaya bağlanmış olan plak vasıtası ile jeneratöre geri döner. Bu plak, hasta ile tam temas halinde olmalıdır. Plagın yanlış yerleştirilmiş olması “Diatermi Yanığı”nın başlıca nedenidir. Cihazın kullanım talimatına uyulmaması ve dikkatsiz kullanım sonucunda hastada geri dönüşü olmayan yanıklar oluşabilmektedir. Son yıllardaki tıbbi uygulama hataları ile ilgili ceza ve tazminat davalarındaki artış cerrahi ekibi de hukuki olarak etkilemektedir.

YÖNTEM

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathanesinde diatermi yanıklarını önlemek için koter cihazlarının bakım ve kalibrasyonu yapıldı. Plak bağlantı kabloları yenilendi. Hasta kontrol sistemli, disposable plaklar kullanılmaya başlandı. Kullanıcılara eğitim verildi. Her hastaya doldurulmak üzere “Monopolar Koter Cihazı Kullanım Formu” oluşturuldu. Bu formda; hastanın yaşı, kilosu, protez varsa yeri ve türü, teşhis ve operasyonu, kullanılan koter plaka ve markası, plak bölgesi ve yerleştirilen alanın traşlı olup olmadığı, koter değerleri, oda sıcaklığı, plagın boyama yapılmadan önce veya sonra yerleştirilmesi, ameliyatta irrigasyon yapılıp yapılmadığı, ameliyat süresince plagın alarm verip vermediği, yanık oluşmuş ise yanığın alanı, bölgesi ve derecesi sorgulanmıştır.

BULGULAR

Literatürde yanık vakalarının bilgi eksikliği, cihaz ve aksesuarlarının rutin bakımlarının yapılmaması vb. sebeplerin oluşturduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar ve doldurulan formlar sonucunda Şubat 2008 ve Şubat 2009 tarihleri arasında Monopolar koter kullanılan hastalarda yanık oluşmadığı görülmüştür.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Yeterli hizmet içi eğitim ve teknik donanımın güvenilirliğinin sağlanması ile ameliyathane hemşiresi, koter yanıklarını önlemede önemli bir rol üstlenir. Kullanılan form her hastada özenli ve dikkatli çalışmayı sağlamış, koter cihazı uygulamasından kaynaklanan tıbbi hataları önlemede etkili olmuştur.

HS08

MR ve BT Uygulanacak Olan Hastaların Anksiyete Düzeyleri ve Tetkiklere İlişkin Görüşleri

Sibel Nargiz Koşucu, Vahide Uçku

Başkent Üniversitesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, İstanbul

AMAÇ

Teknolojideki gelişmelerle birlikte hastalıkların tanısında ve takibinde kullanılan tıbbi görüntüleme yöntemleri de artmıştır. Sağladığı yararlar nedeniyle günümüzde tıbbi görüntülemede, Manyetik Rezonans (MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) kullanımı oldukça artmıştır. Hemşire görüntüleme yöntemi uygulanacak olan hasta/sağlıklı bireye bakım sağlarken hastanın ihtiyaçlarını tanımlar. Bu tanımlamada hastanın işlemle ilgili duygu, düşünce ve endişelerinin belirlenmesi önemlidir. Çalışmada tıbbi görüntüleme yöntemlerinden MR ve BT tetkikleri öncesi hastaların anksiyete düzeyleri ve tetkiklere ilişkin görüşlerini belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma 10 Eylül–10 Aralık 2008 tarihleri arasında, B.Ü. İstanbul Hastanesi’nde BT ve MR tetkiki yapılan, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 50 hasta ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında, hastaların demografik özelliklerini, işleme yönelik duygu ve düşüncelerini belirlemeye yönelik oluşturulan anket formu ve Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilen “durumluluk kaygı envanteri” kullanılmıştır. Veriler; SPSS paket programı kullanılarak yüzdelik, ortalama, t-testi/tek yönlü varyans analizi(Anova), post-hoc tukey HSD testi ve varyans analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalamasının $45,7 \pm 11,84$, %60’ının kadın, % 48’inin lise mezunu olduğu, %72’sine MR yapıldığı, %82’sine tetkiklerin tanı amacıyla yapıldığı ve %40’ında abdominal bölgeye yönelik tetkik yapıldığı belirlenmiştir. Hastaların %60’ının tetkike yönelik daha önceden bilgisinin olmadığı ve %26’sına daha önce aynı tetkik yapıldığı belirlenmiştir. Hastalardan %54’ü tetkike yönelik korkusunun olmadığını belirtmiş, korkusu olanların korku nedenlerinin (%56,5) tetkik sonucunun kötü çıkması ve (% 52,2) dar ve kapalı alana girmek olduğu belirlenmiştir. Hastaların tetkik öncesi anksiyete puan ortalamalarının 52.76 ± 10.80 olduğu, cinsiyet, yaş ve yapılan tetkik çeşidine göre durumluluk kaygı puan ortalamasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Beyin ile ilgili tetkik yapılan, tanı amaçlı tetkik yapılan, işlemle ilgili bilgi almak istediği konular olan ve tetkik sonucu ile ilgili endişesi olan hastaların durumluluk kaygı puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

MR ve BT tetkikleri öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, olumsuz tetkik sonucuyla karşılaşma ve kapalı alana girme korkusu anksiyeteyi arttırmaktadır. Hastaların anksiyesini azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulmasının gerekliliği sonucuna varılmıştır.

HS09

Basınç Ülseri Risk Faktörlerinden Suçlu Hangisi?

Filiz Gül⁽¹⁾, Derya Şahin⁽²⁾, Yasemin Akıl⁽³⁾

1) Çukurova Üniversitesi, Dahiliye AD., Adana

2) Genel Cerrahi AD., Adana

3) Stomaterapi Ünitesi, Adana

AMAÇ

Bası yarası; hastalık ve ölüm riskini arttıran, hastanede kalış süresini uzatan ve tedavi gideri yüksek olan bir sağlık sorunudur. Deri üzerine aşırı ve uzun süreli bası sonucu deri, deri altı ve kemiklere kadar uzanan dokularda oluşan bası, sürtünme, tahriş ve ülserasyonlardır.

YÖNTEM

Olgu çalışması.

BULGULAR

52 yaşında kadın hasta, evli ve 3 çocuk sahibidir. 2004'te invaziv durtal karsinom tanısı konulmuştur. Kemik metastazına bağlı olarak sol femur başı fraktürü ve sol humerus kırığı gelişmiştir. Hasta 6.02.2008 tarihinde Dahiliye Yoğun Bakım I Ünitesine yüksek ateş ve enfeksiyon nedeniyle genel durumunun kötü olması üzerine yatırılmıştır. Kliniğe kabulünde bası yarası olmayan hasta Braden risk değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmiştir. Elde edilen değere göre yüksek risk grubunda (puan:11) olduğu tespit edilmiştir. Saptanan hemşirelik sorunları; doku bütünlüğünü sağlamak, dolaşımı sağlamak, beslenmeyi düzenlemek, cilt bakımını sağlamak, nemliliği sağlamak, pozisyon değişimini sağlamak ve sürtünmeyi önlemektir. Derinin değerlendirilmesinde cilt çoğunlukla nemli gözlenmiştir. Hareket durumu; yatağa bağımlı, ağırları nedeniyle pozisyon değişimini kabul etmemiştir. Beslenme durumu; parenteral olarak düzenlenmiştir. İdrar ve gaita inkontinansı mevcuttur. Destek yüzey olarak havalı yatak kullanılmıştır. Kişisel hijyeninde kliniğe kabulünden itibaren haftada bir kez banyo yaptırılmıştır. Ayrıca günlük yatak banyosu da düzenli olarak yapılmıştır. Günlük bakımdan sonra vücudu nemlendirilmiştir. Düzenli olarak el ve ayak bakımı yapılmıştır. Yatak yapımı ve kişisel bakımı uygulanırken sürtünme ve makaslama etkisini ortadan kaldırmak için ara çarşafı kullanılarak hareketi sağlanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Pozisyon değişimi yapılamayan hastada verilen vücut bakımı, uygun nemlendirme, beslenmenin düzenlenmesi, destek yüzey kullanımı, sürtünme ve makaslama etkisinin ortadan kaldırılmasıyla ile deri bütünlüğü korunabilmiştir. Hastanın 6.02.2008- 23.04.2008 tarihleri arasında takip edildiği Dahiliye Yoğun Bakım I Ünitesinde herhangi bir doku bütünlüğünde bozulma meydana gelmemiştir.

HS10

Balcalı Hastanesi'nde Çalışan Hasta Bakıcıların Basınç Ülserine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Yasemin Akıl⁽³⁾, Serap Torun⁽¹⁾, Dudu Baysal Alptekin⁽²⁾

1) Adana Sağlık Yüksek Okulu, Adana

2) Çukurova Üniversitesi, Genel Cerrahi AD., Adana

3) Çukurova Üniversitesi, Stomaterapi Ünitesi, Adana

AMAÇ

Basınç, sürtünme, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve derialtı dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesi olarak tanımlanan basınç yarası oluşumunda rol oynayan faktörler, birincil ve ikincil olarak sınıflandırılmaktadır. Birincil faktörler basınç, nem, sürtünme ve yırtılma, ikincil faktörler ise beslenme, yaşlılık, düşük kan basıncı, duyu kaybı ve hareketsizliktir. Bu faktörlerin bilinmesi basınç yarasının önlenmesi, tedavi ve bakımını kolaylaştırmaktadır. Basınç yarası sağlık ekibi üyelerinin birlikte çalışmasını gerektiren bir durumdur. Çalışmanın yapıldığı hastanede sürtünme ve tahrişe neden olabilecek uygulamalardan olan hasta mobilizasyonu, hasta transferi, yatak içerisinde pozisyon değiştirme uygulamalarında hasta bakıcılar da görev almaktadır. Bakım ekibinin bir üyesi olan hasta bakıcılarda basınç yarasının önlenmesine katkıda bulunabilecekleri için bu konuda bilinçlendirilmeli, bilgilendirilmeli, önlemler alacak düzeye getirilmelidir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak yaptığımız çalışma ön test- eğitim- son test olmak üzere üç aşamalı uygulanmıştır. Çalışmamızın evrenini Balcalı Hastanesi'nde çalışan hasta bakıcılar örneklemini ise basınç ülserine ilişkin eğitime alınan ve çalışmayı kabul eden 48 hasta bakıcı oluşturmuştur. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılmış, değerlendirmede sayı ve yüzdelik değerlendirme kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hasta bakıcıların , %84,1'i daha önce basınç yarasına ilişkin bir eğitim almadıklarını ifade etmiştir. Hastabakıcıların %59,1'i ön testte klinikte basınç yarasını tanıyamadıklarını söylemişler, son testte ise %90,9 u artık tanıyabileceklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuç eğitimin etkinliğini göstermektedir. Hastabakıcıların %70,5'i ön testte basınç yarasını önlemekte sorumluluk duyduğunu ifade ederken bu oran son testte %90,9'a çıkmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmada çarpıcı pek çok sonuca ulaşılmıştır, en önemlisi eğitim sonrası hasta bakıcıların basınç ülseri oluşumunda kendilerini sorumlu hissettiklerini ifade etmeleri ve önlenmesinde sürtünmenin ve pozisyon vermenin önemli olduğunu vurgulamalarıdır. Bu bağlamda sonuç olarak basınç ülseri konusunda verilen eğitim etkili olduğu söylenebilir ve hizmet içi eğitim programları kapsamında personel eğitiminin de ele alınması önerilmektedir.

HS11

Balcalı Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Basınç Yarası Oluşumunu Önleyici Girişimlerinde Beş Yıllık Gelişimin İncelenmesi

Serap Torun⁽¹⁾, Gürsel Öztunç⁽³⁾, Yasemin Akıl⁽⁴⁾, Dudu Baysal Alptekin⁽²⁾

1) Çukurova Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Adana

2) Genel Cerrahi AD., Adana

3) Sağlık Yüksek Okulu, Adana

4) Stomaterapi Ünitesi, Adana

AMAÇ

Basınç yarası; gelişimi iyi planlanmış bir hemşirelik bakımı ile önlenabilir olmasına rağmen çok sık karşılaşılan bir sorundur. Basınç yarası gelişiminde hastanın beslenme, duyuşsal algı ve motor fonksiyonlarında bilinç durumunda değişiklikler risk faktörüdür. Hastada bulunan risk düzeyi saptamak üzere geliştirilmiş olan ölçekler kullanılarak ve değerlendirme yapılarak, hastanın taşıdığı risk oranına uygun koruyucu önlemler alınmalıdır. Basınç yarası geliştikten sonra ise verilecek olan düzenli bir bakımla iyileşme süreci hızlandırılabilir. Basınç yarası geliştiği andan itibaren hastanın hastanede kalış süresi uzamakta, tedavi maliyeti artmakta, buna paralel olarak bakım veren kişilerin hastaya bakıma yönelik olarak ayırdıkları zaman artmakta ve ek uygulamalar yapmaları gerekmektedir. Bu nedenle basınç yarasının önlenmesi zorunludur ve bu görev hemşirelere düşmektedir.

YÖNTEM

Çalışma beş yıllık süreç içerisinde Balcalı Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin basınç yarası oluşumunu önleyici girişimlerine ilişkin uygulamalarındaki değişiklikleri ve gelişmeleri tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini Balcalı Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşireler (2003 yılında 372, 2008 yılında 672), örneklemini ise ameliyathane, pediatri ve kadın doğum klinikleri ve poliklinikler dışında çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada literatür taranarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu, hastane yönetiminin izni alınarak belirlenen günde gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere uygulanmıştır. Çalışmanın ilk verileri 2003 yılında toplanmış ve 2008 yılında çalışmanın yinelenmesi sonucu elde edilen verileri 2003 yılı verileri ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri sayı ve yüzdelik değerlendirmeleri ile 2003 – 2008 verileri karşılaştırılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmada katılımcıların; %48'i bası yarası eğitimi almıştır, %33'ü bası yarasının önlenmesinde risk değerlendirme ölçeklerini kullandıklarını, %83 oranında bası yarasını tedavi etmenin daha maliyetli olduğunu, %95' i cildi nemlendirmenin, %76 'sı pozisyon değiştirme sıklığının 2 saatte bir olması, %90'ı destek yüzey kullanımı gerektiğini belirtmişlerdir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma sonucunda risk değerlendirme ölçeği kullanımının yaygınlaştığı ve beş yıllık süreç içerisinde basınç yarasını önleyici hemşirelik girişimlerinin uygulanmasında önemli bir iyileşme yaşandığı tespit edilmiştir.

HS12**Sennosid Solüsyonunun Kolon Temizliğinde Etkinliği**

Sibel Nargiz Koşucu⁽²⁾, Hülya Coşkun⁽¹⁾, Güzide Acar⁽¹⁾, Vahide Uçku⁽²⁾

1) Başkent Üniversitesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Endoskopi Ünitesi, İstanbul

2) Başkent Üniversitesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, İstanbul

AMAÇ

Kolon hastalıklarının tanı ve tedavisinde önemli yer tutan kolonoskopi işleminin başarısı için iyi bir barsak temizliği gereklidir. Yetersiz barsak hazırlığı işlemin tekrarına, işgücü ve zaman kaybına, maliyetin artmasına, hastadaki endişe ve korkuların tekrarına sebep olmaktadır. İdeal kolon temizliği kolay uygulanır, tolere edilebilir, güvenli ve etkili olmalıdır. Endoskopist ve endoskopi hemşiresinin kolonoskopi öncesi barsak hazırlığında, en uygun yöntemi kullanma ve hastanın en az sıkıntı ile işlemin tamamlanmasında önemli rolü vardır. Barsak temizliğinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlere yönelik fazla sayıda karşılaştırmalı çalışma olmasına karşın, sennosid ile barsak temizliğine yönelik çalışmalar sınırlıdır. Çalışmamızda barsak temizliği için kullanılan ilaçlardan Sennosid solüsyonunun (250ml X-M Solüsyon Laksatif) etkinliğine yönelik bir değerlendirme planlanmıştır.

YÖNTEM

Endoskopi Ünitesin'de kolonoskopi yapılan ardışık 50 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların işlem öncesi 3 günlük berrak diyet ve sonrası 500 ml sennosid (250ml + 250ml) ile barsak temizliği yapılmıştır. Barsak temizliği yeterliliği temiz, orta kirli, kirli olarak ve işlem sırasında ilerlenen bölge çekum, inen kolon, transvers kolon, çıkan kolon olarak sınıflandırılmıştır.

BULGULAR

Hastaların, %52'si kadın ve yaş ortalaması 54,78±13,61 olarak belirlenmiştir. İşlemin hastaların %80'inde çekuma kadar, %8'inde transvers kolon, %6'sında inen kolon ve %6'sında çıkan kolona kadar yapılabildiği saptanmıştır. Barsak temizliği değerlendirildiğinde, hastaların %40'ında temiz, %34'ünde orta kirli (yer yer sulu gaita), % 26'sında kirli (katı gaita) bulunduğu belirlenmiştir. Kolonoskopinin, hastaların %82'sinde başarılı bir şekilde tamamlandığı, tamamlanamama nedeninin 8 hastada (%16) kirlilik, 1 hastada (%2) ise tümör olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile işlemin başarısı ve barsak temizliğinin yeterliliği karşılaştırılmış anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yaş ile işlemin başarısı ve barsak temizliğinin yeterliliği karşılaştırılmış anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sennosid (X-M solüsyonu) ile yapılan barsak temizliğinin işlemin başarı ile tamamlanmasında etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak sennosidin etkilerinin daha iyi değerlendirilebilmesi için farklı dozlarda kullanıldığı, karşılaştırmalı, daha fazla hasta sayılı prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

HS13

**Kolostomili Bireyin Ameliyata İlişkin Yeterli Bilgilendirilmemesi:
Bir Olgu Sunumu**

Zehra Göçmen Baykara⁽²⁾, Ayişe Karadağ⁽²⁾, Rabiya Cihan⁽¹⁾

1) Gazi Üniversitesi Hastanesi, Ankara

2) Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara

AMAÇ

Stoma açılması bireylerin yaşamlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Literatürde stomanın, bireylerin yaşamları üzerine olumsuz etkilerini en aza indirmede / ortadan kaldırmada ameliyat öncesi dönemde hastanın bilgilendirilmesinin ve ameliyat sonrası dönemde hastaya bakım, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesinin oldukça etkili olduğu belirtilmektedir. Hastanın ameliyata ilişkin bilgilendirilmesi ve yeterli bakım, danışmalık ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi yaşam kalitelerini artırmaktadır. Bu hizmetlerin yasal sorumluluğu stoma bakım hemşiresi ve diğer sağlık ekibi üyelerinindir.

YÖNTEM

Aşağıdaki olguda ameliyat öncesi dönemde ameliyata ilişkin yeterli bilgilendirilmenin yapılmadığı bir bireyde ortaya çıkan sorunlar ele alınmıştır.

BULGULAR

OLGU: Bayan FY 38 yaşında, evli ve üç çocuk annesidir. Hastaya Ocak 2006 tarihinde bir dış merkezde TAH, BSO ve Miles ameliyatı yapılmış ve kalıcı kolostomi açılmıştır. FY 05.10 2006 tarihinde Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi'ne kolostomi irrigasyonu için başvurmuştur. FY ile yapılan görüşmede FY yaşadıklarını şöyle ifade etmiştir: “10 ay önce kalıcı bir kolostomi açıldı. Toplum içinde gaz çıkarırsam, ishal olursam, torbam patlarsa rezil olurum. Bu nedenle 10 aydır korku ve endişe içinde yaşıyorum. Arkadaş toplantılarına katılamıyorum, beynim hep orayla meşgul. Başka hiçbir şey düşünmüyorum.” Hastalığı ve ameliyatı kabullenme süreci bireysel özelliklere göre değişiklik gösterebilmektedir. Ancak FY'nin 10 aylık süre içinde olumlu yönde herhangi bir değişim göstermemesi ve hala korku ve endişesinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini engelleyecek kadar şiddetli olması dikkat çekicidir. Stoma bakım hemşiresi, FY'nin ameliyat öncesi hazırlık dönemi ve ameliyat sonrası stoma bakımına ilişkin eğitim alma durumuna yönelik sorular sormuştur. Hasta ise “Ben kanserim, bağırsağındaki kanserli bölge alınacaktı. Bana ne yapacaksınız diye sorduğumda, seni kurtaracağız, sen merak etme dediler. Bir doktor üzerimde işaretleme yaptı, bir şeyler söyledi ve gitti. Ben başıma böyle bir şeyin geleceğini hayal bile edemezdim. Bilseydim de kabul etmezdim zaten” diye duygu ve düşüncelerini ifade etmiştir. Hastanın ifadesinden de anlaşılacağı gibi hastaya tanısı söylenmiştir. Tıbbi tanıyı bilmek hasta haklarından birisidir. Ancak hastanın kendisine yapılacak ameliyatı hakkında da bilgi alma, verilen bilgileri anlama, ameliyatın risklerini, yararlarını, yaşamında meydana getireceği değişiklikleri kavrama ve bu doğrultuda karar verme ve kararı sözlü ve yazılı bir şekilde onaylama hakkı da vardır. Her ameliyat öncesi alınan “onam” tüm bu kavramları (bilme, anlama, kavrama, kabul ve onay) içermektedir. Aydınlatılmış onamın bu öğelerinden birisinin yapılmamış olması onamın geçersiz olduğu anlamına gelmektedir. Burada hasta ifadesine göre hasta haklarından birinin ihlali söz konusudur. FY ameliyat sonrası dönemde kendisini ameliyat eden cerrahi ekibin başkanı olan cerrahi görmüş ve “Ameliyatım nasıldı? Kadın doğumcularda ameliyatıma girmişler. Onlar ne yaptı” diye sorduğunu belirtmiştir. Cerrahin, “ameliyatınız gayet başarılıydı, her şey yolunda. Kadın doğumcular rahminizi ve yumurtalarınızı aldılar. Oraların da temizlenmesi gerekiyordu” dediğini ifade etmiştir. FY, doktorun bu yeni bilgileri verdiği zaman çok üzülmediğini, rahminin alınmasını çok önemsemediğini ve zaten çocuklarının da olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Ameliyattan sonraki günlerde hastanın drenleri alınmış ancak stoma torbası kalmıştır. FY, hekimlere stoma torbasını göstererek “bunu ne zaman alacaksınız” sorusunu sorduğunu onların ise “bu hep seninle kalacak. Bundan sonra oradan dışkıyı yapacaksın ve torba kullanacaksın” dediklerinde dünyasının yıkıldığını belirtmiştir. Hasta, stoma açılmasına yönelik yapılan ameliyattan sonraki dönemlerde sürekli stomayı düşünmesi ve günlük yaşam aktivitelerine geri dönememesi nedeniyle psikiyatriye yönlendirilmiş ve panik atak tanısı almıştır. FY, ameliyatında bir stoma açılacağını bir olacağını önceden bilseydi ölmeyi

tercih edebileceğini ifade etmiştir. Paternalist yaklaşımı benimseyen sağlık çalışanları ve özellikle hekimler hasta için en doğruyu kendilerinin bileceğini düşünmektedirler. Sağlık çalışanları için “doğru”, “yararlı” diye düşündükleri şey hasta için her zaman aynı anlama gelmemektedir. FY ile yapılan görüşmenin devamında eşi ve çocuklarının bu kabullenme sürecinde kendisine yardımcı olmaya çalıştıkları öğrenilmiştir. Stoma bakım hemşiresi, aile desteğinin hastanın sorununun çözümlenmesinde oldukça etkili olduğunu vurgulamış ve bu desteği olumlu yönde nasıl kullanabileceğine ilişkin önerilerde bulunmuştur. Hasta ile yapılan görüşmede hastanın gaz probleminin olmadığı, akşamları belli saatlerde gaz çıkardığı, torbasının da 10 aylık süre içinde hiç patlamadığı bilgileri öğrenilmiştir. Ancak olumsuz bir deneyimi olmadığı halde FY’nin sürekli olarak böyle bir durumla karşı-laşma korkusu ve endişesi yaşadığı belirlenmiştir. Hasta, irrigasyon işlemi ile bu korkudan kurtulabileceği ümidiyle üniteye başvurmuştur. Hastaya kolostomi irrigasyonu işlemi anlatıldığında hasta ishal olabileceği ve kepin patlayabileceği endişesi yaşayabileceğini belirtmiştir. Bu nedenle stoma bakım hemşiresi bu hastanın irrigasyona fiziksel olarak uygun olmasına rağmen psikolojik olarak uygun olmadığını, bunun onun için yeni bir stresör olabileceğini düşünmüştür. Stoma bakım hemşiresi, hasta ile stomanın anlamı, yaşamına getirdiği zorlukları konuşmuştur. Stoma açılmadan önceki ve sonraki dışkılaması, ameliyat sonrası rahatlık durumu görüşülmüştür. Her stomalı bireyin stoma sonrası ilk dönemlerde stomayı kabullenme ile ilgili sıkıntı yaşayabileceği, bu tür sıkıntıların yaşanmasının normal olduğu, ancak bu kabullenme sürecinde kendilerinin önemli rolleri olduğu vurgulanmıştır. FY. “Stomayla yaşamak çok zor değil. Ah birde kafamdan atabilsem” demiş ve ağlamaya başlamıştır. Hasta ile ne tür uğraşlarla meşgul olabileceği konuşulmuştur. Kendisinin yeni uğraşlar edinme konusunda çaba göstermesi gerektiği, bunu kafasında bitirebilecek kişinin de yine kendisi olduğu belirtilmiştir. Hastaya psikiyatri uzmanları ile görüşmelerine devam etmesi ve tedavisini aksatmaması gerektiği önerilmiş, bunun tüm aile ve sosyal yaşam süreci için oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuç olarak, hastaların ameliyata ilişkin bilgilendirilmeleri sağlık çalışanlarının hukuki ve etik bir yükümlülüğüdür. Bu yükümlülüğün yerine getirilmesi stomalı bireylerin yeni yaşam biçimlerine uyumlarını olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının bu konudaki duyarlılıklarının artırılmasına yönelik eğitim almaları önerilmektedir.

HS14

Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesinde Takip Edilen Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

Zehra Göçmen Baykara⁽¹⁾, Ayşe Karadağ⁽¹⁾, Sezai Leventoğlu⁽²⁾

1) Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yükseokulu, Ankara

2) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ

İnsanın temel gereksinimlerinden biri olan barsak boşaltımı işlevini gerçekleştirmek amacıyla oluşturulan stomalar, bireylerin yaşantılarında bazı sorunlara yol açabilmektedirler. Bu sorunların başında stomal ve parastomal komplikasyonlar gelmektedir. Stomal/ parastomal komplikasyonlar birçok stomalı bireyin yaşam kalitesini düşürmekte ve fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlarla karşılaşmalarına neden olabilmektedir.

YÖNTEM

Bu araştırma, Gazi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi'nde takip edilen hastalarda karşılaşılan stomal ve parastomal komplikasyonları ve bu komplikasyonlara yönelik girişimleri belirlemek amacıyla prospektif olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Mayıs 2007-Aralık 2008 tarihleri arasında G.Ü. Stomaterapi Ünitesi'nde takip edilen 154 stomalı birey oluşturmıştır. Veriler, stomalı bireylere yönelik bilgisayar ortamında geliştirilen kayıt formu aracılığı ile elde edilmiştir. Stomaterapi Ünitesi'nde stomalı bireylerde gelişen komplikasyonlar holistik bakım anlayışı ve ekip işbirliği ile tedavi edilmektedir.

BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; üniteye stomalı bireylerin %55.8'i erkek, %77.3'ü evli, % 45.5'i ilköğretim mezunu, %42.9'u ise emeklidir. Stomalı bireylerin % 46.1'i yalnız yaşamakta olup yaş ortalamaları 58.35 ±14.47'dir. Bireylerin %73'üne kanser nedeniyle stoma açılırken, %53.9'una kalıcı ostomi, %45.5'ine ise kolostomi açılmıştır. Bireylerin %18.8'inde stomal/ parastomal komplikasyon gelişmiş olduğu ve bu komplikasyonların %38'ini kimyasal irritasyonun oluşturduğu belirlenmiştir. Stomal/parastomal komplikasyon gelişen bireylerin bakımında ekip işbirliği ve bütüncül hasta bakım anlayışı benimsenmiştir. Komplikasyonlara yönelik bakım verilirken, ilk adım olarak komplikasyonun etiyolojik faktör(ler)ü saptanmış ve bu faktörler göz önünde bulundurularak hemşirelik bakım planlanmış ve uygulanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sonuç olarak; stomal/ parastomal komplikasyon oranlarının azalmasında, komplikasyonların erken belirlenmesi ve bakımında stomalı bireylerin düzenli takiplerinin yapıldığı stomaterapi ünitelerinin oldukça önemli fonksiyonları olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda; ülkemizdeki stomaterapi ünitelerinin artırılmasıyla birlikte stomalı bireylerin bakım, eğitim, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanacakları, komplikasyon oranlarının azalacağı, komplikasyonların erken belirlenip çözümleneceği ve tüm bunların da bireylerin yaşam kalitelerini artıracığı düşünülmektedir.

HS15

Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Stoma Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Hatice Orman, Pınar Koçer, Sevil Erkuş, Nedime Tataroğlu
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ameliyathane, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışma, İstanbul ilinde bir eğitim araştırma hastanesinde cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin stoma konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan çalışmaya 02.02.2009–20.02.2009 tarihleri arasında cerrahi birimlerde çalışan hemşireler arasında çalışmaya istekli olanların katılımı ile yapılmıştır. Veriler, stoma konusunda bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla hazırlanan bir anket formu ile elde edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin, % 28'i Cerrahi, % 12'i Kadın Doğum, % 14'ü Ortopedi, % 10'u NRŞ, %14'ü Üroloji ve % 22'si Yoğun bakım kliniklerinde çalışmaktadır. Eğitim durumları bakıldığında %30 Lise, %36 Ön lisans, %30 Lisans, % 4 Yüksek Lisans mezunudur. % 58'i evli olup, % 52'si 24–29 yaş grubundadır. Anketi cevaplayanların arasından % 96'sı ileostomi'nin tanımını bildiğini ifade etmiş, fakat bunlardan %90'ı tanımlayabilmiştir. % 98'si kolostomi'nin tanımını bildiğini ifade etmiş fakat bunlardan %94'ü tanımlayabilmiştir. % 52'si parasternal herni'nin tanımını bildiğini ifade etmiş fakat bunlardan %36'sı tanımlayabilmiştir. Stoma prolapsusunu %72'si doğru olarak tanımlamışlardır. İleostomi çeşitlerini %44'ü, stoma torba ve adaptörünün değişme zamanını %16'sı, kolostomi irrigasyonunu % 52'si doğru bir şekilde cevaplamışlardır. %70'i yardım alarak bakım yaptığını, % 90 nı stoma bakımını kendilerinin yapmadığını, %44 ü stoma bakımını asistanların yapması gerektiğini ifade etmiştir. Stoma konusunda post-op dönemde hastalara % 30'u eğitim verdiklerini ifade etmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hemşirelerin genel olarak stoma konusunda bilgi sahibi oldukları, fakat bakımlarını rutin olarak kendilerinin yapmadığı sonucuna varılmıştır. Eğitim ve araştırma hastanesi olması nedeniyle asistanların yapması gerektiği ön plana çıkmıştır. Ayrıca hastalara stoma konusunda verilen eğitimin yetersiz kaldığı bu konuda hizmet içi eğitimler yapılarak desteklenmesinin uygun olacağı kanısına varılmıştır.

HS16

Stomalı Hastaların Beden Algısı ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi

İlknur Çalışkan⁽²⁾, Aysel Kahraman⁽³⁾, Fatma Demir Korkmaz⁽¹⁾, Cemil Çalışkan⁽²⁾,
Mustafa Ali Korkut⁽²⁾, Erhan Akgün⁽²⁾

1) Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

2) Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

3) Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Stoma Terapi Ünitesi, İzmir

AMAÇ

Stoma açılması nedeniyle bireylerde toplumda kabul görmeme, yakın çevresi tarafından reddedilme, ailesine ve kendisine yeterli olmama, cinsel çekiciliğini kaybetme, üreme fonksiyonunu kaybetme gibi birçok psikolojik bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Bu araştırma stomalı hastaların beden algıları ve depresyon durumlarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın verilerinin toplanmasında hasta bilgilendirme formu, hasta tanıtım formu, Beden Algısı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Beden algısı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan da 200'dür ve puan artışı, olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir. Beck Depresyon Envanterinden alınabilecek puanlar 0-63 arasındadır.

BULGULAR

Stoma terapi ünitesinde 1 yılda ortalama 150 hasta takip edilmiştir. Hastalardan 28'inin vefat etmesi ve 20 sinin kolostomisinin kapatılmasından dolayı, araştırma 1 Ocak 2009- 27 Mart 2009 tarihlerinde, stomaterapi ünitesinde takip edilen 45 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastaların %62'sinin erkek, % 80'inin evli, % 45'inin 60 yaş ve üstü, % 68'inin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %93'ü kolostomili, %7'si ileostomili olup, %87'sinin ameliyatından 3-12 ay geçtiği, %67'sinin acil şartlarda ameliyat olduğu, %71'inin ameliyatı hakkında yeterli bilgi almadığı, %18'inin kalın bağırsak hastalığı nedeniyle ameliyat olduğu, %96'sının ameliyat sonrası eğitim aldığı, %67'sinin stoma bakımını yardımıyla yapabildiği belirlenmiştir. Hastaların beden algısı puan ortalamasının 150.35±21.82, depresyon envanteri puan ortalamasının ise 11.89±10.7 olduğu ve hastaların %24'ünde depresyon envanteri puanının 17'nin üstünde olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hastaların olumlu beden algısına sahip olduğu ve depresyon envanteri puan ortalamasının kesme noktasının altında olduğu saptanmıştır. Üstündağ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bu çalışmanın bulgularına benzer olarak beden algısı puan ortalaması 147±22 bulunmuştur. Buna karşın Yaşan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların 1/3'ünden fazlasında depresyon saptanmıştır. Stomalı bireyin yeni yaşam biçimi ve beden algısındaki değişikliği kabullenmesi için eğitim verilmesi, stomalı bireylerde depresyon gelişmesinin önlenmesi için psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi önerilmektedir.

HS17

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Stoma Bakım Ünitesinin Bir Yıllık Hasta Takip Sonuçları

Aysel Kahraman, Sevgül Şen

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Stoma Bakım Ünitesi, İzmir

AMAÇ

Stomalı hastaların iyileşmesine yardımcı olmak, yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla faaliyet gösteren Ege Üniversitesi Hastanesi Stoma Bakım Ünitesi'nin 1 yıllık takip sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır

YÖNTEM

Araştırmada 2 Şubat 2008 ve 2 Şubat 2009 tarihleri arasında stoma bakım ünitesine başvuran ve genel cerrahi, üroloji ve çocuk cerrahisi kliniklerinden bildirilen 198 stomalı hastanın takip sonuçları incelenmiş, verileri elde etmek için ünitenin hasta izlem formu ve geliştirilen anket formundan yararlanılmıştır.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 54,80, %60, 1 erkek, %39, 1 kadındır. Acil koşullarda opere olan 108 hastanın 88'ine kolostomi, 15'ine ileostomi açılmış, çalışma süresi içinde 20'sinin stoması kapatılmış, 28'i exitus olmuştur. Elektif koşullarda opere olan 90 hastanın 51'ine kolostomi, 29'una ürostomi açılmış, çalışma süresi içinde 8'nin stoması kapatılmış, 7'si exitus olmuştur. Acil koşullarda opere olan 108 hastanın 54'ünde (%50) komplikasyon görülürken, elektif koşullarda opere olan 90 hastanın 33'ünde (%36,6) komplikasyon görülmüştür, bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,041$, Chi-Square test). Acil koşullarda opere olanlarla elektif koşullarda opere olanlar duygulanım değişiklikleri açısından karşılaştırıldığında, acil opere olan 108 hastanın 52'sinde ağır depresyon bulguları görülürken planlı opere olan 90 hastanın da 52'sinde bu bulgulara rastlanmıştır, ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p=0,113$) 156 hasta ameliyat öncesi bilgilendirilmeyi, 115 hasta da uzman kişiler tarafından bilgilendirilmek istendiğini belirtmiştir. 167 hasta ameliyat sonrasında stomaya ilişkin olası problemlere yönelik bilgilendirildiklerini, 164 hasta da bu bilgilendirmeyi stoma bakım hemşiresinin yaptığını belirtmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Operasyonun elektif koşullarda yapılmasında stomaya ilişkin komplikasyonların diğer gruba göre daha düşük olması, stomaya ilişkin komplikasyonların oluşmasında, operasyonların elektif koşullarda yapılması tercih nedeni olmalıdır. Acil koşullarda opere olanlarla elektif koşullarda opere olanlar duygulanım değişiklikleri açısından karşılaştırıldığında, beklenenin aksine planlı opere olanlarda ağır depresyon bulgularının daha yüksek oranda görülmesi, operasyon öncesi hastalar bilgilendirilirken aynı zamanda psikiyatrik destek ihtiyacı duyulduğu sonucuna varılmıştır.

HS18**Ostomili Bireyden: “Ostomili Olmak”**

Figen Erol⁽¹⁾, Deniz Harputlu⁽²⁾, Fatma Vural⁽³⁾

1) Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Stomaterapi Hemşiresi, İzmir

3) Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Ostomi, çeşitli hastalıkların sonucunda, atık maddelerin vücut dışına atılabilmesi amacıyla vücut üzerinde cerrahi olarak stoma oluşturulmasıdır. Günümüzde en sık uygulanan ostomi tipleri kolostomi, ileotomi ve ürostomidir. Ostomilerin endikasyonu ne olursa olsun sonuç olarak bu bireylerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal çeşitli sorunların ortaya çıktığı bilinmektedir. Çalışmalarda psikolojik olarak beden algısının değişmesi, benlik saygısının azalması, cinsel fonksiyonlarda bozulma, aile ve eşle ilgili uyum sorunlarının ve depresyon gibi bozuklukların ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu nedenle ostomi açılacak bireyin ameliyat öncesi hazırlığındaki temel amaç; bireyin fiziksel ve duygusal açıdan mümkün olan en iyi duruma getirmek olmalıdır. Hemşirelik bakımında iki major faktörden ilki beden algısındaki radikal değişiklikle başa çıkabilmesi için emosyonel desteğin sağlanması; diğeri ise stoma bakımı konusunda bireyin eğitiminin sağlanmasıdır. Bireyin ostomi ile nasıl yaşayacağı konusunda tüm gereksinimlerinin sağlanması gerekmektedir. Bunu sağlayabilmek için hemşirenin ostomi açılacak bireyle ameliyat öncesi dönemden başlayarak işbirliği yapması önemlidir. Bu işbirliğini sağlamada bireyin beklentilerinin bilinmesi, gereksinimlerinin karşılanmasında hemşireye yol gösterici olacaktır. Ancak sağlık bakım hizmetlerinin sunumundaki aksaklıklar, ostomili bireylerin sayısındaki artış, ostomi bakımında uzman hemşire sayısının yetersiz olması gibi nedenlerle bu bireylerin ostomi açılması planlanan ameliyat öncesi ve ostominin açıldığı ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları ve hissettikleri duygular arka planda kalabilmektedir. Bu amaçla adenokarsinom tanısıyla ileostomi açılan 59 yaşındaki erkek hastayla taburcu olmadan klinikte yüz yüze görüşme yapılarak ameliyat sonrasında ostomi açıldığını öğrendiği andan itibaren hissettiği duyguları ve düşünceleri paylaşılarak veri toplanmıştır. Taburcu olmadan ve taburculuktan sonra yaşadığı ve hissettiği duyguları, düşünceleri, güçlükleri ve bireysel beklentilerini paylaşmak amacıyla bir görüşme daha planlanmıştır. 22. günde taburcu olan hasta genel anlamda hala beden algısındaki değişikliğe uyum sağlama sürecindedir ve stomasına bakmaya hazır olmadığını ifade etmektedir. Stoma bakımını henüz kendisi yapamayan hasta özellikle önceki sosyal yaşantısını sürdüremeyeceğini düşünmektedir. Taburculuktan sonra yapılması planlanan görüşmenin sonuçları da sunumun içeriğine eklenecektir. Bireyin gerek ostomi açıldığı anda hissettiği, yaşadığı duygu düşünceleri gerekse taburculuktan sonra yaşadığı duygu, düşünce ve güçlükleri paylaşmanın, ostomi açılan ve açılacak olan bireylere bütüncül hemşirelik bakımını sunmada ve bu konuya dikkat çekmede yararlı olacağını düşünüyoruz.

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

-A-		Avlanmış, Ömer	189	Canda, Aras Emre	184, 187, 188, 245,
Acar, Güzide	390	Aydın, Arif	275		274, 278, 316
Acılar, Kemal	235	Aydın, Cemalettin	185, 264, 285, 347,	Canpolat, Elif	360
Adaş, Gökhan	244		370	Celayir, Mustafa Fevzi	181, 182, 189, 213,
Ademoğlu, Evin	183	Aydın, Halime	198, 199		217, 303
Afşar, Fusun	301	Aydın, İbrahim	292, 311, 357	Celep, Bahadır	186
Ağaç, Aybala	246, 317	Aydın, Mustafa	254	Cengiz, Fevzi	280
Ak Nalbant, Olcay	235	Aydın, Serbülen	281, 286, 350, 351	Cihan, Rabiya	381, 391
Akan, Arzu	244, 359, 375	Aydın, Süha	205, 241	Cin, Necat	258
Akarsu, Cevher	375	Aydın, Timuçin	244	Cirit, Erkan	211
Akarsu, Mesut	253	Aydın, Yüksel	195	Civelek C., Zeynep	176
Akat, Okan	353	Aydoğan, Ceyhun	221, 222, 339	Coşkun, A. Kağan	207, 216, 305, 346
Akaydın, M.	209, 334	Aydoğan, Fatih	335	Coşkun, Ali	218, 261, 280, 284,
Akcan, Alper	293, 297, 312, 326,	Aylaz, Gökçe	200		288, 321, 354, 366,
	345	Ayşan, Erhan	208, 298, 361		368
Akça, Esra	306	Aytaç, Bülent	204	Coşkun, Hülya	390
Akçal, Tarık	93	Aytaç, Erman	212, 227, 318, 335,	Coşkun, Mustafa	346
Akçay, İdris	251		336	Coşkuner, Ayten	255
Akgün, Erhan	313, 356, 374, 395	-B-		-Ç-	
Akgün, İsmail	240, 243, 262, 277,	Babür, Tuncer	287	Çağsar, Mithat	344
	289, 307, 343, 358	Baca, Bilgi	227	Çakay, Fahrettin	203
Akıcı, Murat	221, 319	Bademkiran, Ender	270, 302, 365	Çakır, Coşkun	349
Akıl, Yasemin	147, 387, 383, 388,	Bademler, Süleyman	220, 226	Çakmak, Atıl	200
	389	Bahat, Reşat	324	Çakmak, Güner	275
Akın, M. Levhi	89, 196, 201, 206,	Bakır, Barış	339	Çalışkan, Cemil	313, 327, 356, 374,
	210, 330	Balık, Emre	15, 183, 192, 219,		395
Akın, Tolgay	198, 199, 252		220, 223, 224, 225,	Çalışkan, İlkur	395
Akinci, Muzaffer	248, 281, 286, 350,		226, 229	Çalışkan, Kenan	197, 214
	351	Baş, Gürhan	257, 265, 290, 349	Çapkis, Yahya	234
Akoğlu, Musa	180, 186, 191, 236	Başar, Mustafa	259	Çarkman, Sinan	318
Aksay, Erol	180, 191	Bayam, Emrah	255	Çavdar, İkbāl	152
Aksay, Fikret	363, 373	Baykan, Adil	73, 181, 182, 189,	Çaycı, Tuncer	300
Aksay, Şefika	260, 323, 357		213, 303, 217	Çaylı, Süleyman	185
Aktan, A. Özdemir	325	Bayol, Ümit	255	Çeldir, Ali	275
Aktimur, Recep	322	Bayraktar, Adem	219	Çelebi, A. Esra	175
Akyıldız, Hızır	293, 297, 312, 326,	Baysal Alptekin, Dudu	388, 389	Çelebi, F.	209, 334
	345	Bektaş, Hasan	208, 237, 298, 361	Çelik, A.	334
Akyıldız, Nejat	302	Belli, Sedat	197, 214	Çelik, A. Şimşek	334
Akyüz, Ali	192, 219, 220, 223,	Bender, Ömer	244	Çelik, Atilla	177, 299
	224, 225, 226, 229	Bengisu, Nihat	352	Çelik, Gürhan	292, 311
Akyüz, Nuray	119	Berber, İbrahim	126	Çelik, Onur Taylan	222, 339
Alabaz, Ömer	10, 133, 203, 211,	Beyaz, Fikret	267	Çelik, Sebahattin	175
	251, 320, 383	Bilge, Orhan	29	Çelik, Yahya	296, 373
Albayrak, Doğan	249	Bilgi, Oğuz	341	Çetin, Abdullah	246, 271, 317, 328
Alpdoğan, Özcan	255	Biröl, S.	209, 334	Çetin, Aymelek	185
Altaca, Gülüm	382	Bostan, Mustafa Sami	222, 319	Çetin, Recep	162
Altan, Aydın	249	Bostancı, Erdal Birol	180, 186, 191, 236	Çetiner, Sadettin	300, 355
Altınel, Özcan	300, 305	Bostancı, Hasan	204, 294, 295, 342	Çetinkaya, Erdinç	175
Altınkaynak, Gülcan	385	Bostancı, Özgür	344	Çığ, Gürsel	287
Altınlı, Ediz	177, 299	Bozdağ, Ali Doğan	202, 331	Çıtlak, Gamze	221, 224, 225
Altınok, Dinçer	233	Buğra, Dursun	25, 192, 219, 220,	Çitgez, Bülent	240, 243, 254, 262,
Altınsoy, Ezgi	292, 308		223, 224, 225, 226,		268, 277, 289, 307,
Altıntoprak, Fatih	275		229		343, 358
Arar, İlker	197	Buluş, Hakan	218, 261, 354, 368,	Çolak, Tahsin	154, 205, 241
Aren, Acar	178, 260, 276, 292,		284, 288, 321, 366	Çolakoglu, Tamer	197, 214
	308, 311, 323, 357	Bulut, Hülya	129	Çökmez, Atilla	306
Arıkan, Soykan	233, 237, 238, 248,	Bulut, Kivılcım	279	Çulcu, Serdar	233
	281, 286, 348, 350,	Bulut, Mehmet Türker	8, 47, 192, 220, 223,	-D-	
	351		224, 225, 229, 229,	Dağ, Ahmet	205, 241
Arıtış, Yücel	293, 297, 312		219, 226, 240, 243,	Dalcı, Kubilay	251
Arslan, Baha	274		254, 262, 268, 277,	Dalgıç, Tahsin	180, 186, 191, 236
Arslan, Çiğdem	253		289, 307, 343 358	Dalkılıç, Ayhan	243
Artış, Tarık	293, 345	Bursalı, Simge	301	Dalkılıç, Lütfi	302, 304, 337, 369
Aslan, Ahmet	267	Bülbül, Ercan	324	Damburacı, Nurullah	291, 310, 314, 371
Asoğlu, Oktar	103, 183, 221, 222,	Büyükuncu, Yılmaz	192, 219, 220, 223,	Demir, Abdullah	246, 317
	223, 224, 225, 226,		224, 225, 226, 229	Demir, Davut	375
	229, 319, 339	-C -		Demir, Hakan	275
Atahan, Kemal	306	Can, Didem	176	Demir, Uygur	344
Atasoy, Gülsen	245	Can, Fatih	355	Demir K., Fatma	395
Ateş İnanc, Güllü	385				
Attaallah, Wafi	325				

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Demiral, Gökhan 296, 338, 363, 373
Demiray, Sinan 265
Demirbağ, Ali Eba 179
Demirbaş, Sezai 195, 228, 315, 300,
305, 346, 362
Deniz, Mehmet 314, 371
Derici, Hayrullah 202
Derici, Zekai Serhan 187, 274
Dikmen, Kürşat 294, 295
Dilege, Ece 344
Dindar, Nermin 259, 279
Doğan, Mustafa 218
Doğrul, Ahmet 175
Doğusoy, Gülen 335
Dulundu, Ender 250, 263
Duman, Kazım 207
Dumlu, Gürkan 175
Duraker, Nüvit 176
Dural, Cem 223, 319
Duran, Melike 384

-E-

Egeli, Tufan 184, 187, 253, 274,
316
Ekici, Uğur 343
El, Atilla 329
Elbir, Orhan 179
Engin, Ömer 280
Ensari, Cemal 186
Eray, İsmail Cem 203, 211, 251, 320
Ercan, Metin 180, 186, 191, 236
Erçetin, Candaş 319
Erdem, Şehriban 301
Erdem Huq, Gülbey 361
Erdoğan, Bahadır 249
Erdoğan, Doğan 177
Erdoğan, Nusret 325
Erdönmez, Nurseven 238
Erengül, Canan 296, 373
Ergün, Ersin 299
Erkan, Nazif 327
Erkek, Bülent 140
Erkuş, Sevil 394
Eroğlu, Ersan 177
Erol, Figen 397
Erözgen, F. 209, 334
Ersoy, Eren 322
Ersöz, Feyzullah 208, 233, 237, 238,
298, 361
Ersöz, Nail 216, 228, 300, 305,
346, 355, 362
Ertem, Metin 102, 287, 333, 340
Eryavuz, M. Yavuz 375
Eryılmaz, Mehmet 215
Eryılmaz, Ramazan 283, 290
Erzurumlu, Kenan 360
Esen, Ersoy 206
Esenkaya, İrfan 185
Ezer, Ali 197, 214

-F-

Fırat, Yurdakul Deniz 257
Filiz, Ali İlker 195, 196, 201, 206,
210, 315, 330, 341
Füzün, Mehmet 94, 184, 187, 188,
245, 274, 278, 316

-G-

Geçim, İbrahim Ethem 84
Genç, Hüda 310, 314, 371
Göçmen B., Zehra 380, 391, 393

Gökçe, Aylin Hande 178, 260, 276, 292,
308, 311, 323, 357
Gökçe, Feridun Suat 260, 276, 292, 311,
323, 357
Göksel, Süha 212
Göksoy, Ertuğrul 212
Göl, Mehmet 329
Gömceli, İsmail 186, 191, 236
Görgün, Gülnur 234
Görgün, Mehmet 270, 365
Görkem, H. Güven 317
Görken, İlkunur 187
Gözcü, Nurhan 238
Gupta, Pravin J. 193, 194, 266, 282,
364, 372
Gül, Filiz 387
Güleç, Bülent 195, 315
Gülen, Mehmet 281, 286, 350, 351
Güler, Osman 259, 279
Gülümser, Faruk 301
Gümüştekin, Nilüfer 379
Gündoğdu, Haldun 74, 322
Gündoğdu, Ramazan 205, 241
Güner, Osman S. 190
Günerhan, Yusuf 177, 299
Güngör, Gürhan 296, 338, 363
Gür, Emine Özlem 291
Gürkan, Aysel 113
Güven, Murat 301
Güzey, D. 209, 334

-H-

Hacıoğlu, Ayça 182, 213, 303
Hacıoğlu, Adnan 181, 182, 189, 213,
217, 303
Hacıyanlı, Mehmet 291, 310
Hamzaoglu, İsmail 227
Harlak, Ali 207, 215, 216, 228,
300, 305, 355
Harman K., Gülçin 244, 359
Harmancı, Arzu Kader 336
Harputlu, Deniz 397
Hasanoğlu, Adnan 259, 279
Haskaraca, Fatih 235
Hatipoğlu, Ahmet 249
Hatipoğlu, Engin 318
Hatipoğlu, Sevgi 125
Hayran, Mutlu 175
Heda, PS 193
Hoşçoşkun, Zeki 249
Hut, Adnan 281, 286, 350, 351

-İ-

Işık, Arda 265, 283
Işık Andsoy, Işıl 166, 379

-İ-

İbiş, Cem 249
İdiz, Oğuz 257
İlhan, Burak 192, 225, 226
İlhan, Enver 280
İnal, Abdullah 278
İnan, H. Oğuzhan 234, 239, 302, 304,
337, 369
İncir, Hüseyin 328
İpekci, Fuat 234, 239, 302, 304,
337, 369

-K-

Kahraman, Aysel 395, 396
Kahraman, Latif 264, 285, 347, 370

Kahya, Mehmet Cemal 258, 273, 314
Kalaskar, S 193
Kalkan, Senad 177
Kamalı, Sedat 244, 359
Kamer, Erdinç 371
Kaplan, R. 209, 334
Kapran, Yersu 183, 339
Kar, Haldun 258, 273
Kara, Cemal 202, 329, 331, 344
Karaahmetli, Emre 204
Karabuğa, Türker 258, 273, 314, 331
Karaca, Cezmi 365
Karadağ, Ayiçe 130, 148, 381, 391,
393
Karaduman, Mehmet 291
Karagöz, Binnur 323
Karagöz, Bülent 341
Karahasanoglu, Tayfun 227
Karakaplan, Selma 198, 199
Karakaş, Özgür 330, 341
Karakelleoğlu, Atilla 290, 349
Karakoç, Sinan 240, 243, 254, 262,
289, 277, 307, 343,
358
Karakullukçu, Nazlı 192
Karakuş, Ülkü 379
Karaman, Kerem 191
Karanlık, Hasan 183
Karaoğlu, Muharrem 239, 337, 369
Karateke, Faruk 320
Karatepe, Oğuzhan 244, 359
Karayağız, Hamit 281, 350
Karşıdağ, Tamer 248, 281, 286, 350,
351
Kartal, Cabbar 240, 262, 307
Kavaklı, Bahar 382
Kaya, Bülent 242
Kaya, Cansel 382
Kayaalp, Cüneyt 185, 264, 285, 347,
370
Kayıhan, Münire 177, 299
Kebabçı, Eyüp 270, 365
Kekilli, Ersoy 285
Kement, Metin 198, 199, 252
Kemiksiz, Mehmet 270, 365
Keskin, Metin 192, 220, 224, 225,
226
Kılıç, Selim 207, 355
Kılıç, Y. Alper 175
Kırbıyık, Ebru 336
Kırmılioğlu, Vedat 264
Kırmızı, Serdar 239
Kocaeli, Ahmet 335
Kocakuşak, Ahmet 248, 348, 286, 281,
350, 351
Koç, Ekrem 219, 220
Koç, Ümit 236
Koçer, Pınar 394
Korkut, Hatice 380, 381
Korkut, Mustafa Ali 313, 327, 356, 374,
395
Koyuncu, Adil 281, 286, 350, 351
Koyuncu, Ahmet 218, 261, 284, 288,
321, 354, 366, 368
Kozakoğlu, Çağdaş 310
Köksal, Hakan Mustafa 181, 182, 189, 213,
217, 303
Köksal, Neşet 177, 299
Köse, Kamil 275
Köşkeroglu, Cafer 324
Kunduz, Enver 221, 222, 339

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

Kurdaş Övünç, A. Oya	299	Özdenoğlu, Muzaffer	275	Seymen, Hakkı Oktay	212
Kurt, İsmail	267	Özel, Yahya	250, 263	Soybir, Gürsel Remzi	256
Kurt, Kamile	235	Özenen, Bekir	369	Soytürk, Müjde	278
Kurt, Rüştü	299	Özer, Ender	286	Sökmen, Selman	71, 253, 184, 187, 188, 274, 278, 316
Kurt, Yavuz	196, 201, 206	Özer, İlter	180, 186, 191, 236	Sökücü, Necmettin	192, 219, 220, 223, 226
Kurtoğlu, Mehmet	43	Özer, M. Tahir	216, 215, 228, 305, 362	Sözer, Volkan	212
Kutun, Suat	246, 317	Özer, Nadiye	109	Sözür, Erdoğan	41, 293, 297, 312, 326, 345
Kuzu, İşinsu	54	Özer, Turgay	329	Sözütök, Alper	202, 273, 331
Kuzu, M. Ayhan	83, 90, 200	Özerhan, İsmail	300, 355	Sunar, Haldun	281, 286, 350, 351
Küçük, Bertan	296	Özgenç, Onur	255	Sungurtekin, Uğur	3, 96
Küçük, Can	293, 297, 312, 313, 326, 345, 374	Özgür, İlker	222, 319	Sücutlü, İlker	195, 196, 201, 206, 210, 228, 300, 315, 330, 341, 346, 355, 362
Küçük, N. Özlem	27	Özkan, Erkan	250, 263		
-L-		Özkan, Hakan	178, 308		
Leventoğlu, Sezai	11, 204, 294, 380, 393	Özkan, Orhan Veli	247, 283, 360		
-M-		Özkan, Ömer Faruk	177, 299		
Malya, F. Ümit	175	Özkan, Sırrı	332		
Matlım, Tuğba	221, 319	Özoğlu, Mesut	310	-Ş-	
Mecit, Nesimi	256	Özoğlu, Yusuf	180, 186, 191, 236	Şağban, Alper	308
Memmi, N.	209	Özsoy, Yücel	235	Şahbaz, Alper	221
Menteş, B. Bülent	5, 92, 95, 204, 294, 381	Özşahin, Hamdi	343, 358	Şahin, Derya	387
Menteş, Öner	207, 215, 216, 305	Öztoran, Yeliz	301	Şahin, Hasan	270
Meral, Hakan	219, 220	Öztunç, Gürsel	389	Şahin, Mustafa	257, 265, 283, 290, 349
Mercan, Korhan	303	Öztürk, Alper	222	Şahin, Tevfik Tolga	295
Mihmanlı, Mehmet	23, 344	Öztürk, Erkan	215	Şamiloğlu Ü., Türkay	385
Morkavuk, Barış	218, 261, 321, 284, 288, 354, 366, 368	Öztürk, Ersin	21	Şeker, Ahmet	186
Müderriş, Vecdi	275	Öztürk, Fikriye	384	Şelimen, Deniz	150
-N-		Öztürk, Gürkan	305	Şen, Sevgül	396
Nalbant, Erdem	235	Öztürk, İrfan	275	Şen Oran, Ebru	256
Nargiz Koşucu, Sibel	382, 386, 390	Öztürk, Metin	177	Şengül, Neriman	13
Nazlı, Okay	202, 331	Öztürk, Mustafa	300, 355	Şentürk, Orçun Oral	248, 351
Neşşar, Gürel	179, 185	Özveri, Emel	333, 340	Şermet, Medeni	182, 217
-O-		-P-		Şimşek, Gülçin	288, 321, 354
Obuz, Funda	187	Paltacı, İlhan	267	Şimşek, Hatice	184
Oğuz, Mehmet	79	Pamak, Serap	352	Şirin, Haluk	184
Oğuz, Serhat	342	Parıltı, Mualla	176		
Ok, Engin	293, 297, 312	Parlakgümüş, Alper	197, 214	-T-	
Okan, İsmail	209, 257, 265, 283, 290, 349	Parsak, Cem	203	Tahir, Özer	300
Okkabaz, Nuri	198, 199	Pazar, Zeynep	385	Talu, Mehmet	332
Okuş, Ahmet	269, 367	Pekcici, Mevlüt Recep	259, 279	Tan, Ayça	234
Okuyan, Gülten Çiçek	332	Peker, Yasin	258, 273	Tan, Sedat	234, 239, 304, 337
Olgaç, Vakur	183	Peker, Yusuf	355	Tanın, Hakan	292, 308
Orman, Hatice	394	Pirhan, Yavuz	271, 328	Tanrıverdi, Orhan	254
Oruç, M. Tahir	301	Pişkin, Turgut	264	Tansuğ, Tuğrul	202, 331
-Ö-		Polat, Erdal	180, 186, 191, 236	Tarcan, Ercüment	306
Öden, Süleyman	307	Poyraz, Alper	332	Tatar, Fatma	258
Öktemer, Selçuk	204	Poyrazoğlu, Bilgehan	293, 297, 312, 326, 345	Tataroğlu, Nedime	394
Ölmez, Aydemir	185, 264, 285, 347, 370	Pülüt, Hüseyin	249	Tavusbay, Cengiz	291, 310, 314, 371
Ölmez, Mustafa	365	Pürten, Mete	280	Teke, Zafer	179
Öncel, Mustafa	6, 198, 199, 252	-R-		Tekin, Volkan	280
Öngüt, Cüneyt	276	Rencüzoğulları, Ahmet	211	Teksöz, Serkan	212
Ören Hin, Aysel	380	Roach, E. Charles	175	Temiz, Muhittin	267
Özağrı, Ayşim	289	-S-		Terzi, Cem	34, 55, 187, 245, 274, 278, 316
Özakay, Abdülkerim	260, 311, 323, 357	Sabancı, Ünal	309	Tilki, Metin	332
Özbaş, Ayfer	137	Sağlam, Esra	183, 192, 339	Toğluk, Eylem	336
Özbayır, Türkan	122	Sağlam, Sezer	183, 192, 339	Tok, Hasan	353
Özben, Fatma	379	Sağol, Özgül	187	Topaloğlu, Ümit	250, 263
Özbilgin, Mücahit	188	Sakman, Gürhan	320	Toptay, Hüseyin	302, 304
Özcan, Özhan	233, 237, 238, 311	Sarı, Serkan	237, 238	Tortum, Osman Baran	212
Özçelik, Alp	296, 363	Sarioğlu, Sülen	187, 188, 253, 278	Torun, Serap	388, 389
Özçelik, Kazım Çağlar	271	Sayek, İskender	45, 175	Tosun, Nil	132
Özdemir, Yavuz	201, 315, 330	Saygılı, Seha	212	Törer, Nurkan	214
		Sayılgan, Tülay	359	Tufan, Turgut	215
		Sayın Gür, Özlem	310, 371	Tunca, Berrin	190
		Semerci, Ersan	247, 360	Turanlı, Sevim	271, 328
		Serin, Kürşat Rahmi	339	Tümay, L. Volkan	190
		Seven, Canbek	236	Türkmenoğlu, Özgür	205, 241

XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi

19-24 Mayıs 2009, Antalya

-U-		Yücesoy, Ali Naki	324
Uçku, Vahide	382, 386, 390	Yüceyar, Serdar	7
Uğuz, Arif	329	Yüksekdağ, Sema	290
Ulaş, Murat	180, 186, 191, 236	Yüksel, Osman	294, 295
Ulucanlar, Haluk	246, 317	Yüksel, Ulvi Murat	271, 328
User, Yılmaz	332	Yüney, Enis	244, 359
Usta, Arif	219	Yürekli, Semih	329
Uzun, Hafize	212		
Uzun, Mehmet Ali	177, 299	-Z-	
		Zalluhoğlu, Nihat	270
-Ü-		Zararsız, İsmail	247
Ünsal, Diclehan	81	Zorluoğlu, Abdullah	99, 190
Üstün, Hüseyin	259, 279		
-V-			
Vardar, Enver	327		
Vardareli, Eser	333		
Varol, Numan	354		
Vural, Fatma	158, 397		
-Y-			
Yağcı, Gökhan	355		
Yağcı, Mehmetali	249		
Yakut, Can	187		
Yalav, Orçun	203, 211, 251		
Yalçın, A. Süha	325		
Yaman, İsmail	235		
Yamaner, Sümer	51, 192, 219, 220, 223, 224, 225, 226, 229		
Yanar, Fatih	183		
Yardımcı, Samet	250, 263		
Yaşar, Bülent	299		
Yaşar, Mustafa Anıl	281, 286, 350, 351		
Yaşar, Uğur	322		
Yavuz, Nihat	212		
Yavuzşen, Tuğba	187		
Yaylalı, Cemil	280		
Yazgan, Aylin	322		
Yekeler, Ensar	283		
Yener, Oktay	296, 338, 363, 373		
Yetim, İbrahim	247, 360		
Yetkin, Gürkan	240, 243, 254, 262, 268, 277, 289, 307, 343, 358		
Yıldırım, Bülent	303		
Yıldırım, Mehmet	255, 280		
Yıldırım, Sadık	181, 182, 189, 213, 217		
Yıldırım, Sedat	197, 214		
Yıldız, Emre	384		
Yıldız, Mehmet Kamil	196, 250, 263, 315		
Yıldız, Tülin	144		
Yıldız Fındık, Ümmü	169		
Yılmaz, A. Mine	325		
Yılmaz, Bahri	257, 265, 290, 349		
Yılmaz, Cengiz	327		
Yılmaz, Fahri	207		
Yılmaz, Gökhan	375		
Yılmaz, İbrahim	210		
Yılmaz, Sezai	264, 285		
Yılmaz, Süleyman	333, 340		
Yılmaz, T. Utku	204, 294		
Yılmaz, Uğur	245		
Yılmaz, Zeki	297, 312		
Yiğit, Taner	207, 305		
Yolcuoğlu, Burhan	291, 310		
Yücel, Ahmet Fikret	248, 281, 286, 350, 351		
Yücel, Ergün	195, 196, 201, 206, 210, 315, 330, 362		